

«Tout est dangereux, ce qui n'est pas exactement la même chose que ce qui est mauvais. Si tout est dangereux, alors nous avons toujours quelque chose à faire. Donc ma position ne conduit pas à l'apathie, mais à un hyper-militantisme critique. Je crois que le choix éthico-politique que nous devons faire tous les jours, c'est déterminer quel est le principal danger.»

Michel Foucault, *Dits et écrits*

HISTOIRE & PRINCIPES DE **LA RÉDUCTION DES RISQUES**

ENTRE SANTÉ PUBLIQUE & CHANGEMENT SOCIAL

HISTOIRE & PRINCIPES DE LA **RÉDUCTION** DES **RISQUES**

ENTRE SANTÉ PUBLIQUE & CHANGEMENT SOCIAL

avec les contributions de

CHRISTIAN ANDRÉO / OLIVIER BERNARD / PAUL BOLO / JUDE BYRNE
ANNE COPPEL / MARION DAVID / JEAN-PIERRE LHOMME / NIKLAS LUHMANN
OLIVIER MAGUET / FRÉDÉRIC MENNERET / PAT O'HARE / FABRICE OLIVET
ERIN O'MARA / STEVE ROLLES / NATHALIE SIMONNOT / ALEX WODAK



9 782918 362203 10 €



HISTOIRE & PRINCIPES DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

ENTRE SANTÉ PUBLIQUE & CHANGEMENT SOCIAL

Christian Andréo
Olivier Bernard
Paul Bolo
Jude Byrne
Anne Coppel
Marion David
Jean-Pierre Lhomme
Niklas Luhmann
Olivier Maguet
Frédéric Menneret
Pat O'Hare
Fabrice Olivet
Erin O'Mara
Steve Rolles
Nathalie Simonnot
Alex Wodak

SOMMAIRE

5 Avant-propos

6 PRÉAMBULE

7 La réduction des risques, une pensée en archipel
Frédéric Menneret

12 REPÈRES

13 La réduction des risques, entre approche humaniste et innovation
Olivier Bernard

19 La réduction des risques liés à l'usage de drogues. Entre prohibition, santé publique et régulations sociétales
Anne Coppel

30 TÉMOIGNAGES

31 Petite histoire de la réduction des risques, de l'initiative locale à la problématique globale
Pat O'Hare

36 La réduction des risques à Médecins du monde, un engagement qui résiste à tout
Nathalie Simonnot

44 La réduction des risques sexuels, l'expérience de l'association Aides
Christian Andréo

49 La réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin, une approche centrée sur la personne
Entretien avec Jean-Pierre Lhomme & Paul Bolo

57 Nothing about us without us ? Je demande à voir ! Le militantisme chez les usagers de drogues et dans Inpud
Jude Byrne

65 L'autosupport des usagers de drogues, une histoire de tox
Fabrice Olivet

73 Femmes stupéfiantes
Erin O'Mara

82	PERSPECTIVES
83	Contextualiser la réduction des risques auprès des prostituées. Enjeux moraux et politiques du traitement sociétal d'une activité stigmatisée <i>Marion David</i>
94	La prévention sociale combinée. La réduction des risques et la prévention du VIH/sida dans le contexte de l'émergence des méthodes de prévention biomédicales <i>Niklas Luhmann</i>
102	Il faut séronégativer la réduction des risques ! <i>Olivier Maguet</i>
114	Réduction des risques et législation. Conséquences de la pénalisation des drogues sur la santé publique <i>Alex Wodak</i>
124	Dépénalisation et réglementation <i>Steve Rolles</i>
131	TABLE DES ILLUSTRATIONS

La réduction des risques est une histoire récente et singulière, portée depuis une trentaine d'années par des acteurs aux profils variés : professionnels de santé, usagers de drogues, chercheurs ou militants des droits humains notamment. Médecins du Monde est l'un de ces acteurs, en France et dans le monde et, au sein de cette association, nous constatons que, en tant qu'approche plus pragmatique que théorique, l'histoire de la RdR reste encore largement à écrire.

Rassembler des textes qui donnent à voir et à comprendre l'histoire et les enjeux de la réduction des risques, sous des angles différents, nous est donc apparu comme une nécessité. Il fallait en effet non seulement transmettre les savoirs et connaissances acquis depuis plus de vingt ans, mais aussi contribuer au débat sur les évolutions nécessaires. Avec ce recueil, nous voulions nous adresser à des personnes expérimentées, mais aussi soutenir l'engagement de ceux qui débutent dans le champ de la réduction des risques et souhaitent enrichir leurs connaissances.

Quelques illustrations scandent cet ouvrage. Bien sûr, les drogues, les usages de drogues et les personnes consommant des drogues ont suscité une iconographie riche, particulièrement au XX^e siècle. Deux critères ont guidé nos choix, forcément subjectifs, et qui font écho à des propos récurrents tout au long des textes. Le premier était de faire en sorte que l'image traduise une caractéristique forte de ce xx^e siècle en matière de drogues : les représentations sociales négatives associées à l'objet « drogues ». C'est pourquoi vous verrez des illustrations qui renvoient au « vice », à la

« folie », voire au « crime ». Le second était de montrer que ce qui apparaît comme un interdit majeur aujourd'hui ne l'a pas toujours été – et ce dans un passé pas très lointain. C'est pourquoi vous découvrirez des illustrations renvoyant à une consommation légale de ce qui est aujourd'hui illégal.

Chacun des textes a été rédigé par un auteur différent – tous et toutes étant acteurs de la réduction des risques, avec des expériences et des rôles divers, dans des contextes d'intervention et des pays variés. Le fil conducteur de l'ouvrage leur a été indiqué, puis ils ont donné libre cours à leurs envies pour rédiger leur article. Si les auteurs expriment parfois des points de vue divergents, ils restent néanmoins dans une cohérence de pratiques et de fondements de la réduction des risques. Il en ressort avant tout une grande richesse. La lecture se fait de manière plus ou moins chronologique et reflète la diversité des acteurs et des intervenants de la réduction des risques, qui est elle-même une approche multiple, démocratique.

Chaque lecteur devrait ainsi trouver son chemin au détour des articles et pouvoir entamer une lecture foisonnante. Certains textes sont ardues, à l'image des sujets complexes qu'ils traitent. D'autres sont plus poétiques, comme un reflet de ce qui peut aussi arriver lorsqu'on aborde cet archipel novateur qu'est la réduction des risques... La lecture de cet ouvrage peut aussi accompagner les questionnements suscités par l'expérience de la RdR au quotidien. On peut y revenir ou encore reprendre une lecture interrompue, l'essentiel étant que cela reste avant tout un plaisir...

Bonne lecture !

PRÉAMBULE

LA RÉDUCTION DES RISQUES

une pensée en archipel

Frédéric Menneret

6
7

Penser la réduction des risques et des Dommages, c'est accorder une pause dans l'action, décaler le regard, opérer un mouvement de côté, prendre acte lentement de ce qu'elle nous fait faire. Il y a de l'inextricable et de l'imprévisible dans toutes les relations qui sans cesse au quotidien nous engagent, et au sein desquelles les positions et les positionnements de chacun-e sont chaque fois mis à l'épreuve du réel. C'est en même temps ce qui autorise la réflexion à partir de ce qui nous oblige dans des rapports toujours singuliers et pluriels, avec l'autre, quelqu'un « usager de drogues », « prostituée », « migrant », comme on dit.

Faire de la réduction des risques, en être, c'est ne pas lâcher le lien *avant* l'autre. Le geste, le regard, la parole sont à la fois des outils de travail et des matières d'attention, des manières de prendre soin ou d'éprouver la solidité du lien. Des supports de protection, donc.

La puissance de frappe du VIH, son sur-gissement, puis sa conquête du monde, et la bombe à retardement du VHC, imposèrent de saisir toute l'importance qu'il y avait à ne pas se tromper d'où l'on parlait, d'où

l'on passait à l'action. Il fallait répondre sans rester figé dans des modèles ou des grilles de lecture préétablis, et garder le souci de l'accord entre son discours et ses actes. La stigmatisation et la clandestinité allaient déjà bon train. Les personnes les plus exposées, tout affairées en mode caché à manier l'art de se maintenir, parfois de survivre, n'avaient pas senti le coup venir. Les stratégies institutionnelles en place n'avaient pas prévu le retournement de situation pour elles. Comment faire pour ne rien perdre de la maîtrise de ses priorités de vie quand la menace devient trop forte, le danger immédiat, les ressources rares, et les options réduites ? Comment répondre collectivement à l'attaque physique, morale et politique d'un syndrome ?

Pour limiter la casse, il fallut construire une démarche à *même la relation*, là où l'on était, où l'on en était. Les cadres de référence durent être revus, les ressources redistribuées, les pratiques transformées.

La construction de la réduction des risques s'est ainsi faite, militante, et se présente aujourd'hui comme un processus et une institution où s'inventent des réponses concrètes à des problèmes incontournables, tels qu'ils sont, et non tels qu'ils devraient être. Une telle dynamique rejoint celle, toujours fragile et attaquable, de la démocratisation de la société qui, au long court, travaille dans les interstices à faire valoir sans relâche les droits de chacun, sans oublier personne, sans en écarter aucun. La tâche est immense, sans fin.

La loi du 31 décembre 1970 met la France en accord avec les conventions internationales qui imposent l'interdit sur une suite de substances « psychoactives ».

