



ACTES DU COLLOQUE DE SARCELLES

2 mars 2001

association française de réduction des risques
liés à l'usage des drogues
206, rue de Belleville – 75020 Paris
Tél. : 01.43.49.32.79./ Fax. : 01.43.49.79.24.
Email : infos@afr.asso.fr

A.S.P.L.C.T. – RIVAGE
10, avenue F. Joliot-Curie – 95200 Sarcelles
Tél. : 01.39.93.66.67./ Fax. : 01.39.93.17.82
Email : rivage95@club-internet.fr

INTRODUCTION	4
I. SEANCE D'OUVERTURE	7
RAPPEL DES FAITS SURVENUS AU CENTRE <i>RIVAGE</i>	8
LES REACTIONS	9
LE SECRET MEDICAL	10
REPENSER L'ARTICULATION JUSTICE / SANTE	11
LE POINT DE VUE DES USAGERS	13
II. RESTITUTION DES ATELIERS	15
LES DOSSIERS MEDICAUX ET L'ANONYMAT	15
PRECISER LES MISSIONS DU MEDECIN – EXPERT LORS DES SAISIES	16
UN OBSERVATOIRE DU DROIT DES USAGERS	17
UNE REPRESENTATION DES USAGERS DANS LES CENTRES DE SOINS	18
LA SUBSTITUTION	19
LES OUTILS DU SOIN	20
III. DEBAT AVEC LA SALLE	22
L'USAGER DE DROGUES : UN PATIENT COMME LES AUTRES ?	22
LE CLIVAGE "PATIENT" / "DELINQUANT"	23
LOI DE 70 ET VULNERABILITE DE L'USAGER	25
TRAJECTOIRE DE VIE DE L'USAGER ENTRE USAGES ET SOINS	26
QUE FAUT-IL ATTENDRE D'UNE DEPENALISATION ?	27
GERER LES DROGUES : DIVERSIFICATION DES SOINS, AIDER AU CONTROLE DE L'USAGE, DEVELOPPER LES CONTROLES SOCIETAUX	30
PROGRAMME D'HEROÏNE	31
LES MOYENS DE LA REDUCTION DES RISQUES	34

ANNEXE 1 : COMPTE – RENDU DE L'ATELIER N°3 PAR RIVAGE	36
<i>L'AFFAIRE RIVAGE</i>	36
<i>LA SUBSTITUTION</i>	38
<i>LES ANALYSES D'URINE</i>	39
<i>SUBSTITUTION ET REDUCTION DES RISQUES</i>	40
<i>MOYENS DONNES AU SYSTEME DE SOINS</i>	
<i>ET ROLE DES GENERALISTES</i>	41
<i>L'ANONYMAT</i>	42
<i>LES REACTIONS OFFICIELLES A L'AFFAIRE RIVAGE</i>	44
ANNEXE 2 : COMPTE – RENDU DE L'ATELIER N°2 PAR ASUD	46
ANNEXE 3 : COMPTE – RENDU DE L'ATELIER N°1 PAR M^e DE CHOISEUL-PRASLIN	51
ANNEXE 4 : LETTRE DU COMITE DE SOUTIEN A LIONEL JOSPIN	52
ANNEXE 5 : REVUE DE PRESSE	53
<i>AFFAIRE DE MONTPELLIER</i>	53
<i>AFFAIRE RIVAGE</i>	55
<i>AUTRES AFFAIRES</i>	56
ANNEXE 6 : ESSAI DE REPONSES PAR LA MILDT AUX QUESTIONS POSEES PAR L'ANIT, SUITE A L'AFFAIRE RIVAGE	57
ANNEXE 7 : REPONSE DE MME LEBRANCHU, GARDE DES SCEAUX, A UNE QUESTION ECRITE DE M. Y. COCHET, DEPUTE DU VAL D'OISE, VICE-PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE	60
ANNEXE 8 : PARTICIPANTS AU COLLOQUE	63
INDEX DES MOTS CITES	64

INTRODUCTION

L'enjeu de ce colloque.

Au départ, il y a une affaire judiciaire qui tourne en eau de boudin. Un juge a une idée : se rendre dans un centre méthadone pour y saisir une liste de patient pour les interroger sur les activités d'une personne suspectée de trafic. Cette personne, elles l'ont côtoyée car elle fut un temps patient du centre méthadone, avant d'être réorientée en raison de son comportement vers un espace de consultation distinct et y poursuivre son traitement méthadone dans le cadre d'une délivrance en ville. Pour s'assurer la collaboration des patients – témoins, le juge a fait relever les résultats des tests urinaires ; ils ne pourront nier des contacts avec ce présumé dealer, à tout le moins, ils devront s'expliquer... « *Le vice de ce type d'intervention, note maître de Choiseul-Praslin, c'est qu'elle permet de considérer tous les usagers comme des témoins à charge sur l'activité de leur dealer, avec le risque, à l'occasion de ces auditions de briser le lien de confiance entre intervenants et usagers* ».

Le rêve du juge, donc, est de faire de tout usager un témoin à charge, et passant par le centre, il détiendrait une preuve d'usage assez confondante pour s'assurer la collaboration du « témoin ».

Rêve chimérique en vérité. Les tests pratiqués, comme le rappelle A. Boussairi, pharmacien à l'hôpital de Saint-Denis, sont « *des analyses immuno-chimiques, dont la fiabilité est relative et qui ne peut fonder qu'une présomption d'usage ; elles ne font preuve en aucun cas, seuls les tests de confirmation, physiochimique, peuvent être retenus comme preuve d'usage* ». Pas possible d'incarcérer le témoin récalcitrant, pas possible de fonder une construction juridique sur un fondement aussi fragile, ce serait une aubaine pour l'avocat... Et puis si les tests indiquent une positivité à un produit, il n'indique aucune caractéristique qui permettrait d'identifier une provenance.

Voilà, donc, au départ, la chimère formée par un juge. Chimère qui va l'entraîner jusqu'au centre Rivage, au mépris des liens de confiance créés et du travail thérapeutique d'une équipe. « Passage à l'acte » d'un juge isolé. Espérons, comme l'indique M^e Choiseul-Praslin que les juges sont conscients "*que des succès à court terme sur le trafic, qui seraient obtenus par une paralysie du système de soins, seraient négatifs à moyen et à long terme. Parce que si on détruit le système de soins, on ouvre des boulevards au trafic, puisque remettre les usagers dans la rue, c'est faire le jeu des trafiquants qui profitent de leur précarité*".

Les autorités, en tout cas, adopteront une prudente neutralité : tandis que l'on nous reçoit au ministère de la santé, que Mme GILLOT se déclare scandalisée au cours d'une réunion publique à Sarcelles, on insiste sur le fait que le juge a agi dans la légalité. 1 partout, donc, la balle au centre...

Il nous a semblé que c'était un peu court...

Non pas que nous ne parvenions à nous remettre de l'amertume qui accompagne le sentiment d'avoir été dupé et méprisé. Sans doute avons-nous été bouleversés de découvrir à quel point "*l'anonymat, qui est prévu par la Loi de 1970, nous avons vu en quoi cet anonymat est un anonymat de pure façade, qui a peu de conséquences concrètes lors d'une procédure judiciaire*" (M^e de Choiseul-Praslin) ; sans doute nous avons ragé de constater comment le secret professionnel ne protégeait en rien les patients ; sans doute avons nous été saisis par la confusion, lorsqu'Act-Up, après nous avoir soutenu, accueilli dans ses locaux lors de la réunion de notre comité de soutien, nous donna, comme à Judas, un dernier baiser : dans une Tribune libre de Libération, ils nous rappelaient à la réalité, qui est que d'après la Loi, l'usager est un délinquant, et que nous aurions du nous abstenir de faire des tests, que nous aurions du crypter nos informations ; nous étions ou des naïfs ou des traîtres, en tout cas nous n'avions qu'à nous en prendre à nous-mêmes !

Avec la réduction des risques, nous avons appris à ne plus nous poser d'autres limites que celles qui sont propres à l'éthique du soin. Les limites « hétérogènes » au soin, celles posées dans la loi de 70 notamment, nous voulions les tenir pour des objets sans rapport avec notre activité quotidienne (c'était bien sûr impossible, nous intervenons à la Maison d'arrêt, nous apportons leur traitement à des patients en garde à vue...). Le fait que la Loi préconise le sevrage, ne nous interdit pas de penser que le soin a pour objet le bien-être de l'utilisateur, et que ce bien être ne se confond pas avec l'abstinence. De même, le fait que la Loi fasse de l'utilisateur un délinquant ne nous interdit en rien de considérer l'utilisateur comme un patient comme les autres, un patient de plein droit. Bref, la réduction des risques nous avait introduit dans un univers mental, à l'intérieur duquel nous pouvions presque faire abstraction de la Loi de 70, nous convaincre que seuls quelques imbéciles croyaient encore à son opportunité, qu'il ne restait que quelques fonctionnaires de police aigris pour tracasser les usagers. Nous pensions, comme le prétendait alors la MILDT, que dans ce pays les mises en examen pour usage étaient devenues rarissimes...

Le rêve du juge sonna comme un retour à la réalité de la Loi, comme un retour du réel, tout simplement. D'autant qu'à notre affaire s'ajoutait celle de Montpellier et d'une autre dans la Meuse dont nous avons eu connaissance mais qui n'a pas été rendue publique. L'afr identifiait récemment une quinzaine d'affaires où soins et justice se heurtaient. Mais, de ce rappel à l'ordre, toujours un peu humiliant, nous avons fort bien su nous remettre ; comme nous avons su ne pas choisir entre d'une part, l'injonction d'une loi qui voudrait voir calibrer notre action d'après son dessein normalisateur ; et, d'autre part, l'invitation des associations d'utilisateurs à organiser notre travail en telle sorte qu'il demeure occulte en cas d'intervention judiciaire. Entre collaborer et organiser la clandestinité, nous n'avions pas à choisir, car tout cela n'a rien à voir avec le soin.

Ce colloque a eu lieu parce qu'il ne nous était plus possible d'appuyer notre engagement dans le soin sur ce "climat ambiant", né d'une politique officielle de promotion de la réduction des risques, politique menée sans moyens, à renforts seulement de déclarations, de rapports, de réunions sans lendemain qui se donnent pour objet de créer une culture commune en matière de toxicomanie. Ce colloque a eu lieu parce qu'il faut asseoir sur un socle ferme la revendication de l'utilisateur de drogue à être traité comme un usager comme les autres des services sanitaires, sociaux et autres. Parce qu'il est indispensable pour le soin que l'utilisateur puisse être considéré comme un patient comme les autres.

Les débats, restitués ci-après, retiennent cinq pistes principales pour ce travail de refondation. Chacune est partielle, connaît ses limites, ses incohérences, ses écueils. Mais toutes convergent vers ce but :

La première option, la plus politique, est l'interpellation des élus en faveur de la dépénalisation de l'usage ; la dépénalisation a le mérite de « *garantir le statut de la personne* » (Anne Coppel)

La seconde option, plus juridique, consiste en l'invention de dispositifs susceptibles de limiter l'action des juges dans les affaires où sont en jeu le soin en général et la toxicomanie en particulier. *C'est une piste de réflexion importante, qui permettrait d'aboutir à des propositions relativement précises* (M^c de Choiseul-Praslin).

La troisième option, celle qui touche le plus le domaine du soin, serait un approfondissement de la réflexion sur les pratiques qui peuvent conserver un caractère discriminant à l'égard des usagers. Des avancées rapides sont imaginables, car, déjà, un *certain nombre de pratiques se sont dépoussiérées* (Jean-Pierre Couteron). Par contre un travail important reste à faire dans nombre d'hôpitaux et auprès des travailleurs sociaux, bailleurs, acteurs de la vie culturelle et sportive...

La quatrième option, la plus militante, consiste à renforcer les positions institutionnelles des usagers afin qu'ils soient mieux entendus et mieux compris.

La cinquième option, plus professionnelle, est la revendication des moyens d'une véritable politique de réduction des risques, car *il n'y a pas dans de vraie politique de réduction des risques, on est dans une vitrine aujourd'hui* (Anne Coppel). Seul, la montée en puissance des dispositifs permettra de juger

de leur efficacité et d'obtenir le soutien social nécessaire à un changement de politique en matière de toxicomanie.

Aucune des options n'est suffisante. Seul la convergence de ces options partielles permettra des avancées significatives.

Nous espérons que les actes de ce colloque permettront à tous ceux qui travaillent ces questions de trouver des pistes de réflexion et d'action.

I. SEANCE D'OUVERTURE

M. GEORGES PECAULT - Président de Rivage : L'*afr* et l'Association sarcelloise de prévention et de lutte contre la toxicomanie qui gère le centre Rivage, et son Conseil d'Administration sont heureux de vous accueillir aujourd'hui.

Notre association, initialement centre de prévention, a été créée en 1984 ; elle devient centre de soins en 1993 dans le cadre d'une convention tripartite DDASS / Hôpital de Gonesse / Rivage avec pour objectif la prise en charge des toxicomanes sur la zone Est du département. En 1998, une nouvelle convention définit les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone sur le centre ainsi que les prestations que l'hôpital de Gonesse sera amené à fournir. Le centre méthadone est ouvert avec une capacité de 25 places.

Les patients du centre de méthadone sont suivis avec sérieux, aussi nous n'avons pas compris l'intervention du juge d'instruction. Le juge a certes agi dans la légalité, et nous ne remettons pas en cause l'enquête judiciaire en cours qui vise l'un de nos patients. Mais nous avons été surpris par les méthodes d'un juge d'instruction qui, notamment, a fait poser des scellés sur le coffre du centre méthadone en déclarant qu'elle partait en vacances et qu'elle réglerait le problème à son retour, quinze jours plus tard ! Nous avons été contraints de fonctionner d'une façon totalement anormale sans pouvoir accéder aux dossiers médicaux et au stock de réserve de méthadone, sans pouvoir mettre en sécurité la dispensation hebdomadaire provenant de la pharmacie de l'hôpital ce qui nous a obligé à des voyages quotidiens pour acheminer les produits nécessaires.

Nous avons alerté l'*afr* qui s'est tout de suite mise à notre disposition. Je remercie chaleureusement Mme ANNE COPPEL, Présidente de l'*afr*, qui nous a reçus aussitôt, le Dr GILLES NESTER et moi-même, en présence de Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN et d'ALAIN BEAUDOIN. Ils ont su nous aider à réagir et si aujourd'hui nous sommes réunis aujourd'hui c'est grâce à la ténacité d'ANNE COPPEL et d'ALAIN BEAUDOIN. En effet, à l'issue de cette réunion, il a été décidé de réagir en créant un comité de soutien et en alertant, par un courrier collectif, M. LIONEL JOSPIN, Premier ministre.

Je remercie, au nom de Rivage, tous ceux qui se sont mobilisés pour nous soutenir. Ce colloque a été préparé par une équipe très motivée que je remercie pour son efficacité car ce n'est pas facile de monter un tel projet. Je remercie plus particulièrement le Dr JEAN-FRANCOIS BLOCH-LAINE qui est à côté de moi, et M. ALAIN BEAUDOIN qui est absent, retenu par d'autres tâches à Forbach. 2000 invitations ont été envoyées aux membres du comité de soutien et aux professionnels concernés de l'Ile de France. Vous voyez : 2000 invitations, et nous sommes 50 ce matin ; mais je crois que c'est la loi du genre. Au moins avons nous soulevé un problème, posé des questions, suscité une réflexion.

Je remercie enfin, pour sa participation, le réseau Ville Hôpital *Synergie*, présidé par le Dr FERNAND SILLAM.

Après les exposés du Dr GILLES NESTER et d'ANNE COPPEL, nous vous proposons de travailler en ateliers ; nous vous invitons à réfléchir sur cet événement qui nous interroge sur les nécessaires évolutions de la loi du 31 décembre 1970, si l'on veut qu'à l'avenir les centres de soins, les médecins libéraux et les services hospitaliers ne soient plus exposés à des interventions intempestives de la justice.

Je vous souhaite une bonne réflexion et je passe la parole au Dr GILLES NESTER du centre Rivage.

RAPPEL DES FAITS SURVENUS AU CENTRE *RIVAGE*

"Dès le début de ces évènements, on a perçu la volonté de jeter la suspicion sur l'ensemble des patients et par suite, évidemment, sur l'équipe qui les prend en charge". Gilles Nester

Docteur GILLES NESTER - Centre *Rivage* : Avant d'aborder le travail en atelier, je vais faire une brève présentation et je rappellerai ce qui s'est produit à Sarcelles. Le centre *Rivage* est devenu un centre de soins en 1993. Il a connu un fort développement depuis cette date : l'équipe est passée de 3 à 9 personnes, soit six temps plein et demi. C'est un développement très important pour une association comme la nôtre. Entre 1995 et 1999, la file active passe de 82 à 189 personnes suivies. Le développement du centre s'est traduit par la mise en place d'activités nouvelles dans le domaine de l'offre de soins et du suivi des usagers de drogues, par un travail dans la prévention, auprès des familles, en centre de détention, sans oublier un secteur hébergement, puis la création d'un réseau Ville Hôpital, et finalement, en 98, par l'ouverture de notre centre méthadone à Sarcelles.

Les 25 places méthadone ont été occupées en une année de fonctionnement entre fin 98 et fin 99.

La population que nous accueillons dans le centre reflète la population des usagers de drogues du secteur, celle des cités, une population particulièrement vulnérabilisée par la précarité sociale et la précarité affective ; le taux de chômage est particulièrement important ; 60% de nos patients ont connu la prison ; la maladie également touche fortement ces personnes. La population accueillie sur le centre méthadone est la plus en difficulté : un tiers est séropositif VIH, les deux tiers sont touchés par l'hépatite C et les troubles psychiatriques sont fréquents. Mais quelles que soient les vulnérabilités de cette population réputée difficile, les résultats se sont rapidement révélés encourageants. Très vite, on a constaté une amélioration significative de la qualité de vie, de la santé, pour la majorité d'entre eux. Finalement une population pas si difficile que cela si on lui propose une offre de soins structurés, quand on essaie de répondre à leurs besoins. Bien sûr, dans cette population, quelques cas particuliers ont pu poser problème et c'est justement un de ces cas individuels qui est à l'origine de l'affaire qui nous réunit aujourd'hui, qui va être le prétexte à réflexion et à essayer de développer des propositions.

Voilà les faits : le patient en question est pris en charge sur *Rivage* courant 99, c'est quelqu'un qui était déjà connu sur le secteur. J'interviens aussi sur le centre hospitalier de Gonesse. Après un début relativement encourageant, une stabilisation, ce patient a posé des problèmes notamment de comportements, d'attitudes difficiles à accepter dans un centre où l'on accueille plusieurs personnes en même temps. Ces difficultés ont conduit à le mettre, disons, à l'écart du centre méthadone tout en continuant sa prise en charge sur un autre espace, celui de la "consultation", en maintenant une offre de soins méthadone qui paraissait nécessaire. Début janvier 2000, ce patient ne faisait donc plus partie des effectifs venant au centre méthadone mais continuait à être suivi en consultation. 4 mois plus tard il était arrêté dans le cadre d'une enquête pour suspicion de trafic. Fin juin la police demande à entendre le personnel du centre méthadone.

Là, très vite, on s'est trouvé confronté à des demandes qui ont d'abord suscité étonnement et incrédulité. Nous avons rapidement constaté que le dialogue était pratiquement impossible avec les autorités à l'origine de l'enquête. En effet, il nous était demandé de délivrer une liste complète des patients reçus au centre méthadone, une liste avec leur nom et adresse. Notre refus de délivrer une telle liste est conforme à l'éthique médicale et aux recommandations que suivent en pareilles circonstances les Directeurs de centres hospitaliers. Les services juridiques des hôpitaux observent que lorsqu'une procédure vise un individu on peut difficilement s'opposer aux demandes d'informations de la justice, mais en revanche, les questions formant une requête globale concernant des personnes nullement mises en causes sont évidemment contestables. Dès le début de ces évènements, on a perçu la volonté de jeter la suspicion sur l'ensemble des patients et par suite, évidemment, sur l'équipe qui les prend en charge. Cette idée s'est très vite trouvée confirmée puisque les policiers de la brigade des stupéfiants nous ont clairement reproché d'avoir eu "connaissance" de faits de trafic, de les avoir "couverts" en ne dénonçant pas ces faits, soi-disant, portés à notre connaissance !

Après avoir entendu notre refus de délivrer la liste, le juge ordonne une perquisition. Il s'est présenté au centre sans prévenir en dehors des horaires d'ouverture du centre. La clé du coffre étant en possession des infirmiers, normalement absent à cette heure, il nous était matériellement impossible de nous plier à l'injonction du juge qui voulait saisir les dossiers médicaux qu'il contenait. Le juge fait poser les scellés, comme l'expliquait M. GEORGES PECAULT, sur le coffre qui contenait les dossiers et les produits méthadone - scellés qui ont été maintenus pendant 15 jours. Le juge est revenu pour procéder à une deuxième perquisition qui a abouti à la saisie du dossier du patient faisant objet de l'enquête, au relevé de la liste de tous nos patients comme l'avait demandé initialement le juge, et à une investigation dans les dossiers pour relever les résultats de contrôles urinaires afin de découvrir des patients positifs ; comme pour faire la part entre des patients *hors de cause* et d'autres qui pourraient servir, au moins, de "témoins". C'est en ces termes, du moins, que je comprends la démarche du juge. Une pression assez forte a, tout de même, été exercée à notre rencontre dans le cadre de cette procédure : mise sous scellés d'une armoire à pharmacie, la violation du secret médical, exploitation d'examen biologiques par la justice pour distinguer les *hors de cause* des « témoins » - car ce sont, paraît-il, de "simples" témoins que l'on veut identifier par ces méthodes... C'est bien la Loi de 70, les mesures d'exception et la pénalisation de l'usage qu'elle prévoit, qui permet ce type d'interventions. Je pense qu'un débat sur la loi elle-même doit être mené, à la lumière de ces faits, qui ne sont pas une première. Je crois qu'il faut que l'on puisse aboutir à des propositions, à des demandes claires, aussi bien de la part des intervenants, que des magistrats ou des usagers. Il faut faire entendre les divers points de vue pour que les choses puissent évoluer dans le bon sens.

LES REACTIONS

"Tous ont exprimé un certain trouble. Les autorités ont pu considérer tout ce qu'avait d'excessif, ce que j'appelle, le "passage à l'acte" du juge, tout en insistant sur la légalité d'une procédure. Du coup, personne n'a donné un avis officiel." Gilles Nester

Je voudrais aussi évoquer les réactions qui ont suivi. C'est vrai que dès le début de l'affaire, dès mise sous scellés de notre armoire, nous avons alerté les représentants professionnels et nos tutelles, la MILDT, le Conseil de l'Ordre du Val d'Oise, la DDASS - qui est notre tutelle directe -, la Préfecture et le Parquet de Pontoise. On nous a répondu d'emblée que c'était une procédure tout à fait légale, que le juge agissait en conformité avec la loi. Il y a eu, dans un deuxième temps, des réactions plus nuancées, reconnaissant l'existence d'un problème, notamment de la part du Ministère de la Santé - où nous avons été reçus une fois. Une invitation à une discussion plus approfondie avec des représentants du Cabinet de Mme DOMINIQUE GILLOT, qui était le Ministre à l'époque, nous a été formulée afin d'élaborer des solutions, de réfléchir aux moyens de préserver l'accès aux soins... nous sommes toujours en attente de la concrétisation de cette réunion. Dès le départ, il nous a paru tout à fait indispensable d'alerter les collègues des centres de soins de ce qui venait de se passer. C'est à ce moment que nous avons eu un premier contact avec l'*afr*, avec Mme ANNE COPPEL, et avec des associations comme *Médecins du Monde*. On a aussi alerté la presse. Notre sentiment était qu'il fallait communiquer le plus largement possible. La perquisition s'est passée au mois de juillet, et dès le mois d'août, les premiers échos dans la presse ont pu se faire entendre. Nous avons essayé d'élargir au maximum le débat, de ne pas nous restreindre à un problème de soignant ou à un problème de secret professionnel. C'est un problème, à mon sens, beaucoup plus large et qui pose beaucoup de questions dont j'espère nous pourrions discuter plus avant au cours de cette journée. C'était pour nous un devoir d'information. Il fallait alerter l'opinion, il fallait parler des pratiques auxquelles nous avons assisté et il fallait que nous puissions nous prononcer très clairement c'est-à-dire en accord avec les engagements que nous avons pris dans le domaine du soin et en faveur de la Réduction des Risques. Se posaient aussi des questions d'ordre déontologique et éthique. Je vous le disais, le Conseil de l'Ordre est resté

sur une position plutôt en retrait, arguant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur une affaire en cours. Son seul commentaire portait sur le secret professionnel : nous pouvions, rappelait-il, nous opposer au prétendu "devoir" de dénonciation que mettait en avant la justice, nous pouvions opposer notre devoir de réserve, mettre en avant le secret professionnel pour ne rien dire, ne pas divulguer les informations demandées, mais en tout état de cause rien n'empêchait le juge d'aller chercher ces informations en les saisissant là où elles se trouvent.

Cette question sur l'éthique et le secret professionnel est en fait très large, car elle concerne beaucoup de professionnels, les avocats, les travailleurs sociaux, les journalistes et bien d'autres encore, qui sont amenés à connaître des faits, ou à rencontrer des personnes qui sont dans l'illégalité, qui ont commis des actions passibles de poursuites ; cette question du secret est tout à fait d'actualité, on en parle beaucoup. Certains critiquent, par exemple, la justice lorsque le secret de l'instruction n'est pas respecté, notamment, quand on voit comment les affaires sont divulguées dans la presse. Quels que soient les enjeux contradictoires de ces débats sur le secret professionnel, il n'est pas question de laisser réduire à peu de chose une confidentialité qui est un fondement de notre action. Enfin, nous avons interpellé les politiques, notamment les élus locaux du Val d'Oise. Beaucoup nous ont répondu, nous ont affirmé leur soutien, nous ont dit qu'ils étaient prêts à engager des choses, mais qu'il y avait des obstacles, notamment le calendrier électoral, qui était déjà bien avancé, et qu'en conséquence aucune proposition concrète n'aboutirait, ni du côté des pouvoirs publics, ni du côté des élus.

Pendant ce temps-là, au centre *Rivage*, au-delà des réunions, des courriers, des rencontres qui pouvaient s'organiser, le travail continuait. Il fallait faire tourner le centre, la consultation, le centre méthadone, communiquer avec les patients, leur expliquer notre position, essayer de préserver un lien thérapeutique pour pouvoir continuer notre travail. Notamment leur expliquer pourquoi on continuait à faire des contrôles urinaires, en quoi ceux-ci paraissaient être un outil intéressant d'un point de vue clinique. Des patients ont fait savoir qu'ils y étaient attachés, qu'ils en comprenaient le sens. Certains, même, ont formulé que ça pouvait être une aide pour eux-mêmes dans le suivi : ils sont un point de repère, ils peuvent être utilisés en tant que tel, mais ils deviendraient totalement inutilisables si persistait le risque d'une exploitation autre, et notamment dans un but répressif.

Finalement, la réaction la plus gênée, la plus délicate, était, évidemment, celle des administratifs, des tutelles ou des instances professionnelles. Tous ont exprimé un certain trouble. Les autorités ont pu considérer tout ce qu'avait d'excessif, ce que j'appelle, le *passage à l'acte* du juge, tout en insistant sur la légalité d'une procédure. Du coup, personne n'a donné un avis officiel, personne ne prend position pour donner un avis clair sur ce qui s'est passé. Et si quelque chose, éventuellement, est redescendu vers le magistrat à l'origine de la procédure, cet avis est resté tout à fait confidentiel. Nous n'avons aucun écho sur les suites de l'affaire, sur comment elle a été traitée. Cette affaire rejoint aussi des questions qui sont tout à fait actuelles, sur les pouvoirs du juge d'instruction, sur le contrôle ou le retour éventuel qu'il peut y avoir sur les actions qu'il met en œuvre.

