

TOXICOMANIE

La scène ouverte au temps du sida : logique sécuritaire versus logique sanitaire

Abdalla Toufik

sociologue, CRIPS (Paris)

**Harm
reduction in an
open drug scene**
Fuchs W.J.,
Grob P.J.
European
Addiction
Research, 1995,
1, 106-114

Deux articles consacrés aux «scènes ouvertes», lieux de concentration d'usagers de drogue dans les villes, ouverts à la circulation du grand public, sont parus dans l'European Addiction Research. Le premier analyse les résultats du projet de réduction de risques dans la scène ouverte de Zurich et le second se livre à une étude transversale comparée des stratégies de neuf villes européennes (1) dans la gestion des scènes ouvertes.

L'émergence du sida, dans le champ de la toxicomanie a eu, entre autres, comme conséquence de faire apparaître sous un éclairage différent la question de la concentration des usagers de drogues dans les villes. En effet, durant la période antérieure à l'épidémie, les données du problème étaient relativement simples. Afin d'épargner toute gêne aux habitants des quartiers touchés par les trafics et d'assurer un climat de

sécurité, il suffisait de disperser la concentration des usagers et d'empêcher la formation d'autres scènes.

Le sida a considérablement compliqué les choses, en ajoutant, à ce qui relevait auparavant du simple maintien de l'ordre public, une nouvelle dimension sanitaire autrement plus complexe à gérer. En effet, devant l'extension rapide de l'épidémie de VIH parmi la population des usagers de drogues, d'une part, et l'extrême difficulté de faire de la prévention au sein d'un groupe social clandestin d'autre part, les pouvoirs publics se sont trouvés devant une situation contradictoire. Ainsi l'usage de la drogue est-il prohibé, ce qui confine les consommateurs dans la clandestinité, alors que la nécessité de stopper rapidement l'épidémie requiert au contraire la visibilité du même groupe comme condition indispensable pour que le message préventif atteigne sa cible. Pour chaque usager en traitement, il y en aurait huit à neuf à la rue avec peu ou pas de contact avec un centre de soins.

Afin de résoudre cette contradiction, plusieurs modèles ont été élaborés qui tentent de réconcilier la prohibition des drogues et les besoins impérieux de la prévention. Ces modèles sont regroupés sous le terme générique de «réduction des risques» et comprennent des projets dits de «bas seuil» d'exigence en direction des usagers des drogues qui ne fréquentent pas les systèmes de soins. Ces usagers sont considérés comme «outreach» -difficiles à atteindre- et comme tels deviennent la cible privilégiée des projets de réduction de risques «in the spot» c'est-à-dire sur les lieux où s'offrent le plus d'opportunités de les atteindre, à savoir la «scène», néologisme qui désigne, donc, le ou les lieux de concentration dans lesquels les toxicomanes actifs se livrent au petit trafic et à la consommation des drogues.

Nombreuses sont les grandes métropoles nationales ou régionales européennes qui ont eu ces derniers vingt ans des lieux de concentration des toxicomanes plus ou moins visibles, plus ou moins perçus, d'une manière ou d'un autre, comme problématiques par les habitants des quartiers et par les autorités locales. La ville de Paris, quoiqu'elle ne fasse pas partie de deux recherches analysés ici, se présente comme un exemple intéressant. Cette ville a une longue histoire de scènes ouvertes de dimension réduites (2). Chronologiquement, la première scène fut celle qui se constitua à partir de 1978 autour de la rue de l'Ouest dans le 14e arrondissement, alors havre de la marginalité et des squatts. Elle ne devint véritablement une scène que deux ans plus tard, en 1980, jusque dans les années 1985/6. Entre 1979 et 1989/90, la scène de Belleville, au carrefour des quartiers populaires des 10e, 11e, 19e et 20e arrondissements, a fait parler d'elle. La scène de l'îlot Chalon, dans le 12e arrondissement, s'est, elle, constituée à partir de 1981/82. Elle disparaîtra dès 1987 au profit de la scène de La Goutte d'Or, dans le 18e arrondissement. Celle-ci s'est étendue à partir de 1992 vers le quartier de Stalingrad et de La Chapelle, à cheval entre le 18e et le 19e arrondissement. Cette dernière localisation