Frédéric Menneret est doctorant en philosophie et travailleur social depuis une quinzaine d'années, intervenant principalement auprès des personnes usagères de drogues et des professionnels du champ social et médico-social. En croisant le travail communautaire, la réduction des risques, l'insertion et les espaces de réflexion du travail social, son parcours professionnel s'est construit dans l'accueil et l'accompagnement des publics (une dizaine d'années), puis dans la formation et le « conseil » auprès des acteurs. Il a travaillé dans différentes structures ces dernières années (Association Drogues et Société, Association Charonne, Association Parcours, Institut Saint-Laurent, Cirdad Rhône-Alpes).

Le cadre normatif de la prohibition mondiale des stupéfiants est donc une série, une liste, une table des matières.

Si la déflagration produite par le VIH a pu transformer en profondeur les rapports sociaux, la réduction des risques a, de son côté, produit en réponse une tout autre transformation, tout aussi profonde. Elle a réussi son tour de force non seulement contre le virus, mais aussi contre ce cadre de référence dogmatique lui-même, qui tombe inexorablement en désuétude. En effet, l'attention primordiale qu'elle porte sur les pratiques et les compétences sociales, les manières de consommer des drogues, de vivre sa sexualité, le sens qui leur est accordé dans des contextes de vie multiples, les réponses collectives adaptées pas à pas, les stratégies d'ajustement et d'aide à la participation sociale, détournent le sens politique des limites et des interdits au-delà d'une simple nomenclature manichéenne et géostratégique de produits, ou d'un tableau clinique des sexualités. Les régulations sont ailleurs, locales. Les mises à jour s'imposent, globales. Pour écarter la criminalisation et la stigmatisation des personnes aux pratiques ou aux modes de vie jugés «déviant», les fondamentaux de la réduction des risques supposent en creux une autre pensée.

Au fond, qu'est-ce que la réduction des risques ? A quels présupposés s'attache-t-elle ? De quoi répond-elle ?

En suivant Edouard Glissant, nous pouvons situer notre questionnement dans une visée du monde, migrant en lui-même, sur le mode de «l'archipel», et non plus du «continent».

«La pensée archipélique, pensée de l'essai, de la tentation intuitive, qu'on pourrait apposer à des pensées continentales, qui seraient avant tout de système. Par la pensée continentale, l'esprit court avec audace, mais nous estimons alors que nous voyons le monde d'un bloc, ou d'un gros, ou d'un jet, comme une sorte de synthèse imposante, tout à fait comme nous pouvons voir défiler par des saisies aériennes les vues générales des configurations des paysages et des reliefs. Par la pensée archipélique, nous connaissons les roches des rivières, les plus petites

assurément, roches et rivières, nous envisageons les trous d'ombre qu'elles ouvrent et recouvrent, ... »¹.

En ce sens, il ne s'agit pas de rechercher une doctrine de la réduction des risques qui se présenterait partout la même, identique, mais de réfléchir à partir de l'infini détail des situations présentes, toutes différentes. Nous pouvons alors nous engager à rassembler tous ces actes d'exigence qui s'y imposent, les agencer comme une démarche collective de principe, produite à temps donné.

Pragmatisme et nécessité d'agir

La réduction des risques s'attache tout d'abord aux expériences vécues, au monde tel qu'il est. Elle part de là. En tant que pratique d'intervention, elle porte le regard et l'analyse de manière empirique selon un point de vue pragmatique.

Le pragmatisme, pensée pratique, peut se dire comme la recherche de coopération pour établir une disposition à l'action

**LA PUISSANCE DE FRAPPE DU VIH, SON
SURGISSEMENT, PUIS SA CONQUÊTE DU MONDE,
ET LA BOMBE À RETARDEMENT DU VHC, IMPOSÈRENT
DE SAISIR TOUTE L'IMPORTANCE QU'IL Y AVAIT
À NE PAS SE TROMPER D'OÙ L'ON PARLAIT,
D'OÙ L'ON PASSAIT À L'ACTION.**

quand le réel s'impose, sème le doute dans les croyances, et interroge les préjugés en cours. Fallait-il attendre que les personnes usagères de drogues injectables meurent toutes pour revoir les modèles d'accompagnement et de soin en toxicomanie ? Les acteurs en lutte préféreraient, sans attendre, inventer de nouvelles réponses.

Quand le contexte force à changer les tactiques de protection, la perception de ce qu'il faut faire ou ne pas faire évolue, d'abord questionnant, puis agissant. La mobilisation de processus créatifs ouvre de nouvelles voies, recomposant les marges d'action. De ce point de vue, les usagers de drogues sont aux avant-

LE PRAGMATISME, PENSÉE PRATIQUE,
PEUT SE DIRE COMME LA RECHERCHE DE COOPÉRATION
POUR ÉTABLIR UNE DISPOSITION À L'ACTION
QUAND LE RÉEL S'IMPOSE, SÈME LE DOUTE DANS LES
CROYANCES, ET INTERROGE LES PRÉJUGÉS EN COURS.

8
9

postes et apparaissent personnes ressources, acteurs politiques.

Prise par la nécessité d'agir, la réduction des risques requiert une intelligence de situation, un savoir-faire qui fait appel aux ruses de la raison pratique, à la Métis². C'est la recherche des chemins de traverse et des approches en rhizome, plutôt que des voies déjà balisées et à sens unique. Comme le propose Michel Autès³, l'art de la Métis s'applique au travail social : elle est la force du faible qui résiste en détournant la force dominante ; elle a l'intuition de l'instant propice pour agir et jouer un coup ; elle a l'art de se mouvoir et de cheminer en zone dangereuse, interprétant les signes environnants ; elle négocie le passage, parfois à couvert ; elle connaît l'astuce pour bricoler des outils qui aident à garder la main ; enfin, et surtout, elle est habile dans l'art du lien, reliant et déliant les attaches selon les besoins.

Ces artifices travaillent le changement social, c'est-à-dire pas seulement à faire évoluer les représentations qui jettent l'opprobre mais aussi à changer les manières de percevoir nos entrées en relation. Pour celles-ci précisément, ils travaillent à la rencontre possible en mode collectif.

Approche relationnelle et position sociale

La présence anthropologique des drogues, du travail du sexe et des migrations, les réponses sociales à ces objets marqués d'intolérance, conduisent à nous interroger sur la position que la réduction des risques occupe dans les propositions d'action et les politiques publiques.

Dans un contexte peu regardant à l'égard de l'intelligence sociale, c'est moins la société qui apparaît « addictogène » que nos usages de drogues qui sont perçus individualistes et utilitaristes. De même, le travail du sexe et les migrations prennent place dans l'espace public. En opposant deux extrêmes, l'idéal absolu d'une émancipation vierge de dépendances (une liberté abstinentes) et le réel d'un déterminisme absolu saturé d'aliénations (une liberté absente), on ne comprend pas tout à fait ce que nous font faire ces usages, ces pratiques. Que nous font-ils être ensemble ? Faut-il à ce point que nous voulions la liberté des autres à leur place ?

« La question ne se pose plus de savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais si l'on est bien ou mal attaché. (...) elle nous oblige à considérer la nature précise de ce qui nous fait être. S'il ne s'agit plus d'opposer attachement et détachement, mais les bons et les mauvais attachements, il n'y a qu'un seul moyen pour décider de la qualité de ces liaisons : s'enquérir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font, apprendre à être affecté par eux. L'ancienne question dirigeait l'attention soit vers le sujet, soit vers le monde étranger des forces qui pouvait l'aliéner ; la nouvelle s'attache aux choses mêmes, et c'est parmi ces choses qu'elle prétend distinguer le bien du mal »⁴.

Sans reprendre tout le diagnostic d'époque, nous pouvons saisir à quel point le monde devenu global se présente comme le côtoiement des différences et des diversités de situations d'attachement. Les frontières existantes entre les milieux de vie autorisent les passages et les points de contact, plutôt que les fermetures hermétiques et les jugements fabriqués, tels des murs.

En cela, la réduction des risques introduit un contrepoint social qui fait primer la valeur du lien sur toute posture normative de surplomb et de mise à distance froide de l'autre. Les pratiques à l'œuvre laissent en effet percevoir leur dimension de socialité et interrogent les manières que nous avons de nous y tenir en relation. C'est dans la relation que nous cherchons à comprendre et à agir ; à nous positionner, donc.

Le positionnement relationnel ouvre un espace intersubjectif, à la fois réflexif et agissant, au sein duquel nous apparaissions liés de fait, collectifs, multipliant les manières de nous présenter, donnant à voir autant de facettes de notre subjectivité ouverte à l'imprévisible de la rencontre.

Injustices sociales et proximités

Même si nous pouvons ou savons distinguer les injustices d'ordre économique des injustices d'ordre culturel ou symbolique, comment ne pas voir qu'entre la pauvreté et la xénophobie, qu'entre la précarité et le sexisme, se trouvent maintes correspondances se renforçant mutuellement ?

Pour traverser ce cloisonnement, la réduction des risques se situe dans une vision politique que l'on pourrait dire bifocale⁵, participant à la fois de la circulation des ressources et de la reconnaissance sociale. La redistribution des richesses ne va pas sans la promotion des personnes. L'une sans l'autre manque sinon l'essentiel de la justice sociale. En cela, il s'agit de ne pas réduire la réduction des risques à une simple intervention instrumentale et technique, mais de la projeter à la manière, par exemple, de la recherche-action participative, reconnaissant une place active aux usagers ou aux habitants, en visant à la fois une capitalisation des savoirs et la transformation sociale.