LE SECRET MEDICAL

"Le secret, en l'espèce, n'a en rien protégé les patients du centre méthadone. Il ne protège, en l'occurrence, que le médecin ou les soignants". Gilles Nester

J'ajouterais quelques réactions plus personnelles afin d'explicitier ce qui a dicté mon attitude dans cette histoire. Je l'ai dit tout à l'heure, c'est le sentiment de devoir informer le plus largement possible et de dénoncer deux choses : d'abord, dénoncer le fait que cette action, à l'instigation d'un juge, m'a paru mettre en péril la politique de Réduction des Risques et l'accès aux soins. Ces missions nous sont demandées, nous les assumons en tant que soignants et elles se trouvent tout d'un coup en contradiction avec l'action de la justice ! Cela risque de gravement invalider le travail que l'on met en place. La deuxième chose qui m'a fait réagir porte sur le secret médical, totalement bafoué dans cette affaire, qui m'est apparu comme un leurre pour le citoyen. Le secret, en l'espèce, n'a en rien protégé les patients du centre méthadone. Il ne protège, en l'occurrence, que le médecin ou les soignants. On

nous a répété que nous n'étions pas concernés par ce qui se passait, que seul un usager était poursuivi, que les autres patients seraient entendus uniquement comme "simples témoins", que *Rivage* n'était pas impliqué dans l'histoire. Nous n'avons aucune connaissance du dossier et on nous dit, tout à la fois, que nous ne sommes pas concernés et que nous ne pouvions rien faire ; et dans le même temps, il y a des actes, des événements qui auraient pu devenir préjudiciables pour les patients et ont menacé de jeter un grave discrédit sur l'action que nous menons.

On a consacré pas mal de temps à la préparation de ce colloque. Il faut toujours dans ce genre d'entreprises vaincre certaines résistances. On peut se demander à quoi bon reparler encore des mêmes événements. C'est vrai que depuis ce qui s'est passé en juillet, le centre *Rivage* a continué à fonctionner dans un calme tout à fait correct. Il n'y a pas eu de perturbation véritable dans notre travail. On peut se demander : pourquoi relancer ce débat ? Au-delà de tout ce que j'ai déjà énoncé, il y d'abord la question du respect du aux patients. Enfin, grâce au soutien des nombreux collègues, il s'est constitué un comité de soutien, dès le mois d'août, très large, réunissant des acteurs bien au-delà du soin. C'est ce large soutien qui nous engage, qui m'a encouragé à travailler à ce colloque.

C'est vrai que dans le sigle de la *MILDT*, comme d'ailleurs dans le sigle de l'association à l'origine de *Rivage – Association Sarcelloise de Prévention et de Lutte contre la Toxicomanie* -, on trouve la notion de "lutte" contre la toxicomanie et je pense que c'est une notion qui doit évoluer. Cela fait trente ans que l'on travaille avec cet intitulé. Je pense que ces choses, il est temps qu'elles changent et je voudrais promouvoir une notion de lutte en faveur du soin, en faveur de la réinsertion. La lutte, il y en a une à mener, c'est contre l'exclusion ; c'est aussi un combat en faveur de la liberté de parole. En tout cas nous ne luttons pas en faveur d'une "normalisation" dont on voudrait nous faire de bien tristes acteurs. C'est ce à quoi je m'oppose tout à fait clairement, et j'espère qu'il y aura des prolongements dans les discussions de ce matin et de cet après-midi.

REPENSER L'ARTICULATION JUSTICE / SANTE

"La grande force de la Réduction des Risques ça a été de revenir aux objectifs initiaux. Elle consiste à se demander, à chaque fois qu'il y a des mesures, des dispositifs, des actions à mettre en œuvre : est-ce que ça protège la santé ou non ?"

Anne Coppel

Mme ANNE COPPEL – Directrice d'Emergence (Paris) – Présidente de l' *afr* : Je voudrais juste amorcer un début de réponse par rapport à la question, "à quoi ça sert ce que nous faisons alors que l'affaire est terminée". L'affaire n'est pas du tout terminée et je voudrais souligner l'urgence du travail à la fois sur l'affaire de Sarcelles et sur d'autres affaires, puisque nous avons identifié à peu près une quinzaine d'affaires en cours où il y a des conflits justice / santé. Par exemple, à Montpellier des interdictions d'exercice sont prononcées contre des pharmaciens, et récemment une interdiction a été prononcée contre un médecin à Paris. Certaines des affaires ont l'air d'être strictement administratives, telles des fermetures de centres, qui posent quand même des problèmes d'accès aux soins.

Tu disais, c'est la Réduction des Risques qui est remise en cause. Une des grandes forces de la politique de Réduction des Risques a été de nous obliger à revenir aux objectifs originels de la lutte contre les drogues, à se poser la question "pourquoi est-ce qu'on lutte contre les drogues" ? On lutte contre les drogues, en principe, pour protéger la santé, sinon on ne le ferait pas. D'ailleurs, la Loi de 70 reste inscrite dans le Code de la Santé publique. Revenir aux objectifs originels, c'est se demander, à chaque fois qu'il y a des mesures, des dispositifs, des actions à mettre en œuvre : est-ce que ça protège la santé ou non ? C'est sur les critères de la protection de la santé que nous devons définir les priorités que nous nous donnons.

Au départ, la Loi de 70 était inscrite dans le Code de la Santé Publique. Vous le savez tout ce qui concerne la lutte contre le trafic est sorti du Code de Santé Publique. Aujourd'hui ce qui reste dans le Code de Santé Publique, grosso modo, c'est la pénalisation de l'usage. Nous avons dénoncé à plusieurs reprises la pénalisation de l'usage, mais je crois qu'il faut aller tout à fait au-delà de la dénonciation, il faut s'engager dans une réflexion beaucoup plus concrète et déboucher sur des propositions. Ce qui veut dire repenser l'articulation santé et justice, répression et santé.

La réflexion doit se faire à différents niveaux, c'est-à-dire à la fois au niveau des principes et au niveau des pratiques. Car, quel que soit le cadre juridique, ces questions se posent concrètement. L'histoire de Sarcelles pose le problème de l'articulation justice / santé, elle interroge les pratiques judiciaires, mais aussi les pratiques des professionnels de santé. Il y a une réflexion, ici, à mener, dans le corps professionnel, pour déterminer les pratiques qui garantissent le secret médical, qui garantissent le droit de l'usager à la santé, aux soins, à la prévention. Cette réflexion-là doit être menée par les professionnels, car on ne peut tout de même pas attendre que la justice se pose elle-même nos questions ou qu'elle définisse le rôle des professionnels ! C'est aux professionnels, aux usagers, aux acteurs de prévention et de soins, de définir ce qui est nécessaire pour qu'ils puissent remplir leurs missions de protection de la santé. Par exemple, quand on interdit à un médecin d'exercer – sans doute, les médecins peuvent commettre des fautes - la continuité des soins doit pouvoir être assurée. L'histoire de la continuité des soins, la justice ne peut pas l'inventer ! C'est aux professionnels de santé d'identifier ce besoin et d'identifier les moyens.

Ce travail de réflexion doit être mené en collaboration avec les trois acteurs concernés à savoir : les acteurs de la répression, ceux de la santé au sens large - incluant les besoins sociaux - et les usagers. Ce travail doit déboucher sur des propositions. Je sais qu'au *Conseil National du Sida* (CNS), le docteur JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE pourra, peut-être, en dire un mot, il y a un travail qui est mené à l'heure actuelle sur la question de la pénalisation de l'usage. Le CNS a demandé à l'*afr* de produire un certain nombre de critiques concrètes et de propositions. Ce travail nous ne l'avons pas mené à ce jour. Ce que je souhaite, c'est que les ateliers soient productifs, qu'ils fournissent un matériel écrit.

Il faut aller au-delà de la dénonciation. Je pense qu'il y a une urgence, je l'ai dit dès le début, en évoquant le nombre d'affaires en cours. Elles posent des problèmes qui peuvent être très différents mais qui renvoient à la question d'une articulation justice / santé. Et sur ces questions on peut avoir le sentiment que les choses ont déjà été dites mais elles n'ont pas été traduites en propositions.

Docteur JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE – Directeur médical d'*Emergence* : Je précise que je ne suis pas là, aujourd'hui, en tant que représentant du Conseil National du Sida ou en tant que représentant du *Comité Consultatif National d'Ethique*. Pour ce qui concerne le CCNE, il a émis en 1994 un avis - je n'y siégeais pas à l'époque - concernant la Loi de 70 ; le Comité s'est prononcé pour la dépénalisation, pas pour la mise en vente libre des drogues, mais pour la dépénalisation de l'usage. Par ailleurs, au *Conseil National du Sida* (CNS) nous avons une réunion demain à Marseille – c'est la raison pour laquelle je dois partir tôt de votre réunion - pour apporter une conclusion à un travail de notre commission sida/ toxicomanie.

Ce qui m'a choqué, en tant que médecin, dans l'affaire de *Rivage*, c'est qu'en France, dans un état dit de droit, il soit encore possible de détourner de sa fin un examen biologique, qui est un examen diagnostic. Un examen d'urine c'est pour nous un outil de soin. Ce n'est pas un outil pour mettre les gens à la porte et ce n'est pas non plus un outil destiné à la répression - même si la répression doit exister. Si - j'ai envie de le dire, en particulier aux autorités - on ne peut pas être assuré que les examens diagnostic médicaux restent des examens diagnostic médicaux, s'il n'y a aucune garantie contre leurs détournements pour un usage répressif, personnellement, je ne ferai plus d'examens d'urine. Cette ambiguïté doit être levée. Imaginez : un médecin urgentiste reçoit quelqu'un dans le coma ; il sera confronté à cette alternative : ou il fera rechercher dans les urines des substances illicites et il exposera son patient à des poursuites pour usage, ou il fera courir à ce patient des risques incommensurables.

Maître HENRI CHOISEUL DE PRASLIN – Avocat, *afr* : L'atelier numéro 1 intitulé *les soins au risque du cadre légal et réglementaire*, sera essentiellement consacré à la confrontation entre certaines règles de droit et les pratiques de soins qui peuvent être les vôtres ; confrontation qui peut se manifester non seulement au niveau des textes, mais aussi au niveau des procédures judiciaires mises en œuvre par le juge pénal, en vertu de ses pouvoirs généraux, qui peuvent éventuellement gêner les pratiques de soin. On abordera d'autres thèmes, en particulier celui du secret professionnel, des dispositions prévues dans la Loi Informatique et Liberté et évidemment le problème posé par les analyses d'urine dont a parlé le Dr JEAN-FRANCOIS BLOCH-LAINE à l'instant, et qu'il faut sans doute replacer dans un cadre plus général.

LE POINT DE VUE DES USAGERS

"Considérer l'utilisateur comme responsable c'est l'associer à la réflexion actuelle sur la prise en compte des patients dans le système de soins". Fabrice Olivet

FABRICE OLIVET – Directeur d'ASUD – Vice-Président de l' *afr* : Je vais co-animer avec ANNE COPPEL l'atelier numéro 2 sur le thème des *Droits des usagers et gestion des structures de prise en charge sanitaire et sociale*. Je voudrais juste ajouter un mot par rapport à ce qui a été dit sur la Réduction des Risques. Je pense qu'elle a eu comme originalité, de prendre en compte le point de vue des usagers de drogues en tant que consommateurs de soins. Je crois que c'est très important de le rappeler et surtout d'expliquer ce que cela veut dire parce que c'est souvent ce volet-là qui est absent des discours sur la Réduction des Risques. La Réduction des Risques a marqué des points : des étapes ont été franchies avec la généralisation des traitements de substitution, notamment par le biais du Subutex®. La prise en compte de la question des drogues du point de vue des usagers de drogues, c'est le point qui marque la rupture véritable avec la période précédente où l'utilisateur de drogue n'apparaissait que comme un délinquant, avec éventuellement un petit volet qui était prise en charge sanitaire, mais qui excluait, en tout état de cause, de penser les usagers de drogues comme des individus *responsables*. L'utilisateur responsable ? Qu'est ce à dire ? Penser que les usagers de drogues sont responsables, ça veut dire concrètement que l'on envisage les problèmes liés aux drogues du point de vue de l'utilisateur de drogues. Par exemple des outils comme le manuel du shoot à risque réduit, ou la première brochure qu'a fait Aides en 87 sur comment pratiquer une injection à risque réduit, ce sont des exemples de choses concrètes qui ont été faites en partant du point de vue de l'utilisateur de drogues. Considérer l'utilisateur comme *responsable* c'est l'associer à la réflexion actuelle sur la prise en compte des patients dans le système de soins. C'est quelque chose de très actuel, et, notamment, dans la Loi sur les droits des patients qui va être votée, il y a beaucoup de dispositions qui concernent la prise en compte du point de vue des patients, par exemple, dans l'hôpital. Il s'agit de réfléchir aux modalités d'une association des usagers de drogues à la réflexion sur les droits des usagers de drogues comme usagers du système sanitaire et social. J'ajouterais que dans l'affaire de *Rivage* on a tendance à oublier que les premiers lésés, avant les structures de soins, quand il y a de la violence dans une salle d'attente, quand il y a une perquisition, ce sont les usagers de drogues. Le plus souvent on ne les entend pas du tout. Ceux qui s'expriment ce sont souvent les gens les plus véhéments, mais la grande majorité des usagers reste silencieuse. C'est cette parole qu'il faudrait voir émerger grâce à notre travail. Dire seulement "on va donner la parole aux usagers" c'est de la démagogie. Il s'agit de réfléchir à la manière de prendre en compte un point de vue, de permettre que remonte une information directement issue de ces personnes. C'est de cela que l'on va essayer de parler dans cet atelier.

Docteur GILLES NESTER – Rivage

L'atelier numéro 3, intitulé *Ethique du soin*, je vous le présenterais brièvement. On parlait à l'instant du point de vue des usagers ; là, il s'agira plutôt du point de vue des acteurs du soin. Les problèmes qui peuvent se poser ont déjà été largement présentés : secret professionnel, relation avec la justice... Je vous ai dit tout à l'heure à quel point le centre *Rivage* s'est développé dans ce tournant des années 90 ; ce n'est pas un cas unique, beaucoup d'institutions ont connu des changements très importants dans cette période notamment marquée par l'arrivée des traitements de substitution. Cet atelier est aussi l'occasion de faire un bilan des traitements de substitution. J'ajouterais la question du dossier médical, du dossier de soins. C'est vrai que l'on en parle beaucoup en ce moment. On parle de l'accès du patient à son dossier, ça peut remettre en cause le contenu même de ce que nous mettrons à l'avenir dans les dossiers. Si par ailleurs, d'un point de vue judiciaire on est aussi encore amené à réduire ce qu'il y a dans les dossiers, je me demande ce qu'il va y rester et comment on va pouvoir conserver cet outil de travail qu'est le dossier médical.

Les participants sont invités à rejoindre les ateliers.

II. RESTITUTION DES ATELIERS

GEORGES PECAULT – Président de Rivage : Nous sommes très heureux d'accueillir cet après-midi Mme MAUREEN MAZAR, directeur adjoint de la DDASS du Val d'Oise qui nous fait l'honneur d'être présente. Merci Madame de vous joindre à nous pour écouter nos conclusions. Nous avons aussi le plaisir de recevoir le Docteur GOYET, inspecteur de la DDASS du Val d'Oise. J'ai le souvenir de votre arrivée sur le département et que vous avez eu la gentillesse de venir à Rivage ce qui vous a permis de mieux connaître cette "petite" association, je dis petite sans qu'il y ait un sens péjoratif, mais au contraire avec beaucoup d'orgueil. Merci de nous avoir aidés à évoluer et à nous développer. Je crois que nous avons encore beaucoup de chemin à faire avec vous.

Mesdames et Messieurs, merci de votre présence. Je vais passer la main aux différents rapporteurs d'ateliers. On va être très simple, on va prendre atelier numéro 1, atelier numéro 2, atelier numéro 3... Je pense que pour la clarté des exposés on laissera les rapporteurs aller jusqu'au bout de leur exposé et que l'on ouvrira le débat à la fin de ceux-ci.

LES DOSSIERS MEDICAUX ET L'ANONYMAT

"S'agissant de l'anonymat, qui est prévu par la Loi de 1970, nous avons vu en quoi cet anonymat est un anonymat de pure façade, qui a peu de conséquences concrètes lors d'une procédure judiciaire."

M^e Henri de Choiseul-Praslin

ATELIER N° 1

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN, avocat, afr : Je vais donc ouvrir le feu. C'est un exercice assez difficile puisqu'il s'agit de faire la synthèse de discussions qui ont été très riches, dans un temps assez bref. Notre atelier avait pour thème principal le cadre légal et juridique, c'est-à-dire les contraintes et les problèmes que pouvait poser ce cadre légal et juridique aux politiques de Réduction des Risques.

Notre réflexion s'est organisée autour de deux thèmes principaux, qui sont complémentaires, à savoir :

- d'une part, les rapports qui peuvent exister entre les intervenants et les patients au niveau de cet outil qu'est le dossier médical,
- et, d'autre part, la question de l'anonymat.

S'agissant du dossier se sont posées des questions comme : qu'est-ce qu'on peut mettre dans le dossier? quels sont les droits du patient ? Qu'en est-il du droit du patient à savoir ce qu'il y a dans son dossier, à connaître l'existence de ce dossier et le croisement de ce droit avec l'obligation déontologique pour le médecin d'avoir un dossier complet.

S'agissant de l'anonymat, qui est prévu par la Loi de 1970, nous avons vu en quoi cet anonymat est un anonymat de pure façade, qui a peu de conséquences concrètes lors d'une procédure judiciaire.

Nous avons aussi rappelé quelles étaient les dispositions prévues par la Loi Informatique et Liberté en matière de dossiers informatisés, et là encore le droit du patient à connaître et à apporter des rectifications, ainsi que les précautions particulières qui doivent être prises.

L'essentiel des discussions a cependant tourné autour de la question des dossiers et des interventions judiciaires, ce qui n'est pas étrange, puis qu'après tout notre colloque a pour origine l'affaire du centre Rivage.

Je commencerais par la question de l'anonymat. L'anonymat prévu par la Loi de 1970 n'est opposable au juge que dans le cadre de poursuites concernant l'usage des stupéfiants. Or la quasi-totalité des dossiers, à 99%, est ouvert sur d'autres chefs de mises en examen que l'usage. Par conséquent toutes les mises en examen pour trafic, facilitation, mise à disposition, etc., permettent la levée de cet

anonymat. En somme dans le cas de la toxicomanie, le secret peut facilement être contourné par le juge.

La question du secret en tant qu'il est opposable au juge est complexe et doit être considérée d'après nos représentations et d'après les pratiques sociales et judiciaires. Il y a, d'une part, le cas de la toxicomanie où le secret est facile à lever – alors même que la toxicomanie relève d'infractions qui nous semblent à tous, à des degrés divers, sur-réprimées. Et puis, il y a d'autre part, le cas des infractions dont tout le monde pense qu'elles doivent être réprimées, je pense aux violences physiques graves, type meurtre ou assassinat. Dans ces circonstances les rapports justice / soins sont assez clairs : le juge désigne un médecin expert qui va aller regarder dans les dossiers médicaux pour y rechercher exactement ce qui est nécessaire à la compréhension de l'infraction qui a été commise. Et puis, enfin, il y a le cas - on en a récemment parlé dans la presse - des violences familiales – alors même que par un consensus tout à fait symétrique à celui qui se manifeste par rapport à la toxicomanie, il y a le sentiment général que ces infractions sont sous-réprimées. Et là le secret professionnel des intervenants et des assistants sociaux est parfaitement respecté, au risque de voir ce type de délinquance ne pas être traité par la justice. On voit que le traitement du secret professionnel par les juges en matière de toxicomanie est très spécifique et qu'il pourrait en être autrement lorsque l'on considère d'autres types de délinquance.

S'agissant de l'affaire *Rivage*, nous avons examiné le détail de l'intervention judiciaire et plus particulièrement la saisie des dossiers médicaux par le juge d'instruction. L'effet négatif principal - contrairement à ce que l'on peut croire - n'est pas que le dossier fournisse des preuves d'usage. En effet, la répression de l'usage reste relativement marginale, tout simplement parce que si des poursuites étaient systématiquement engagées les tribunaux seraient complètement engorgés ! Le vice de ce type d'intervention c'est qu'elle permet de considérer tous ces usagers comme des "témoins" à interroger sur l'activité de leur dealer, avec le risque, à l'occasion de ces auditions, de briser le lien de confiance entre intervenants et usagers. Ce lien est menacé, quand bien même les usagers ne seraient pas poursuivis, et *simplement* entendus comme témoins par la police. Un tel procédé présente évidemment le risque de faire exploser le système de soins. Avec l'histoire de Sarcelles, on voit qu'il ne s'agit pas d'une crainte théorique ; c'est quelque chose qui peut arriver ou qui est arrivé.

PRECISER LES MISSIONS DU MEDECIN – EXPERT LORS DES SAISIES

"Par le biais d'une définition précise de la mission de l'expert, il y a donc possibilité de canaliser et de préciser les motifs pour lesquels un Juge peut saisir des dossiers et pour quoi en faire, précisément. C'est une piste de réflexion importante, qui permettrait d'aboutir à des propositions relativement précises." M^e de Choiseul-Praslin

Toujours à propos de l'affaire, nous avons examiné la technologie de l'intervention et repéré les responsabilités... Vous savez que le Juge d'Instruction ne peut saisir les dossiers qu'en présence d'un membre du Conseil de l'Ordre. Il y a lieu de rappeler aux membres du Conseil de l'Ordre leur pouvoir et leur devoir, à savoir, celui de faire les observations nécessaires à verser au dossier, sur la nécessité de saisir tel ou tel dossier pour l'élucidation des faits dont le Juge est saisi. Cela afin d'éviter des saisies tout azimut. On n'a peut-être pas été assez noté le fait qu'était présent, au moment de la saisie, un médecin expert, désigné par le Juge. La saisie semble s'être passée de façon un peu bizarre parce que c'est le Juge qui disait au médecin expert ce qu'il y avait dans le dossier, alors que normalement, le Juge doit laisser au seul médecin expert le soin de regarder ce qui s'y trouve. C'est à celui-ci de dire au Juge ce qu'il y a trouvé et ce qui est susceptible d'intéresser le Juge dans son investigation. Et non l'inverse ! Le médecin expert doit cibler sa recherche, il a une mission qui doit être précisée ; il ne va

pas regarder n'importe quoi dans les dossiers. Ce qui l'intéresse c'est ce qui permet la compréhension de l'infraction. Le Juge, par contre, instruit sur des faits, mais s'il découvre d'autres infractions il peut être amené à les poursuivre par l'intermédiaire d'un réquisitoire supplétif au Parquet ; il a donc une compétence très générale, une mission quand même très générale. Tandis que le médecin expert, lui, a une mission précise qui est préalablement définie par le Juge et qui porte sur l'élucidation de faits précis. Par le biais d'une définition précise de la mission de l'expert, il y a donc possibilité de canaliser et de préciser les motifs pour lesquels un Juge peut saisir des dossiers et pour quoi en faire, précisément. C'est une piste de réflexion importante, qui permettrait d'aboutir à des propositions relativement précises.

C'est un compte-rendu nécessairement un peu impressionniste de notre réunion. Au cours du débat, des précisions pourront être apportées. Naturellement, il y aura un rapport qui sera fait et il sera bien plus précis.

GEORGES PECAULT : Merci, Maître. Je passe la parole à Mme ANNE COPPEL pour la restitution de l'atelier n° 2.

UN OBSERVATOIRE DU DROIT DES USAGERS

"FABRICE OLIVET rappelait que lorsqu'il qu'il était intervenu sur la question des droits de l'utilisateur devant le Conseil National du Sida, un des membres du C.N.S. lui a opposé que le droit de se droguer ne comptait pas parmi les Droits de l'Homme." Anne Coppel

ATELIER N° 2

ANNE COPPEL – Présidente de l'afr : Le titre de l'atelier était *Les usagers de drogues comme usagers des structures de prise en charge sanitaire et sociale*.

Nous avons démarré l'atelier par ce qui aurait dû être sa conclusion, c'est-à-dire par la formulation d'un projet, qui a été présenté par M. FABRICE OLIVET, Directeur d'ASUD. Ce projet est soutenu par l'afr. Il s'agit d'un projet d'Observatoire des Droits de l'Usager en tant qu'utilisateur des services de soins ; nous aurions pu d'ailleurs ajouter - nous n'en avons pas beaucoup parlé au cours de l'atelier - en tant que destinataire d'actions de prévention. L'objectif de ce projet, c'est de faire remonter les opinions des usagers et les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins.

Ce projet s'inscrit dans une réflexion plus globale, qui n'est pas uniquement liée aux usagers de drogues. Il s'inscrit dans une réflexion générale sur le droit des patients, sur leur nécessaire participation pour améliorer la qualité de service.

Le projet de l'Observatoire répond à un double objectif : la défense des droits de l'utilisateur et l'amélioration de la qualité de service. En faisant remonter les opinions des usagers - ce point a été largement développé par M. FABRICE OLIVET - il ne s'agit pas d'alimenter les conflits mais, au contraire, de se donner les moyens de les désamorcer et d'en comprendre la logique. D'ailleurs, on peut envisager de prolonger cet Observatoire par des actions de médiation. L'objectif principal est d'identifier les problèmes et de les analyser

En général, la question des droits du patient ne va pas de soi. D'une part, parce que les institutions n'ont pas l'habitude de telles actions collectives. D'autre part, le pouvoir médical détient le pouvoir de l'expertise.

Avec les patients usagers de drogues, il y a particulièrement une *concurrence d'expertise*. L'utilisateur sait ce qu'il ressent, il sait ce qu'il veut ressentir, il sait l'utilisation qu'il veut faire des produits. Le médecin, lui, sait ce qu'est un traitement, il détermine la posologie sur des critères biologiques mais aussi en fonction des objectifs assignés au traitement - ou, pour l'utilisateur, aux effets recherchés. Sur la question de la posologie, la concurrence des expertises est aussi concurrence dans la définition des objectifs.

La confrontation de l'expérience du patient et de l'expertise médicale se pose pour toutes les pathologies. Avec l'usager de drogues, les relations soignants-soignés posent en outre des problèmes spécifiques qui sont liés tout d'abord au statut de l'usager, défini par la loi comme un délinquant.

Parler des droits des usagers de drogues n'a rien d'une évidence ! FABRICE OLIVET rappelait que lorsqu'il qu'il était intervenu sur la question des droits de l'usager devant le Conseil National du Sida, un des membres du C.N.S. lui a opposé que le droit de se droguer ne comptait pas parmi les Droits de l'Homme...

Nous avons donc traité trois problématiques : le statut de l'usager comme délinquant, le problème de la relation soignant - soigné et le problème plus spécifique de l'expertise en ce qui concerne la question des produits psychotropes.

Voilà pour la présentation de ce projet, au quel d'ailleurs s'est ajoutée une proposition, celle que cet observatoire des droits soit aussi un observatoire des devoirs, de façon à replacer l'usager non pas uniquement comme une victime mais aussi comme citoyen avec des responsabilités et des tâches.

UNE REPRESENTATION DES USAGERS DANS LES CENTRES DE SOINS

"Les salariés des associations ont déjà beaucoup de mal à avoir une représentation collective, ils ont donc du mal à imaginer que des patients puissent le faire." Anne Coppel

Nous avons ensuite réfléchi à la question de la participation des usagers et à celle de leur représentation dans les centres de soins. Je vous rappelle que c'est une obligation de la Loi de 75, et que les centres de soins, et sans doute le dispositif de Réduction des Risques, devraient passer sous le régime de la Loi de 75. Il faudra donc nécessairement envisager une représentation des usagers.