a suscité de nombreuses polémiques au cours desquelles les tenants de la logique sécuritaire et les tenants de la logique sanitaire s'affrontèrent. Des projets, dits de «bas seuil», nouveaux pour la France (3), élirent lieu justement au sein même de la scène de La Chapelle/Stalingrad. L'action policière, durant les quatre derniers mois de l'année 1994, a relancé la polémique entre les partisans de la thèse de la réduction des risques, pour qui la scène est le lieu idéal pour réaliser et optimiser les projets de prévention, et les représentants des habitants du quartier, épaulés par les autorités locales, qui craignaient que ces projets de prévention n'attirassent d'autres usagers et ne fissent que perpétuer un état de fait qu'ils espéraient transitoire. La peur, réelle ou imaginaire, de l'augmentation des actes de délinquance supposés accompagner le trafic des drogues se combinait, en l'occurrence, avec la crainte fondée d'une dégradation de l'image de leur quartier.

Il y a près de cinquante ans, déjà, l'Ecole de Chicago de sociologie urbaine mettait en évidence la correspondance entre la formation de lieux de trafic et de consommation de drogues dans une ville et le niveau socio-économique des habitants ainsi que l'état de dégradation de l'habitat. Ainsi, les scènes se forment-elles dans les quartiers les plus délabrés de la ville et se juxtaposent à un faisceau de problèmes socio-économiques et ethniques préexistants. Le déplacement de la scène ouverte parisienne n'a pas manqué, pour ainsi dire, de confirmer cette analyse en épousant les quartiers parisiens susmentionnés où ce genre de problèmes sont les plus prégnants. Dans ce sens, on serait tenté de dire que la constitution d'une scène ouverte dans un quartier de Paris annonce l'arrivée à terme du processus de délabrement de l'habitat, suivi alors par la mise en place des projets de «rénovation».

L'évaluation d'un projet de prévention dans une scène ouverte : Platzspitz

A notre connaissance, aucune évaluation indépendante n'a été encore faite des actions de prévention réalisées sur la scène parisienne. Pas plus d'ailleurs en Europe, où rares sont les projets qui ont fait l'objet d'une investigation. Ainsi, le projet Zipp-AIDS, de la ville de Zurich, est-il un peu l'exception qui confirme la règle.

Entre 1988 et 1992, le Platzspitz, dans la ville de Zurich, constitue la plus grande scène ouverte d'Europe. Un projet de réduction de risques appelé Zipp-AIDS (4) y est mis sur pied avec pour objectif de réduire les incidences du VIH et des hépatites, d'offrir des soins médicaux, et enfin de procéder à un recueil de données sur les usagers de drogues dans le contexte d'une scène ouverte. Pour réaliser ces objectifs, un ensemble de services ont été mis à la disposition des personnes fréquentant le lieu : un service d'urgence médicale pour les soins primaires, pratiquant le dépistage du VIH, la vaccination contre l'hépatite B et offrant notamment

des seringues stériles, des tampons alcoolisés, des pommades pour l'entretien des veines, et un service d'information sur la minimisation des risques en matière de prises de drogues. Ce travail était assuré par une équipe composée d'un médecin et de trois infirmières présents sur place seize heures par jour (7 à 23 heures).

En 1991, la dernière année pleine avant la fermeture du Platzspitz, le projet Zipp-Aids distribuait quotidiennement en moyenne 9151 seringues, 3480 aiguilles, 1684 pommades, 9315 tampons alcoolisés et 324 préservatifs. Le service de soin primaire, de son côté, assurait en moyenne 26 examens médicaux, 10 réanimations, 0,6 tests VIH et une hospitalisation par jour.

Trois sources de données principales ont été utilisées, notamment les documents de services disponibles, un questionnaire adressé à deux échantillons aléatoires de 660 et de 758 usagers ayant fréquenté, respectivement, la scène en 1990 et 1991, et enfin 223 entretiens non directs.