Par conséquent, le passage d'une position sociale à une position politique est possible quand l'espace (relationnel) de définition des besoins et des réponses est ouvert aux différents publics *en tant qu'ils* sont concernés, *en tant qu'ils* sont concitoyens. La position collective est politique en ce qu'elle porte en elle la possibilité d'une formalisation institutionnelle qui sait répondre de la justice. Donner ainsi de la valeur (évaluer) aux actions menées dans le champ de la réduction des risques légitime de contribuer à définir *en amont* une politique de santé publique ajustée au réel.

En aval, croisant la ressource, le processus de l'action et sa portée institutionnelle, la démarche (sociale et politique) engagée dans la relation s'accompagne du souci de se tenir *en proximité*, comme on dirait de

quelqu'un qu'il est disponible, qu'il n'est pas indifférent ou distant, que l'on peut compter sur lui.

«La proximité caractérise donc une façon d'être et de se positionner vis-à-vis de l'autre, dont la formule pourrait être aller vers l'autre, au devant de l'autre ou encore au plus près de l'autre. Ce qui, dans bien des cas, signifie aller là où l'autre est; autrement dit, sur son territoire géographique, dans la rue mais aussi dans d'autres espaces, ceux des établissements scolaires, des centres sociaux, des prisons, des hôpitaux»⁶.

Ce mouvement d'ouverture nécessite de voir au-delà du stigmat et de la vulnérabilité, de regarder l'autre et de se regarder du côté de ses forces, de ses ressources, de ses appuis; de rechercher les bons attachements.

Une telle éthique confère à la réduction des risques la responsabilité d'exiger du politique qu'il garde toute sa cohérence entre son discours et ses actes. Une telle pensée en archipel «relie, relaie et relate»; elle «ne confond pas des identiques, elle distingue entre des différents, pour mieux les accorder»⁷. ■

1. Edouard Glissant (1928-2011), *Philosophie de la relation. Poésie en étendue*, Édition Gallimard, Nrf, Paris, 2009, p. 45.
2. Voir Marcel Détienné, Jean-Pierre Vernant, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, Flammarion, 1974.
3. Michel Autès, «La Mètis du travail social», in *Les paradoxes du travail social*, Paris, Dunod, 2004 (2^{ème} éd.), pp. 252-259.
4. Bruno Latour, «Factures/fractures: de la notion de réseau à celle d'attachement», *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, n°2, avril 2001, p. 47.
5. Voir Nancy Fraser, *Qu'est-ce que la justice sociale?*, Éditions La Découverte, 2005. N. Fraser emploie plutôt l'expression «dualisme perspectiviste», qui, selon sa théorie critique, consiste «à chercher derrière les apparences les liens cachés entre redistribution et reconnaissance», p. 65.
6. Pierre Roche, «Les défis de la proximité dans le champ professionnel», *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007/1, p. 65.
7. Edouard Glissant, *op.*, p. 72.



AQUA

REPÈRES

La réduction des risques

ENTRE APPROCHE HUMANISTE ET INNOVATION

Olivier Bernard

12
13

En tant que médecin, mon engagement au sein d'une ONG comme Médecins du Monde (MdM) s'est fait tout naturellement au travers d'actions de solidarité à l'international et sur des combats pour l'accès aux soins en France. Pourtant, c'est en croisant la route du Dr Béatrice Stambul au Kosovo, puis à Marseille sur le programme d'échange de seringues et de substitution à la méthadone, que j'ai pris la mesure de l'enjeu de la réduction des risques (RdR) pour notre association, à la fois médicale et militante. C'est aussi parce que des amis nous ont quittés trop tôt qu'il m'a paru de ma responsabilité d'engager plus avant encore l'association sur le développement de ces approches à l'international.

Au-delà de mon engagement personnel, l'histoire de MdM et celle de la RdR sont indissociables, à commencer par les expériences qui ont jalonné l'histoire de la

RdR en France. Autant de moments forts pour l'identité de l'association. En 1987 tout d'abord, avec l'ouverture du premier centre de dépistage anonyme et gratuit, suivi très rapidement en 1989 par la création du premier programme d'échange de seringues en France. En 1994, Médecins du Monde est de nouveau précurseur en ouvrant un centre méthadone à Paris, et surtout en adaptant la notion du «aller vers» à l'offre de soins en direction des usagers de drogues. Ainsi, un projet pilote de délivrance de la méthadone pour un public de rue voit le jour en 1998 et une équipe, avec un bus, sillonne des quartiers de la capitale pour aller à la rencontre d'usagers en rupture de liens sociaux.

Ces combats, qui sont utilisés pour démontrer l'efficacité des actions de RdR en termes de santé publique, aboutissent en 2004 avec l'inscription de la réduction des risques dans le Code de la santé publique. Cette grande avancée permet, à partir de 2006, de transférer vers le droit commun une partie des programmes de réduction des risques de MdM.

La réduction des risques ayant prouvé son efficacité auprès des usagers de drogues, elle a servi à d'autres communautés ou groupes dont les comportements et pratiques sont à risque. Ainsi, c'est à partir de programmes d'échange de seringues que Médecins du Monde développe à Nantes et à Paris des actions auprès des travailleurs du sexe. La philosophie et les principes d'action de ces programmes sont ceux de la réduction des risques, comme le non-jugement, l'écoute ou la prise en compte du savoir des personnes.

Les programmes élaborés et mis en place en France ont servi de terrain d'expertise pour les programmes initiés à l'international. L'histoire a commencé en Russie en

Médecin pédiatre, praticien hospitalier, diplômé en anthropologie médicale et en santé publique, **Olivier Bernard** a été successivement médecin au Népal, étudiant-chercheur (CNRS-laboratoire d'anthropologie) au Cameroun, médecin pédiatre à Madagascar en 2000-2001, puis chef du département de pédiatrie du centre hospitalier d'Aubagne (Bouches-du-Rhône). Entré à Médecins du Monde en 2000, il a été coordinateur médical au Kosovo puis en Guinée. Délégué régional de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, élu en 2004 au conseil d'administration de MdM, il devient vice-président en 2005 et a été président de 2009 à juin 2012.

1997, puis en Serbie, pour ensuite s'étendre à d'autres pays comme la Chine, le Vietnam, l'Afghanistan, la Birmanie, la République Démocratique du Congo, la Géorgie, la Tanzanie, le Kenya, et demain d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

Autant de pays, autant de projets où les équipes de Médecins du Monde ont su, ces dernières années, développer et transférer un savoir-faire dans le champ de la réduction des risques pour les usagers de drogues et les travailleurs du sexe notamment. Nous contribuons ainsi à l'amélioration de l'état de santé individuel et collectif. Mais au-delà, nous participons à un plaidoyer à l'échelle locale et internationale, visant à faire évoluer les politiques publiques, qui privilégient bien trop souvent des approches répressives vis-à-vis de ces personnes, au détriment d'une attention portée à la santé publique. Cette approche, qui correspond à un choix stratégique de l'association, se fait dans la continuité de ce que nous avons initié en France et en Europe il y a plus de vingt ans.

Répondre à des besoins de santé

L'épidémie de sida au début des années 1980 est le facteur fondamental qui a conduit MdM, comme d'autres acteurs, à s'intéresser à la réduction des risques. L'absence de prise en compte du sida dans la prise en charge des addictions et la prééminence des politiques répressives vis-à-vis des usagers de drogues se conjuguèrent à la grande difficulté des institutions de santé à penser et à mettre en place des dispositifs innovants pour répondre à cette épidémie. C'est ce qui a amené des professionnels du secteur sanitaire et social, des usagers de drogues et des militants de la lutte contre le sida à inventer, hors du droit commun, de tels dispositifs. Vingt-cinq ans plus tard, les résultats sont au rendez-vous et les contaminations par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ont quasiment disparu en France.

En revanche, face à l'épidémie d'hépatite C, nous sommes confrontés à des difficultés similaires à celles du début de l'épidémie de sida. Les chiffres sont

**LA RÉDUCTION DES RISQUES AYANT PROUVÉ
SON EFFICACITÉ AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES,
ELLE A SERVI À D'AUTRES COMMUNAUTÉS
OU GROUPES DONT LES COMPORTEMENTS
ET PRATIQUES SONT À RISQUE.**

parlants : une enquête de séroprévalence réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales en 2004 dans cinq grandes villes françaises auprès de 1 462 usagers de drogues établit une prévalence du VHC de 60 % – alors que dans le même temps moins de 11 % d'entre eux sont séropositifs au VIH¹. En 2007, la consommation de drogues par voie intraveineuse restait en France le premier mode de contamination au VHC². Pourtant, les dispositifs destinés à informer efficacement et à accompagner les usagers de drogues en France en matière de VHC sont, au mieux, limités, au pire, inexistants. Ainsi, à l'heure où cet ouvrage est édité, les salles de consommation à moindres risques et à visée éducative n'existent toujours pas en France – alors qu'elles ont fait leurs preuves ailleurs en Europe et dans le monde.