Ce qui est beaucoup plus facile à dire qu'à faire : nous n'avons pas de tradition en matière de représentation collective, nous ne savons pas faire. Les salariés des associations ont déjà beaucoup de mal à avoir une représentation collective, ils ont donc du mal à imaginer que des patients puissent le faire, ils auront évidemment du mal à soutenir ce mode d'expression collectif. Il y a en fait une culture collective qui est à créer si l'on veut trouver des modes d'expression adéquats.

Nous avons aussi évoqué les difficultés qui ont pu être rencontrées dans les projets de réduction des risques où des usagers ont été associés. Ces difficultés tiennent à différents facteurs, elles peuvent être liées aux logiques des projets, aux logiques administratives auxquelles sont soumises ces actions ; elles sont aussi liées au fait qu'être usager de drogues, ça ne suffit pas pour devenir un acteur de prévention. Etre acteur de prévention exige des compétences spécifiques. Il faut aussi savoir travailler en équipe et plus généralement avoir une expérience du monde du travail. Il y a évidemment des usagers de drogues qui travaillent, mais, en général, ceux qui s'engagent dans les actions de prévention - sauf exception - ce sont des usagers qui n'ont pas une grande expérience du monde du travail. Toutes une série de compétences sont requises ; jusqu'à présent, elles n'ont pas été identifiées et la plupart du temps, elles sont acquises sur le terrain et elles n'ont pas donné lieu à des formations..

Je dirais que la fin de l'atelier était un peu frustrante parce que, finalement, nous avons tous des expériences à raconter. Nous voulions confronter nos expériences, les difficultés que nous avons rencontrées, tant du côté des professionnels, que du côté des usagers. Sur le principe de la participation des usagers à des instances de concertation nous sommes tous d'accord. Mais quand nous avons essayé d'imaginer leur mise en place, nous nous sommes rendus compte que c'était souvent beaucoup plus complexe qu'il n'y paraissait et qu'il y a certainement - cela a été dit - une multiplicité de stratégies, de dispositifs et de méthodes pour y parvenir.

Il faut, par exemple, inventer une façon de négocier les règlements intérieurs, ce qui exige d'explicitier les objectifs du soin. Il y a toute une série d'outils techniques sur lesquels il va falloir avancer et que nous avons juste eu le temps d'indiquer ici.

GEORGES PECAULT : Merci, ANNE COPPEL. Je passe la parole au docteur GILLES NESTER pour la restitution de l'atelier n° 3.

LA SUBSTITUTION

"Est-on dans une politique du tout substitution et n'avoir que cette prise en charge thérapeutique à proposer ? Il a été souligné par plusieurs intervenants que la substitution n'a aucun sens, s'il n'y a pas d'accompagnement La substitution n'est qu'un outil thérapeutique, elle permet de dégager une parole, d'avancer dans un travail".

Gilles Nester

ATELIER N° 3

Docteur GILLES NESTER : Toujours pour ce difficile exercice, nous allons essayer de nous partager un petit peu le résumé du troisième atelier. Pour ce faire, je vais essayer de reprendre.. de recoller aux thèmes qui étaient proposés parce que la discussion a été très ouverte. Je voudrais présenter trois points, et puis JEAN-PIERRE COUTERON donnera d'autres éléments, ou complètera ce que j'aurais pu oublier de vous dire. Sur le premier point : quels sont les objets du soin ? Avec la Loi de 70, nous avons eu 25 ans de pratiques, avec des repères qui n'ont pas du tout changé. Et puis ces repères ont énormément changé, ont été bouleversés à partir des années 90 : l'irruption de la substitution, de la réduction des risques... D'autre part, les usagers semblent avoir changé eux aussi ; on a souvent souligné maintenant les problèmes liés aux poly-dépendances. La question qui s'est posée dans l'atelier c'était : est-ce qu'on serait passé dans l'idée que tous les toxicomanes doivent bénéficier d'une substitution ? Est-on dans une politique du tout substitution et n'avoir que cette prise en charge thérapeutique à proposer ? Il a été souligné par plusieurs intervenants que la substitution n'a aucun sens, s'il n'y a pas d'accompagnement, pas de prise en charge qui accompagne. La substitution n'est qu'un outil thérapeutique, elle permet de dégager une parole, d'avancer dans un travail. Mais qu'elle ne résume en rien la prise en charge, et qu'au contraire, la substitution peut devenir extrêmement dangereuse si on se contente simplement de délivrer un traitement à ce toxicomane qui - comme on le disait tout à l'heure - se prétend souvent expert en ce qui concerne sa demande ou son besoin. L'essentiel, c'est qu'il s'instaure un dialogue, c'est à partir de là que la prise en charge peut exister et évoluer.

Sur le deuxième point, une question qui a un rapport, à mon sens, avec l'éthique du soin, c'est cette notion d'urgence : est-ce nous nous devons de répondre dans la même immédiateté que se formule la demande du toxicomane ? Question qui renvoie aussi à la de la distinction entre bas seuil/haut seuil ? Ces notions sont-elles pertinentes dans notre pratique quotidienne ? On peut contester ces notions, en tout cas sur le terrain, plusieurs ont relevé que la demande, même si elle est exprimée dans l'urgence, il y a réellement une nécessité de répondre, ne serais-ce pour - comme je le disais tout à l'heure - engager un dialogue. En tout cas on ne peut pas laisser l'utilisateur sans réponse ; face à cette urgence, le cadre de la méthadone® peut-être le plus approprié, le plus intéressant parce qu'il est d'emblée très présent et qu'il permet à la mise en place d'un soin assez rapidement.

Le troisième point fort qui ressort de l'atelier de ce matin concerne les examens d'urine, les analyses. C'est vrai qu'il n'est pas question de rejeter de principe ces pratiques. Les patients, eux-même, en comprennent le sens, les demandent ou disent à quel point ça les aide. Par contre, à travers cela et à travers les pratiques qui ont été rapportées, c'est la question de l'anonymat qui a été discutée. C'est vrai que l'anonymat, dans le cadre légal - vous (Me CHOISEUL-PRASLIN) l'avez rappelé - concerne uniquement l'usage, et qu'il ne vaut que s'il a été préalablement demandé par les patients. Reste que de nombreux centres - y compris le nôtre - se sont posés la question des dispositifs susceptibles de protéger le soin, les prises en charge et les résultats des examens. Ils ont commencé à mettre en place des moyens pour rendre anonymes les examens d'urine et par là même de mieux protéger les patients.

Nous souhaitons pousser la réflexion sur ces questions : Comment garantir la confidentialité ? Comment garantir l'accès aux soins d'une meilleure manière dans les centres spécialisés ? Pour finir, une autre question a été abordée, c'est celle de la difficulté de passer les relais en ville. Il est vrai que le nombre de places méthadone en France, par rapport, à ce qui se fait ailleurs dans des pays voisins, est encore très limité. Le nombre de places méthadone paraît nettement insuffisant. Une solution pour faire évoluer les choses c'est d'augmenter le nombre de relais vers la ville, vers les praticiens généralistes et de favoriser ainsi la généralisation de ce traitement dans notre tissu social. Il s'agit de généraliser la prise en charge des usagers, d'affirmer qu'ils sont des patients comme les autres, pris en charge par des praticiens, d'une manière égale à tout autre patient. C'est ce qui peut faire évoluer les pratiques, la mentalité, y compris du côté répressif. Je te laisse la parole.

LES OUTILS DU SOIN

"Tout ça renvoie à la nécessité qu'il y ait quelque chose de plus collectif qui soit négocié... Vous pouvez toujours négocier des choses avec le Commissaire, mais ça ne signifie pas que ce que vous avez négocié soit valide avec le Lieutenant de la BAC ou avec le Capitaine des Stups', et que l'accord passé avec l'un, localement, vaille pour l'autre. Bref, si nous ne disposons pas de quelque chose qui valide complètement l'éthique du soin, qui reconnaisse que ces outils sont des outils qui sont là pour participer au soin et qu'ils n'ont pas vocation à être mis au service d'une pseudo police scientifique, il n'y aura pas beaucoup d'avancées". Jean-Pierre Couteron.

JEAN-PIERRE COUTERON – Responsable du CEDAT : Sans en rajouter, inutilement, vue l'heure, je complèterais par trois points supplémentaires.

Dans la première partie de notre discussion nous sommes parti de l'idée que l'offre de soins doit être la plus complète possible. Je reprendrais volontiers une expression d'Anne Coppel qui est qu'« avec la Réduction des Risques, nous avons appris à penser le soin dans un "continuum" et comme une juxtaposition de choses distinctes avec éparpillé : le soin, la Réduction des Risques, le seuil, le machin, le truc... Nous avons appris à considérer le soin comme une offre globale.

S'agissant des examens d'urine, il faut se rappeler leur origine, il faut se rappeler qu'ils étaient quasi systématiques au début - de par la Loi. Il faut se rappeler qu'ils avaient, effectivement, à voir avec le contrôle, avec la surveillance - il ne faut pas le nier. Qu'avant, donc, d'accuser les partenaires Police-Justice, il fallait clarifier, en tant que soignant, dans quelle éthique nous nous situons et dans quelle optique nous inscrivons ces examens d'urine. Nous en avons discuté avec JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE notamment. J'ai été un peu provocateur en soutenant que ces contrôles ne servent à rien, sinon à soutenir le travail relationnel. Les choses doivent être nuancées : en reprenant une chose qu'avait dite JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE à la tribune ce matin, notamment qu'ils peuvent servir aux urgences, d'autres participants ont précisé qu'ils peuvent servir à donner des indications sur des associations tri-thérapie ou autres. Mais en tout cas, et c'est un point qu'il faudrait réaffirmer, pour nous, en tant que soignant, les examens d'urine ne servent pas à détecter les *bons* et les *mauvais* patients. Si nous faisons ces discriminations alors il ne faut pas s'étonner si les policiers en rajoutent une couche et disent il y a les bons et les mauvais toxicomanes !

La notion d'urgence, la notion de temps, nous a conduit à nous interroger sur les objectifs du soin et, notamment, sur l'indication substitution. Avec l'indication substitution, doit-il y avoir, du jour au lendemain, plus aucun dérapage chez le substitué ? Si l'indication doit correspondre au profil d'un patient parfaitement abstinent nous devons prendre plein de précautions avant d'inclure quelqu'un dans un programme de substitution. Et du coup, il ne faudrait pas trop s'étonner si un policier ou un

magistrat nous dit «*donnez-moi la liste que je voie ceux qui n'ont pas fait ce qu'ils auraient dû faire*». Nous avons constaté à la fin que certaines lettres de ministres ces opinions continuent de circuler. Au cours de cet atelier nous n'avons pas cherché à renvoyer les responsabilités sur les autres, mais de clarifier nos positions. Je dirais, volontiers, travaillant dans un CSST - on s'est amusé un moment à voir qui était le plus *pithécantrophe* des *pithécantropes* – et comptant parmi les "anciens", qu'en tant que soignant, quel que soit l'endroit où l'on intervient - dans des programmes d'échanges de seringues, en médecine de ville, en un CSST, ou à l'hôpital – il faut affirmer clairement l'éthique de notre soin ne consiste pas à faire des usagers de *bons usagers* qui ne faucheraient plus jamais - sous-entendu que s'ils fautent, on les punira !

Dans un troisième temps nous avons tenté de faire la part des choses. Parce qu'il y a aussi des choses qui se discutent en termes de moyens... bêtement, trivialement, vulgairement, en termes de moyens. On peut, à l'infini, se renvoyer les responsabilités de telle ou telle chose, mais quand il n'existe qu'un seul centre de méthadone sur un secteur, que ce centre de méthadone ne dispose que d'un seul médecin prescripteur... et bien ça finit par coincer quelque part, ça finit par s'embouteiller... Ça c'est des problèmes *bassement* matériels.

Nous avons revu la notion d'anonymat, avec ses avantages et ses inconvénients. Une des choses sur lesquelles on a discuté c'est qu'effectivement on pourrait tout « anonymiser », mais quand même temps ce serait dommage parce que ce serait se priver d'outils. Par exemple nous ne pourrions plus avoir l'adresse, le numéro de téléphone, par exemple pour relancer une personne... Alors, nous avons été quelques-uns parmi les *pithécantropes* à nous rappeler qu'il y a quelques années encore, dans nos dossiers, il y avait juste un prénom et puis c'était tout. Et c'est vrai, quand nous voulions rappeler la personne, parce qu'il y avait une démarche d'insertion sociale à faire par exemple, nous ne pouvions pas le faire. On loupait comme ça un certain nombre d'opportunités... Nous nous sommes dit qu'il n'était pas souhaitable - en tout cas, c'est mon point de vue – avoir à restructurer notre champ sur un mode défensif, c'est-à-dire que ce priver d'un certain nombre d'outils pour éviter qu'ils ne tombe entre les mains de la Justice. Parce que ces outils, en fin de compte, ce n'est pas nous qui en serions privés, ce sont les usagers, ce sont les utilisateurs de ces programmes qui s'en trouveraient privés. Effectivement, nous pourrions tout rendre anonyme, nous pourrions nous abstenir d'avoir un certain nombre de contacts... Nous en avons discuté parce que ça avait été renvoyé aux gens de *Rivage*...

Tout ça renvoie quand même, à ce que tu disais (ANNE COPPEL) sur la nécessité qu'il y ait quelque chose de plus collectif qui soit négocié, de plus officiel qui soit négocié. Le discours que nous a tenu la MILDT, c'est que ces choses doivent se discuter au niveau local, avec le Commissaire, avec le Procureur de la République... Nous étions plusieurs à faire le constat – c'est aussi mon expérience à Mantes La Jolie - que vous pouvez toujours négocier des choses avec le Commissaire, mais ça ne signifie pas que ce que vous avez négocié soit valide avec le Lieutenant de la BAC ou avec le Capitaine des Stups', et que l'accord passé avec l'un, localement, vaille pour l'autre. Bref, si nous ne disposons pas de quelque chose qui valide complètement l'éthique du soin, qui reconnaisse que ces outils sont des outils qui sont là pour participer au soin et qu'ils n'ont pas vocation à être mis au service d'une pseudo police scientifique, il n'y aura pas beaucoup d'avancées.

M. GEORGES PECAULT – Président de Rivage : Merci. Ces trois ateliers ont convoqué tout une série de mots, de concepts : droit de l'utilisateur, offre de soin globale, négocier les droits, écouter, urgence, dialogue, contrôle urinaire, anonymat, garantie de la confidentialité, garantie de l'accès aux soins, dossiers médicaux, mots que l'on voit réapparaître tout le temps. Je retiendrais personnellement plus particulièrement ces trois mots : anonymat / négocié / éthique de soin. Nos rapporteurs sont à votre disposition pour répondre à vos questions. A qui la parole ? La première question est toujours très difficile... après on ne vous arrêtera plus...

III. DEBAT AVEC LA SALLE

L'USAGER DE DROGUES : UN PATIENT COMME LES AUTRES ?

"C'est tout l'enjeu de la journée d'aujourd'hui, que de parvenir à penser l'usager de drogues comme un usager des services comme les autres". Anne Coppel

ALAIN : Je m'appelle Alain. Je suis utilisateur de centre tel que *Rivage*. Je suis actuellement suivi sur *Rivage*, donc je suis bien placé pour savoir les progrès qui ont été faits ces dix dernières années, j'ai, cependant, senti que dans vos représentations le *toxico* reste un "autre", que vous êtes là toujours pour définir sa place. Je me demande, par exemple, pourquoi dans les démarches que je fais, notamment certaines démarches de soins, je dois me présenter comme *toxico*. On n'est pas encore près d'intégrer le *toxico*, si on l'intègre, mais toujours "différemment". Pour donner un exemple concret, je dois choisir une maison de repos mais la condition est qu'elle accepte les *toxicos*. , il faut que je m'y présente comme *toxico*, que j'y sois accepté comme *toxico* ! Evidemment, je me sens discriminé en tant que citoyen.

Il y a aussi quelque chose que vous n'avez pas évoqués à propos du cadre légal : c'est la limite de prescription à 15 jours des produits de substitution. Concrètement, ça veut dire qu'on ne peut pas avoir de méthadone® pour plus de 15 jours. Ça peut être problématique parce qu'il faut trouver des relais, si, par exemple, je pars en vacances, si je dois partir dans un centre de soins. Il y a toute une démarche à entreprendre pour régler ce problème supplémentaire. On bien s'il m'arrive un pépin et je me retrouve à l'hôpital : demander de la Méthadone® dans un hôpital qui ne me connaît pas, qui n'a pas cette pratique de délivrance, c'est un problème. Je ne comprends pas pourquoi il n'est pas posé une bonne fois que quelqu'un qui prend de la Méthadone® doit être traité comme quelqu'un qui prend de l'Insuline® : qu'il lui suffise de le dire pour en avoir !

GEORGES PECAULT – Président de Rivage : Mme ANNE COPPEL devrait pouvoir vous répondre, et GILLES NESTER, aussi »

Docteur GILLES NESTER – Rivage : Je suis plutôt d'accord avec vous. Ça rejoint ce qui a été dit ce matin, notamment, par le Dr BLOCH-LAINE. Il nous faut considérer le patient usager de drogues comme un patient comme un autre. Pourquoi y aurait-il des précautions particulières ou des indications particulières le concernant ! En quoi est-il si "différent", par rapport à un patient diabétique ou hypertendu, en quoi y aurait-il des indications particulières au point qu'il devrait se voir restreint l'accès au circuit de soins normal ? Les choses évoluent, et progressivement l'usager de drogue devient un patient comme un autre. Moi, je suis tout à fait prêt à adhérer à cette idée-là, mais il faut le temps, probablement, que ça rentre dans les mœurs, que cette idée fasse son chemin.

Reste qu'en pratique, en tant que praticien, en tant que médecin, il me paraît nécessaire de communiquer à un collègue, par exemple, si j'adresse quelqu'un en maison de repos, que mon patient prend tel type de traitement, de mentionner s'il a un problème avec l'usage de drogues. De là, ce patient aura l'étiquette, entre guillemets, *toxicomane*. Peut-être que nous pourrons un jour nous débarrasser de l'étiquette, mais nous ne pourrons nous passer de mentionner l'usage de drogues, parce que ça a un impact physique et psychologique et que c'est à prendre en compte dans la thérapeutique. Je suis d'accord pour que l'on se passe des étiquettes, mais il faut que la dimension thérapeutique soit prise en compte. On est obligé de le faire.

GEORGES PECAULT : La question portait aussi sur les durées pour les délivrances la Méthadone®, les périodes de 15 jours.

Docteur GILLES NESTER : Avec la Méthadone®, jusqu'à une période récente nous avons une contrainte encore plus grande, qui était une limite à 7 jours. Nous avons maintenant une souplesse supplémentaire avec une prescription possible à 14 jours. Il doit y avoir un débat autour de cette question, car toute libéralisation, dans ce type de prescriptions, comporte des risques. Il ne faut pas oublier que la Méthadone® est un morphinique puissant et par-là même dangereux. C'est un traitement qu'il faut donc apprendre à connaître avant de l'utiliser, de le prescrire. Il faut que les patients apprennent à manipuler ce type de produits et qu'ils prennent leurs responsabilités dans la gestion de leur traitement. C'est pourquoi, je conçois mal qu'il soit suffisant de le dire, pour en avoir. Le passage à des prescriptions plus longues viendra peut-être d'un apprentissage, qui va se faire avec le temps. Pour qu'il y ait évolution, il faut que les médecins se familiarisent avec ce produit à un niveau beaucoup plus large que le strict niveau spécialisé, au-delà du cercle des spécialistes. Ces notions doivent aussi passer dans le grand public, et à partir de là, il y aura plus de sécurité pour tout le monde.

GEORGES PECAULT : Comment l'usager peut se prémunir contre l' "étiquetage" ?

ANNE COPPEL, Directrice d'Emergence, Présidente de l'afr : C'est tout l'enjeu de la journée d'aujourd'hui, que de parvenir à penser l'usager de drogues comme un usager des services comme les autres. Un usager comme les autres, en tant qu'il est soigné, en tant qu'il est destinataire de projets de prévention. C'est vrai que ce n'est pas évident parce qu'il y a un statut légal de l'usager de drogue qui fait obstacle. Et on aura beau faire, on se confrontera à cette réalité, et la réalité, désolée ! c'est que si vous êtes usager de drogue, vous êtes un délinquant pour la Loi. Gardons à l'esprit que l'on revient de très, très loin parce qu'il n'y a pas encore très longtemps les médecins refusaient de soigner les toxicomanes. C'est d'ailleurs encore le cas dans certains hôpitaux où l'on continue à entendre : « *ici, on ne prend pas de toxicomane* ». Il y a, malgré tout, une prise de conscience que l'usager de drogue a les mêmes besoins que tout un chacun. L'usager de drogue est un patient comme les autres. C'est une évidence mais pour aller au-delà de la pétition de principe, il nous faut changer de relation avec l'usager. C'est changement pour tout le monde, pour les professionnels de santé, pour les proches et pour les usagers eux-mêmes...

ALAIN : Ça a commencé déjà...

ANNE COPPEL : Oui, je pense que ça a bien commencé. Nous ne partons pas de zéro. Heureusement. En témoigne, ce que nous sommes capables de faire aujourd'hui ensemble. Je m'étais posé la question ce matin, est-ce qu'il y a des usagers de Sarcelles qui sont là ? Effectivement. Je suis bien contente que vous soyez là.

LE CLIVAGE "PATIENT" / "DELINQUANT"

"Là où nous sommes complètement, je dirais, à l'ouest, si j'ose dire, c'est que si en tant qu'usager de nos lieux de soins nous ne vous considérons pas comme des délinquants, vous restez de par la Loi des délinquants". Annie Rosset

UN USAGER : Juste une précision par rapport à cette notion d'*usager délinquant* : quand un usager suit des soins dans un centre spécialisé il n'est plus un délinquant puisqu'il prend de la Méthadone® ou du Subutex®. C'est prescrit, il n'y a donc plus de délinquance. Le délinquant, c'est celui qui ne vient pas dans les centres. A mon avis, il faudrait peut-être changer le nom des usagers qui sont dans les centres. L'usager c'est celui qui est dans la rue, qui n'a pas encore fait le pas de venir au centre.

ANNE COPPEL : La loi définit comme délinquant tous ceux qui consomment des drogues illicites, qu'ils soient ou non en traitement.

UN USAGER : Mais celui qui vient dans un centre, il veut se débarrasser des drogues illicites...

ANNE COPPEL : Certes, c'est ainsi que bien des usagers présentent leur demande de soins. Mais là aussi, je crois qu'il ne faut quand même pas rêver. Ce n'est pas parce que des usagers viennent dans un centre, prennent un traitement de substitution, qu'ils arrêtent pour autant toute consommation de produits illicites. Certains y parviennent, mais en réalité, nombreux sont ceux qui devront passer par un long cheminement pour, éventuellement, devenir abstinents. L'usager qui vient dans un centre veut « sortir de la toxicomanie », c'est souvent sa motivation et cette motivation est tout à fait honorable. Mais cet objectif là peut être celui de l'usager, ce n'est pas celui du thérapeute. L'objectif thérapeutique c'est que la personne aille bien. Ce n'est pas forcément tout à fait pareil.

UN USAGER : Il y a beaucoup de patients qui s'en sortent ! Heureusement !

ANNE COPPEL : Bien sûr, et il y a des patients qui sont abstinents ! Ça existe aussi !

UN USAGER : Dans mon expérience, parmi les usagers suivis au centre de soins, il y a moins de consommations d'héroïne. Il y a, peut-être, un peu de consommations de di-antalvic® - mais ça, reste dans le cadre légal... Il reste quand même des gens qui prennent, de temps en temps, des produits. En tout cas, dans le centre dans lequel que je suis, le CSST du *Corbillon*, pas mal de patients ne prennent plus rien d'autres que des *drogues légales*.

ANNIE ROSSET - Clinique Liberté (92) : Je voulais préciser : pour nous, intervenants des centres, évidemment, vous n'êtes pas des délinquants. Vous êtes des gens porteurs d'une demande d'aide par des traitements, qu'on discute avec vous, en fonction de ce que vous souhaitez. Mais malgré tout, et là c'est là où nous sommes complètement, je dirais, à *l'ouest*, si j'ose dire, c'est que si en tant qu'usager de nos lieux de soins nous ne vous considérons pas comme des délinquants, vous restez de par la Loi des délinquants. Il y a un fossé - enfin c'est comme ça que je le vois - entre le judiciaire et le soin et je ne sais pas comment on en sortira !

ALAIN : Je voudrais profiter de la présence d'un avocat. Je ne sais pas du tout où j'en suis par rapport à la Loi : en tant que consommateur de méthadone®, je suis considéré comment ? Si j'ai un contrôle de police, qu'on me trouve avec de la méthadone®, qu'est-ce qui se passe ? Suis-je délinquant ? Je ne connais pas la réponse moi-même.

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN, avocat, afr : Vous n'êtes pas un délinquant. Si, toutefois, vous aviez beaucoup de méthadone® sur vous, sans pouvoir justifier sa provenance, des problèmes pourraient se poser. Mais si vous n'avez que votre traitement vous n'êtes pas un délinquant. Cela dit, il ne faut pas oublier que la méthadone® est un opiacé, un produit stupéfiant. Si vous déteniez beaucoup de méthadone, encore une fois, je ne vous garantis pas qu'il n'y aurait pas des poursuites possibles.

ANNE COPPEL : La méthadone® est clairement un médicament, donc vous n'êtes pas un délinquant.

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : Si vous aviez beaucoup de méthadone®, on pourrait essayer de vous imputer un commerce de la méthadone®, que vous n'êtes évidemment pas habilité à faire puisque c'est un médicament dont le commerce est réservé aux pharmaciens. C'est ça que je veux dire.

Maître MARJOLAINE THIERCELIN, avocate, afr : Je voulais rebondir là-dessus pour rappeler qu'il y a un trafic de méthadone®, un marché noir.

Maître HENRI CHOISEUL-PRASLIN : On est à la frontière du commerce de méthadone®, comme exercice illégal de la pharmacie. Donc, il ne faut pas en avoir trop sur soi.

LOI DE 70 ET VULNERABILITE DE L'USAGER

"La Loi de 70 met tout le monde en état de vulnérabilité et c'est pour ça que la première préoccupation des usagers de drogues, en tant que citoyen c'est, effectivement, cette vulnérabilité tout au long de l'usage de drogues". Pierre Chamboredon.

Docteur GILLES NESTER : Des personnes ont cependant pu être inquiétées pour avoir été en possession de méthadone® parce qu'elles ne pouvaient justifier sur-le-champ qu'elle provenait bien d'une prescription régulière et que la provenance était bien identifiable. Il s'agit de garde à vue qui peuvent durer plusieurs heures ; c'est tout à fait préjudiciable pour la personne qui se trouve interpellée dans cette situation. C'est pourquoi nous fournissons à nos patients, et renouvelons régulièrement, un papier justifiant qu'ils sont pris en charge par le centre de soins et qu'ils reçoivent tel type de traitement. C'est un moyen pour eux de se sentir plus tranquilles, protégés et en sécurité. Ils nous le demandent, régulièrement, parce que dans les quartiers comme ceux où nous sommes, les contrôles d'identité, les interpellations sont fréquentes.

PIERRE CHAMBOREDON - Réseau Ville Hôpital (Seine et Marne), ASUD : C'est aussi un papier utile pour obtenir la poursuite du traitement pendant une garde-à-voir...

Je dois dire que je ne vois pas du tout aussi nettement que vous la frontière entre les drogues illégales et les drogues légales. Nous avons bien vu qu'il y avait des inculpations de médecins pour des distributions de Subutex® ou pour des sulfates de morphine. La frontière n'est pas du tout aussi claire et elle dépend d'une Loi qui nous a empêchés d'avancer depuis trente ans.