Quatre conclusions intéressantes peuvent être tirées de ces matériaux :

- La première concerne le contexte de la première consommation de drogues dites dures. Dans 80% des cas, celle-ci se fait avec des amis ou des connaissances et, pour les 20% restant, l'initiation se pratique dans la scène elle-même. En outre, l'âge moyen pour la première prise d'héroïne et/ou de cocaïne est de 19 ans.
- La deuxième concerne la durée de "non visibilité", c'est-à-dire le laps de temps entre la première prise de drogues et le premier contact avec un centre spécialisé. La durée moyenne de cette période est de trois ans et sept mois. De plus, l'enquête révèle que, pendant les trois premières années de consommation, 40% seulement des sondés bénéficient du counselling, et que la majorité d'entre eux n'en bénéficient qu'une seule fois.
- La troisième concerne le degré de désocialisation des usagers des drogues. Réalisée hors du cadre institutionnel, l'enquête a, en la matière, mis en cause quelques idées reçues. Ainsi permet-elle de corriger l'image stéréotypée de toxicomanes voués fatalement à la prostitution ou à la délinquance. En effet, s'il est vrai que, sur l'ensemble de l'échantillon, 16% sont sans domicile fixe, 30% sont dépourvus d'emplois, 21% dealent, 8% se prostituent et 4% cambriolent, en revanche, il est vrai aussi que 71% ont une vie régulière, 45% un travail régulier, 49% sont totalement intégrés, et 66% ne se sont jamais engagés dans le trafic, la prostitution ou les vols qualifiés.

- Enfin, la quatrième conclusion concerne le partage des seringues et la prévalence du VIH. Durant la période de son fonctionnement, le projet Zipp-AIDS a assuré une très large accessibilité aux matériels d'injection stériles, ce qui a contribué, entre 1989 et 1991, à une réduction significative de la pratique du partage des seringues. Celle-ci serait passée de 34% en 1989 à 22% en 1991. En dépit du fait que l'accessibilité aux préservatifs fût égale à celle des seringues, le recours à celui-là a été, comparativement, beaucoup moins significatif. En effet, sur les 248 usagers qui utilisaient le préservatif pour des relations sexuelles occasionnelles, la moitié seulement l'utilisaient régulièrement. Toutefois, les chercheurs estiment que grâce au projet, la prévalence du VIH est tombée de 18,5% à 13% en 1991, ce qui est loin d'être négligeable.

Contrairement à une idée reçue qui voudrait faire croire que la mise en place des projets de type "bas seuil" pourrait attirer des consommateurs de drogues supplémentaires et contribuer ainsi à l'extension d'une scène ouverte, l'expérience de Zurich montre que les projets à "bas seuil" réalisés au sein même de la scène ouverte n'attirent pas de nouvelles vagues de toxicomanes. En réalité, les usagers fréquentent la scène pour des raisons qui leur sont propres, en faisant la plupart du temps abstraction des services proposés par ces projets. La concentration des usagers de drogues dans un lieu donné préexiste, presque toujours, à leur mise en place et si la crainte des habitants est certes compréhensible, elle n'est souvent pas justifiée.

Si la connaissance scientifique des actions de prévention dans les scènes ouvertes a été, jusqu'à présent, modeste, notre connaissance de ce que sont intrinsèquement ces scènes ouvertes, fut presque toujours indigente. En effet, on ne disposait ni d'une définition opératoire, ni des éléments de réponses relatifs à toute une série des questions cruciales comme le contexte de leur formation, les problèmes posés par leur existence, les différents modes d'approche de ces scènes par les autorités locales, les liens entre la gestion locale et la politique nationale en matière de drogues, les éléments de continuité et de rupture dans cette gestion, tant verticalement -entre les différents échelons du pouvoir national- que transversalement -entre les États européens.

⊖ Le concept de «scène ouverte» est récent. Celui-ci est apparu, en effet, pour la première fois en Allemagne au début des années 80 et a fait, alors, l'objet d'études visant à lui donner chair et consistance.

Bless, Korf et Freeman ont le mérite de proposer une définition opératoire qui considère comme scène ouverte «toutes situations où des citoyens sont publiquement confrontés à l'usage et au petit trafic des drogues». L'accent est autant mis sur les aspects qualitatifs interactifs de

la confrontation que sur les aspects quantitatifs liés au nombre d'usagers concentrés dans un même endroit. De plus, cette définition insiste sur le fait que pour mériter l'appellation, le lieu doit être ouvert à la circulation du grand public et non voir son accès restreint à une population particulière -en l'occurrence les usagers. Toujours selon nos précurseurs, les sentiments de confrontation dépendront, d'un côté, des attitudes subjectives liées à la perception du phénomène et, de l'autre, à des facteurs objectifs comme la visibilité, la taille et la nature du site d'implantation de cette scène ouverte. Se fondant sur ces dimensions objectives, les auteurs distinguent trois types de scène, parmi celles qui ont fait l'objet d'une investigation :