C'est bien au regard de cette épidémie d'hépatite C qu'une association comme MdM a d'ores et déjà fait le choix de soutenir des actions innovantes et expérimentales. D'abord en 2010, avec un programme novateur et servant de terrain de recherche sur l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI). Puis en 2012, avec un engagement politique fort à expérimenter une salle de consommation à moindre risque, qui se traduit par la préfiguration d'une expérimentation à Paris.

Promouvoir des approches innovantes et faire évoluer les politiques publiques

Depuis 1986, Médecins du Monde a su, dans le contexte français, maintenir sa capacité d'innovation tout en transformant

un certain nombre de ses programmes en dispositifs pérennes tels que les centres de dépistage anonyme et gratuit, créés par l'Etat en 1989, et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, créés en 2006.

Cette logique d'innovation et de transformation sociale à l'œuvre dans la RdR n'est que la déclinaison d'un principe plus général qui guide notre association. Principe que l'on retrouve dans d'autres champs d'intervention, où l'action de MdM a permis, avec d'autres, des évolutions du cadre légal, comme par exemple dans la lutte contre les exclusions ou bien encore avec la création d'une couverture maladie universelle. Cette logique d'innovation et de transformation sociale est au cœur du projet de l'association.

**DEPUIS 1986, MÉDECINS DU MONDE A SU
MAINTENIR SA CAPACITÉ D'INNOVATION, VOIR
TRANSFORMER UN CERTAIN NOMBRE DE SES
PROGRAMMES EN DISPOSITIFS PÉRENNES.**

Il est toutefois une loi qui n'a pas du tout évolué : celle relative au trafic et à l'usage de drogues, en vigueur en France depuis le 31 décembre 1970. Elle apparaît aujourd'hui plus que jamais contradictoire avec la démarche de réduction des risques. Son application de plus en plus ferme porte l'accent sur le volet répressif, particulièrement depuis ces dix dernières années : le nombre d'arrestations pour infraction à la loi sur les stupéfiants a été multiplié par 60 depuis 1970 et le nombre de condamnations

pour usage simple a quadruplé en vingt ans. Or, selon le Conseil national du sida, instance officielle française de conseil en matière de lutte contre le sida, les politiques répressives en matière de drogues n'ont pas entraîné de diminution de leur usage – constat français rejoignant celui, mondial, dressé par la Commission Globale sur les politiques des drogues en juin 2011. Ainsi, les consommations d'héroïne et de cocaïne sont en augmentation en France ces dernières années. Un changement de loi apparaît dès lors comme une condition indispensable pour adosser les politiques de lutte contre les drogues aux données scientifiques actualisées ; et ces politiques doivent avoir comme orientation première de réduire les dommages liés aux consommations.

Dans le cas du travail du sexe également, la loi constitue une barrière au développement de projets de santé publique et communautaire. Même si la prostitution n'est pas illégale en France, sa pratique est fortement entravée et limitée en raison de la pénalisation de l'environnement dans lequel elle s'inscrit. Ainsi, la loi pour la sécurité intérieure du 18 mars 2003, qui a notamment réinstauré le délit de racolage passif, a eu comme effet de reléguer les travailleurs et travailleuses du sexe à une vie plus clandestine, dans des espaces de non-droit, où ils sont plus vulnérables aux violences et moins aptes à négocier des relations sexuelles protégées. Les politiques publiques actuelles ont ainsi pour conséquence un isolement croissant des personnes concernées par le travail du sexe, ce qui engendre un éloignement des structures de soins, une stigmatisation accrue, et développe enfin le sentiment d'impunité des agresseurs.

C'est pourquoi Médecins du Monde réaffirme l'importance des principes généraux de la réduction des risques, tout aussi valables et efficaces en matière de travail du sexe que d'usage de drogues : intégrer les personnes concernées dans le pilotage des politiques publiques ; réorienter les crédits publics consacrés à la lutte contre le travail du sexe vers des programmes de réduction de risques sociaux et sanitaires ; replacer l'expertise de santé publique au cœur des politiques publiques.

Mais la situation spécifiquement française n'échappe pas à un courant mondial : tout au long du xx^e siècle, une politique internationale se positionnant comme une guerre aux drogues s'est progressivement mise en place. Cette politique, dans son format actuel, repose sur le contrôle de l'offre des produits stupéfiants d'un côté et la répression des usages non médicaux de drogues de l'autre. La déclaration de Vienne de 2010 rappelle que cette politique a un effet contraire à celui désiré de diminuer la consommation, tandis qu'elle freine l'accès à la prévention et aux soins. Les experts scientifiques mondiaux en matière de lutte contre le VIH qui ont rédigé cette déclaration demandent aux Nations unies et à la communauté internationale de prendre acte des échecs de cette politique exclusive de guerre aux drogues ; de remplacer les politiques de répression par des politiques de soins ; de réorienter l'action législative dans la lutte contre le crime organisé et le trafic de drogues au lieu d'investir massivement sur la répression de la consommation ; d'offrir une gamme plus large de soins et de traitements de substitution aux usagers.

De ce point de vue, le choix de Médecins du Monde de développer un centre méthadone à Kaboul, en Afghanistan, est exemplaire. Il permet d'introduire le concept de la RdR et ses pratiques dans un des pays les plus touchés par les effets contre-productifs de la guerre aux drogues – au point que les activités illicites associées aux opérations de production et de trafic constituent aujourd'hui un des obstacles majeurs à toute politique de pacification, de reconstruction et de développement. L'Afghanistan paie aussi le prix fort de cette norme internationale, qui conduit les usagers à la relégation juridique et sociale, puis sanitaire, se traduisant par son lot d'overdoses, de maladies infectieuses, de pathologies liées à l'exclusion, d'incarcérations...

Favoriser les approches communautaires et interroger le modèle biomédical

L'émergence des approches de réduction des risques au sein d'une organisation médicale comme MdM est très certainement un élément structurant en ce qui concerne les approches cliniques. En reconnaissant à l'autre – l'usager de drogues, le travailleur du sexe – un savoir sur ses pratiques, le soignant réinterroge certains fondamentaux du modèle biomédical. De ce fait, c'est bien de la confrontation de deux savoirs, celui du soignant et celui de l'usager, que va naître un projet de soins communément négocié, élaboré et mis en œuvre. Cette approche clinique qui resitue l'autre dans un projet de soin comme

L'ÉMERGENCE DES APPROCHES DE RÉDUCTION DES RISQUES AU SEIN D'UNE ORGANISATION MÉDICALE COMME MÉDECINS DU MONDE EST UN ÉLÉMENT STRUCTURANT EN CE QUI CONCERNE LES APPROCHES CLINIQUES.

acteur de sa santé, c'est-à-dire en position de sujet et donc libre de ses choix, questionne notablement la relation de pouvoir qui s'instaure traditionnellement dans la relation entre le soignant, souvent considéré comme l'unique sachant, et le patient. A Médecins du Monde, qui est pourtant une organisation médicale, la place des soignants est aussi questionnée par la présence de travailleurs pairs. En raison de leur parcours de vie, ils sont particulièrement à même d'aller vers les populations les plus exclues et de faire l'interface entre les professionnels de santé et les bénéficiaires des programmes, qu'il s'agisse de travailleurs du sexe, d'usagers de drogues ou encore de personnes ayant une pathologie mentale sévère. Parce qu'ils ont vécu ou vivent encore une situation similaire à celle des personnes concernées, les travailleurs pairs ont une expertise sur les pratiques et les besoins des groupes et bénéficient d'une confiance particulière. Encore assez marginal en France, le recours aux

LE CHOIX DE MÉDECINS DU MONDE DE DÉVELOPPER UN CENTRE MÉTHADONE À KABOUL, EN AFGHANISTAN, EST EXEMPLAIRE. IL PERMET D'INTRODUIRE LE CONCEPT DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET SES PRATIQUES DANS UN DES PAYS LES PLUS TOUCHÉS PAR LES EFFETS CONTRE-PRODUCTIFS DE LA POLITIQUE DE « GUERRE AUX DROGUES ».

16
17

travailleurs pairs ou aux médiateurs de santé professionnels devrait être développé, et une véritable qualification professionnelle devrait être construite.

À l'international, Médecins du Monde a ouvert la voie de la réduction des risques dans de nombreux pays, et a permis l'implantation de programmes novateurs. Par exemple en Tanzanie, lieu de transit pour l'héroïne provenant d'Asie centrale, qui est devenu un lieu de consommation, où des usagers de drogues de plus en plus nombreux se retrouvent confrontés à des pratiques d'injection dont ils ne connaissent pas les risques. C'est pourquoi MdM y a introduit en 2010 le premier programme d'échange de seringues en Afrique subsaharienne.

Ce développement de nos programmes de réduction des risques à l'international auprès des populations marginales et stigmatisées par la loi vise bien sûr à répondre à des besoins de santé prioritaires, mais aussi, à l'instar de ce qui a pu être réalisé en Europe dans les années 1990, à rendre visibles ces personnes et ces problématiques et à influencer les politiques de santé. C'est le cas en Géorgie, avec l'ouverture d'un *drop in center* dans un des pays où la criminalisation des usagers de drogues est la plus forte au monde.