D'après la Loi, dès lors que l'on consomme, détient, transporte, ou vend des substances illicites, on est de fait un délinquant. Ensuite tout dépend du Procureur du ressort où a lieu l'interpellation. Il y a des discours édulcorants sur le fait que l'on n'incarcère pas des simples usagers. Mais l'incarcération est une chose, ce n'est pas la seule mesure de Justice : un sursis peut-être révoqué, un contrôle judiciaire peut être remis en cause devant un Juge d'Application des Peines... Les incarcérations dépendent de la seule volonté du Procureur. Dans tel ressort, la Loi va être appliquée de telle manière, des usagers seront incarcérés pour quelques grammes de haschich tandis qu'ailleurs d'autres usagers circulent avec des grammes de cocaïne ou d'héroïne. Chacun reconnaît que c'est complètement arbitraire.

Le principe de la Loi de 70 c'est de maintenir l'utilisateur en état de délinquance. La Loi de 70 met tout le monde en état de vulnérabilité et c'est pour ça que la première préoccupation des usagers de drogues, en tant que citoyen - je suis moi à *Asud*, une association de citoyens usagers de drogues - c'est, effectivement, cette vulnérabilité tout au long de l'usage de drogues. Vulnérabilité qui peut résulter d'ailleurs du voisinage d'usages de drogues, puisque qu'après tout, on pourrait aussi bien reprocher à des gens d'équipes de Réduction des Risques d'avoir eu connaissance de trafics, de consommations, sans les avoir dénoncer.

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : Certainement pas ! Il n'y a pas d'obligation de dénonciation des trafics de stupéfiants ! Il ne faut quand même pas dire des choses qui n'existent pas en droit ! Je suis désolé de vous reprendre là-dessus, mais ça c'est clair.

PIERRE CHAMBOREDON : Alors ça va me donner l'occasion de vous poser la question. Je suis censé rendre compte de résultats de mon équipe de Réduction des Risques. Comment puis-je protéger mes données de la police ?

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : C'est autre chose ! Ce n'est pas la même chose de dire que vous êtes un délinquant parce que vous ne dénoncez pas des faits illicites et de dire que vous vous interrogez sur les pouvoirs qu'ont les policiers et les juges de saisir des informations que vous détenez. C'est deux choses complètement différentes !

TRAJECTOIRE DE VIE DE L'USAGER ENTRE USAGES ET SOINS

"Cette culture de l'abstinence, c'est la culture inscrite dans la Loi de 70. La loi produit cette limite qu'elle fait passer entre les abstinentes/les pas abstinentes, les demandeurs de soins/les non-demandeurs de soins. La demande de soins, on le sait, elle est beaucoup plus ambivalente, elle est faite d'allers et de retours". Jean-Pierre Couteron

EMMANUEL MEUNIER, Educateur, Rivage : Je voudrais revenir sur ce qui avait été dit à propos des usagers *délinquants* ou *pas délinquants*, c'est-à-dire sur ceux qui seraient délinquants *parce que* dans la rue et sur ceux qui ne le seraient pas parce qu'ils sont dans les centres de soins. Dans l'histoire de *Rivage*, et on en a parlé un peu ce matin, il y a aussi celle de l'usager qui est suivi mais qui replonge ; et qui replonge en ayant besoin, pour financer sa consommation, de trafiquer. Cette situation n'est pas absolument exceptionnelle. La frontière rue / centre n'est pas si claire. Je voudrais aussi revenir sur l'intervention de MONIQUE ISAMBART (au court de l'atelier du matin), qui rappelait à quel point c'est compliqué, pour celui qui est dans la rue complètement précarisé, de pousser pour la première fois la porte d'un CSST.

Ce clivage délinquant /pas délinquant, c'est justement ce qui nous empêche de voir ce *continuum*, évoqué ce matin, qui relie la Réduction des Risques au soin.

ANNE COPPEL : Effectivement la Réduction des Risques part de ce constat de la difficulté de l'accès aux soins. Il y a différents types d'obstacle dans l'accès aux soins, un de ces obstacles tient à des réponses de soins qui ne sont pas suffisamment diversifiées. La Suisse a réussi à offrir une très large gamme de services allant jusqu'aux programmes héroïne, précisément dans l'objectif d'offrir un accès aux soins au plus grand nombre.

Pour ce qui est de cette histoire de *"on est dans la rue, on est un délinquant, et quand on est dans le système de soins on est un patient..."* bon ! Je ne dis pas que je ne n'utilise pas l'argument quand j'ai des patients qui ont des problèmes avec la Justice et pour qui je garantis qu'ils sont en soins... Mais il me semble en effet qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans cette histoire-là. C'est d'ailleurs toute l'histoire de la Loi de 70. Dans la Loi de 70, il y a l'idée que les gens qui étaient dans le système de soin devaient être protégés, mais ceux qui étaient dans la rue ont été abandonnés. Le résultat, c'est que des milliers de gens sont allés en prison parce que la majorité des usagers n'était pas dans les centres de soins. La majorité des usagers était dans la rue.

JEAN-PIERRE COUTERON, psychologue, CEDAT, 78 : Je trouve intéressant de voir se dégager une réflexion éthique. Elle nous permet d'aller au-delà du débat critique sur les pratiques des CSST qui me semblent de plus en plus en « trompe couillons » -excusez-moi de le dire comme ça. Un certain nombre de pratiques se sont dépoussiérées, avec, il est vrai, des difficultés dans certains départements comme on a pu en discuter ce matin avec MONIQUE ISAMBART. Mais globalement, quand même, ces structures ont bien évolué. Le débat semble pouvoir se reposer au niveau de l'éthique et de l'origine des clivages, y compris intellectuel, qui nous empêchent de repenser la question du soin. Tant que la Loi de 70 produit ce clivage entre les *bons* et les *mauvais* et, surtout, tant que nous, en tant que soignants, au lieu d'être dans une démarche de soins, nous validons l'existence de *bons* et de *mauvais*, nous ne sommes pas fondés à nous étonner qu'ensuite la justice ou la police viennent dans nos centres trier les *bons* et les *mauvais*. S'agissant de l'histoire d'être dans la rue, nous avons tous constaté que ce sont parfois les mêmes qui sont dans le programme de soins et dans la rue. Ce n'est pas leur faire une accusation de duplicité ! C'est reconnaître que ça fait partie des mouvements de l'histoire d'une vie d'une personne. Il n'est pas besoin d'évoquer les drogues illicites pour trouver ça : c'est le même qui a envie d'arrêter le tabac et qui continue de fumer. Il faut aller jusqu'au bout de la récusation de la Loi de 70 dans ce qu'elle sous-entend du *bon* et du *mauvais*.

ANNE COPPEL : Il y a la Loi de 70, c'est vrai, mais il y a aussi les représentations et les fonctionnements des centres de soins qui travaillent sur l'idée que le *soin = abstinence*. L'abstinence peut être souhaitable mais le soin n'est pas de l'abstinence. Le problème, c'est que l'objectif du soin a été défini par la justice ; or l'abstinence n'est pas un objectif thérapeutique. Les soignants qui ont accepté cet objectif ne sont plus des soignants, ce sont des auxiliaires de la justice.

JEAN-PIERRE COUTERON : Cette culture de l'abstinence, c'est la culture inscrite dans la Loi de 70. La Loi produit cette limite qu'elle fait passer entre les abstinentes/les pas abstinentes, les demandeurs de soins/les non-demandeurs de soins. Comme si brutalement l'esprit sain tombe sur quelqu'un, qui jusque là était *mauvais*, et qu'il devient *bon* parce qu'il devient demandeur de soins ! La demande de soins, on le sait, elle est beaucoup plus ambivalente, elle est faite d'allers et de retours. Et je ne veux pas outrepasser mes droits et mes fonctions, mais dans l'extrait de la lettre du Ministre de l'Intérieur que tu (GILLES NESTER) nous a lue ce matin, ce qui était intéressant c'était comment du point de vue policier, on continue de valider ce point de vue-là avec, je dirais, une relative bonne foi. On revalide qu'il y a de bons patients qui se plient bien aux bons programmes et que ceux-là on leur garantit qu'ils n'auront pas de problèmes. Mais ceux qui ne se plient pas aux bons programmes, pourquoi se plaindraient-ils d'avoir des problèmes ? Tant qu'on entérine quelque chose d'aussi dichotomique, on risque d'avoir ce type de difficultés. Nous ne pouvons nous arrêter à la seule question des pratiques des CSST, qu'il faut aller jusqu'au bout du raisonnement. Ce clivage entre *bons* et *mauvais* se traduit concrètement dans bien des hôpitaux, les services hospitaliers on l'on vous dit : *le toxicomane, je ne veux pas le voir*.

GEORGES PECAULT : Lorsque nous avons cherché à recruter un psychiatre j'ai eu l'idée d'aller taper à la porte de l'hôpital de Gonesse et celui-ci m'a répondu « *ici, Monsieur, nous n'avons pas de toxicomanes. Nous ne savons pas soigner les toxicomanes, nous soignons le sida, oui mais pas les toxicomanes. Nous avons un service de psychiatrie, c'est tout.* » Le soin au toxicomane ne faisait pas parties de la culture de l'hôpital, ce qui m'oblige à rendre hommage à ce Directeur, qui finalement nous a écoutés et aidés. Peut-être, Maître, avez vous deux mots à nous dire sur ce clivage de la Loi de 70.

QUE FAUT-IL ATTENDRE D'UNE DEPENALISATION ?

"Le choix a été que ce soit la santé qui supporte l'incohérence d'avoir à prendre en charge des patients / délinquant. Moi, je suis désolée, je préfère que l'incohérence passe du côté de la Justice parce que je considère que la santé est une priorité."

Anne Coppel

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : En tant que juriste, je vois deux choses. La première chose – nous n'en avons pas encore discuté - c'est, dans la mesure où nous souhaitons tous, plus ou moins, une modification de la Loi sur la dépenalisation de l'usage, de savoir jusqu'où doit aller cette dépenalisation. Dépenalisation ou cette légalisation de l'usage, de la mise à disposition, du petit trafic ou du trafic tout court. C'est un premier problème, auquel on ne peut pas échapper. Le juriste peut difficilement concevoir une dépenalisation de l'usage pur et simple, à la fois conceptuellement et pratiquement...

ANNE COPPEL : Pourquoi ?

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : Pourquoi ? Parce que, conceptuellement, il est difficile de comprendre qu'il soit permis d'acheter une chose qu'il est interdit de vendre. Je ne vois pas comment une telle chose peut-être conçue. Vous me direz que c'est un point de vue très théorique.

Mais la dépénalisation de l'usage existe pratiquement dans les faits - bien que le nombre de poursuites contre les usagers, tout type d'infractions confondues, reste scandaleusement élevé. Cette dépénalisation de fait, telle qu'elle est pratiquée – et quand bien même elle serait systématisée par une Loi - ne fait probablement que faciliter le trafic, qui, d'une part, a besoin de clients et qui, d'autre part, dans la mesure où il existe une prohibition générale, garantit aux trafiquants de vendre très cher leurs produits. Dans un tel contexte, les trafiquants arriveront donc toujours à prospérer et à organiser leur trafic parce que, quand on a beaucoup d'argent, on peut échapper à la police - ça c'est assez simple, car on peut monter des organisations tellement complexes que la police s'y perd.

D'autre part, avec la simple dépénalisation on va se poser la question : si on dépénalise l'usage, on dépénalise l'usage de quel type de produit. La tendance spontanée, qui est facile à vendre à l'opinion publique, c'est de dépénaliser uniquement l'usage des *drogues douces*, dites "douces", ce qui servira à beaucoup d'alibi pour pénaliser plus durement encore l'usage des drogues dites "dures". La simple dépénalisation de l'usage des *drogues douces* aura une quantité d'effets pervers sur l'ensemble de la toxicomanie. Et comme elle est conceptuellement impensable... je vous laisse pour ma part... dans cette impasse. Voilà ce que voulait dire le juriste soucieux de la réalité et de l'application de la Loi.

ANNE COPPEL : Comme toujours, tout dépend de l'orientation du projecteur, de ce que l'on éclaire... En tant qu'acteurs de la santé, il est absolument incroyable que le tabac et l'alcool - qui sont les plus dangereuses des drogues - aient un traitement différent de celui des drogues. Car si le critère de dangerosité est retenu, on observe que le tabac représente 60.000 décès prématurés par ans, l'alcool 40.000 morts ; tandis que les overdoses mortelles connues c'est 100 morts. Le *rapport Roques* a fait le point sur cette question de façon très rigoureuse : la plus dangereuse des drogues, c'est l'alcool. Les problèmes de santé des patients en traitement de substitution sont plus souvent liés à des abus d'alcool et de médicament qu'à des abus de drogues illicites.

La dangerosité des produits psychotropes s'évalue en grande part selon la façon dont ils sont utilisés. : Il y a des produits plus dangereux que d'autres, certes, il n'y a pas que l'usage qui est en cause, l'abus de cannabis ça n'est pas la même chose que l'abus d'alcool ou l'abus de cocaïne. Mais la logique de santé c'est de travailler sur l'usage abusif ou nocif. L'usage ne concerne pas la répression, ça concerne l'éducation, ça concerne la prévention, ça concerne le soin, mais ça n'a rien à voir avec la Justice. Après, on peut faire des réglementations pour limiter - comme on fait pour l'alcool - l'accès au produit autant qu'on peut. Mais pénaliser la personne qui consomme pour moi c'est absurde.

Effectivement, la dépénalisation nous confronte à des incohérences. Le problème c'est, incohérence pour incohérence, quel type d'incohérence allons-nous privilégier ? Jusqu'à présent, les services de répression n'ont pas eu à supporter les incohérences liées à une dépénalisation avec l'argument : *on ne va pas libéraliser l'usage puisqu'on ne peut pas libéraliser la vente*. On a préféré que l'incohérence soit supportée par la santé. Moi, je préfère que l'incohérence soit supportée par la répression parce que je considère que la santé est une priorité. Je le rappelle, la lutte contre la drogue c'est d'abord une lutte pour la protection de la santé. Il faut donc revenir à ce pourquoi on lutte.

À part ça, vous évoquiez la question des effets d'une dépénalisation... Les effets de la dépénalisation sur le trafic - sur lesquels il y a beaucoup de discussions - j'aurais plutôt tendance à penser qu'ils seraient, à peu près, équivalents à zéro, c'est-à-dire, que ça ne changerait pas grand chose. Il y a eu une comparaison qui a été faite aux USA sur la dépénalisation du cannabis ; il y a des Etats qui ont dépénalisé et d'autres qui n'ont pas dépénalisé, et apparemment ça n'a pas modifié le niveau de consommation. Les niveaux de consommation sont élevés ou bas essentiellement en fonction à la fois de l'offre et de la demande. En Espagne, pays où l'usage du cannabis est dépénalisé, il y a une consommation qui est très importante - encore que la consommation en France peut être supérieure – parce que l'offre et la demande ont été également importantes. A l'inverse la consommation est relativement contrôlée aux Pays-Bas où l'usage est également dépénalisé. La dépénalisation ne change pas les données du trafic. C'est d'ailleurs un des arguments qui est souvent avancé contre la dépénalisation. Ça ne résout pas la question du trafic, certes, mais ça protège le statut de la personne.

En ce qui concerne la dépénalisation du cannabis seul, c'est effectivement aberrant. Il n'y a aucune raison que le cannabis soit dépénalisé et pas les autres produits, puisque pour moi l'usage ne relève pas de la répression, mais de la prévention ou du soin. Cela dit, l'état des consciences étant ce qu'il est et si on regarde ce qui s'est passé dans les pays étrangers, on constate que c'est le cannabis seul qui a été dépénalisé. Tout repose sur une illusion, celle que la Loi protège. On croit que si on interdit aux gens

de prendre des drogues, ils en consommeront moins. C'est une illusion. La Loi ne protège pas. En somme, je pense que la dépénalisation du cannabis seul, c'est absurde. Mais je préfère la dépénalisation du cannabis à rien du tout.

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : Ma charge de tout à l'heure visait moins à condamner la dépénalisation du cannabis, qu'à mettre en garde : il ne faut pas mythifier cette disposition qui aurait une certaine valeur symbolique des plus intéressantes.

Mais il est beaucoup plus intéressant de chercher comment encadrer et limiter l'intervention du judiciaire dans le dispositif de soins. Il y a beaucoup plus à attendre d'une telle approche. En tout cas une telle approche doit accompagner, être complémentaire d'une Loi qui dépénaliserait le cannabis, qui, si elle était prise toute seule, n'aurait sans doute pas autant d'effets pratiques qu'on semble l'espérer.

UN INTERVENANT : Ce qui est dommageable, c'est l'amalgame qui se fait souvent entre Réduction des Risques, soin et politique répressive. Déjà, les termes "politique de soins", de "politique répressive" ça nous renvoie à quelque chose qui est bien organisé et qui doit mettre quelqu'un sur le droit chemin, sur les rails. Il suffit de prendre le *rapport Parquet* où il est écrit noir sur blanc que la politique de soins dans le système de soins pour les toxicomanes en France est bien intriquée avec la politique répressive. C'est quand même un rapport qui a fait l'unanimité à droite et à gauche.

Maître HENRI CHOISEUL-PRASLIN : Au contraire, nous mettons en lumière qu'il y a une contradiction fondamentale entre la politique répressive et la politique de Réduction des Risques. Le *rapport Parquet* a peut-être écrit que *le système de soins pour les toxicomanes en France est bien intriqué avec la politique répressive*, mais ça ne veut pas dire que ce soit une vérité, car enfin, nous nous en apercevons tous, c'est tout l'inverse !

ANNE COPPEL : Qu'il s'agisse du soin ou de la Réduction des Risques, nous parlons dispositif inscrit dans une réalité. Et la réalité, c'est la pénalisation de l'usage et toute une série de contraintes qui sont liées au fonctionnement des services, aux pratiques des professionnels. La Réduction des Risques, c'est pragmatique, c'est-à-dire quelle est inscrite dans la réalité : elle fait en sorte que l'utilisateur puisse au mieux protéger sa santé dans le système tel qu'il est. Mais c'est sûr, la logique de Réduction des Risques est une logique qui va à l'encontre de la Loi de 70 et c'est la raison pour laquelle on se trouve là. Si nous poussons la logique de la santé et la logique de prévention jusqu'au bout, nous nous heurtons à cette question de la pénalisation de l'usage.

EMMANUEL MEUNIER : Nos discussions prennent systématiquement en référence à l'outil "substitution", avec lequel on conçoit assez bien que le problème ne soit pas d'atteindre l'abstinence notamment parce que, parmi les problèmes d'une personne, la toxicomanie est parfois le moindre de ses problèmes - notamment quand il y a des comorbidités, une grande précarité... Quand nous manions des outils comme un appartement, un appartement thérapeutique par exemple, les problèmes liés aux usages et à leurs conséquences judiciaires, se posent de manière beaucoup plus complexe... J'ai l'impression qu'à force de parler de la substitution on néglige les questions liées à d'autres outils. Nous nous polarisons finalement sur des médicaments qui ne sont pas forcément d'un usage aussi complexe. Je ne veux pas minimiser les difficultés, il y a, notamment, des affaires judiciaires en cours à Montpellier, c'est sérieux... Il y a des vrais problèmes autour de la substitution, mais, sur la question des logements, c'est probablement beaucoup plus compliqué. Parce que pour sortir quelqu'un de la défonce il faut parfois lui permettre d'accéder à un hébergement ; mais est-ce qu'on va pouvoir héberger quelqu'un qui est encore dans la défonce, qui se met en danger. A mon avis, là ça devient une réflexion encore plus douloureuse.

ANNE COPPEL : Ce qu'il faut distinguer - c'était dans le *rapport Parquet* - c'est la question de l'usage et la question de l'abus. La question n'est pas tant l'usage que de déterminer à partir de quel moment, quand on use d'un produit, on en perd le contrôle. Le critère de l'accès à un hébergement ou à un logement, c'est la question de la maîtrise de soi-même, de la maîtrise des consommations. Alors,

c'est sûr qu'à priori, avec l'abstinence, on est sûr que c'est maîtrisé puisqu'il n'y a plus de consommation ! Mais en fait, la vraie question c'est celle de l'abus et non pas celle de l'usage.

GERER LES DROGUES : DIVERSIFICATION DES SOINS, AIDER AU CONTROLE DE L'USAGE, DEVELOPPER LES CONTROLES SOCIETAUX

"En fait, ce qui peut relever du système de soins, ce n'est qu'une petite partie de l'usage de drogue." Anne Coppel

Maître HENRI DE CHOISEUL-PRASLIN : Je voudrais préciser cette question de l'articulation entre les politiques répressives et les politiques de Réduction des Risques, sachant que de toute façon on ne peut pas se placer raisonnablement dans l'hypothèse d'une disparition rapide de la prohibition des drogues. Ce à quoi nous devons tendre c'est, je dirais, à une substitution progressive du juge par le soignant, au fur et à mesure que le système de soins et de Réduction des Risques monte en puissance, augmente en capacité. Cela en essayant de faire comprendre aux acteurs de la répression que des succès à court terme sur le trafic, qui seraient obtenus par une paralysie du système de soins, seraient négatifs à moyen et à long terme. Parce que si on détruit le système de soins, on ouvre des boulevards au trafic, puisque remettre les usagers dans la rue, c'est faire le jeu des trafiquants qui profitent de leur précarité. Il faut arriver à faire en sorte que l'intervention judiciaire se transforme et s'allège. Il faut que les juristes aient aussi un peu d'imagination, et fassent un vrai travail de juriste qui consiste à trouver des dispositifs vraiment efficaces pour que le juge puisse se retirer du champ de la toxicomanie au fur et à mesure que les systèmes de Réduction des Risques montent en puissance.

ANNE COPPEL : Est-ce qu'il existe une alternative à la répression en matière de gestion des problèmes liés aux drogues ? Au niveau français, comme au niveau international, le système de lutte contre les drogues est un système de prohibition, avec ses outils de répression. Est-ce qu'on peut gérer les drogues autrement ?

L'alternative repose sur le développement de deux types d'outils : ceux qui relèvent du soin, d'une part, et ceux qui relèvent de la prévention, d'autre part. En fait, ce qui peut relever du système de soins ce n'est qu'une petite partie de l'usage de drogues : on ne mettra pas dans les centres de soins les usagers de cannabis. Est-ce qu'on va mettre dans les centres de soins les usagers de drogues de synthèse ? Ne relèvent des centres de soins que les usagers problématiques. Ici, déjà, il n'est plus question de l'usage mais de l'abus. Et encore cela dépend aussi de la capacité du système de soins à répondre par une offre de traitements adaptés, parce qu'il y a sans des abus de drogues de synthèse auxquels le soin n'est pas capable d'apporter des réponses, que l'on ne sait pas soigner.

C'est sûr que le soin peut faire baisser la pression. C'est un outil de régulation des questions de drogues, on le voit notamment en Suisse où plus des deux tiers des usagers d'héroïne seraient suivis par le système de soins. Mais il y a quand même la cocaïne qui échappe très largement au système de soins. Le soin peut prendre en charge une part de la gestion de ces problèmes. Quand il peut le faire, on l'a vu y compris en France, ça allège quand même la répression. Les traitements de substitution et l'ensemble du dispositif de Réduction des Risques ont permis une réduction de 58% des interpellations d'usagers d'héroïne. Les usagers de drogues ont perdu la première place en prison, les violences sexuelles, maintenant, ont dépassé les ILS pour les incarcérations, cela depuis 1999 ou 2000 - je ne sais plus exactement. Il y a un recul des incarcérations d'usagers d'héroïne. Le soin est un outil de régulation, mais c'est seulement un outil parmi d'autres.

Les autres outils relèvent de la prévention et, je dirais, des contrôles sociétaux. Qu'est-ce que je veux dire par là ? On apprend, les uns des autres, à boire de l'alcool, on apprend que l'on ne se réveille pas le matin en absorbant un litre de whisky, que l'on boit à table selon un rythme qui est collectif... Il y a un apprentissage sociétal de la façon de boire. Il y a un apprentissage sociétal des psychotropes, qui connaît, certes, ses dérapages – même avec l'alcool, nous n'avons pas fini d'apprendre ! Mais nous sortons quand même de la très grosse *épidémie* qui a accompagné l'industrialisation, celle de l'alcoolisme ouvrier à la Zola. Nous sommes en train d'entrer dans des nouveaux modes de consommation qui nous apprennent à *domestiquer* l'alcool.

Le soin c'est un outil, mais c'est un outil partiel par rapport à la question de l'usage de drogues. Evidemment si on pouvait mettre tout le monde en soin, les problèmes seraient plus faciles à résoudre, mais manifestement ça n'est pas possible : les usagers ne le souhaitent pas, nous n'avons pas les réponses adaptées. Toutes les consommations ne relèvent pas du soin. Dans la pratique de la Réduction des Risques, nous allons le plus possible dans la gestion sanitaire des problèmes mais pour réduire effectivement les risques, il faut y associer une gestion sociétale de la consommation.

L'enjeu de la Réduction des Risques c'est aller aussi loin que possible dans le soin - y compris jusqu'aux traitements d'héroïne - tout en sachant que chaque outil est partiel. Je crois que le grand enseignement de la Réduction des Risques, c'est qu'il vaut mieux se contenter d'outils partiels et expérimenter des bouts de réponses dont on sait qu'elles ne marchent qu'en partie que de ne pas proposer de réponses du tout. C'est ce qui s'est passé avec les traitements de substitution. Nous savons très bien que les traitements de substitution ne font pas de miracles, qu'ils ne marchent pas pour tous les produits, pour toutes les formes d'usage. Mais que pour le peu que ça marche, ça a donné des résultats remarquables. Soyons modestes : utilisons à fond et au mieux les outils que nous avons, tout en sachant qu'ils restent partiels.

MALIKA TAGOUNIT - Vice-Présidente AFR : Je voudrais juste ajouter quelques éléments sur cette question du logement. Comme vous l'évoquiez, les places d'hébergement sont peu nombreuses, ne parlons même pas des appartements thérapeutiques, trop rarissimes. Nous savons tous que placer un usager de drogues dans un appartement présente de sérieuses difficultés. L'autre aspect du problème porte sur le maintien dans un appartement d'une personne qui plonge dans une consommation abusive de produits.

Quand l'abstinence constituait la seule proposition de soin en matière d'usage de drogues, alternative obligée d'ailleurs, les réponses à ce genre de crise étaient soit un sevrage, soit une rupture de prise en charge. La donne a complètement changé, l'offre de soins est plus diversifiée, les traitements de substitution peuvent être d'un bon recours et la personne concernée, si elle le souhaite, se sentira d'autant mieux capable de réagir, de faire un pas pour s'éloigner de cette situation dangereuse. Ce ne sera pas le pas-de-géant qui sépare l'abus de drogues de l'abstinence. Ce qui importe c'est que l'usager apprenne à maîtriser son usage. Là, les professionnels ont aussi un rôle à jouer en s'appuyant sur le concept de réduction des risques. Notre propre regard s'est modifié face à la question de l'usage de drogues. Au fil des années, nous sommes passés du projet d'abstinence, à la substitution, à la maintenance et, surtout, à la gestion des drogues.

Notre culture a évolué, néanmoins, il faut réfléchir à nos pratiques. Comment soigner aussi loin que possible ? Comment aider une personne qui perd le contrôle de son usage de drogues ? Nous aussi, nous devons apprendre. J'ai le souvenir que, face au haut degré d'exigence des institutions qui disposent d'hébergements, avec l'équipe nous finissons, parfois même, par nous trouver en difficulté pour faire la part des choses sur les capacités des gens dont nous voulions proposer la candidature. Le fait de les connaître, de les suivre depuis un certain temps, d'avoir été le témoin de ce qu'ils avaient construit, n'empêchent pas que, trop souvent, nous refusons de prendre des risques, de les mettre en danger, de les voir se casser la figure dans l'appartement. Comme je l'ai déjà dit, notre culture a changé, mais nos représentations n'ont pas forcément toutes évoluées. Très sincèrement, n'est-il pas encore plus dangereux pour une personne de se retrouver dans une consommation abusive de drogues, seul, sans logement, sans soutien... ?