- Type I : scène ouverte concentrée (ex. Zurich, Rotterdam, Hambourg). Ces villes se distinguent par la présence d'une grande scène, concentrée en un point précis de la ville -souvent le centre-, caractérisé par la présence d'activités intenses (industries des divertissement, nœuds de transports etc.) Dans ces villes, la scène ouverte est identifiée comme telle aussi bien par le public que par les autorités locales. Il est évident que, dans ce cas, le niveau de confrontation est extrêmement élevé du fait de la visibilité des usagers de drogues et de leur usage au vu et au su de tout le monde.

- Type II : scène ouverte dispersée (ex. Amsterdam, Barcelone, Vienne, Munich). Dans ces villes existent de petites concentrations d'usagers de drogues, mini-scènes dispersées dans plusieurs lieux à l'intérieur de la zone urbaine, centre-ville, nœuds de transport et quartiers résidentiels dégradés. Ces scènes sont souvent mobiles et évanescences, ne subsistant que quelques heures dans la journée. A Amsterdam et à Barcelone, elles peuvent se trouver n'importe où dans la cité. A Vienne, des petites scènes se forment dans les stations de métro. Obnubilées par le paradigme de la scène ouverte concentrée, les autorités locale ne perçoivent pas, en général, la scène dispersée comme étant une scène ouverte.

- Type III : scène cachée (ex. Kensington et Chelsea, Tower Hamlets, Toulouse). Ces villes se distinguent par l'absence de concentrations visibles d'usagers de drogues. La confrontation est circonscrite à l'intérieur des zones, où vivent des usagers et des dealers, dans lesquelles des seringues souillées sont abandonnées sur la voie publique.

Les problèmes posés par les scènes ouvertes

Dans toutes les villes citées dans l'enquête, les chercheurs ont remarqué qu'une scène ouverte est associée aux quatre types de problèmes suivants :

- La scène ouverte comme source de nuisance. La nuisance produite par une scène ouverte peut avoir plusieurs facettes: actes de délinquance, prostitution, agitation produite par le deal, ou simple présence de "gens différents"; matériels d'injection souillés et saletés abandonnées dans les rues; dégradation de la convivialité, sentiment d'insécurité des habitants de ces zones.
- La scène ouverte comme une remise en cause de la loi. La simple existence d'une scène ouverte met en cause la crédibilité de la loi dans la mesure où elle suppose la possession, l'usage et le trafic en public de produits illicites de la part des gens qui la fréquentent. Tolérer une scène ouverte peut aussi contribuer à réduire la motivation de la police. Ce dernier point est particulièrement souligné dans les villes où la priorité est donnée à la répression.
- La scène ouverte comme pôle d'attraction. La tolérance dont bénéficie une scène ouverte joue souvent le rôle de pôle d'attraction pour les usagers d'autres régions, voire même d'autres pays. Ainsi, le "tourisme des drogues" est-il un problème sérieux dans certaines villes comme Rotterdam, devenue le pôle d'attraction pour les usagers français et belges, Amsterdam, attirant les usagers allemands, où encore Zurich, lieu de «pèlerinage» des toxicomanes helvètes.
- La scène ouverte comme facteur de risques sanitaires. Les risques sanitaires supposés être générés par la scène sont de deux ordres. D'une part, des risques de diffusion de la toxicomanie aux jeunes du quartier - théorie de la contamination- du fait de l'arrivée de nouveaux consommateurs séduits par la tolérance dont jouit la scène. D'autre part, une majoration des risques liés à l'usage de drogues. Les contacts très fréquents entre usagers -prostitution, échanges de seringues- pouvant augmenter les risques de contamination par le VIH et le développement d'autres maladies infectieuses, et contribuer à transmettre ces maladies aux habitants du quartier, en particulier du fait de la présence de matériels d'injection jetés sur la voie publique.