Au regard de notre histoire en France et des développements récents de nos activités à l'international, nous considérons que la RdR n'est pas seulement un concept médico-social permettant d'agir sur les phénomènes liés aux addictions, aux dépendances et aux consommations, ainsi qu'auprès des travailleurs du sexe ou des minorités sexuelles. La RdR peut et doit être considérée comme un outil politique fort pour mener des actions de soin et de prévention, mais aussi proposer des évolutions réglementaires et législatives qui accordent toute l'attention qu'il se doit à la santé publique. ■

1. Marie Jauffret-Roustide et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *BEH*, n° 33, InVS, 2006, pp. 244-247.
2. Cécile Brouard et al., « Évolution du dépistage de l'hépatite C en France, à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2008 », *BEH*, n° 20-21, InVS, 2009, p. 202.

POLICE MAGAZINE

la guerre des stupéfiant



Pages 12
et 13, la
suite des
Souvenirs
Inédits
d'un Ancien

Lire, pag
et 10, co
tionnel re

La réduction des risques liés à l'usage de drogues

ENTRE PROHIBITION, SANTÉ PUBLIQUE ET RÉGULATIONS SOCIÉTALES

Anne Coppel

18
19

« Les aliments seuls exceptés, il n'est pas sur terre de substances qui aient été aussi intimement associées à la vie des peuples dans tous les pays et dans tous les temps. L'homme les utilise au fond des forêts primitives, sous la hutte de feuillage, [...] les hommes les utilisent dans la splendeur de la civilisation. [...] Chez les uns, elles éclairent la plus profonde nuit des passions avec les impuissances morales, chez les autres, elles accompagnent les heures de joie les plus extensivement claires, les états les plus heureux du bien-être moral ou de la sérénité », écrit Louis Lewin en introduction à *Phantastica*, un des premiers ouvrages de synthèse sur les psychotropes, publié en 1924¹. Pendant des millénaires en effet, les hommes ont consommé ce que nous appelons aujourd'hui des drogues, mais il faudra attendre le milieu du XIX^e siècle pour que les hommes de sciences regroupent

ces « excitants artificiels du cerveau » et mettent en place les premières politiques de santé publique. À l'époque, le principal fléau social est l'alcool, mais en instaurant la prohibition de l'opium et autres substances stupéfiantes, les conventions internationales de 1909 et 1912 vont créer le cadre d'un régime d'exception qui va démultiplier la dangerosité intrinsèque des produits. À ce titre, l'histoire des drogues, illicites par définition et opposées aux médicaments, commence il y a exactement un siècle. Pourquoi ce régime d'exception a-t-il été adopté ? Comment les politiques de santé du XIX^e siècle ont-elles été progressivement détournées et mises au service de la lutte contre « la » drogue ? Pourquoi font-elles aujourd'hui un retour en force ? Sur quelles régulations de l'usage reposent-elles ? Quelles futures politiques de drogues peut-on espérer ?

Avant que les drogues ne soient des drogues

L'histoire des drogues est aussi celle de leur contrôle, mais jusqu'au XIX^e siècle, et à quelques exceptions près, les hommes ont coexisté avec ces substances sans avoir le sentiment qu'il y avait là un fléau qu'il fallait combattre. Dans les sociétés traditionnelles, les drogues ne sont évoquées que pour leur rendre grâce. Les Mayas louaient « la chair des dieux », les champignons sacrés qui ouvrent à l'immortalité, les Incas révéraient Mama Coca, la déesse de la santé et de la joie ; et c'est aussi « la plante de la joie » que, 4 000 ans av. J.-C., les tablettes sumériennes célèbrent. Considéré par des ethnologues comme Peter Furst comme

Anne Coppel, sociologue, est spécialisée dans le domaine des politiques de lutte contre les drogues et contre le sida. De la recherche à l'action, elle est à l'origine de projets expérimentaux qui ont contribué à l'adoption de la politique de réduction des risques avec des actions de santé communautaire en Île-de-France, le Bus des femmes, un premier programme expérimental de méthadone en 1989, la création d'un centre de soins à Bagneux en 1993, puis à Paris en 1995. Militante associative, elle a animé le débat public depuis 1993 comme présidente de Limiter la casse, collectif interassociatif (dont faisaient partie Aides, MdM et Asud) puis de l'Association française de réduction des risques. Elle a contribué à l'écriture de nombreux articles et publications, et elle est l'auteur de trois ouvrages : *Drogues, sortir de l'impasse*, avec Olivier Doubre, La Découverte, 2012 ; *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 2002 ; *Le Dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre les drogues et l'Occident*, avec Christian Bachmann, Albin Michel, 1989.

«une des expériences fondatrices de la culture humaine», l'usage des psychédéliques dans les sociétés traditionnelles a une fonction religieuse, qui peut aussi être thérapeutique². Dans certaines cultures, seul le chaman a accès à la plante sacrée par laquelle il s'incorpore le pouvoir de l'esprit, mais les consommations peuvent aussi être collectives lors de fêtes qui contribuent à l'intégration de l'individu dans le groupe. L'usage individuel est également attesté, au moins dans l'Antiquité. Hélène, accueillant le fils d'Ulysse, lui offre, avec le népenthès «une drogue endormant toute colère et toute peine», où, sans doute, le vin était mêlé à l'opium. Des dangers de l'opium, l'Antiquité ne retient que l'empoisonnement. Seul le vin a suscité des débats. Dionysos-Bacchus est un étranger que les Athéniens décident d'honorer plutôt que de proscrire. Et Platon, dans *Le Banquet*, prend sa défense en ces termes : «Ne vilipendons pas le présent de Dionysos en prétendant qu'il s'agit d'un cadeau empoisonné qui ne mérite pas qu'une république accepte son introduction. [...] Il suffira qu'une loi interdise aux jeunes de goûter le vin avant dix-huit ans et impose à l'homme de moins de trente ans d'y goûter de manière mesurée, en évitant absolument de s'enivrer par excès de boisson». Et Platon de réserver l'ivresse aux hommes d'un certain âge, «remède aux rigueurs de la vieillesse», «pour nous rajeunir», car il peut être bénéfique «de céder à l'ivresse une ou deux fois de temps en temps, comme le recommande Hippocrate»³.

Au-delà du rejet des drogues, le monde moderne trouve suspecte toute modification des états de conscience. L'extase ou l'illumination sont volontiers interprétées comme les symptômes d'une pathologie mentale. Quant à l'ivresse, au mieux, elle prête à rire, mais plus souvent, elle provoque dégoût et opprobre. Y compris lorsqu'il boit, l'homme moderne doit faire la preuve de sa capacité de contrôle. Les sociétés traditionnelles ont au contraire cultivé les différentes techniques qui permettent de perdre le contrôle de soi, tels le jeûne, la solitude, l'absorption dans une tâche, mais aussi l'ivresse qui ouvre un

chemin vers la divinité. Dans *Les Rites de passage*, publiés en 1909, l'ethnologue Arnold Van Gennep attribue aux drogues qui modifient l'état de conscience une fonction de passage entre les différents rôles et identités, tels le passage de l'enfance à l'âge d'homme, celui du berger au guerrier, ou encore le passage entre le monde des vivants et le monde des morts⁴. En Occident, seul l'alcool est autorisé dans cette fonction de passage entre le labeur et la fête, mais il n'est pas de fête sans ivresse : «*Ils sont si pleins de vin qu'ils ne savent ce qu'ils font, ils sont si ivres qu'ils ne peuvent se soutenir. Venez, disaient-ils, prenez du vin, remplissons-nous jusqu'à nous enivrer et nous boirons demain comme aujourd'hui et encore davantage*» (Ancien Testament, Isaïe 56:12)⁵. C'est aussi que l'ivresse est nécessaire au changement : il faut oublier les contraintes du quotidien pour entrer dans la fête, oublier l'interdit de tuer pour devenir un guerrier, oublier le langage des hommes pour parler avec les dieux.

La construction du problème au XIX^e siècle

L'ivrognerie est devenue un fléau social au XIX^e siècle, qui est aussi le siècle des premières «épidémies». La terminologie médicale s'impose avec l'alcoolisme, défini comme maladie par Magnus Huss, un médecin suédois, en 1849, puis avec le débat suscité par la diffusion massive de l'opium en Chine. La Chine a longtemps été fermée à tout commerce extérieur, mais a d'abord ouvert quelques ports où elle vendait du thé, de la soie, de la porcelaine. Au cours du XVIII^e siècle, la Grande-Bretagne développe progressivement un commerce fructueux ; plutôt que de payer en argent les marchandises chinoises, elle impose d'échanger l'opium cultivé dans sa colonie indienne contre les richesses chinoises. Les Chinois consommaient traditionnellement de l'opium comme médicament, mais ils ne le fumaient pas et ne le consommaient pas pour le plaisir. Cette pratique se diffuse lentement. Si les dangers de l'opium ne sont pas encore bien identifiés, l'empire chinois

DANS LES SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES, LES DROGUES NE SONT ÉVOQUÉES QUE POUR LEUR RENDRE GRÂCE.