Je crois que, nous ne faisons pas suffisamment confiance d'une part aux capacités des gens à se ressaisir, et d'autre part à notre savoir-faire devant ce genre de situation. JEAN-PIERRE COUTERON l'évoquait tout à l'heure, ces épisodes d'abus font partie de la dynamique de vie d'un usager, avec ses aléas. Je crois que les outils apportés par la réduction des risques peuvent contribuer à ce que ces « cassages de gueule » ne fassent pas trop mal à l'usager, qu'il puisse se récupérer, avec notre aide, le mieux possible. À charge pour nous, professionnels de santé, d'améliorer notre savoir-faire et notre savoir être, dans la gestion des drogues.

JEAN-PIERRE COUTERON : Il me semble, en tout cas dans un certain nombre de secteurs, que l'offre diversifiée que nous évoquons est plus théorique que réelle. Je suis désolé de marteler ce thème-là, mais à Mantes la Jolie, l'offre de soins, elle est plus théorique que réelle, c'est-à-dire que le débat sur le bas seuil, le haut seuil, le moyen seuil, et plutôt théorique car il y a un seul CSST en tout

et pour tout. Il y a aussi un décalage énorme entre un certain nombre de lieux où peuvent se faire des expérimentations - avec tous les cassages de gueule qui vont avec, mais où il y a encore les moyens de la faire et de la penser - et la réalité des moyens disponibles sur d'autres structures.

C'est pour ça que parfois j'en ai marre du discours sur les pratiques des CSST. D'abord, est-ce qu'éternellement les générations doivent payer les fautes de leurs parents ?... C'est se flageller nous-mêmes, entre nous. Alors qu'il y a lieu de réfléchir à ce que les nouveaux outils peuvent apporter à une politique des soins. Venez à Mantes la Jolie, je vous montrerais les quartiers, les sous-quartiers du Val-Fourré, où il y a des logements disponibles pour les toxicomanes. Vous verrez lesquels... Et vous verrez dans quel mépris est tenue la politique d'insertion par le logement par les bailleurs. Les usagers sont renvoyés là d'où ils tentent sortir. D'ailleurs, quand un usager recherche un logement, nous lui donnons ce conseil : *surtout tu ne dis pas que tu viens du CEDAT, tu ne nous connais pas, tu ne nous as jamais vus*. Là, on n'est même plus dans l'anonymat, on est dans la duplicité... Et quand nous sommes dans les commissions de logement, nous n'avons jamais personne à présenter, parce que c'est suicidaire de se présenter avec l'étiquette *toxico*. Il vaut mieux ne rien dire parce que ça suffit à donner une étiquette qui provoque le rejet. C'est pareil pour l'accueil de l'usager à l'hôpital.

Une des pistes qui peut être suivie dans la discussion, c'est d'analyser en quoi une partie de ce décalage dont nous sommes victimes est lié à la Loi de 70. La Loi de 70 est à l'origine de cette idée qu'il y a des *bons* et des *mauvais*, y compris à l'intérieur du soin. C'est quelque chose qu'il faut chasser de notre mode de penser : il y a des rechutes, il y a des échecs, il y a des évolutions, il y a des cycles, on peut réfléchir aux mots mais en tout cas cette idée de *bons/mauvais*, ou de réussites/pas réussites posées en référence à un modèle idéal du soin, est porteuse d'un danger. Il me semble dangereux d'entretenir des clivages entre la Réduction des Risques et le soin, le soin-abstinence/le soin-pas abstinence, alors, qu'en fait, il s'agit d'un tout, avec des étapes.

ALAIN : Vous commencez à répondre. Parfois j'ai eu l'impression, en écoutant certaines interventions que l'*idéal*, pour certain, c'était : avoir un centre de méthadone®, que l'usager s'y rende et prenne sa méthadone®. Et tout serait OK. Je voudrais encourager les centres – là où ils existent, car comme Monsieur vient de l'indiquer, il en manque encore beaucoup - qu'il faut absolument diversifier la palette d'offres de soins. Le soin ce n'est pas la bouteille de méthadone®, le soin, c'est la personne, c'est social, c'est psychologique, c'est culturel... Il ne faut pas que, sous prétexte, qu'on refile un peu de méthadone® aux *toxicos*, pour qu'ils nous fassent moins chier, on ne fasse rien à côté. Parce qu'effectivement pour un *toxico*, avoir un logement c'est la croix et la bannière. »

PROGRAMME D'HEROÏNE

Au bout de trois ans, bien des gens n'y arrivent pas ; on passe donc, non plus à la substitution, mais à la maintenance et à ce moment-là, si les gens sont en permanence ou doivent être en permanence à la méthadone®, qui est un opiacé, pourquoi ne pas leur délivrer l'héroïne ? Un intervenant

UN INTERVENANT : Je voudrais intervenir sur ce qui a été dit sur les soins. C'est vrai que la Réduction des Risques a eu des résultats extraordinaires et même des résultats que leurs initiateurs n'espéraient pas. En même temps, ça ne résout pas tout parce que d'abord il y a des gens qui prennent des drogues et qui pendant très longtemps n'ont pas besoin d'assistance médicale. Donc, ils se portent très bien, mais ils peuvent très bien à un moment donné avoir de gros problèmes avec la justice et ça évidemment la Réduction des Risques, le soin, n'y peuvent pas grand chose. Et puis il y a des gens qui peuvent être stabilisés avec de la méthadone®, par exemple, mais partiellement, et qui donc sont à peu près dans un meilleur état sanitaire, à peu près sevrés d'héroïne, et qui vont chercher autre chose, par exemple de la cocaïne. Ils se retrouvent sur le marché clandestin et dans une activité qui peut à tout moment déraiser.

L'idée de donner de la méthadone® à court terme en disant : bon avec ça, nous allons arriver à sevrer les gens en six mois, en un an, en deux ans, trois ans... et bien ça ne colle pas. Au bout de trois ans, bien des gens n'y arrivent pas ; on passe donc, non plus à la substitution, mais à la maintenance. Et à ce moment-là, si des gens doivent être en permanence à la méthadone®, qui est un opiacé, pourquoi ne pas leur délivrer l'héroïne ?

Le cœur de la problématique c'est que l'héroïne est associée au plaisir. On quitte le domaine du traitement, pur et simple. On est au-delà. Mais quand on examine les choses, on voit bien qu'il manque quelque chose, qu'il y a un certain nombre de gens qui sont grosso modo un petit peu tirés d'affaire, mais pas complètement. Il manque donc des programmes d'héroïne. Des programmes ont été expérimentés, et même mieux que ça, en Suisse et en Hollande, et il y a une acceptation par la population de ces programmes. Ce qui me frappe quand on regarde les choses à une dizaine d'années de distance, c'est que l'héroïne n'est plus le tabou absolu. Il n'y a plus d'histoires abominables de trafiquants d'héroïne, on ne parle plus de peine de mort pour les trafiquants, on voit bien que dans la société, ce tabou a en grande partie sauté. Avec ce qui s'est passé sur le sida, la toxicomanie à l'héroïne est devenue une maladie, avec son dispositif de soins, ses hébergements. Pourquoi ne pas en tirer les conséquences, pourquoi ne pas demander que soient mis en place des programmes d'héroïne, parce que non seulement ça pourrait être utile à un certain nombre de personnes pour qui les autres traitements ne marchent pas ; mais aussi parce que ça permettrait de casser un énorme tabou qui existe encore dans ce pays. De plus on a constaté que pas mal de gens prennent de la cocaïne, que la cocaïne descend dans la rue. C'est un secret pour personne : si on se retrouve avec une population de type héroïnomane, consommant la cocaïne - qui est un produit beaucoup plus difficile à gérer - on va avoir de gros, gros problèmes. Il ne faudrait pas que les victoires qui ont été obtenues par la Réduction des Risques fassent classer le problème de l'héroïne, alors qu'il y a quand même 100.000 personnes sous traitement, et que cela nous amène à négliger les risques d'une vague de cocaïne. Qu'est-ce qu'on va donner à des gens qui sont sevrés à l'héroïne mais qui sont très dépendants de la cocaïne ? Voilà des questions qu'il serait important de poser.

Docteur GILLES NESTER : Oui, les expériences menées en Suisse et ailleurs ont certainement apporté des résultats intéressants. Il faudrait, peut-être, y regarder de plus près. Les résultats sont peut-être plus mitigés que ce que vous venez de dire, mais ce serait intéressant que l'on puisse mener ce type de recherche et appliquer de nouveaux programmes. Mais cet exemple de la Suisse a été évoqué dans l'atelier de ce matin et je voudrais souligner la différence de moyens que cela suppose. On nous a décrit dans une ville comme Berne, en Suisse, l'équivalent d'une ville moyenne en France de 150.000 habitants. C'est, par exemple, pas très éloigné d'une ville comme Montreuil, pas loin d'ici. A Berne, dans la politique mise en place, il y a 500 places méthadone® à comparer avec 50 places à Montreuil. Il y a plusieurs programmes d'échanges de seringues, et dans cette seule ville il y a deux programmes de distribution d'héroïne. Alors vous voyez la différence de moyens que cela suppose. Mais certainement il y a des choses à expérimenter.

Je réponds aussi, un peu, par-là, à l'intervention d'ALAIN. C'est vrai que l'on ne peut pas se contenter, dans un centre méthadone®, de donner une petite fiole et de dire voilà on vous donne ça et vous allez voir, tout va bien aller comme si c'était magique. Ça n'a jamais fonctionné, ça ne fonctionnera jamais comme ça, mais là encore c'est une question de volonté de la part des soignants, mais de moyens, on n'est pas tout puissant. Une chose qui serait peut être intéressante c'est d'impliquer davantage encore les usagers qui fréquentent le centre. Ils ont certainement un rôle à tenir dans l'accueil, dans l'organisation, dans la conception même de ce qui se fait, de ce que l'on peut mettre en place. C'est des choses qui peuvent se développer avec des moyens modestes, grâce à l'implication des usagers dans ce qui les concerne directement lorsqu'ils viennent dans un centre de soins.

GEORGES PECAULT : C'est un peu ce que vous faites au niveau du centre méthadone® quand vous organisez des sorties qui ont pour fonction de permettre patients et aux professionnels de discuter dans un cadre différent.

Docteur GILLES NESTER : Ce n'est là qu'une ébauche de ce qui pourrait être réalisé, c'est vraiment très petit par rapport à ce que l'on pourrait imaginer de mettre en place.

MALIKA TAGOUNIT : Je voudrais dire deux choses par rapport à cette question des programmes d'héroïne. Oui, ça peut être un autre traitement pour des personnes pour lesquelles la méthadone® n'est pas suffisante. Mais ne nous trompons pas en parlant de plaisir parce que je ne sais pas si la notion de plaisir existe dans un programme médicalisé d'héroïne. Il y a certes le plaisir lié aux effets du produit lui-même, mais il y a surtout ce qui tourne autour du produit, le rituel, l'acquisition du produit... c'est pour ça que je ne suis pas tout à fait d'accord quand on y ajoute la notion de plaisir. Je suis tout à fait convaincue que c'est un outil fort intéressant pour un certain profil de personnes. Je voudrais aussi reprendre ce que j'avais dit tout à l'heure, car faute d'avoir été claire, ma pensée n'a peut-être pas été bien comprise. Je ne voulais pas mettre en opposition l'ancien et le moderne. Absolument pas. Pour preuve ces difficultés à se repérer entre haut seuil/bas seuil/ moyen seuil... C'est quelque chose que j'ai éprouvé d'entrer, en 1993, quand j'ai plongé dans cet univers inconnu qu'était le bas seuil. C'était il y a sept ans. Pour moi ce n'était pas du bas seuil, c'était du soin. Point barre. Et quand je disais, en 93, que le travail dans une Boutique c'était du soin, j'avais en face de moi des gens qui ne comprenaient absolument pas, sans doute déjà parce que cette conception du soin, dans ce cadre, c'était nouveau. C'est bien qu'aujourd'hui - enfin c'est long sept années, c'est quand même galère sept ans ; enfin, c'est quand même bien qu'aujourd'hui, on voit, on conçoit le soin aux usagers dans cette idée de progression, avec des allers et retours et avec cette idée maîtresse de la gestion de l'usage de drogues. Je voulais juste faire cette précision.

LES MOYENS DE LA REDUCTION DES RISQUES

"C'est vrai, il n'y a pas de vraie politique de réduction des risques, on est dans une vitrine aujourd'hui, et ça c'est quand même exaspérant quand on est dedans". Anne Coppel

Jean-Pierre Couteron : Juste pour préciser - et m'excuser : ce n'était pas à ton (MALIKA TAGOUNI) intervention que je m'en prenais. Je voulais insister sur la nécessité d'être attentif à ne pas prendre au pied de la lettre, à ne pas donner l'impression que l'on prend au pied de la lettre, un discours théorique alors que dans beaucoup de lieux, nous n'avons pas les premiers outils pour mettre en œuvre ce discours. Si nous regardons la Région parisienne, le constat est qu'un certain nombre des moyens dont nous parlons sont strictement, lourdement, historiquement, absents. Ne pas le dénoncer c'est entériner que les quelques structures présentes dans un certain nombre de lieux sont condamnées à dysfonctionner, parce que de fait elles vont devoir bidouiller avec peu de moyens. Je peux reprendre l'exemple que tu (GILLES NESTER) donnais ce matin - celui, bêtement pratique des dossiers rangés dans le coffre méthadone®. C'est ça qui donnait le droit au juge de faire poser des scellés sur le coffre méthadone®. Les pharmaciens présents peuvent témoigner que les dossiers n'ont pas à être rangés dans un coffre méthadone®, car une armoire à stupéfiants ne doit contenir que des médicaments. Vous pouvez vous tourner vers votre DDASS en disant qu'il vous faut deux coffres pour le même fonctionnement, et l'on vous répondra qu'il n'y a pas de budget, donc, en gros, démerdez-vous. En fait, sans arrêt nous sommes mis en position de dysfonctionner. Et il y a aussi, toujours, des personnes pour pointer ces dysfonctionnements ! Quand on a ouvert le centre méthadone®, nous avions peu de moyens... Le coffre-fort était posé sur une baignoire avec une planche. Un jour le pharmacien départemental nous a rendu visite. C'est moi qui l'ai reçu - je ne suis pas médecin et le médecin n'était pas là, il n'est d'ailleurs pas là tous les jours car nous n'avons pas les moyens d'avoir un médecin tous les jours... Je ne savais ce qu'est un pharmacien départemental. Je me renseigne et on me dit *"c'est quelqu'un d'important, il faut que tu viennes, et il va voir si c'est légal ce que vous faites"*. Lorsque nous ouvrons le coffre et que voit le pharmacien départemental ? Des flacons de méthadone®... et des tickets restaurant, des carnets de chèques... parce que bêtement, nous aussi on s'était dit maintenant que nous avions un coffre blindé nous allions pouvoir mettre à l'abri ce que nous nous faisons piquer tous les mois ! Nous nous sommes fait agonir d'injures parce que ce n'était pas légal. Nous lui avons demandé : *alors on les met où nos tickets ?*, et il nous répond de nous adresser à quelqu'un d'autre pour obtenir la réponse. Ça fait trivial, en fin de journée, de raconter ça, mais je

pense qu'actuellement, à côté du discours théorique - qu'il est important de pousser - il ne faut pas perdre de vue qu'un certain nombre des avancées conceptuelles n'ont pu se concrétiser sur le terrain faute de moyens pour les mettre en œuvre. De là, nous sommes confrontés à des prises en charge, à des prises de relais, à des indications qui ne sont pas complètement comme on voudrait. L'écart est grand entre le discours théorique et la réalité des moyens donnés pour concrétiser ce discours théorique. Ce n'est pas à toi (Malika Tagouni) que j'en aurais fait porter la responsabilité !

ANNE COPPEL : Ça me paraît très important, parce que c'est vrai. Et en tout cas ce sera ma conclusion : il y a eu une reconnaissance officielle de la politique de Réduction des Risques et de là on s'imagine que cette politique est mise en place. Désolée, il y a bien quelques expérimentations mais dans les faits, ces quelques expérimentations tiennent lieu de dispositif. A Paris, par exemple, La Boutique du 18^{ème} à Paris s'est ouverte en 1993 ; aujourd'hui au lieu d'avoir une Boutique, il y en a trois et ça s'appelle des *dispositifs de proximité*. C'est absurde. A l'heure actuelle, il y a des petites zones de bricolage, des petits projets qui tiennent lieu de politique générale.

A chaque fois que j'entends le projet d'un programme de prescription d'héroïne, j'ai la même réaction spontanée, en tant que professionnel du soin. Je me dis : l'héroïne, d'accord. Mais pour le moment, est-ce qu'on va savoir faire ? A Paris, l'accès à la méthadone® est relativement plus simple qu'ailleurs et il serait possible d'identifier des gens qui ont essayé la méthadone® et avec qui ça ne marche pas. Mais, dans 9/10^{ème} du territoire français, ce n'est pas le cas. Mettra-t-on les usagers sous héroïne directement ? Ce n'est pas en tout cas la logique de la Suisse. La logique suisse, c'est : on essaie d'abord avec les traitements les moins contraignants - celui de l'héroïne étant le plus contraignant de tous. Il faut utiliser les traitements selon une progressivité, commencer par ceux qui rendent le moins dépendants. Je ne sais pas si le Subutex® rend moins dépendant que la méthadone®, c'est en tous cas l'hypothèse implicite de notre système. L'héroïne devrait venir en dernière instance, pour les gens pour qui toutes les autres réponses de soins ont échoué. Mais encore faut-il que ces réponses de soins soient offertes et ce n'est pas le cas aujourd'hui. Donc, oui pour le programme d'héroïne bien sûr, mais ce que je crains, c'est qu'encore une fois, une petite expérience de plus tienne lieu d'une véritable politique. Il n'y a pas de véritable politique de réduction des risques, nous avons aujourd'hui tout juste quelques vitrines et c'est exaspérant quand on est dedans.

GEORGES PECAULT : Mesdames et Messieurs, nous vous remercions d'avoir participé à ce débat.

ANNEXE 1 : COMPTE – RENDU DE L'ATELIER N°3 PAR RIVAGE

L'atelier n° 3 avait pour thème :

SUBSTITUTION, REDUCTION DES RISQUES ET ETHIQUE DU SOIN

Les cinq dernières années ont été marquées par l'essor de la substitution. Elles nous offrent le recul nécessaire pour interroger nos pratiques.

- ◆ *Quels sont les "objets" du soin ? : les usages de drogues, les conséquences des abus et dépendances aux substances psycho-actives, les causalités biologiques, psychologiques ou sociales de ces usages...*
- ◆ *La substitution a-t-elle changé l'éthique du soin en toxicomanie ?*
- ◆ *La confidentialité au risque du partenariat... limites et garanties ?*
- ◆ *Analyse d'urine : entre rejet de principe et propositions de règles de bonnes pratiques cliniques*
- ◆ *Les limites de la substitution : peut-on dépasser la notion d'échec thérapeutique grâce au concept de réduction des risques ?*

Co-animation :

M. **Jean-Pierre Couteron** (psychologue clinicien, responsable du CEDAT à Mantes-la-Jolie, 78, et délégué régional adjoint de l'ANIT-IDF), **Dr Gilles Nester** (psychiatre au CSST Rivage, Sarcelles, 95),

Etaient réunis :

Mme **Marie Antona** (psychologue clinicienne, SATO, Creil), **Dr Jean-François Bloch-Lainé** (Directeur médical d'Emergence, Paris, membre de l'AFR), **M. Abdelghari Boussairi** (Pharmacien à l'hôpital St Denis, 93), Mme **Delphine Fangé** (association Ensemble contre le Sida), **M. José Filipe** (association d'ex-usagers de drogue, Réapprendre à vivre, Eaubonne, 95), **M. Grégory Franquel** (psychologue clinicien, ECIMUD A. Béclère, 92), Mme **Monique Isambart** (Directrice de l'association de réduction des risques PROSES, Bagnolet, 93), **M. Olivier Maguet** (association Aides), **Dr Fernand Sillam** (généraliste, élu de Sarcelles, 95), **M. Paulo Texeira** (Réapprendre à vivre), **Dr Gérard Vazelle** (psychiatre, directeur du CSST Imagine, Soissy-ss-Montmorency, 95)

L'AFFAIRE RIVAGE

"Aménager la prise en charge sans exclure, pour préserver la demande de soin de tous, c'est l'essentiel. Dans nos petits centres on a souvent à gérer en même temps le " bas ", le " moyen " et le " haut " seuil..." Jean-Pierre Couteron

Dr GILLES NESTER, Rivage : *(après que M. Abdelghari Boussairi, pharmacien des hôpitaux, en se présentant, ait insisté sur la gravité de la pose de scellés sur une armoire méthadone au centre Rivage) En effet, pour compléter l'information sur la perquisition, elle avait été précédée par l'immobilisation du coffre par le juge qui y a fait poser des scellés. Nous avons alors contacté la*

DDASS, pour déterminer comment nous pouvions réagir et assurer la continuité des soins. On ne pouvait plus stocker de méthadone ce qui nous a contraints à des aller-retours quotidiens entre la pharmacie de l'hôpital et le centre. Nous n'avons jamais reçu de réponse claire sur le "bien fondé" d'une telle immobilisation ; le seul point qui semble clair c'est que nous n'étions peut-être pas dans notre droit en plaçant nos dossiers médicaux dans la même armoire que la méthadone. Mais nous sommes un petit centre, avec peu de moyens, et il paraissait rationnel de protéger les documents importants dans cette armoire.

JEAN-PIERRE COUTERON, CEDAT : Cela semble être un point de détail de l'affaire mais il révélateur des contradictions entre objectifs de soins et moyens accordés pour les atteindre. Au CEDAT, en 1995 nous avons reçu la visite impromptue d'un "pharmacien départemental" - je ne savais pas ce que c'était qu'un pharmacien départemental, mais on m'a dit que c'était quelqu'un d'important et qu'il venait contrôler la légalité de ce que nous faisons. Le CEDAT ne disposait alors que d'un coffre provisoire, curieusement installé sur une baignoire. Il contenait notre stock de méthadone, et... des dossiers, des chèquiers, des tickets restaurant que nous étions assez satisfaits de pouvoir mettre à l'abri. On s'est fait "incendier" par le pharmacien départemental, car une armoire à stupéfiants ne doit contenir que des médicaments stupéfiants. Il faudrait donc avoir plusieurs coffres ; mais quels moyens nous donne t-on pour cela ?

Je retiens aussi de l'affaire *Rivage*, l'aspect gestion des dynamiques internes des groupes de patients. Tu nous as expliqué que *Rivage* avait isolé, dès avant l'intervention du juge, ce patient qui posait problème, mais que vous ne l'aviez pas exclu. Il continuait à recevoir sa méthadone sur un autre lieu. Aménager la prise en charge sans exclusion, pour préserver la demande de soin de tous, c'est l'essentiel. Dans nos petits centres on a souvent à gérer en même temps le "bas", le "moyen" et le "haut" seuil... Parce que la réalité c'est que la diversité de l'offre de soins n'existe pas dans les zones où nous travaillons. A cette carence d'offre s'ajoute le fait qu'on nous renvoie bien souvent : à quoi ça sert de poursuivre le traitement d'un méthadonien qui continue à poser problème ? Pour certains, le méthadonien qui ne fait pas bien ce que l'on attend de lui devrait être exclu.

On a aussi évoqué la question des tests urinaires. Il y a plein de patients pour qui les examens d'urine ne posent pas problème, dans bien des cas ils facilitent la prise de parole, l'échange entre soignants et patients. Certains médecins à la suite de l'affaire *Rivage* ont parlé de les interrompre compte tenu du risque d'utilisation de ces tests par la justice. Il ne me paraît pas bon de sacrifier un outil de soin à cause d'un risque de contrôle ou de problème avec la justice.

MONIQUE ISAMBART, Coordinatrice de PROSES : Il faut aussi penser à l'usager lambda, celui qui n'est pas encore dans le soin, à l'usager qui se rend au distributeur de seringues, et qui découvre qu'il est repéré par les flics : c'est tout aussi grave, ça peut l'inciter à réutiliser du matériel d'injection souillé. A la *boutique Charonne* nous avons constaté que le rendu de seringues était inversement proportionnel à la présence de policiers sur le quartier qui interpellaient les usagers ; et qui, d'ailleurs, n'hésitaient pas à écraser par terre les seringues neuves qu'ils découvraient à l'occasion des fouilles. Ce genre de faits s'observe encore aujourd'hui.

Dr GILLES NESTER : Une circulaire récente dispose que la détention d'une seringue ne peut plus être retenue comme une présomption d'usage.

MONIQUE ISAMBART : En effet, ce n'est plus légal d'incarcérer pour présomption d'usage ; mais cela arrive encore ; la surveillance policière des *totems* (automates distributeurs de seringues) ne devrait plus se produire d'après les circulaires ; mais ça existe et les usagers signalent que les flics regardent qui vient aux *totems*. Récemment, un usager relais de C3R – qui diffusait des kits auprès d'usagers qui ne fréquentent pas les dispositifs d'échange de seringues – a été poursuivi ; finalement il a été condamné à 1f de dommages et intérêts ! Il s'agit de petits événements, mais la multiplication des tracasseries à un impact très dissuasif pour les usagers.

|

LA SUBSTITUTION

"On prescrit parce qu'il y a une indication et non parce qu'un patient est méritant."

Jean-François Bloch-Laine.

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE, *Emergence* : Cela nous ramène à la contradiction entre sécurité publique et santé publique. Cette contradiction nous la retrouvons aussi en nous, parce que nous avons été formés avec l'idée que les toxicomanes sont des patients différents des autres. Cette représentation n'est pas scientifique, il n'y a pas, par exemple de "profil type" du toxicomane, pas plus qu'il n'y a de "profil type" pour les insuffisants cardiaques, bref, il n'y a rien qui, médicalement, permettrait de différencier ces personnes des autres patients. Nombre de soignants qui ne s'occupent pas de toxicomanes pensent pourtant qu'il s'agit de patients différents ; chez nous autres, intervenants en toxicomanie, il reste des résidus de ces représentations dans nos pratiques.

On a dit justement tout à l'heure que si quelqu'un pose problème dans un groupe de patients on doit aménager la prise en charge mais pas l'interrompre. Dans certains CSST on pratique encore l'exclusion, ce qui est choquant au plan moral, mais aussi logique. Car accepter ce principe d'exclure celui qui n'a pas le comportement attendu, c'est poser le traitement méthadone comme un traitement de complaisance, qu'il faudrait "mériter". Or on prescrit parce qu'il y a une indication et non parce qu'un patient est méritant.

Dr GILLES NESTER : Quand un patient pose problème, quand il y a rupture du soin, c'est bien souvent qu'il y a dans le cours de l'existence de cette personne une multiplication des problèmes : ce n'est pas le rôle du médecin d'en rajouter un de plus en interrompant la prise en charge.

GREGORY FRANQUEL, *Ecimud Béclère* : Au risque de passer pour un peu polémique, je veux faire part de mon sentiment qu'il y a une tendance actuellement à mettre très rapidement les usagers sous substitution et une inclinaison à croire que la substitution serait l'essentiel du soin. Cela au risque d'une dérive du soin, d'une sous-estimation des problèmes liés aux comportements d'alcoolisation des usagers sous substitution ou des problèmes liés à l'injection de Subutex. Quitte à passer pour un dinosaure, je voudrais rappeler qu'il y a d'autres prises en charge notamment au travers de l'accompagnement psychologique et social.