Les auteurs notent néanmoins que la question des rapports entre la scène ouverte et la santé publique est une question controversée; certains affirmant, en effet, que la scène ouverte a un rôle positif dans la réduction des risques, dans la mesure où elle permet l'évaluation et le suivi de la situation, l'accès à des groupes d'usagers qui ne sont pas en contact avec le système de soins, tandis que d'autres prétendent le contraire en s'appuyant sur les constats décrits plus haut. Cependant, les données scientifiques sur le rôle positif ou négatif de la tolérance d'une scène ouverte ne sont pas concluantes.

Scènes ouvertes et politique locale

Toutes les villes n'ont pas une politique explicite concernant les scènes ouvertes, mais chaque ville a une politique générale à l'égard du problème de la toxicomanie qui souvent influence le degré de visibilité de l'usage de drogues.

De manière générale, les auteurs distinguent deux politiques : une politique qu'ils appellent "préventive", qu'ils opposent à une politique dite "corrective".

La première vise à prévenir la constitution d'une scène ouverte et, dans le cas où une scène est occasionnellement formée, le but sera de faire en sorte qu'elle disparaisse.

La seconde cherche à établir une régulation de la scène ouverte et à réduire les nuisances causées par celle-ci.

Tandis qu'une politique préventive des scènes se donne comme priorité la sauvegarde des intérêts à court terme des habitants, une politique corrective se fixe pour objectif la préservation de la santé des usagers de drogues en supposant qu'à moyen terme, c'est toute la cité qui bénéficiera de ces effets, le public étant supposé s'accommoder de l'existence, dans le quartier, de problèmes inhérents à la drogue. Autrement dit, les villes pratiquant l'approche préventive sont plus proches d'un modèle répressif, alors que l'approche corrective est identifiée à un modèle d'intervention socio-sanitaire.

Cela dit, cette distinction entre le préventif et le correctif n'est pas immuable dans le temps. L'exemple le plus démonstratif est celui d'Amsterdam. Durant les années 80, cette ville appartenait au modèle correctif axé sur une large disponibilité de la méthadone, pour ensuite se tourner vers un modèle préventif fondé sur la dispersion de la scène ouverte et le découragement du tourisme des drogues.

Toutefois, si la tolérance d'une scène ouverte peut paraître aller de soi du point de vue de certains tenants de l'approche de réduction des risques, cela le semble moins vu du côté des chercheurs. En effet, ceux-ci constatent l'absence de données scientifiques permettant d'étayer ledit point de vue. Cependant la quasi-absence à la fois d'une scène ouverte, qui permette d'être en contact avec les usagers là où ils sont, et de programmes à bas seuil, comme c'est le cas dans beaucoup de villes de France et du sud de l'Europe, peut être difficilement considérée comme une situation favorisant une politique de santé publique.

Cependant, deux approches diamétralement opposées, ont, chacune à leur manière et dans des conditions différentes, validé l'approche de réduction des risques. Le projet Zipp-AIDS Zurich a montré l'efficacité du travail dans la scène elle-même tandis que ceux réalisés à Amsterdam et à Londres ont fait la preuve de leur pertinence en agissant hors de la scène mais presque avec le même type de clients. Ces expériences nous enseignent que ce qui importe n'est point la présence ou non d'une scène ouverte mais plutôt l'existence de projets quantitativement suffisants et qualitativement diversifiés en adéquation avec les besoins des "clients" réels ou potentiels de la scène ouverte. Les expériences réalisées à Londres et à Amsterdam ont démontré que l'on pouvait échapper au dilemme tolérance de la scène ou répression de celle-ci, permettant ainsi de concilier les intérêts des habitants et des usagers de drogues et d'avancer sur la voie d'une politique de réduction des risques digne de ce nom. - Abdalla Toufik

1 - Zurich, Rotterdam, Hambourg, Amsterdam, Barcelone, Vienne, Munich, Toulouse, Kensington and Chelsea et Tower Hamlets.

2 - Merci à Rodolphe Ingold, Anne Coppel et Gilles Charpy pour les informations fournies sur la chronologie des scènes à Paris.

3 - La Boutique et le Sleep-in.

4 - Pour plus des détails sur ce projet ainsi que pour une description de la vie quotidienne des usagers dans la scène de platzspitz , le lecteur pourra se reporter au témoignage de Marco Schnyder : Scène ouverte, Platzspitz dans le feu de la drogue, ed. Georg Edition SA, Genève(Suisse) 1993, 261 pages.