20
21

ne trouve pas son intérêt dans ce commerce et prend la première mesure de prohibition de l'opium en 1729 d'abord, puis à nouveau en 1800. Comme le trafic se poursuit néanmoins, il décide de fermer les ports chinois ; les Britanniques contournent l'interdit avec un marché noir de l'opium, un commerce de plus en plus lucratif. C'est le début d'une escalade qui va conduire à une véritable guerre que les Britanniques mènent au nom de la liberté du commerce, tandis que le nombre d'opiomanes ne cesse d'augmenter. La Chine se révèle incapable de résister ; elle est contrainte de capituler. Ce sera d'abord le traité de Nankin, signé en 1842, qui contraint la Chine à ouvrir cinq ports ainsi qu'à payer des indemnités de guerre. Les conséquences financières de cette défaite pèsent lourdement, mais la diffusion de l'opium se poursuit, et en Grande-Bretagne même un débat s'ouvre sur la liberté de commerce exigée par les marchands et les effets désastreux de l'opium, dénoncés par les religieux, en particulier les quakers, partisans de la prohibition. En Chine, un nouvel empereur décide de fermer à nouveau les ports aux commerçants étrangers, qui poursuivent néanmoins leur commerce illégal, en corrompant les fonctionnaires. En 1856, le bateau d'un contrebandier anglais est arrêté, et l'Angleterre décide alors de prendre les armes, avec l'aide des Français. En 1857, la ville de Canton est bombardée par les Anglais et les Français, puis Pékin tombe, en 1860. Le traité de Pékin ouvrira les portes de la Chine aux étrangers, britanniques, mais aussi français, russes et américains. La Chine est ravagée ; confrontée à la culture occidentale, elle n'aura plus les moyens de résister. Quelque 100 millions de chinois seraient devenus dépen-

dants de l'opium, phénomène qui a souvent été qualifié de « plus grande épidémie du monde »⁶.

Les puissances coloniales n'ont aucun scrupule à vendre de l'opium, y compris par la force, aux nations colonisées, comme le montre l'exemple de la France avec la régie de l'opium en Indochine, qui perdurera jusqu'à la fin de la colonisation⁷. Au même moment, en Occident, un médicament moderne, la morphine, suscite l'enthousiasme des médecins et de leurs patients, car lorsqu'elle est injectée, elle soulage immédiatement la douleur. Utilisé une première fois pendant la guerre de 1870 contre la Prusse, le médicament miracle s'échappe des cabinets médicaux au cours des années 1880-1890 pour devenir une véritable mode associée à la décadence à la fin du XIX^e siècle. Le diagnostic de « maladie » est alors posé et la morphinomanie devient la première des toxicomanies occidentales. Qu'elles concernent l'alcool, l'opium ou la morphine, ces toxicomanies historiques sont des produits de l'industrialisation ; le paysan obligé de travailler en usine, le Chinois confronté à la culture occidentale, la comtesse qui doit s'incliner devant la bourgeoisie triomphante, tous sont contraints de renoncer à leur identité traditionnelle et aux valeurs qui y étaient attachées. Les appartenances culturelles traditionnelles sont en quelque sorte noyées dans l'ivresse, mais à la différence des usages ritualisés, rien ne guide celui qui consomme vers la construction de nouvelles identités. Pour les paysans comme pour les Chinois ou les « morphinées » du XIX^e siècle, la confrontation avec le monde industriel occidental et individualiste passe par un saut dans l'inconnu⁸.

L'abus de psychotropes est ainsi directement lié à la brutalité des changements sociaux, d'autant plus violents qu'ils sont imposés aux paysans comme aux Chinois. Le rapport aux drogues se joue différemment pour les élites qui, en Occident, vont rechercher ce changement. Du milieu du XIX^e siècle jusqu'à la fin des années 1920, la plupart des artistes et écrivains expérimentent les drogues, qui, comme le

haschich ou l'opium, ouvrent les portes de l'exotisme et qui, à travers la découverte de l'autre, mènent aussi, par la traversée de son propre intérieur mental, à la découverte de soi. Au cours du XIX^e siècle, les drogues ont fonctionné comme un laboratoire de la construction de nouvelles subjectivités. Les expérimentations se succèdent, elles sont à l'origine de l'imaginaire des drogues, qui fait alterner fascination et rejet, passions individuelles et peurs collectives, liberté et asservissement.

À la demande symbolique s'ajoute une demande purement fonctionnelle, le soulagement de la douleur. La morphine, obtenue en isolant un des alcaloïdes de l'opium, devient un médicament d'autant plus efficace qu'il est injecté. Si dès 1870 médecins et patients s'enthousiasment pour ce médicament miracle, c'est qu'il promet un monde sans douleurs, qu'elles soient physiques ou morales. Avec les médicaments psychotropes, l'homme moderne prétend échapper à la condamnation ancestrale, une exigence qui va profondément modifier notre rapport au corps et à la souffrance. Les médecins découvrent toutefois assez vite, souvent par leur expérience propre, que ce médicament peut susciter une demande insatiable. Il ne peut être question de renoncer au soulagement de la douleur, mais cette demande va contribuer à la prise de conscience de la nécessité d'une réglementation, d'autant plus nécessaire que les nouvelles substances chimiques se multiplient, chaque fois plus puissantes, morphine, éther, cocaïne, et enfin héroïne à la fin du XIX^e siècle, avant que la recherche n'explore toutes les possibilités des substances psychotropes.

Un dernier facteur contribue à la construction des drogues comme problème, la circulation mondiale des produits. Cette circulation des produits est bien antérieure à la société industrielle, mais jusqu'au XIX^e siècle, la diffusion des produits est lente, au rythme des caravanes; elle laisse le temps de l'appropriation des modes de consommation. Les nouveaux modes de transport, les conquêtes coloniales associées, la diffusion mon-

diale des marchandises, avec l'industrialisation, démultiplient les échanges, sans que les modes d'emploi des produits en soient connus. Leur diffusion internationale est aussi liée à l'industrialisation de la pharmacie, qui rationalise les processus de fabrication mais également les techniques de vente.

Les politiques de santé publique du XIX^e siècle

Ces trois logiques – croissance des demandes, amplification des modes de circulation, invention de nouvelles substances chimiques – ont engendré les toxicomanies modernes, qui échappent aux régulations traditionnelles de l'usage. Elles sont à l'origine des premiers dispositifs d'intervention, avec une quatrième logique, l'invention des politiques sanitaires et sociales. L'ordre social cessant d'être considéré comme intangible, la société doit s'inventer elle-même et l'État acquiert une nouvelle responsabilité: protéger les citoyens contre les maux, tels que la pauvreté, désormais considérés comme sociaux. Les premières réglementations ne sont nullement spécifiques aux drogues. Aux États-Unis, le *Pure Food and Drug Act* de 1906 traite les drogues au même titre que tous les autres produits de consommation: le consommateur doit être informé de la nature des produits qu'il achète. En Europe, les réglementations s'inscrivent dans le dispositif sanitaire et social naissant. Les premières mesures visent à contrôler les préparations artisanales des sirops, potions et autres médecines, dangereux parce que mal dosés: il faut réglementer les produits, indiquer les quantités sur les étiquettes et le contrôle en est délégué aux professionnels de santé, organisés dans des instances administratives. Ces professionnels sont également chargés de veiller à la bonne santé et à l'hygiène des populations. Armés de la statistique sociale, les médecins comptabilisent les malades, repèrent les évolutions, procèdent à des descriptions cliniques. Ils se chargent enfin de l'éducation des masses populaires. Les dangers des drogues sont ainsi dénoncés, mais sans

**LA MORPHINE, OBTENUE EN ISOLANT
UN DES ALCALOÏDES DE L'OPIUM, DEVIENT
UN MÉDICAMENT POUR SOULAGER LA DOULEUR,
D'AUTANT PLUS EFFICACE QU'IL EST INJECTÉ.**

22
23

investissement excessif ; si les poisons de l'esprit intéressent les médecins, ils n'en font nullement un cheval de bataille, et se consacrent plus volontiers à la lutte contre les trois fléaux de l'époque : les maladies vénériennes, la tuberculose et l'alcoolisme.

La prohibition des drogues, une politique venue d'Amérique

Le modèle européen d'intervention s'ancre dans une expertise professionnelle, essentiellement médicale et étroitement liée à l'État. Aux États-Unis, un autre modèle s'invente, fondé sur l'interdiction du produit, la criminalisation de l'usager et une mobilisation de l'opinion, avec une communication dramatisante. Alors que les professionnels de santé sont peu organisés et beaucoup moins puissants qu'en Europe, trois forces sociales vont concourir à l'élaboration de ce modèle : les ligues de tempérance des réformateurs sociaux, essentiellement des quakers, les syndicats ouvriers blancs et, enfin, la presse grand public. Ces trois forces sociales n'ont pas les mêmes enjeux, mais leur conjonction aboutit à une diabolisation des drogues, qui est aussi une diabolisation de l'Étranger. Les réformateurs sociaux ne sont pas particulièrement racistes ; les ligues de tempérance qu'ils animent dénoncent essentiellement les ravages de l'alcool, au nom de valeurs chrétiennes et humanistes. Ces « entrepreneurs de morale », pour reprendre la formule du sociologue américain Howard Becker, entendent protéger l'homme contre lui-même⁹. Leur motivation n'a rien à voir avec celle des syndicats blancs. Ceux-ci se trouvent dans une situation de concurrence avec les Chinois, recrutés en nombre par les com-