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOC-LAINE : N'oublions pas que nous sortons d'une période de tout sevrage, qui est une thérapeutique qui a souvent été mise en échec, qui favorise aussi les décès par overdose lorsqu'il y a rechute ; le sevrage, c'est le "traitement héroïque" de la toxicomanie. S'agissant du problème que vous posez, je vous ferais observer que déjà avant la substitution, certains médecins prescrivaient du Temgésic pour se "débarrasser" de leurs patients toxicomanes. Le problème que vous posez, c'est celui de l'engagement du médecin. La substitution n'a évidemment pas d'intérêt si on ne s'occupe pas des gens. Quand on répond à une demande de substitution, c'est-à-dire à une demande d'aide médicamenteuse, on attend de la substitution qu'elle nous aide à mieux nous occuper des patients. La substitution n'est qu'un outil, et l'une de ses qualités est de mettre les gens en confiance.

Je voulais aussi revenir sur les tests urinaires : ceux-ci permettent bien souvent une relation de franchise ; il devient plus commode de parler des consommations.

GREGORY FRANQUEL : Mais avant 1990 il n'y avait pas que le sevrage ; le soin c'est aussi le relationnel, quelque chose qui se passe entre deux personnes qui se rencontrent, un toxicomane et quelqu'un qui l'écoute. Avec la substitution et les conséquences du sida, il s'est formé une idéologie qui a tendance à dire qu'avant il n'y avait rien. Il y avait un accompagnement, qui a encore aujourd'hui toute sa place et qui n'est pas contradictoire avec la substitution. La mise sous substitution doit être un vrai engagement.

OLIVIER MAGUET, Aides : C'est bien la demande des usagers, cet engagement et cet élargissement de la palette de soins.

Dr FERNAND SILLAM, généraliste, élu de Sarcelles : La substitution est une aide précieuse pour le praticien de ville.

LES ANALYSES D'URINE

"Si nous-mêmes nous distinguons les " bons " et les " mauvais " patients, alors la police, en intervenant, ne fera que pousser notre propre raisonnement jusqu'à son terme." Jean-Pierre Couteron

JEAN-PIERRE COUTERON : Je voudrais revenir sur la question des pratiques dans les centres de soins et en particulier sur les dangers des systèmes punition/récompense. Il y a convergence de témoignages sur des pratiques d'exclusion ou de réduction des doses délivrées dans des centres de soins. Nous n'en connaissons pas l'ampleur, mais si on les tolère, alors il ne faudra pas venir se plaindre si la police vient se servir des analyses pour mener ses enquêtes. Si nous-mêmes nous distinguons les " bons " et les " mauvais " patients, alors la police, en intervenant, ne fera que pousser notre propre raisonnement jusqu'à son terme. N'oublions pas que les circulaires à la création des centres méthadones exigeaient des tests hebdomadaires dont la finalité de contrôle n'était nullement dissimulée. Outils de contrôle, les tests servaient à rechercher le " mauvais " méthadonien. Ces circulaires de départ, aménagées puisque ces tests hebdomadaires ne sont plus obligatoires, n'ont pas été dépeussées et mises au niveau des pratiques actuelles.

Pour revenir sur les tests urinaires, au risque d'être un peu provocateur, je dirais qu'ils n'ont aucun intérêt biologique, que leur utilité c'est d'être un outil relationnel.

ABDELGHARI BOUSSAIRI, Pharmacie de l'hôpital de St Denis : Je ne suis pas d'accord ; ils ont leur utilité en terme biologique. Ils permettent d'identifier des interactions médicamenteuses, et ils aident à l'adaptation des posologies notamment dans le cas de patients en tri thérapie. L'hôpital de Saint-Denis dispose aussi d'un logiciel qui permet de former des courbes de suivi, outil qui permet de visualiser l'évolution des consommations du patient. Je vous assure que les patients et les soignants raffolent de ces courbes qui sont un outil pour des discussions. Les tests ont aussi une utilité dans les cas d'urgence, notamment en cas d'overdose. Les résultats peuvent être produits dans la demi-heure. Renoncer aux tests par peur d'une utilisation judiciaire n'a pas de sens, car s'il faut tout protéger, il faut aller jusqu'au bout et ne plus rien noter dans les dossiers médicaux qui peuvent contenir des mentions manuscrites tout aussi " compromettantes " !

MARIE ANTONA, SATO : Les contrôles, au départ, servaient aussi à rassurer les professionnels.

JEAN-PIERRE COUTERON : Les analyses d'urine, pour conclure, ont cette triple utilité : c'est un outil relationnel, un outil pour adapter la posologie et identifier les interactions médicamenteuses et un outil d'information absolument nécessaire aux urgentistes.

Je souhaiterais que l'on revienne sur les pratiques et notamment sur cette notion développée tout à l'heure par Anne Coppel de *continuum* dans la prise en charge des patients : de la réduction des risques jusqu'au soin.

SUBSTITUTION ET REDUCTION DES RISQUES

"Plutôt que de parler de réduction des risques, je parlerais de travail à " haut seuil de tolérance " ; il s'agit de partir de la réalité, qui est que bien des usagers ne vont pas jusqu'au CSST. Le travail dans la rue est un travail de réduction des dommages." Monique Isambart

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE : Les notions d' " échec thérapeutique ", de " bas ", " moyen ", " haut " seuil sont parfois confuses. Ce qui s'impose c'est d'exiger un haut seuil aux praticiens ; le patient, lui, il est comme il est ; le haut seuil pour le praticien c'est justement de prendre le patient comme il est.

MONIQUE ISAMBART : Certains continuent à pratiquer un " haut seuil " d'exigences envers les patients, notamment en imposant des délais d'attente de 6 mois pour obtenir une place dans un programme méthadone. On connaît le refrain : " il n'y a pas d'urgence en toxicomanie ".

GREGORY FRANQUEL : Vous posez la question de l'urgence en toxicomanie ; y a-t-il toujours urgence ?

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE : L'illicéité du produit et le risque d'usage d'un matériel non stérile induisent une urgence de prise en charge

GREGORY FRANQUEL : Ne confond-t-on pas une urgence à se protéger, une urgence de réduction des risques par rapport à la pratique d'injection, avec une urgence de prise en charge ? N'y a-t-il pas une sorte de glissement : l'urgence créée par des situations à risques induit-elle forcément l'urgence du soin ?

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE : A propos de ces rendez-vous multiples et espacés qui sont imposés par certains avant toute prise en charge, il faut noter qu'il n'y a pas d'autres domaines de la médecine où de telles pratiques sont instituées.

Dr GILLES NESTER : Les usagers viennent avec une demande qu'ils présentent comme urgente, et ils s'attendent à une offre de soins rapides ; au point, que l'on doit un peu freiner, car on ne peut apporter des réponses instantanées. Mais les situations à risques nous obligent à répondre rapidement.

GREGORY FRANQUEL : Il y a une différence entre le désir et la demande ; la demande du toxicomane c'est parfois une demande d'accéder à des produits qu'il peut détourner, sa demande est alors une sorte de " photocopie " de sa toxicomanie.

MONIQUE ISAMBART : On oublie un peu vite la difficulté pour l'usager précarisé, qui vit dans la rue, à franchir la porte du centre de soins. Entrer dans un CSST c'est en soi un pas important. La substitution favorise l'accès de l'usager de drogue au système de soins.

Dr FERNAND SILLAM : Ecouter, préparer la prise en charge, c'est toujours une urgence. Il faut des réponses sans délais d'attente.

JOSE FILIPE, *Réapprendre à vivre* : la substitution favorise une sincérité de l'usager envers lui-même, elle facilite une reconnaissance de son état de dépendance.

MONIQUE ISAMBART : Plutôt que de parler de réduction des risques, je parlerais de travail à " haut seuil de tolérance " ; il s'agit de partir de la réalité, qui est que bien des usagers ne vont pas

jusqu'au CSST. Le travail dans la rue est un travail de réduction des dommages, il vise à limiter la casse, on cherche à empêcher les gens de mourir. Pour améliorer les choses, il faut réussir l'orientation sur le centre de soins. J'ajouterais qu'il y a une grave carence d'outils de réduction des risques ; je reviens de Genève et Berne où j'ai pu constater à quel point nous sommes en retard.

MOYENS DONNES AU SYSTEME DE SOINS ET ROLE DES GENERALISTES

"Les centres méthadone ne pratiquent pas assez de turn-over grâce à l'orientation des patients vers des médecins de ville." Jean-François Bloch-Lainé

JEAN-PIERRE COUTERON : Le problème des moyens est essentiel. Quand on pose le problème des rendez-vous espacés, il faudrait pouvoir faire la part entre l'idéologie et la carence de moyens. Les délais d'attente s'expliquent aussi parce qu'il n'y a pas assez de place dans les centres méthadone. On parlait de mise sous substitution rapide sans vrai accompagnement ; où sont les moyens notamment humains pour accompagner le traitement de substitution ? Au travers de ce déficit de moyens, c'est l'éthique du soin qui est piétinée par l'administration

Dr JEAN-FRANÇOIS BLOCH-LAINE : S'agissant des places méthadone, il faut aussi interroger les pratiques des centres. Il y a actuellement 85000 personnes sous Subutex ; 35% d'entre elles, soit 30.000 personnes, se l'injecteraient. La difficulté à abandonner une pratique d'injection du Subutex est une indication pour un traitement méthadone. Or en cinq ans seuls 9.000 personnes ont accédé à la méthadone. Combien d'années faudra-t-il pour absorber ces 30.000 personnes ? Les centres méthadone ne pratiquent pas assez de turn-over grâce à l'orientation des patients vers des médecins de ville. *Emergence* travaille avec 200 médecins et a mis en route 1400 traitements méthadone.

MONIQUE ISAMBART : Le prochain rattachement des CSST à la Sécu peut favoriser une modification des représentations, faire que la substitution soit considérée comme un traitement comme les autres.

DR FERNAND SILLAM : Déjà actuellement, le remboursement des traitements par la sécu témoigne d'une normalisation.

GREGORY FRANQUEL : Jusqu'à présent nous avons parlé de la substitution en mettant le subutex et la méthadone sur le même plan ; dans bien des cas, les patients sous subutex se contentent de voir leur médecin tous les 28 jours ; cela me gêne. Les réseaux ville hôpitaux ont beaucoup de choses à faire pour aider les généralistes. Par ailleurs, je trouve dingue que les médecins hospitaliers ne puissent être primo prescripteur de méthadone.

JEAN-PIERRE COUTERON : La question de la mise sous substitution méthadone à l'hôpital c'est à nouveau celle des moyens. Actuellement, de quels moyens dispose l'hôpital pour un accompagnement ou pour mettre en place un relais sûr ? Il y a un risque d'incohérence.

L'ANONYMAT

"Ce qui est frappant dans l'affaire Rivage, c'est la volonté du juge de ne pas comprendre la logique du soin." Jean-Pierre Couteron.

Dr GERARD VAZELLE, *Imagine* : Ne négligeons pas les risques d'over-dose à la méthadone qui pourraient se multiplier si l'accès est incohérent.

Je m'interroge sur ce point : à partir du moment où la méthadone devient un objet d'attention pour les juges, quels moyens les centres ont-ils pour mettre à l'abri leurs clients. Pourquoi ne pas réactiver la notion d'anonymat afin de mieux protéger les clients ?

Dr GILLES NESTER : On s'est posé cette question à Rivage ; on s'est rendu compte que dans la loi de 70 l'anonymat n'est opposable au juge que dans le cadre d'une poursuite pour seul usage de stupéfiant ; en outre il faut que le patient ait expressément demandé l'anonymat... Ce que nous faisons actuellement, c'est un " cryptage " des examens urinaires, nous discutons avec le laboratoire de l'hôpital de Gonesse pour coder les résultats. C'est en train de se mettre en place.

MARIE ANTONA : Nous venons d'être doté d'un ordinateur. La question d'y faire entrer les noms des patients se pose à la lumière de ce type de problème.

MONIQUE ISAMBART : Dans la réduction des risques nous avons le même problème ; à PROSES, il n'y a pas de nom dans l'ordinateur, mais des numéros.

Dr FERNAND SILLAM : Il y certainement des solutions puisque l'on est parvenu à organiser un dépistage anonyme du sida.

Dr GERARD VAZELLE : Il faudrait au moins rendre anonymes les résultats des tests urinaires

Dr GILLES NESTER : L'anonymat le plus complet est de plus en plus complexe à mettre en œuvre. On peut réaliser à l'hôpital des sevrages sous X... Mais à partir du moment où il y a demande de prescription, ou qu'un suivi social est organisé, l'anonymat n'est plus possible. Reste que la loi prévoit que le patient peut demander l'anonymat, et que nous devons nous organiser pour respecter cette demande.

JEAN-PIERRE COUTERON : Je veux bien qu'on range mieux nos tiroirs, mais pour prévenir ce type de problème il faut se déplacer et rencontrer les policiers pour obtenir un accord qui disposerait que les enquêtes ne doivent pas démarrer des centres de soins et d'un repérage des personnes qui les fréquentent ; et que les examens médicaux ne peuvent servir de moyens techniques supplémentaires à la police scientifique !

MONIQUE ISAMBART : Négocier avec les commissaires est indispensable dans la réduction des risques. A Montreuil, nous avons rencontré, pour négocier les lieux de stationnement de notre bus d'échange de seringues, une commissaire qui comprenait parfaitement notre mission. Nous avons obtenu un engagement des commissaires de Montreuil, Bagnolet et Romainville qui garantit que les policiers ne sont pas présents dans les lieux et les temps où le bus stationne.

ABDELGHARI BOUSSAIRI : On ne peut pas se contenter de discussion confinée dans un cadre local.

OLIVIER MAGUET : C'est le problème de toutes les équipes de rue : avoir un cadre légal.

MONIQUE ISAMBART : Il faut dialoguer avec les policiers, expliquer le travail. Mais le problème c'est que l'on peut s'entendre avec le commissaire, qui jouera le jeu. Mais son accord n'engage pas tous les services de police, par exemple la BAC.

JEAN-PIERRE COUTERON : Le problème est celui de la variété des autorités des polices : il y a le commissaire, la BAC, les stups. Ce qui est négocié avec les uns n'engage pas les autres. On peut certes remonter au niveau du DDSF... L'absence de cadre légal fait perdre un temps précieux...

Dr GILLES NESTER : Ne perdons pas de vue que de toute manière le secret médical n'est jamais opposable au juge d'instruction. Le juge peut toujours faire consulter les dossiers par un médecin expert qui répondra aux questions que se pose le magistrat. A *Rivage*, le médecin expert a exploré les dossiers pour répondre à la question du juge qui était : qui entre janvier et mai avait un contrôle positif à la cocaïne, et était donc susceptible d'en avoir acheté au patient mis en examen pour trafic.

ABDELGHARI BOUSSAIRI : Rappelons que les tests effectués dans le cadre des programmes méthadone sont des analyses immuno-chimique, dont la fiabilité est relative et qui ne peuvent fonder qu'une présomption d'usage ; elles ne font preuves en aucun cas, seuls des tests de confirmation, physicochimique, peuvent être retenus comme une preuve d'usage.

MARIE ANTONA : Comment être garant de la confidentialité ?

Dr GERARD VAZELLE : La notion d'anonymat, appliquée strictement, offre une protection : pas d'adresse, pas de numéro de téléphone, enregistrement du nom que le patient veut bien nous donner.

MARIE ANTONA : L'absence de numéro de téléphone est un outil en moins pour notre travail : il m'est arrivé de relancer des patients par téléphone.

Dr GILLES NESTER : Les AS ont besoin de l'identité exacte et des coordonnées des personnes pour effectuer leur travail.

ABDELGHARI BOUSSAIRI : Il faut rencontrer la justice, voir ce qui peut être négocié, avant d'en arriver à cette solution d'anonymat.

JEAN-PIERRE COUTERON : Ce qui est frappant dans l'affaire *Rivage*, c'est la volonté du juge de ne pas comprendre la logique du soin. Il nous est arrivé au *CEDAT*, d'avoir pendant deux semaines consécutives tout le monde positif à la cocaïne. On s'est demandé comment réagir. Une infirmière a suggéré d'afficher les résultats des tests dans la salle d'attente. Finalement nous avons convenu qu'elle entrerait dans la salle d'attente et qu'elle lancerait à l'assistance un "cette semaine c'est : 100% cocaïne". On a alors discuté avec les patients, et aucun n'invoquait quelques coïncidences pour expliquer ces résultats. Nous avons directement évoqué la possibilité de deal dans la salle d'attente... De tels incidents peuvent arriver dans n'importe quel centre. Dans le cas de *Rivage*, il y a eu la volonté du juge de ne pas comprendre que si nous devons travailler avec l'obsession de nous prémunir d'une intrusion de la justice nous ne pourrions qu'appauvrir l'offre de soins et fermer certaines portes aux usagers les plus problématiques.

Dr GERARD VAZELLE : A *Imagine*, nous appliquons le principe de l'anonymat et cela ne pose pas de problème vu que les gens le savent. D'ailleurs la méconnaissance de l'identité réelle ne pose problème que pour les interventions autres*, notamment sociale, qui ne regarde pas directement le soin (à noter : la connaissance de l'identité est nécessaire pour prescrire ; le centre *Imagine* ne prescrit que des médicaments qu'il délivre gratuitement et qui proviennent de la pharmacie de l'hôpital de Soissy/Montmorency).

LES REACTIONS OFFICIELLES A L'AFFAIRE RIVAGE

"A propos de la collaboration entre les services de soins et de répression : à quand l'échange de seringues dans les prisons ?"

Monique Isambart

Dr GILLES NESTER : Je voudrais conclure cet atelier en vous lisant plusieurs courriers que nous avons reçus. Je commencerais par la lettre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins :

"Cher Confrère, Nous avons suivi avec une attention toute particulière la saisie de documents médicaux au siège de l'Association Rivage et nous sommes restés vigilants afin que les règles du Code de Déontologie Médicale soient respectées. Aussi conformément à l'Article 56-1 alinéa 2 du Code de Procédure Pénale, la saisie de documents médicaux au siège de l'Association Rivage a été effectuée par un magistrat et en présence d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins du Val d'Oise. De plus, la Cour de Cassation a admis que le respect du secret professionnel ne fait pas obstacle à ce qu'un juge d'instruction fasse procéder en tous lieux à la saisie de toutes pièces dans lesquelles il est susceptible de découvrir les éléments indispensables à la conduite de son information, les prérogatives que ce magistrat tient de l'article 81 du Code de Procédure Pénale ne souffrant aucune restriction (Cass. Crim. 8 Juin 1966, Bull. crim. N°167). En l'espèce, la saisie de documents médicaux est intervenue dans le cadre d'une suspicion de trafic de stupéfiants. En outre, nous tenons à vous préciser que le juge d'instruction est lui-même astreint au secret professionnel. Nous prions de croire, Cher Confrère,..."

GREGORY FRANQUEL : Est-ce bien là ce que les paroles que l'on attend d'un médecin s'adressant à un autre médecin ? On n'y trouve qu'un rappel de la procédure. Je regrette que rien ne soit dit sur les scellés du coffre, sur la continuité du soin, c'est une forme de mépris pour les usagers de drogues.

Dr FERNAND SILLAM : Ce courrier semble avoir été rédigé par le service juridique de l'Ordre.

Dr GILLES NESTER : Le Dr xxxxxx, l'a tout de même signé. Passons au courrier de Mme Gillot, alors secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés :

"J'ai pris connaissance de votre courrier relatif à la perquisition effectuée par un juge d'instruction du Tribunal de Grande Instance de Pontoise au centre de soins "Rivage" à Sarcelles. Dès le mois de juillet, j'ai alerté mes collègues, Garde des Sceaux et Ministre de l'Intérieur sur les conséquences d'un acte qui compromet les démarches de soins engagées par des personnes souvent marginalisées. J'entends que l'accès aux soins des personnes toxicomanes soit privilégié conformément aux orientations définies dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté le 16 juin 1999. J'ai demandé à la MILDT de réaliser un livret de connaissances consacré à l'environnement juridique des intervenants dans le domaine des drogues et de la toxicomanie parce que je souhaite privilégier la compréhension et la collaboration entre les responsables sanitaires et les services répressifs et je veillerai à ce que la garantie d'anonymat s'applique plus largement de manière à ne pas compromettre l'action des centres de soins. Je vous prie de croire, etc..."

GREGORY FRANQUEL : Le début est bien.

Dr FERNAND SILLAM : Mme Gillot a redit son indignation lors d'une réunion publique qui a eu lieu à Sarcelles.

Dr GILLES NESTER : Passons au courrier de M. Vaillant, ministre de l'intérieur :
Par lettre du 10 septembre dernier, vous attirez mon attention sur les procédures judiciaires menées sur commission rogatoire par un juge d'instruction de Pontoise. Comme vous le savez, le ministre de

L'Intérieur n'a pas à interférer dans les décisions prises par les magistrats. Il se contente dans le respect des principes constitutionnels de donner les moyens nécessaires à l'accomplissement des missions demandées par l'autorité judiciaire. La question de la lutte contre la toxicomanie, tant sous l'angle de la santé publique que sous l'angle de la nécessaire répression, a été tranchée, par ailleurs, par le Gouvernement lors du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, réuni le 16 juin 1999 qui, tout en retenant le plan triennal de la MILDT, a réaffirmé le principe de l'interdit légal qui s'attache au trafic et à l'usage de produits stupéfiants prévu par la loi du 31 décembre 1970 ainsi que la nécessité de fournir une réponse judiciaire adaptée à chaque cas. Pour donner suite aux orientations du Gouvernement, des circulaires du Premier Ministre, du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et du Ministre de l'intérieur ont d'ailleurs été prises en ce sens. Celles-ci n'ignorent pas la dimension et la nécessité d'une prise en charge thérapeutique des toxicomanes. Aussi, les Préfets et l'ensemble des services de police, destinataires de la circulaire précitée de ce ministère en date du 11 octobre 1999, s'attachent en conséquence, non seulement, à ne pas mettre en difficulté les projets et les services de soins, destinés aux toxicomanes usagers, mais participent souvent à leur émergence. Je vous prie d'agrèer,...

MONIQUE ISAMBART : A propos de la collaboration entre les services de soins et de répression : à quand l'échange de seringues dans les prisons, M. Vaillant ?

Dr GILLES NESTER : Des progrès ont été accomplis, notamment pour l'accès aux traitements de substitution en prison. Nous avons des contacts avec le service médical de la Maison d'arrêt de Val d'Oise.

JEAN-PIERRE COUTERON : Je retiens surtout de ce courrier avec quelle bonne conscience M. Vaillant opère une discrimination entre les usagers dans le soin et les autres.

ANNEXE 2 : COMPTE – RENDU DE L'ATELIER N°2, par ASUD

L'atelier 2 avait pour thème : Les usagers de drogues comme usagers des structures de prise en charge sanitaire et sociale

Substitution et réduction des risques ont modifié les pratiques thérapeutiques et par conséquent la posture de l'usager dans l'espace de soin. Les limites du rôle de " patient " le contiennent de moins en moins. Comment sans confusion des rôles maintenir un dialogue vivant sur l'offre de soins et son adaptation aux besoins de l'usager ?

- ◆ Quelle est la spécificité de l'usage de drogue dans le contexte général du soin ?
- ◆ Quels vecteurs de représentation peut-on imaginer pour les usagers ?
- ◆ Post-cures, CSST, structures bas-seuil, doit-on adapter les réponses selon le type d'établissement ?

Co-animation :

Mme **Anne Coppel** – Présidente de l'a.f.r., Directrice d'Emergence ; M. **Fabrice Olivet** – Vice-Président de l'a.f.r. ; M. **Pierre Chamboredon** – ASUD

Etaient réunis :

Mme **Catherine Bonnot** (*Essonne Accueil*), M. **Kader Bouzidi** (*Rivage*), Mme **Christine Calderon** (*AIDES*), Mme **Sylvie Chabani** (*Rivage*) ; Mme **Denise Cassin** (*Ensemble contre le Sida*), Mme **Sylvie El Mouchini** (*CSST Imagine, Soissy-ss-Montmorency, 95*), M. **Azzedine Nechadi** (association de réduction des risques *PROSES*), M. **Romain Renou** (*Asud*), M. **Mathieu Thevenin** (Conseil national du Sida).

CONTEXTE DU COLLOQUE : Suite à la perquisition ordonnée par la juge d'instruction du Tribunal de Pontoise Magali TABAREAU, au mois de juillet 2000 au centre de délivrance de méthadone RIVAGE, au cours de laquelle la juge a saisi " *le dossier médical d'un toxicomane et une liste de patients traités dans ce centre de désintoxication* " (*Libération*, 25/07/00), la question se pose des rapports entre le pouvoir juridique et médical. Cet événement est l'occasion de dénoncer deux choses :

1. le fait que la simple décision d'un juge d'instruction et sa mise en pratique peuvent mettre en péril la politique de RdR.
2. conséquemment, le secret médical peut se trouver bafoué et cela, tout à fait légalement...

Ainsi, dans ce cadre-là, le secret médical se trouve réduit à ne protéger que l'équipe soignante, le personnel médical contre d'éventuelles poursuites judiciaires tandis que les patients concernés ne sont plus à l'abri de rien.

Autre inquiétude que suscite cette affaire, et cela concerne plus la saisie des résultats des tests urinaires : le détournement de l'objectif médical d'un test biologique à des fins juridiques pour départager les coupables des innocents. Comment, dans ces conditions, continuer à garantir le secret médical et assurer le droit de chaque citoyen à accéder aux soins?

Rendu à ce point, la raison d'un tel conflit entre le juridique et le médical se trouve, plus que dans le cadre de la Loi du 31 décembre 1970, dans la **pénalisation de l'usage**. En effet, ce statut offre un cadre juridique inadapté à la prise en charge et à la demande de soins de la part des usagers de drogues, toujours sous la menace de la répression juridique.

Donc, jusqu'à la dépénalisation de l'usage, c'est aux professionnels de la santé d'inventer les possibilités d'accueil et de réponses aux demandes des usagers à l'accès aux soins au risque que cela soit la sphère juridique qui le fasse à leur place...

Compte rendu de l'atelier :

Statut des usagers dans politique des soins ? **PLEIN LA GUEULE !**

Fabrice Olivet défend le principe de penser la politique RdR du point de vue de l'utilisateur de drogues. En ce sens, comme base de travail, il présente le projet de l'*Observatoire* établi en partenariat avec les services de l'Etat. Mais avant tout, il tient aussi à rappeler le statut d'exception de l'association ASUD dans le dialogue avec l'appareil étatique.

(... Présentation du projet de l'OBSERVATOIRE de l'ACCES AUX SOINS...)

Pierre Chamboredon, Asud : Avant de se demander comment sont représentés les U.D., on pourrait commencer par savoir comment sont représentés actuellement les U.D.? Et s'ils ne le sont pas, pourquoi?

Il faudrait aussi informer les patients qui font appel aux structures de soins sur les droits des gens qui rentrent dans de telles institutions. En effet, aujourd'hui on constate que tous les patients n'ont pas le même statut légal...

Fabrice Olivet, Asud : Si aujourd'hui les U.D. ne sont pas considérés comme des usagers de soins, cela tient exclusivement au cadre instauré par la Loi de 70. L'U.D. lui-même ne se pense pas comme un patient lambda car il se sent considéré comme un délinquant potentiel. C'est cette Loi de 70 qui instaure l'ambiguïté sur ce type de soins. En effet, ce cadre de l'anonymat et de la gratuité donne un statut d'exception à ces patients les plaçant à côté du droit commun, ce qui a pour conséquence d'entraîner la multiplication des cas de conflits entre justice et santé.

De plus, n'oublions pas la charge de culpabilité supportée par ces patients du fait, entre autres, de leur "double-vie" : celle au centre et celle de l'usage clandestin.

(... Discussion autour UD ET DROIT DE L'HOMME...)

Question : Comment faire remonter aux instances dirigeantes la position des UD ?