pagnies ferroviaires dans l'Ouest, avec les anciens esclaves noirs, dans le Sud, et avec les Chicanos, tout le long de la frontière avec le Mexique. C'est dans ce climat qu'ils exigent des mesures d'interdiction de l'« opium des Chinois », de la « cocaïne des Noirs », et, au cours des années 1930, de la « marijuana des Chicanos »¹⁰. Les réformateurs comme les syndicats font appel à l'opinion publique avec des campagnes dramatisantes. La presse grand public américaine, qui connaît alors un développement rapide, illustre ces campagnes de faits divers qui exploitent les peurs populaires en associant drogues, crimes et races. Le scénario est toujours le même : de jeunes Blancs et plus encore de jeunes Blanches sont victimes des turpitudes d'affreux maniaques jaunes ; les Noirs eux sont réputés pour consommer de la cocaïne, qui les conduit au crime. Les premières mesures d'interdiction sont prises à San Francisco, en 1875, contre les fumeries d'opium, et dans l'Illinois en 1877 contre la vente de cocaïne. Si le Dr Hamilton Wright, un de ces prédicateurs puritains, fait également campagne contre l'opium, ce n'est pas tant les Chinois qu'il vise que les Américains blancs des classes moyennes, dont, selon son estimation, plus d'un million seraient consommateurs d'un médicament à base d'opium en 1911. C'est que, outre les préparations à base d'opium vendues dans les campagnes par de soi-disant médecins, les nouveaux médicaments de l'industrie pharmaceutique allemande, héroïne et morphine, ont bénéficié d'une publicité massive. Le Dr Wright veut obtenir une loi fédérale de prohibition, mais il comprend qu'il lui faut d'abord obtenir un contrôle international du commerce de l'opium. Associé à l'évêque anglican Charles Brent, le Dr Wright est la cheville ouvrière des premières conventions internationales. Après les déclarations de principe à Shanghai en 1909, la convention de La Haye en 1912 fait obligation aux douze États signataires d'élaborer des législations nationales, et c'est armé de cette convention que le Dr Wright obtient en 1914 le Harrison Narcotics Tax Act. Même si cette mesure législative se présente comme une simple taxation des médicaments, il s'agit bien

d'une loi de prohibition, puisque ces produits deviennent des médicaments qui doivent être prescrits par un médecin. Les organisations professionnelles de santé ont désormais le monopole des substances stupéfiantes ; elles ont été favorables à cette nouvelle réglementation et elles vont aussi contribuer à la prohibition de l'alcool, qui sévira de 1919 à 1933. Le cadre législatif impose désormais sa logique propre, qui contraint progressivement la médecine à s'y soumettre.

Quand la santé est mise au service de la prohibition

Une machine infernale est en route ; elle est à l'origine d'instances nationales et internationales dont le développement obéit à une logique interne. Et pourtant la plupart des pays signataires des premières conventions n'étaient nullement convaincus de la nécessité de ce contrôle international. La France, comme la Grande-Bretagne, tire de grands profits de la production et de la distribution de l'opium dans ses colonies, tandis que l'Allemagne tient à préserver les intérêts de son industrie pharmaceutique ; ces pays ont d'abord obtenu la préservation de leurs profits. L'harmonisation des politiques nationales et internationales se construit par étapes tout au long du xx^e siècle, et elles vont progressivement modifier le rapport de force entre médecine et justice. Les politiques des drogues avaient été dominées par la médecine au xix^e siècle, mais au fur et à mesure de la progression des consommations hors la loi, les pratiques policières devinrent dominantes. Le changement du rapport de force entre médecine et justice est d'abord difficilement perceptible, parce qu'en Europe les professions médicales restent puissantes. Ainsi, en Grande-Bretagne, la toxicomanie est définie avant tout comme une maladie par le comité Rolleston en 1926, et comme toute maladie, elle relève d'une expertise de santé publique. Cette maladie étant considérée comme chronique, les médecins sont chargés de prescrire à leurs patients les produits dont ils sont dépendants. Jusqu'à

la fin des années 1960, cette politique de santé donne toute satisfaction ; les usagers de drogues anglais sont peu nombreux, en bonne santé et bien insérés, au contraire des toxicomanes américains, traités comme des délinquants. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, au début des années 1960, des médecins américains feront du « système anglais » une référence qui justifiera l'expérimentation de la méthadone. Mais avec la consommation de drogues chez les jeunes des années 1960 et 1970, le modèle médical britannique est mis à mal. Les médecins généralistes renoncent pour la plupart à prescrire à ces jeunes usagers et le marché noir se développe rapidement. La tradition de santé publique perdure toutefois, ce qui permettra à la Grande-Bretagne de faire face très rapidement à l'épidémie de sida.

En France, la configuration est très différente, parce que traditionnellement la toxicomanie n'est pas considérée comme un problème de santé publique, mais comme relevant d'une clinique individuelle, traitée par les aliénistes au xix^e siècle, puis par les psychiatres. À la fin du xix^e siècle, la prohibition est demandée par les médecins hygiénistes, qui souhaitaient aussi la prohibition de l'alcool ; mais la première loi de prohibition, votée en 1916, se contente d'interdire l'absinthe. Les alcooliers veillent au grain, et ils sont d'autant plus audibles que manifestement les Français ne veulent pas renoncer au vin. Dans les années 1920, la cocaïne devient une mode, malgré la loi de prohibition, mais des années 1930 à la fin des années 1960, les usagers de drogues sont, comme en Grande-Bretagne, très peu nombreux : quelques artistes, des militaires de retour des colonies, quelques médecins ou pharmaciens. Les toxicomanies classiques, la morphine décadente des années 1890, l'opium des esthètes, la cocaïne festive ou crapuleuse des années 1920 sont tombées dans l'oubli sans que l'on comprenne très bien comment s'est achevé ce premier cycle de consommation de drogues. Les responsables politiques, experts médicaux, magistrats ou policiers, n'ont pas de doute : ils y voient la preuve de l'efficacité de la prohibition.

IL FAUT FAIRE PEUR, ET LA GUERRE À LA DROGUE SE NOURRIT D'UNE MYTHOLOGIE DIABOLISANTE CENSÉE EXORCISER LE MAL.

Aussi en 1970, alors que surgissent les premiers jeunes usagers de drogues, le renforcement de la répression s'impose comme une évidence. Les experts médicaux sollicités par le ministère de la Santé ne sont pas convaincus que l'incarcération soit une bonne réponse à l'usage de drogues, mais ils espèrent que la peur de la sanction protégera la France d'une épidémie qui, à l'époque, frappe essentiellement les pays anglo-saxons. La répression de l'usage, la prévention limitée au «non à la drogue», le traitement pour «sortir de la toxicomanie», tels sont officiellement les trois volets de la politique de lutte contre la toxicomanie depuis la loi de 1970. Qu'est-ce que la toxicomanie ? Y a-t-il une dépendance qui soit propre aux drogues illicites ? Ces questions ne sont pas posées parce que la prohibition des drogues s'impose comme une évidence. Officiellement, la loi a été mise au service de la santé. Et pourtant, alors que l'ONU avait chargé l'Organisation mondiale de la santé de donner une définition médicale de la toxicomanie, les experts, malgré tous leurs efforts, avaient dû renoncer à cette terminologie pour adopter en 1969 le terme de «pharmacodépendance», qui ne permet pas de départager les drogues illicites des drogues licites et des médicaments. Ces experts, il est vrai, se gardent bien d'afficher leur désaccord avec la définition juridique de la toxicomanie – que les hommes de loi attribuent aux médecins... Il n'y a pas de justification médicale à la prohibition, mais il faudra que la santé publique soit réellement menacée, avec l'épidémie de sida, pour que les experts appliquent au champ des psychotropes les concepts et les méthodes qui sont les leurs et se fassent entendre.

La réduction des risques liés à l'usage, un retour aux sources des politiques de santé publique

Changer la politique des drogues en distribuant des seringues ? Voilà une ambition qui peut sembler hors de propos. Il aura fallu la menace du sida et la situation catastrophique des usagers d'héroïne, des années 1980 au milieu des années 1990, pour que la France accepte d'expérimenter un dispositif de réduction des risques, limité officiellement aux risques infectieux. En 1994, Simone Veil, alors ministre de la Santé, obtient du gouvernement français l'autorisation de développer ce dispositif à la condition *sine qua non* de ne rien changer à la politique des drogues. C'est que distribuer des seringues implique de s'en servir. Il y a bien une contradiction entre la pénalisation et la reconnaissance de l'usage comme un fait. Compte tenu de ses excellents résultats, la réduction des risques a été officialisée puis inscrite dans la loi de santé publique de 2004, mais le dispositif institutionnel a été étroitement marginalisé. Et pourtant, il a suffi d'ajouter cette pièce supplémentaire pour modifier profondément les pratiques de soins comme les pratiques de prévention. Pour les acteurs de la santé, il est aujourd'hui évident que la lutte contre les toxicomanies ne doit pas faire exception : elle doit relever de la santé publique, que les psychotropes soient licites ou illicites. C'est reconnaître qu'il n'y a pas de dépendance qui soit spécifique aux drogues illicites ; c'est aussi reconnaître que chaque psychotrope, qu'il soit licite ou illicite, a ses caractéristiques propres selon ses propriétés pharmacologiques et selon les risques et dommages liés à ses usages. C'est une première étape du changement de la politique des drogues, car à terme, il faudra bien reconnaître que l'usager doit relever de la santé et non de la justice. *A minima*, c'est un changement dans le rapport de force entre santé et justice¹¹.