Christine Calderon, AIDES : Nous avons soumis un questionnaire directement auprès des UD.

Fabrice Olivet : Rapports de force entre professionnels de la santé et patients : patients d'un type particulier. Ne se soumettent pas aussi facilement à la position de pouvoir, de maîtrise du médecin qui tient habituellement au savoir médical. Ces patients, à la différence des autres, prétendent avoir un tel savoir et l'expriment au sujet de leur propre pathologie et plus particulièrement au sujet de la prise des produits. Ce rapport modifie nécessairement la prise en charge de ces patients.

Il y a aussi tous les problèmes liés au traitement de l'UD tel que par exemple l'hébergement.

(... Discussion autour de l'EXEMPLE DU PATRIARCHE...)

Christine Calderon : Même si les droits existent, avec l'étiquette, l'UD rentre dans un non-droit.

(... Discussion autour du DECRET BARSAC...)

A propos de l'OBSERVATOIRE : doit s'occuper des droits et des DEVOIRS sinon sort d'une position citoyenne.

Difficulté de l'UD pour s'adresser au centre de soin.

Fabrice Olivet : Solutions de l'observatoire :

- Mise en place d'un N° Vert, intégré à un déjà existant, tel que Drogue Info Service.
 - Participation des centres ; permettre la mise en place d'un outil critique pour leur travail.
- Le but est de diminuer le clivage qui existe entre RdR et prise en charge médicale classique.

Anne Coppel : Dans quelle mesure l'Observatoire peut être un moyen d'expression des UD ?

Kader Bouzidi, Rivage : Certains UD ont été conviés à venir cet après-midi...

Anne Coppel : Comment ont réagi les patients face à cette affaire ?

Fabrice Olivet : La participation des UD n'implique pas leur participation physique. Etre UD n'équivaut pas à un brevet de savoir sur RdR. C'est plutôt réfléchir du point de vue de l'UD. La solution, c'est créer une structure tierce, extérieure au dispositif.

Un(e) participant(e) : Mettre en place une structure de médiation et non seulement une structure critique. Faire une organisation collective. Personnel de soins : degré zéro de la culture syndicale. Généralisation de la substitution renforce le pouvoir médical...
Sur droits et devoirs : sortir de la victimologie...

Pierre Chamboredon : On en est loin, loin du " *on leur doit tout* ".
Institutions traversées par plusieurs axes de pouvoir... Dans retour des infos des équipes de RdR d'ASUD, ces questions restent dans le flou. Le recours à la médiation n'est pas proposé par centres de soins.

Christine Calderon : Sur accueil de l'UD : L'UD est le premier à constater les premiers dérapages d'un centre, via la salle d'attente, par ex. si UD sont respectueux du centre. Pourraient participer au travail de gestion du centre.
Prône travail collectif.

Un(e) participant(e) : UD proches des dysfonctionnements du quotidien et sont tolérants par rapport à ces dysfonctionnements... Ex : par rapport au phénomène d'usure du personnel médical. Tolérance car aucune autre alternative. Si existence d'une instance où choses peuvent être dites, permettrait aux professionnels d'oser dire ; d'améliorer prise en charge ; qualité du service fourni - pour respect de l'autre et citoyenneté.
Centre = organe vivant. Eviter routine pour maintenir dynamique.
Pourrait être un organe de l'entourage des UD et aussi des professionnels.
Exp. de *Rivage* : Soit infantilisation des UD, soit considérés comme personnes responsables.
Travers de la loi 70, ses critiques sont dépassés aujourd'hui. Equipes des centres sont du côté des UD, poussés par la Loi 70.

Sylvie Chabani, Rivage : Ça fonctionne pas toujours comme ça. Ex : dans maisons d'arrêt du Val-d'Oise où un type enfermé pour avoir causé la mort d'un copain en lui ayant donné de la méthadone, cette personne n'a plus de nouvelles de son centre, abandonné seul en prison... Centre embêté par cette affaire. Personne prise entre justice, loi et soins.

Un(e) participant(e) : Risque de responsabilité du centre dans cette affaire.

Fabrice Olivet : Exemple où UD en prend plein la gueule, considéré dès le début comme premier et seul responsable. Victimisation de l'UD intégré par lui-même mais qui se retourne contre lui.

Un(e) participant(e) : Origine de la violence ? Souvent conséquence des dysfonctionnements de l'équipe.
Comment permettre dans structures paroles des UD ? Solution d'un travail collectif.
Dans centre méthadone, aucun représentant de l'UD.

Fabrice Olivet : Problème de l'existence de règlement strict et connu au sein de la structure. 25% n'en ont pas et 80% d'entre elles ne l'affichent pas...

Pierre Chamborédon : Cadre légal qui existe mais n'est pas appliqué dans prise en charge des drogués. Aucune initiative pour mettre en place cette structure médiatrice. Aucune initiative des professionnels alors que cela serait positif pour leur travail, dans cadre de la hausse des mésusages et du trafic. UD, premiers à se rendre compte quand y'a trafic...

Christine Calderon : Permettre sécurité, protection de l'UD quand témoigne de telles choses. Parole de l'UD qui s'en va de fait - car qd est intégrée, devient salarié et de + en + en retrait... Implication nécessaire des UD dans structures. Mais qu'est-ce qu'on attend ?

Anne Coppel : Quand je suis représentante de l'AFR, j'adhère à ce discours. Mais en tant que directrice de centre, je suis plus critique...
Division entre médecine de ville et soins plus lourds dans structures plus encadrées.
Sur prisons : Rapports entre UD et équipes de RdR.
Logique de professionnalisation : comment passer du statut d'UD à professionnel.
Participation de l'UD doit être qqc de construit.

Christine Calderon : Difficulté de l'implication de l'UD : questions et réponses multiples. RdR fragile : tout est faux et vrai. Aucune généralisation possible.

Malika Tagounit, afr : Démagogie : Faire des réunions avec des UD qui sont petit à petit abandonnés et qui reviennent quand il y a problème, pour taper du poing ; objectifs de ces réunions entre UD et équipes ? Jamais pris le temps d'en déterminer les obj. ni même savoir ce que c'est d'impliquer des UD dans travail. Ex : Problème de la violence : aucune pratique ni expérience pour y faire face, impuissance contre violence - impuissance face à ça.

Solution : Maintenir réunion régulièrement même s'il ne s'y dit rien. Autre problème : aucun savoir construit collectivement ; qu'un amalgame de pratiques... Pourquoi ? Peur de la parole de l'UD. Perte de cette richesse. Alors que UD sont majoritairement respectueux de ces lieux.

Catherine Bonnot, Essonne Accueil : Se rapprocher des structures prenant en charge alcoolisme, où il y a prise en compte de l'U.

Anne Coppel : Patients représentés dans structures ?

Catherine Bonnot, Essonne Accueil : Oui, c'est prévu...

Fabrice Olivet : OK, c'est ce qui va se faire. Mais exception du statut légal de l'UD. Question des nouveaux savoirs à acquérir dans gestion de l'usage de drogues. Intégration des UD pour acquérir leur savoir ? Penser à intégrer ex-UD dans structures.

Christine Calderon : Pb de représentation des UD car professionnels de la santé sont eux-mêmes étrangers à position collective.

Pierre Chamboredon : Pas UD mais usagers de telles structures ; c'est ce statut de représentation qui prime. ASUD : Pas là pour faire de l'expression des UD.

Fabrice Olivet : Confusion entre compétences à acquérir.

Pierre Chamborédon : Faire cahier des charges sur droits minimums d'un UD qd rentre dans un centre. Ex : Connaissance des sanctions qd transgression du règlement. Avoir moyen minimum d'information du citoyen, ce qui est absent dans structures.

Anne Coppel : Effectivement, souvent règlement hors de vue. Mais implicite : Pas de drogues, pas de violences.

Fabrice Olivet : Pas de sexe.

Anne Coppel : Pas si facile à appliquer.

Fabrice Olivet : Pb des fouilles à l'entrée. Ce qui manque, c'est l'information, l'explication qui justifie cette fouille. Connaître les limites des droits et devoirs de chacun. Poser légitimité des règlements.

Christine Calderon : PB de pudeur : énoncer clairement les choses ; ne pas dire simplement “ pas de drogue pas de violence ”.

Un(e) participant(e) : Logique différente entre UD et personnel. Logique idéaliste = génératrice d'un système de prise de soins, faire un moule.

Vrai pb : trouver consensus entre soignants et soignés autour d'un règlement. Pb de limites : baliser l'espace, que l'UD essaye de repousser.

Pierre Chamborédon : Ne pas oublier le personnel administratif etc.

Un(e) participant(e) : co- construire règlement intérieur.

Christine Calderon : Dans les faits : UD beaucoup plus stricts et répressifs.

Malika Tagounit : Penser à la rédaction d'un règlement en lien avec son application. C'est dans son application que réside le pb. Souvent, c'est le règlement qui est à la source des dérèglements dus à un pb de son application.

ANNEXE 3 : INTITULE ET PARTICIPANTS A L'ATELIER N°1 PAR Me DE CHOISEUL-PRASLIN

Atelier 1 avait pour thème : Les soins au risque du cadre légal et réglementaire

Alors que la justice intervient de plus en plus, et que le mythe de l'anonymat vole en éclat, un espace de dialogue entre acteurs du soins et juristes s'impose afin de rechercher dans la loi tout ce qui protège le patient et prévenir les conséquences des pratiques judiciaires inspirées par l'idéologie sécuritaire.

- ◆ Droit aux soins, cadre légal et interventions judiciaires
- ◆ Secret professionnel et dossiers médicaux
- ◆ Les fichiers de patients et la loi “ Informatique et liberté ”
- ◆ Analyse d'urine : de l'usage thérapeutique au risque de détournement pour la preuve de l'usage

Co-animation :

M^e Henri Choiseul de Praslin – Avocat, a.f.r. ; Mme Monique Hérold – Commission santé bioéthique de la Ligue des Droits de l'Homme

Etaient réunis :

Mme **BOUR** (*Ligue des Droits de l'Homme*), M. **François Buton** (*Conseil National du Sida*), Mme **Cadoux** (*DELIS*), Mme **Juliette Gest** (*CSST Emergence, 75*), Dr **Christine Lautrant-Davou** (*CSST Imagine, 95*), Mme **Aline POUPEL** (*CSST Rivage, 95*), Mme **M-Claire Pompéani** (*CSST Imagine, 95*), Mme **Annie Rosset** (*Clinique Liberté, 92*), Maître **Marjolaine Thiercelin** (*avocate, afr*), M. **Dan Véléa** (*CSST Imagine, Soissy-ss-Montmorency, 95*)

ANNEXE 4 : LETTRE DU COMITE DE SOUTIEN A LIONEL JOSPIN

Paris le 28 juillet 2000

Monsieur le Premier Ministre,

Le 17 juillet 2000, un juge d'instruction du tribunal de grande instance de Pontoise perquisitionnait dans un programme méthadone de Sarcelles, le centre Rivage. Dans le cadre d'une enquête pour trafic de stupéfiants concernant une des personnes suivies, le juge saisissait la liste de tous les patients ainsi que les informations contenues dans les dossiers médicaux, y compris les résultats des examens urinaires.

Les conséquences de cette procédure sont désastreuses : rupture de la confidentialité, mise à mal de la nécessaire confiance entre les patients et l'équipe. Un seul usager incriminé et c'est tout un centre de soin qui est menacé dans son fonctionnement !

Comment convaincre les usagers d'entrer dans une démarche de soins si, de ce seul fait, ils s'exposent à des poursuites judiciaires ?

Au delà du cas particulier de Rivage, ce sont tous les centres de soins pour toxicomanes qui sont menacés dans leur fonctionnement si de telles pratiques devaient se reproduire. Ce n'est pas acceptable.

Au cours des cinq dernières années, la politique de santé en direction des usagers a donné des résultats spectaculaires : amélioration de la santé et de l'insertion diminution de la mortalité par sida, diminution de la contamination VIH, réduction des overdoses mortelles (- 80% entre 1994 et 1998), réduction des interpellations pour usage d'héroïne (- 54% entre 1994 et 1998).

Cette affaire soulève une question essentielle et qui ne peut rester sans réponse : les pratiques judiciaires ne doivent pas entraver l'accès aux soins et le travail des équipes.

En particulier, les examens urinaires sont un outil thérapeutique pour les équipes mais ne sont en aucun cas destinés à apporter une preuve judiciaire de l'usage. Sans garantie de la confidentialité, les équipes ne pourront pas continuer à les pratiquer.

La loi doit être réexaminée. Dans l'immédiat, nous demandons que soit garantie la priorité de l'accès aux soins par le respect de la confidentialité. Les patients ne doivent pas être considérés comme des délinquants ni les soignants comme des auxiliaires de police et de justice.

Nous vous prions de croire, monsieur le Premier Ministre, à l'expression de notre haute considération.

LES SIGNATAIRES : L'équipe de Rivage soutenu par le bureau et le CA, Act Up, AIDES, APOTHICOM, Argile, Association Charonne, Association Française de Réduction des risques, Association Havraise d'Aide aux Toxicomanes, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, Association ruban rouge, ASUD, CDAG de Gonesse, Centre d'Information et de Recherche sur le Cannabis, Coordination du 18^e, Collectif Alerte Santé, C.S.S.T. de Caen, Croix verte & Ruban rouge, Drogues et Société, Dune, ECIMUD Antoine-Béclère, ECIMUD Bicêtre, Equipe de liaison toxicomanie hôpital d'Argenteuil, Ensemble Contre le Sida, Espace Accueil Information Toxicomanie, Espace Tolbiac Emergence, La Fratrie, FIRST, Imagine, Ligue des droits de l'homme, Médecins du Monde, MonteCristo, La Mosaïque, Nova Dona, Observatoire su Droit des Usagers, La Rose des Vents, REMED95, Sida Paroles, Syndicat des avocats de France, Syndicats de la magistrature, Syndicat de la Médecine Générale, Réseau34 toxicomanie, Réseau Santé Nord Parisien, Réseau Ville-Hôpital Synergie, Techno+ La Terrasse, Union Confédérale des Médecins Salariés de France, Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé, Unité de Soins Ivry-Sud, Unité de Soins Villejuif-Sud, Dr Artus (AMAT), Dr Bloch-Lainé, Dr Bonnaud (S.M.G.), Dr Bocart (l'Etape), Dr Couteron (CEDAT-SYRAUT), Dr Croix (Centre hosp. De Troyes), Dr Faucherre (Unité de Traitement des Toxicodépendances), Dr Ferrer (A.L.T.), Dr Guffens (revue THS), Dr Hautefeuille (Marmottan), Dr Muller (revue Pratique ou les cahiers de la médecine utopique), Dr Rataj et Vivet (ARIRT), Dr Rismondo (Généraliste Sarcelles), Dr Valleur (Marmottan), Dr Seltz (Maison d'Arrêt du Val d'Oise), Dr Weber (Le fil d'Ariane), M. Cochet (Député du Val d'Oise, Vice-Président de l'Assemblée Nationale), Les Verts-Paris, Elus Locaux Contre le Sida, Dr El Ghazi (maire-adjoint à la santé de la ville de Nanterre), M. Pupponi (Maire de Sarcelles), M. Turco (Président des Députés de la Lista Bonino au Parlement Européen), Sarcelles-Jeunes, Accueil & Culture, Comité de quartier Chantepie, Comité de quartier pour un forum démocratique, MRAP Sarcelles

ANNEXE 5. REVUE DE PRESSE

EXTRAITS DE LA REVUE DE PRESSE DE LA MILDT – www.drogues.gouv.fr

AFFAIRE DE MONTPELLIER

12/07/00 : AFFAIRE DE MONTPELLIER. Six médecins et quatre pharmaciens de Montpellier mis en examen pour délivrance de produits de substitution. C'est une information de l'AFP, reprise du **Midi Libre** qui a révélé l'affaire dans ses éditions d'hier. Selon le quotidien régional, les médecins et pharmaciens sont « soupçonnés » d'avoir été « arrangeants » avec des toxicomanes en leur permettant « d'accéder à des produits de substitution avec lesquels ils se seraient drogués ». C'est à la suite d'une plainte de la Caisse primaire d'assurance maladie et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociale que la justice est intervenue. Il était en effet reproché aux praticiens par ces deux organismes d'avoir « pris trop de liberté avec la législation sur les produits de substitution ». L'agence de presse rappelle qu'en mars un médecin et une pharmacienne mis en examen avaient été suspendus respectivement pour six et huit mois par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens et celui des médecins. La pharmacienne qui a fait appel avait reconnu avoir été « parfois conciliante » avec des toxicomanes en leur délivrant sans ordonnance des produits de substitution, tout en insistant sur le fait qu'elle le faisait avec l'accord des médecins et uniquement à « des patients réguliers ». Elle avait notamment déclaré avoir agi « comme on le fait pour une clientèle diabétique, qui le lundi a besoin de son insuline mais n'a rendez vous chez son médecin que le mardi ».

L'agence signale qu'un « comité de soutien et de vigilance » composé de médecins, de pharmaciens et d'associations qui interviennent auprès des toxicomanes s'était constitué après la suspension des deux praticiens. et que pour ce comité « les faits reprochés portent sur des erreurs réglementaires techniques commises tout simplement parce qu'il est impossible dans la réalité d'appliquer les textes législatifs à la lettre ».

13/07/00 : AFFAIRE DE MONTPELLIER. le Monde indique à son tour que **six médecins et quatre pharmaciens de Montpellier ont été mis en examen jeudi 29 juin pour « délivrance de stupéfiant sur présentation d'ordonnances de complaisance » et « facilitation à autrui de l'usage de stupéfiants ».** Le **Midi Libre** qui hier avait révélé l'affaire, titre aujourd'hui à la Une « **Drogue la controverse enfle à Montpellier** » et estime en page intérieure que « **le débat sur la prise en charge de la toxicomanie est relancé** ». « Faut-il mettre en accusation les professionnels ou le système de soin ? » interroge le journal qui mentionne d'un côté, « la mobilisation forcenée » d'un comité de soutien et de vigilance qui « croulait hier sous les appels » et de l'autre « un silence gêné » à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, et à la Caisse primaire d'assurance maladie qui ont porté plainte. Quant aux ordres, qui avaient pris des sanctions en mars « ils jugent sévèrement ». Ainsi le président de l'ordre des pharmaciens met en cause la « délivrance de sulfate de morphine » écarté selon lui « dès juin 96 de la liste des produits de substitution ». et le président de l'ordre des médecins déclare pour sa part : « *Dans certains quartiers de Montpellier on trouve du sulfate de morphine comme on veut, je peux comprendre l'attitude des médecins compatissants mais la majorité des toxicomanes viennent les voir pour obtenir de la drogue* ». D'après le quotidien régional ce sont là des « analyses qui révoltent Patricia Gleize », médecin généraliste, pour qui « *On se trompe de combat. Ces mises en examen ne peuvent que conforter ceux qui ont toujours refusé de prendre en charge la population toxicomane. Seulement 10% de médecins le font.* ». Quoiqu'il en soit, pour le journal « le débat est lancé (...) de nouvelles mises en examen sont redoutées », et Sophie Guiraud du **Midi Libre** affirme « Christine Lazerges, la première vice présidente de l'Assemblée nationale évoquera le sujet à la rentrée parlementaire d'octobre ».

17/07 : AFFAIRE DE MONTPELLIER. Le Figaro de samedi évoque la « **polémique sur des ordonnances « de complaisance** ». A la suite de la mise en examen de six médecins et de quatre pharmaciens à Montpellier, le journal fait état de « l'appel national » que ceux ci lancent « à tous les médecins et pharmaciens de France ». Philippe Douguet, qui anime le comité de soutien, explique : « *Nous demandons à tous les praticiens qui le souhaitent de certifier qu'eux aussi un jour ou un autre ont prescrit ou dispensé des traitements de substitution à des patients toxicomanes et qu'ils sont aussi passibles des mêmes accusations que les dix de Montpellier.* » Il déclare également « *Il y a deux centres à Montpellier qui sont habilités à distribuer de la méthadone, mais ils ne parviennent à traiter que 200 patients alors que le nombre de toxicomanes dans l'agglomération doit atteindre les 4000.* ». Le journal donne aussi la parole au Dr saint André qui « fait partie des dix » et qui selon le journal « a toujours agi pour préserver le lien

parfois tenu qui le reliait à ses patients drogués ». Il affirme « *ce ne sont pas des ordonnances de complaisance mais de nécessité* ».

19/07 : AFFAIRE DE MONTPELLIER. Interviews dans le Midi Libre de la pharmacienne Marie José Augé-Caumon et du médecin généraliste Hélène Fanton, mises en examen, pour « avoir facilité l'usage de stupéfiants » et « délivré des stupéfiants sur présentation d'ordonnances de complaisances ». Question du journal : « pourquoi pensez vous être dans le collimateur de la justice ? » réponse de H Fanton : « *en 1998 pour traiter la toxicomanie nous étions dans le flou le plus artistique qui soit. (...) Nous médecins généralistes, ne pouvions pas et ne pouvons toujours pas prescrire de la méthadone (obligation est faite au patient de passer par un centre) alors qu'il nous était permis de prescrire du sulfate de morphine. Aujourd'hui on nous fait le procès de ce produit.* » MJ Augé Caumon explique pour sa part qu'en 1995 on pouvait prescrire du sulfate de morphine « *en accord avec le médecin conseil de la CPAM* » et qu'à Montpellier « *la CPAM a été généreuse, plus de 25 médecins prescrivait alors ce médicament* » Toutefois en 1998 précise t-elle « *une enquête du centre de pharmacovigilance a dénoncé la situation.* ». Sur l'existence d'un trafic : H Fanton indique « *Nous travaillons seuls, sans savoir si nos prescriptions sont respectées à la lettre, si elles ne sont pas détournées. Seule la CPAM en a les moyens.* ». Pour MJ Augé Caumont « *Sur 120 pharmaciens à Montpellier, peu acceptent de se charger des toxicomanes et il n'est pas normal que mon officine ait eu à peu près 200 clients sous médicaments de substitution.* » A la question « que comptez vous faire face à vos mises en examen ? » toutes deux répondent vouloir faire avancer un projet de centre de méthadone.

15/01/2001 : AFFAIRE DE MONTPELLIER. Libération du 15 a rencontré des " **pharmaciens trop généreux** " à Montpellier où " 6 pharmaciens du centre ville et cinq médecins généralistes(...) sont accusés par la Direction des affaires régionale des affaires sanitaires et sociale (Drass) d'avoir alimenté indirectement un trafic de stupéfiants en l'occurrence du sulfate de morphine. " Le journal indique qu'ils sont passés vendredi devant la chambre disciplinaire de leur ordre qui à la suite de la plainte déposée par la Drass devait juger notamment si " le chevauchement d'ordonnance (des décalages entre les prescriptions et la délivrance de sulfate de morphine) et une entente avec les médecins pour se constituer une clientèle méritent sanction ou non. ". Expliquant que le sulfate de morphine est un " dérivé de la morphine (...) utilisé autrefois comme produit de substitution pour les toxicomanes(...) mais aujourd'hui largement remplacé par d'autres substances comme la méthadone ou le subutex ", le quotidien indique que ces praticiens sont accusés d'avoir continué à le prescrire et à le délivrer alors qu'une circulaire de 1996 ne l'autorisait qu'à " *titre exceptionnel* " comme traitement de substitution. Le journal précise par ailleurs qu'un rapport rédigé en 1998 à la demande de la commission des stupéfiants, soulignait que Paris et Montpellier " étaient les seules villes en France où le sulfate de morphine était largement prescrit. " D'après Catherine Bernard " les pharmaciens ne nient pas les faits " et Marie José Augé Caumon ancienne présidente de la Fédération des syndicats des pharmaciens de France " va même jusqu'à les revendiquer " car selon elle " cette situation résulte de l'incapacité des centres de soins pas assez nombreux à prendre en charge les toxicomanes ". Elle reconnaît " s'être mise en infraction avec le code de déontologie " comme, dit-elle " *il peut m'arriver de le faire avec un patient diabétique où une femme qui me demande une plaquette de pilule en dépannage* ". La journaliste qui signale que la décision de l'Ordre sera rendue le 9 février signale aussi que ce " n'est peut-être que le début des ennuis pour ces professionnels de santé " car ils ont aussi été mis en examen par un juge d'instruction.

12/02/200. L'AFP signale que 6 pharmaciens de Montpellier ont été interdits d'exercice pour une période allant de 6 mois à un an " pour avoir délivré un substitut d'héroïne à des toxicomanes". C'est le conseil régional de l'Ordre des pharmaciens qui a prononcé ces interdictions à la suite de la plainte déposée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, laquelle, selon l'agence de presse, " reproche aux pharmaciens d'avoir délivré du sulfate de morphine sans respecter les délais de délivrance prescrits sur les ordonnances. " Soutenus par un comité de 150 médecins et pharmaciens, les pharmaciens affirment " *Il fallait bien faire quelque chose avec ces patients difficiles et pour un grand nombre d'entre eux stabilisés à ce produit* " et ils ajoutent que cette " *situation d'exception résultait de l'incapacité des centres de soins pas assez nombreux à prendre en charge les toxicomanes qui cherchent à décrocher de la drogue*". L'agence précise qu'ils ont un mois pour faire appel de cette décision.

AFFAIRE RIVAGE

25/07/00 : AFFAIRE RIVAGE. « *Les soignants trahis par la justice* », titre **Libération**. En effet, la semaine dernière, Magali Tabareau, juge d'instruction du Tribunal de Pontoise, assistée du substitut du procureur de la République, « *a perquisitionné au Rivage, ... un centre de délivrance de méthadone de Sarcelles (Val-d'Oise), qui suit une trentaine d'anciens toxicomanes* ». Un jeune du Val d'Oise, soupçonné de trafic de cocaïne et arrêté par la police, a avoué « *avoir dépanné d'anciens toxicomanes qui fréquentent le centre « Le Rivage »* ». La juge est donc ressortie de l'établissement avec « *le dossier médical d'un toxicomane et une liste de patients traités dans ce centre de désintoxication* ». Les soignants se sont insurgés contre une telle pratique qui risque de « *remettre en cause leur travail* ». « *Comment voulez-vous, dans ces conditions, préserver l'anonymat, parfois indispensable, pour qu'un toxicomane ait envie de décrocher ? ... Et dans cette histoire, le problème, c'est que tout est légal, ou presque* », remarque Anne Coppel, présidente de l'Association française de réduction des risques. Elle ajoute avec inquiétude : « *Ces patients viennent là pour décrocher. Ils nous font confiance. On leur explique que nous nous portons garants de leur anonymat. Et là, ils vont se retrouver interrogés par la police pour des affaires de trafic. Comment voulez-vous que l'on puisse gérer cette situation ?* » Le quotidien complète l'article en apportant un éclairage sur la notion de « *secret professionnel* ». Selon les propos du juriste Emile Garçon, le secret professionnel « *a toujours été justifié comme garantissant le bon fonctionnement de la société* ». Mais aujourd'hui, il est alarmant de voir ce principe « *battu en brèche* », au nom de la transparence. Pour les médecins, cette obligation au secret est « *générale et absolue* », « *hormis les trois cas où la loi en dispose autrement* ». La violation du secret professionnel est passible d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende. De plus, « *les auteurs encourent également des sanctions disciplinaires au sein de leur corps professionnel* ». Néanmoins, le secret professionnel ne limite en aucun cas les prérogatives du juge d'instruction, notamment en ce qui concerne la saisie d'un dossier médical.

27/07/00 : AFFAIRE RIVAGE. **France Soir** fait état de la perquisition effectuée dans un centre pour toxicomanes. Le 17 juillet, Magali Tabareau, juge d'instruction du tribunal de Pontoise, « *a procédé à une perquisition au Rivage, un centre de méthadone situé à Sarcelles* ». Pour les besoins d'une enquête sur un trafic de cocaïne organisé par l'un des patients du centre, « *elle a emporté l'ensemble des dossiers médicaux de toutes les personnes suivies par l'association, ainsi que leurs tests urinaires* ». Cette affaire relance le débat sur les rapports entre justice et lutte contre la toxicomanie et illustre « *l'ambiguïté qui existe en France entre prévention et répression sur le terrain de la toxicomanie* ». Des associations, telles Médecins du Monde, la Ligue des droits de l'homme, Aides, Act Up..., le Syndicat de la magistrature et celui de la Médecine générale « *se sont mobilisés autour du centre Rivage* ».

31/07/00 : AFFAIRE RIVAGE. **Le Parisien** Val d'Oise du samedi 29 juillet indique qu'« *un comité de soutien à Rivage, le centre sarcellois de soins et d'accueil pour toxicomanes, s'est constitué jeudi soir dans les locaux d'Act up (Paris 11ème)*». Pour les différentes associations présentes : « *Les patients ne doivent pas être considérés comme des délinquants, et les soignants ne sont pas des auxiliaires de justice* ». Dans une lettre ouverte adressée au Premier ministre, le comité exprime ses craintes quant « *à la toute-puissance de la justice pénale* ». Selon le quotidien, « *c'est toute une réflexion qui s'engage autour de l'affrontement médecine-justice* ». Le journaliste s'interroge : « *la saisie de données médicales, supposées anonymes, est-elle indispensable pour lutter contre un réseau de stupéfiant ?* » Réponse des défenseurs de Rivage : « *c'est en amont du réseau de stupéfiants qu'il faut chercher les coupables, pas en aval* ». Pour eux, cette procédure « *permet à un juge de violer le secret médical et de détruire un long travail de confiance et de réduction des risques* ». Le quotidien rappelle en effet que les tests urinaires saisis sont « *susceptibles de prouver la consommation de drogues, ce qui peut conduire à un an d'emprisonnement* ».

01/08/00 : AFFAIRE RIVAGE. **Le Monde** également titre sur « **Polémique après des perquisitions dans un centre pour Toxicomanes à Sarcelles** ». Le quotidien résume le déroulement de « *l'affaire* » : dans le cadre d'une enquête sur un trafic de cocaïne organisé par un patient du centre Rivage, un juge d'instruction a fait saisir les dossiers des patients pris en charge et fait actuellement procéder à l'examen des résultats de leurs tests urinaires. Le journal indique qu'un comité de soutien a adressé une lettre ouverte à Lionel Jospin dans laquelle les signataires soulignent que « *les examens urinaires sont un outil thérapeutiques pour les équipes, mais ne sont en aucun cas destinés à apporter une preuve judiciaire* ». Pour le comité « *les pratiques judiciaires ne doivent pas entraver l'accès aux soins et le travail des équipes* ».

03/08/00 : AFFAIRE RIVAGE. Libération revient sur les perquisitions effectuées par la juge instruisant l'affaire. L'article indique notamment qu'ayant saisi le dossier médical du patient incarcéré pour trafic, la juge « en avait profité pour consulter les dossiers des malades et en emporter la liste ». « Elle a surtout eu accès aux contrôles urinaires. Elle peut donc savoir qui consomme encore des opiacés, de l'héroïne ou de la cocaïne par exemple. Elle pourrait donc très bien les mettre en examen pour usage de stupéfiants » souligne Bertrand Lebeau de médecin du monde, interrogé par le journal. **Libération** commente « les intentions de la juge demeurent néanmoins obscures et le parquet refuse de communiquer sur cette affaire ». En effet « aucun texte n'interdit ce genre de pratique », cependant « jusqu'ici l'usage voulait que les juges ne perquisitionnent pas les centres de soins ». Ainsi « pour les signataires de la lettre une modification législative s'impose ». Pour Gilles Sénati, du syndicat de la magistrature « *tout ce qu'il faut, c'est défendre le secret professionnel* ».

14/08/00 : AFFAIRE RIVAGE. Libération a ouvert sa rubrique « **Rebonds** » à **Aude Lalande et Gérard Sanchez, membres de la commission drogues d'Act Up Paris qui dénoncent la loi de 1970 sur les drogues et demandent à ce qu'elle soit abrogée** Pour les deux auteurs de l'article, « On aurait presque pu croire que l'attitude des pouvoirs publics avait changé à l'égard des usagers de drogues » notamment avec la nomination de Nicole Maestracci à la MILDT qui « semblait confirmer une approche des drogues en terme de réduction des risques ». Toutefois pour eux « la guerre à la drogue domine toujours » et pour étayer leur propos ils s'appuient sur la mise en examen de pharmaciens et de médecins à Montpellier pour « facilitation d'usage de stupéfiants » ainsi que sur la perquisition effectuée par un juge d'instruction dans un Centre de soins spécialisés aux toxicomanes à Sarcelles où les « dossiers médicaux sont passés en revue par le magistrat ». Bref, affirment-ils « La bonne volonté affichée par le gouvernement ne pèse rien face aux exigences judiciaires et policières ». Il dénoncent également la politique de certains centre méthadone, qui pratiquent, en cours de traitement, des tests d'urine pour rechercher la trace de produits illégaux, ainsi que les sanctions qu'entraînent des tests positifs et le fait que ceux ci soient conservés dans les dossiers. Avec ce commentaire « Il ne faut pas s'étonner dans ces conditions que la médecine des drogues soit poreuse aux intrusions policières ». Estimant que « les milieux impliqués dans la politique de réduction des risques ne sont pas sortis du double jeu dans lequel les a placé l'acceptation tacite ou contrainte du cadre législatif », les membres de la commission drogues d'Act Up, affirment en outre « Nul ne l'ignore plus maintenant : les lois prohibitionnistes ont provoqué de véritables hécatombes sanitaires et sociales. La loi de 70 doit être abrogée ». Ajoutant que « dans le contexte législatif actuel les contradictions entre logique sanitaire et logique répressive ne peuvent qu'aller croissant », Act-Up, qui juge la loi « caduque, inefficace et dangereuse » demande aux pouvoirs publics de « rouvrir le débat ».

Voir aussi : Le Quotidien du médecin du 30/08/2000 ; "ASH" du 25/08/2000 ; "Justice"

AUTRES AFFAIRES :

Perquisition au cabinet médical du centre de détention de St – Mihiel (Meuse) en octobre 2000 pour saisir les dossiers médicaux de détenus sous substitution dans le cadre d'une enquête pour homicide involontaire ouverte suite au décès par over-dose d'un détenu. Du Subutex, parmi d'autres produits serait en cause.

Aucune publicité n'a été donnée à cette affaire.

26/12/2000 : METHADONE – INCARCERATION. Le Parisien évoque dans sa rubrique Faits divers la **mort d'un jeune homme de 20 ans à la suite " d'une sur dose de méthadone (...)** le 19 septembre dernier lors d'une fête ". Le journal qui rappelle que la méthadone est " prescrite aux toxicomanes dans le cadre d'un protocole précis et sous contrôle médical " assure qu'elle est " bel et bien diffusée en dehors du circuit légal et utilisée par les drogués " notamment " pour adoucir la descente à l'ecstasy ". Affirmant qu'il n'y a " pas de trafic structuré " le journal estime pourtant qu' on la "trouve d'autant plus aisément que la mise à disposition du produit s'est assouplie avec le temps ". Et le journal d'interroger le père du jeune homme qui se révolte " Pourquoi cette méthadone est elle donnée n'importe comment ? "

Affaire Labarre (médecin de Nemours poursuivi pour "facilitation d'usage", voir Le Monde du 17/07/99, et "Justice" n°21, 07/1999) devrait déboucher sur un non lieu ; un procès en diffamation contre le Parisien (éd. Du 7/07/99) est intenté.

ANNEXE 6 : ESSAI DE REPONSES PAR LA MILDT AUX QUESTIONS POSEES PAR L'ANIT, SUITE A L'AFFAIRE RIVAGE

MILDT Le 18 juillet 2000

1) LES CENTRES D'ACCUEIL DE TOXICOMANES SONT-ILS DES LIEUX PUBLICS, DES LIEUX PRIVES, DES LIEUX DE SOINS ?

Le décret N° 92-590 du 29/06/92 définit les " centres spécialisés de soins aux toxicomanes " : la qualité de centre de soins est donc administrativement reconnue. Pour autant, cette nature est sans conséquence sur l'intervention policière : à ce dernier titre, seule compte la distinction lieux publics et lieux privés (c'est à dire un domicile, entendu comme le lieu où une personne a le droit de se dire chez elle, qu'elle y habite ou non). Au final, les centres d'accueils de toxicomanes peuvent être définis comme **des lieux publics, abritant des espaces privés** (les bureaux ou les chambres par exemple).

2) QUELLE INFLUENCE SUR LA NATURE DE L'INTERVENTION DES SERVICES REPRESSIFS ?

Les services répressifs (police, gendarmerie, douanes) **ont un libre accès aux espaces communs du centre d'accueil** (hall, salle d'attente ...) ils peuvent éventuellement y procéder à des contrôles, voire à des interpellations. Cette notion d'espace public doit s'entendre largement : dans un arrêt du 27/11/96, la Cour de Cassation a ainsi estimé que le " bloc opératoire " d'un établissement de santé (dont l'accès est pourtant réglementé et soumis à autorisation) ne saurait être assimilé à un domicile et que dès lors l'intrusion et le maintien dans les lieux ne sont pas constitutifs du délit de violation de domicile. S'agissant de l'intervention dans les espaces privés (bureaux individuels, chambres), deux situations sont à distinguer :

- s'ils agissent en flagrant délit ou pour l'exécution d'une commission rogatoire (cf. supra) les fonctionnaires des services répressifs peuvent d'autorité y mener des investigations
- s'ils ne peuvent se prévaloir d'un cadre juridique coercitif (cas de l'enquête préliminaire), les investigations dans les lieux privés seront soumises au recueil du consentement exprès de la personne occupant ces lieux

3) QUELLES DISTINCTIONS ENTRE LES CADRES D'ENQUETE ?

Les services répressifs peuvent mener des enquêtes ou intervenir selon trois cadres juridiques distincts :

- *l'enquête préliminaire*

Il s'agit d'une enquête menée soit à l'initiative du service de police ou de gendarmerie, soit à la demande du procureur de la République (la police ou la gendarmerie agit alors sur "instruction parquet"). Elle vise à recueillir les premiers éléments d'un dossier, à vérifier et étayer un renseignement obtenu... Elle ne permet pas la coercition. Ainsi une perquisition dans un appartement ou un bureau, ou la fouille d'une personne, ne seront possibles qu'après accord exprès de ladite personne.

- l'enquête de flagrant délit

C'est l'enquête diligentée immédiatement après la commission d'un crime ou délit (commission d'un vol, arrestation d'un trafiquant de drogues ou d'un usager ...). Elle autorise la coercition aux fins d'interpellations, de fouilles, de perquisitions, de saisies, autant d'actes que l'intérêt de l'enquête peut nécessiter. Sa durée est limitée à 8 jours après la commission du crime ou délit.

- **l'enquête sur commission rogatoire**

Il s'agit de l'enquête menée par les services répressifs en lieu et place du juge d'instruction saisi d'un dossier. La commission rogatoire émane donc d'un juge d'instruction. Elle précise la mission que le magistrat demande à la police ou à la gendarmerie d'exécuter. C'est un document qui doit être présenté à l'occasion de tous les actes d'enquêtes interpellation, perquisition, audition... Comme en flagrant délit, **les services répressifs disposent de pouvoirs coercitifs importants et peuvent procéder à des interpellations, des perquisitions, des saisies dans le cadre des investigations visées par leur commission rogatoire.**

4) QUELLE ATTITUDE TENIR, QUELLES REPONSES DONNER ?

- se comporter en dépositaire d'une mission de service public en acceptant la possibilité d'une intervention policière, sans se livrer à une obstruction de principe qui ne pourrait qu'aggraver la situation : seul un dialogue engagé avec responsabilité par les deux parties peut favoriser la confiance et la discrétion de l'intervention

- recueillir les motifs, le cadre juridique d'enquête, la qualité et le service d'appartenance des fonctionnaires présents, ceux-ci doivent expliquer leur démarche et avoir le souci d'agir dans la discrétion

- déférer à toute convocation pour audition

NB : Le code de procédure pénale dans ses articles 62 (flagrant délit), 78 (enquête préliminaire) et 153 (enquête sur commission rogatoire d'un juge d'instruction) prévoit que les personnes convoquées sont tenues de comparaître sous peine d'y être contraintes par la force publique après réquisition du procureur de la République ou du juge d'instruction. Par ailleurs, le témoignage mensonger devant un officier de police judiciaire agissant

sur commission rogatoire est puni par l'article 434-13 du code pénal de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende.

5) QUE PERMET L'ARGUMENT DE L'ANONYMAT (LOI DE 1970) ?

L'article L 355-21 du code de santé publique énonce que les toxicomanes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure peuvent, à leur demande expresse, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission, cet anonymat ne pouvant être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. **Cette disposition législative s'oppose à ce que les responsables d'un centre d'accueil fournissent l'identité d'un toxicomane en soins dans leur établissement sous deux conditions:**

- **que le toxicomane ait expressément demandé à bénéficier de l'anonymat lors de son admission**
- **que la vérification policière soit faite dans le cadre d'une enquête visant seulement les faits d'usage illicite**
A contrario, l'anonymat de l'usager ne peut être opposé lors d'une enquête portant sur des faits de trafic de stupéfiants. Il en irait de même pour des investigations relatives à un délit de voie publique (vol, agression ...) ou un crime (homicide...)

6) QU'EN EST IL DU SECRET PROFESSIONNEL ?

Le principe : L'article 226-13 du code pénal sanctionne l'atteinte au secret professionnel, définie comme " la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ".

Les personnes tenues au secret : Sont soumises au secret professionnel, sous peine de condamnation, une liste importante de professions (issue en grande partie de la jurisprudence), dont les **médecins**, les pharmaciens, les **infirmiers**, les **assistantes sociales** et les travailleurs sociaux relevant de la justice.. Les autres intervenants dans les centres de soin (éducateurs, encadrement des centres n'appartenant pas aux professions médicales ...) n'ont pas été estimés soumis au secret professionnel par les tribunaux.

Toutefois, un élément de confusion est amené par le code de la famille et de l'aide sociale qui, dans son article 80, stipule que " toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel ", sauf à l'égard du président du conseil général.

La notion de secret :

Constitue un secret

- le fait révélé, confié par celui qu'il concerne
- le fait découvert par le détenteur du secret (ex : diagnostic du médecin)
- le fait parvenu à la connaissance du détenteur du secret en raison de sa profession ou de sa mission. Le support concret de la révélation du secret importe peu et le délit est constitué instantanément par le seul fait de la révélation.

Dans quel cas le secret -peut-il être révélé ? :

1) La loi peut imposer la révélation du secret (obligation de révéler) Ainsi en matière sanitaire, obligation est faite aux médecins de déclarer certaines maladies contagieuses

2) La loi peut autoriser la révélation du secret (faculté de révéler). Ainsi, l'article 226-13 n'est pas applicable à : celui qui informe les autorités de privations ou de sévices à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger . au médecin qui, avec l'accord de la victime, dénonce des sévices permettant de présumer que des violences sexuelles ont été commises . celui qui informe les autorités d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou limiter les effets

- Il s'agit de l'obligation de droit commun de dénonciation posée par l'article 434-1 du code pénal

- La combinaison de ce texte (qui dans son dernier alinéa exempte les personnes astreintes au secret professionnel) et de l'article 226-14 (qui suspend l'obligation de secret lorsque la loi impose la révélation) laisse le détenteur libre de choisir entre obligation de délation et obligation de silence.

. au fonctionnaire ou à l'officier public qui dénonce un délit ou un crime en application de l'article 40 du code de procédure pénale

Le secret professionnel et l'enquête de police : La jurisprudence distingue entre un secret général et absolu et un secret relatif. Quelques professions très strictement définies dont, **dans le champ sanitaire et social, les médecins et les assistantes sociales, sont soumises à un secret professionnel dit "général et absolu" qui les dispense** (sauf cas particuliers, cf. infra) **de dénoncer des faits ou de témoigner devant la police et la justice.** Les autres professionnels sont soumis à un secret dit "relatif" qui ne vaut pas devant les services répressifs ou la justice : ils ont l'obligation de témoigner.

Toutefois, toute personne soumise au secret professionnel (y compris au secret absolu) est tenue de se présenter aux convocations devant un service enquêteur ou un magistrat et de prêter serment (si le cadre juridique le demande). Elle invoquera ensuite, si elle y a droit, le secret professionnel afin de s'abstenir de répondre aux questions posées.

7) SUR QUELS MOTIFS CONFIRMER L'IDENTITE D'UNE PERSONNE EN SOIN OU FREQUENTANT LE LIEU ?

Les services de police ou gendarmerie peuvent avoir à identifier, dans le cadre d'une enquête, une personne en soin ou accueillie dans un établissement. **Le seul motif valable de refus serait le cas où seraient remplis les conditions posées par l'article L 355-21** du code de santé publique (voir supra point 5): anonymat expressément demandé par le toxicomane en soin; enquête relative uniquement à des faits d'usage de stupéfiants.

8) QUEL RECOURS POSSIBLE LORSQUE LES CHOSES SE PASSENT MAL ?

Si un incident quelconque devait se produire lors d'une intervention policière, les responsables du centre peuvent utilement se rapprocher des autorités hiérarchiques de la police (directeur départemental de la sécurité publique) ou de la gendarmerie (commandant du groupement de gendarmerie départementale). Le Procureur de la République, responsable de l'exercice de l'action publique, peut également être avisé. Il dispose de la possibilité de saisir l'inspection générale de la police nationale en cas d'illégalité ou de manquements à la déontologie. De façon générale et préventive, les modalités d'intervention des services enquêteurs peuvent utilement être évoquées lors d'une réunion du comité de pilotage départemental de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances.

ANNEXE 7. REPOSE DE MME LEBRANCHU, GARDE DES SCEAUX, A UNE QUESTION ECRITE DE M. Y. COCHET, DEPUTE DU VAL D'OISE, VICE-PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL / ASSEMBLEE NATIONALE / 22 JANVIER 2001

Justice - fonctionnement - renseignements médicaux - confidentialité

Question signalée

53103. - 30 octobre 2000. - M. Yves Cochet attire l'attention de Mme la garde des sceaux, ministre de la justice, sur l'inquiétude qu'a fait naître, parmi les personnes aidant les toxicomanes, la perquisition menée par un juge d'instruction du Tribunal de Grande Instance de Pontoise dans un centre de soins appliquant le programme de méthadone. En effet, sous prétexte d'enquêter sur un patient: impliqué dans un trafic de stupéfiants, le juge a saisi la liste de tous les patients ainsi que des informations confidentielles contenues dans leur dossier médical. Il est évident que la Justice doit suivre son cours, mais les conséquences d'une telle méthode sont désastreuses: rupture de la confidentialité, mise à mal de la nécessaire confiance entre les patients et l'équipe de soins, d'autant qu'il est déjà difficile de convaincre les usagers d'encre dans une démarche de soins. Ce type de procédure risque de mettre en danger tous les centres de méthadone, ce qui entraverait la politique de santé menée depuis cinq ans en direction des toxicomanes, dont les résultats sont encourageants. En conséquence, il lui demande si elle envisage de prendre des mesures pour que les pratiques judiciaires n'entravent pas l'accès aux soins et le travail des équipes. Il aimerait également savoir si elle compte prendre des dispositions pour veiller à ce que la confidentialité des patients soit respectée. Enfin, il souhaite connaître son avis sur la nécessité de réviser la loi du 31 décembre 1970 afin de lever l'ambiguïté entre répression et soins aux usagers de drogue.

Réponse. - La garde des sceaux, ministre de la justice, a l'honneur de faire connaître à l'honorable parlementaire que les patients suivis dans les centres de soins aux toxicomanes peuvent trouver dans l'application des règles relatives au respect du secret professionnel la garantie que les informations les concernant portées à la connaissance des professionnels qui animent ces structures, tels que les médecins ou les assistantes sociales, resteront confidentielles. Toutefois, certaines informations couvertes par le secret professionnel et plus précisément, s'agissant d'un centre de soins, couvertes par le secret médical peuvent s'avérer utiles à la manifestation de la vérité. En conséquence, dans certaines conditions strictement définies par la loi, il peut arriver que le principe du secret médical cède devant les nécessités d'une procédure judiciaire pénale. L'article 56-1 du code de la procédure pénale prévoit ainsi la possibilité d'opérer une perquisition dans un cabinet médical et de saisir des dossiers médicaux, sous réserve que la perquisition soit diligentée par un magistrat et en présence d'un membre du Conseil de l'Ordre des médecins. Il convient de souligner en outre que les dispositions de l'article L 355-21 du code de la santé publique permettent aux toxicomanes qui se présentent spontanément dans un centre de soins ou un établissement hospitalier en vue d'une désintoxication de bénéficier, s'ils en font expressément la demande, de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ainsi la levée de l'anonymat ne trouve à s'appliquer lorsqu'il s'agit d'une procédure judiciaire relative à des faits de trafic de stupéfiants ou à tout autre infraction de droit commun. La garde des sceaux fait connaître enfin à l'honorable parlementaire qu'il ne lui appartient pas, en raison du principe constitutionnel de la séparation des pouvoirs, de commenter une décision de justice et qu'à cet égard seul le magistrat à qui a été confiée l'instruction de la procédure à laquelle il fait référence était compétent pour apprécier l'opportunité de recourir à une perquisition en vue de la manifestation de la vérité. Elle tient par ailleurs à l'assurer de la pleine implication du ministère de la justice dans la mise en oeuvre du plan triennal du Gouvernement de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, qu'illustrent notamment les orientations de la politique pénale définies par la circulaire du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes, qui tendent à poser les principes d'une politique pénale plus adaptée, intégrant les objectifs de santé publique. Il s'agit tout à la fois de donner une réponse à la transgression de l'interdit posé par la loi, une légalisation de l'usage de stupéfiants n'entrant pas dans les intentions du Gouvernement, et de respecter les impératifs de santé publique, de prévenir l'usage de drogues et d'éviter, lorsque cet usage existe, le passage à l'usage abusif. Il a donc été demandé aux procureurs de la République de diversifier les réponses pénales à tous les stades de la procédure, en intégrant non seulement la gravité des faits commis mais aussi la personnalité de l'usager de drogue, majeur ou mineur, ainsi que ses besoins de soins ou d'insertion sociale. La distinction entre des comportements d'usage

occasionnel, d'abus ou de dépendance est un critère permettant d'opérer des choix entre les différentes options procédurales. Les procureurs de la République ont notamment été invités à réserver l'injonction thérapeutique aux cas de dépendance avérée et à développer d'autres formes d'alternatives aux poursuites, telles que les classement avec avertissement et surtout les classement avec orientation, qui permettent de mettre l'utilisateur en contact avec des structures sanitaires ou sociales. Il apparaît, au vu du rapport annuel de politique pénale présenté aux procureurs généraux le 22 avril 2000 que ces instructions sont appliquées par les procureurs de la République, dont beaucoup participent activement dans cet esprit, au dispositif des conventions départementales d'objectifs justice/santé. Dans de très nombreux départements, ce dispositif a permis à l'autorité judiciaire de nouer un partenariat fructueux avec les centres de soins spécialisés aux toxicomanes. afin de développer des actions de prise en charge médico-sociale des usagers placés sous main de justice.

ANNEXE 8. PARTICIPANTS AU COLLOQUE

ANTONA Marie, SATO de Creil, Oise
ALLOUCHE Margaret, Accueil & Culture, Sarcelles, Val d'Oise
BAVAS Noëlle, CSST Dune, Cergy, Val d'Oise
DE BENAZE Claire, Point Ecoute Parents, Garges-Sarcelles, Val d'Oise
BLOCH-LAINE Jean-François, Emergence, Paris
BONNOT Catherine, Essonne Accueil, Essonne
BOUR, Ligue des Droits de l'Homme, Paris
BOURREAU Marcel, Sarcelles
BOUSSAIRI, Pharmacie des Hôpitaux, Saint-Denis, Seine Saint Denis
BUTON François, Conseil National du Sida, Paris
CADOUX, D.E.L.I.S.
CALDERON Christine, AIDES, Paris
CASSIN Denise, Ensemble Contre le Sida, Paris
CHAMBOREDON Pierre, ASUD, Paris
CHOISEUL-PRASLIN Henri de, Association Française de Réduction des Risques, Paris
COPPEL Anne, Association Française de Réduction des Risques, Emergence, Paris
COUTERON Jean-Pierre, CEDAT, Mantes la Jolie, Yvelines, et ANIT-IDF
DEFAY Damien, Emergence, Paris
EL MOUCHINI Sylvie, CSST Imagine, Soissy sous Montmorency, Val d'Oise
FILIFE José, Réapprendre à vivre, Eaubonne, Val d'Oise
FERREIRA Paula, Réapprendre à vivre, Eaubonne, Val d'Oise
FOURRIER Martine, AIDES 95, Argenteuil, Val d'Oise
FRANKEL Grégory, Ecimud Béclère, Hauts de Seine
FRANKIE Jean-Pierre, Sarcelles
GEST Juliette, Emergence, Paris
GOYET Frédéric, DDASS 95, Cergy-Pontoise, Val d'Oise
HEROLD Monique, Ligue des droits de l'homme, Paris
ISAMBART Monique, PROSES, Bagnolet, Seine Saint Denis
JAUFFRET Marie, CNRS, Paris
JANASIK Alain, Sarcelles
LANTRAN-DAVOUX Christine, CSST Imagine, Soissy sous Montmorency, Val d'Oise
LAVACQUERIE François, CIRC, Paris
LE CORRE Lionel, AIDES 95, Argenteuil, Val d'Oise
MAGUET Olivier, AIDES, Paris
MAZAR Maureen, DDASS 95, Cergy-Pontoise, Val d'Oise
NECHADI Azddine, PROSES, Bagnolet, Seine Saint Denis
NIVOLLE Patrick, Observatoire des usagers, Paris
OLIVET Fabrice, ASUD, AFR, Paris
POMPEANI Marie-Claire, CSST Imagine, Soissy sous Montmorency, Val d'Oise
PRUDHOMME Pascale, Emergence, Paris
RENOU Romain, ASUD, Paris
ROSSET Annie, Clinique Liberté, Bagneux, Hauts de Seine
SENLIS Sophie, Emergence, Paris
SILAM Fernand, Sarcelles
TAGOUNIT Malika, AFR, Paris
TEXEIRA Paulo, AIDES 95, Argenteuil, Val d'Oise
VAZELLE Gérard, CSST Imagine, Soissy sous Montmorency, Val d'Oise
VELEA Dan, CSST Imagine, Soissy sous Montmorency, Val d'Oise
VERVERT Thierry, Sarcelles Jeunes, Sarcelles, Val d'Oise

INDEX DES MOTS CITES

Anonymat : 4,15, 19-21, 32

Appartements thérapeutiques : 29, 31

Armoire, coffre méthadone : 7, 9, 34-35

Conseil de l'Ordre : 9, 16

Dépénalisation : 5, 12, 27-29

Dossiers médicaux : 7, 9, 14-16

Loi de 70 : 4, 5, 9-12, 15, 19, 25-27, 29, 32

Médecin expert : 16-17

Méthadone : 19, 22-24, 32-35

Perquisition : 9, 13, 16-17

Police : 20-21,25-26, 28, 30.

Réduction des risques : 5, 9, 11, 13, 18, 20, 26, 29-31, 33, 35

Secret médical, professionnel : 4, 9, 10, 12-13, 16

Soin :

- accès : 9-11, 17, 20, 26

- continuité des : 11

- confidentialité : 10, 20

Substitution : 14, 19, 21, 24, 28-31, 33

Tests, analyses, contrôles urinaires : 4, 10

Subutex : 13, 23, 25, 35