Pour le Dr Gerry Stimson, l'un des promoteurs de cette politique en Grande-Bretagne, puis partout dans le monde, cette nouvelle politique est en fait «un retour aux sources» des premières

politiques de santé, bien antérieures à la prohibition des drogues, puisqu'en Grande-Bretagne la première réglementation remonte au *Pharmacy Act* de 1868. À cette date, la vente d'opiacés avait été confiée aux pharmaciens ; les produits, devenus des médicaments, avaient été étiquetés en fonction de leur composition. Réglementation du produit, formation des professionnels de santé et information du public, tels étaient les principaux outils de cette politique de santé – politique toujours en vigueur pour les produits licites. Avec pour objectif exclusif l'éradication des drogues, la prohibition se substitue de fait aux politiques de santé. À quoi bon informer le public des différents risques ou dommages selon les produits, s'il suffit d'en interdire l'usage ? Il faut faire peur, et la guerre à la drogue se nourrit d'une mythologie diabolisante censée exorciser le mal. Les drogues sont présentées comme irrésistibles : il suffit d'y goûter une fois pour en devenir l'esclave : « *Once addict, always addict* », prétendait-on aux États-Unis, « drogué un jour, drogué toujours... »

Les réglementations de l'usage de drogues

Les junkies semblent illustrer jusqu'à la caricature ces peurs collectives. Mais rappelons d'abord que, selon les résultats d'une étude menée à New York par les chercheurs Samuel Friedman et Don DesJarlais, près de 60 % des injecteurs d'héroïne de la rue – considérés a priori comme les usagers les moins susceptibles de contrôler leurs consommations – ont choisi, face à la menace du sida, de renoncer à partager leurs seringues dès 1985. Il n'y aurait pas eu de réduction des risques possible si les usagers n'avaient démontré qu'ils étaient en mesure de protéger leur santé, ne serait-ce qu'à *minima*, pour pouvoir continuer de consommer leur drogue. Les peurs collectives sont si prégnantes qu'elles font oublier l'expérience la plus quotidienne. Il ne peut y avoir d'usage sans contrôle qui détermine les quantités et les fréquences selon les modes de consommation, dont les usagers se com-

muniquent entre eux les modes d'emploi. La criminalisation de l'usage et la stigmatisation sont à l'origine de sous-cultures des drogues qui tendent à enfermer les usagers dans les comportements les plus extrêmes. Les croyances qui justifient la prohibition font oublier que la règle générale est plutôt celle du contrôle de l'usage que celle de l'excès. Pour les drogues illicites comme pour l'alcool, le plus grand nombre expérimente l'usage sans pour autant devenir lourdement dépendant ; et même après des périodes de dépendance, nombreux sont ceux qui renoncent à ces consommations, le plus souvent sans traitement. Ceux qui n'y parviennent pas sont précisément ceux qui sont en demande de traitement médical et pour lesquels ces usages ont sans doute une fonction thérapeutique. Au-delà de ces trajectoires singulières, l'histoire des drogues est faite d'une succession d'engouements et de rejets, de changements dans les modes de consommation, qui ne sont pas déterminés par la loi, mais par les choix que font ceux qui en consomment. La prohibition de l'alcool a été un échec parce que les Américains n'ont pas voulu renoncer à consommer de l'alcool. À partir des années 1930 en Europe, les artistes et intellectuels européens se sont dépris des drogues (morphine, opium, héroïne, ou cocaïne), après avoir expérimenté les conséquences des excès. Entre montée du fascisme et communisme, la passion politique l'a emporté sur l'expérimentation de soi. La prohibition semblait fonctionner ; en réalité, c'est la demande de ce premier cycle de consommation qui s'était épuisée.

La situation est tout autre aujourd'hui. Depuis la fin des années 1960, la demande de produits psychotropes ne cesse de se massifier. Sans une information à laquelle elle puisse se fier, chaque génération expérimente par elle-même un type de produit associé à un mode d'usage, et chacune découvre à son tour les conséquences de l'abus et de la dépendance. C'est ce qui permet de comprendre la succession des cycles de consommation, qui vont de l'usage expérimental de la première génération contre-culturelle à l'usage dépendant de l'héroïne des années 1980. Puis

POUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ,
IL EST AUJOURD'HUI ÉVIDENT QUE LA LUTTE CONTRE
LES TOXICOMANIES NE DOIT PAS FAIRE EXCEPTION :
ELLE DOIT RELEVER DE LA SANTÉ PUBLIQUE, QUE
LES PSYCHOTROPES SOIENT LICITES OU ILLICITES.

26
27

ce sont les conséquences de l'abus de stimulants, cocaïne et crack, qu'ont expérimenté d'abord les Américains, entraînant un recul ou du moins une stabilisation de ces consommations. C'est ce que découvre en ce moment, semble-t-il, une part au moins des consommateurs européens.

S'il est une leçon à tirer de l'histoire des drogues, au-delà du discours simplificateur qui est aussi un discours de guerre, c'est la multiplicité des modes de consommation, des significations sociales que ces modes de consommation véhiculent, des types de problèmes avec lesquels ils sont intriqués mais aussi des réponses qui ont pu leur être apportées. «*Drug, set, and setting*», soit un produit, l'équation personnelle, un environnement, tels sont les trois facteurs qui rendent compte des différents usages, selon la théorie élaborée par le psychiatre américain Norman Zinberg dans un livre publié sous ce titre en 1986¹². Sa recherche porte sur les contrôles de l'usage d'opiacés, habituellement considérés comme les plus incontrôlables des drogues. Comme le montre son travail, les trajectoires des usagers ne sont nullement inéluctables. Certains consomment de l'héroïne pendant une période de leur vie puis y renoncent sans recourir à un traitement (ce qui ne veut pas dire que cela soit facile). La croyance de l'époque «*once addict, always addict*» («drogué un jour, drogué toujours») se révèle donc fausse, comme l'ont aussi montré les études sur les vétérans qui, au retour de la guerre du Vietnam, ont en majorité renoncé à la consommation d'héroïne, à l'exception, le plus souvent, de ceux qui vivaient dans les ghettos ; le contexte s'avère donc déterminant. D'autres usagers d'héroïne en consomment leur vie durant et trouvent

néanmoins le moyen de contrôler leur usage, même s'ils sont dépendants. Ce n'est pas nier les propriétés du produit, ce n'est pas nier non plus que des usagers peuvent perdre pied, mais c'est refuser le caractère inéluctable de la déchéance que décrivent les théories médicales sous l'emprise de la prohibition.

Nous vivons de fait avec de multiples drogues et médicaments, dont le tabac et l'alcool, et la diffusion de ces produits est plus que jamais internationale. On peut choisir de devenir abstinent à une drogue précise, mais il faut prendre acte que la majorité de nos contemporains coexistent avec ces différentes drogues, et le plus souvent, les hommes parviennent à le faire sans se mettre en péril. L'objectif de Norman Zinberg est d'identifier les facteurs qui favorisent les capacités de contrôle de l'usage. À cet égard, parce qu'il mobilise les ressources de l'usager au lieu de le rendre impuissant, ce psychiatre reste une référence majeure pour les politiques de réduction des risques liés à l'usage.

Pour une future politique des drogues

Norman Zinberg a décrit les contrôles spontanés ou les régulations sociétales de l'usage de drogues. La «guerre à la drogue» s'est efforcée de disqualifier ces régulations, mais ce n'est pas le cas des politiques de santé publique. Ce qui a fait l'extraordinaire efficacité des politiques de réduction des risques liés à l'usage, c'est qu'elles ont pris acte de l'expérience de la consommation en y ajoutant les acquis d'une expertise scientifique et médicale. Les outils de la réduction des risques sont le résultat d'une alliance entre usagers, praticiens et chercheurs. Cette alliance est aujourd'hui plus que jamais nécessaire face à la déferlante des produits accessibles sur Internet. L'information du consommateur devient ainsi le seul outil de régulation de l'usage. Aujourd'hui, cette information circule essentiellement *peer to peer*, d'usager à usager ; ces échanges d'expérience sont indispensables, mais

ils ne sont pas suffisants. Les dispositifs, tels que Trend en France, qui collectent les produits consommés puis procèdent à des analyses toxicologiques, scellent une alliance nécessaire entre usagers de drogues et chercheurs.

Les politiques de santé publique ont déjà contribué à réduire l'emprise du marché noir avec les prescriptions médicales d'opiacés ou de cannabis thérapeutique aux usagers qui en ont besoin. Pour ce qui concerne les usages purement récréatifs, l'information du consommateur reste le principal outil de régulation de l'usage ; indirectement, c'est également un outil de régulation du marché. Ce n'est sans doute pas suffisant, mais on peut espérer aboutir à des réglementations des produits qui répondent à la mission de protection de la santé. Jusqu'à présent, les seules politiques qui ont été en mesure de protéger effectivement la santé sont les politiques de santé publique qui ont allié expertise médicale et expérience de l'usage. Les multiples évaluations imposées aux actions de réduction des risques en ont fait la démonstration. Dans le champ de la santé, il y a désormais des acquis qui font consensus parmi les experts : dépénalisation de l'usage et de la détention pour consommation personnelle d'une part, actions de réduction des risques d'autre part. La prohibition des drogues y perd sa justification originelle. Il serait difficile de la mettre en cause si elle avait réussi à éradiquer les drogues, comme elle se l'était proposé ; or elle n'a même pas réussi à limiter la diffusion internationale des drogues ; au contraire, elle y contribue avec le développement en réaction d'un trafic international alimenté par une demande sans cesse croissante. L'escalade de la guerre à la drogue de ces vingt dernières années a en outre engendré des mafias de plus en plus puissantes, de plus en plus violentes, qui, avec la corruption, menacent la sécurité publique, les démocraties ainsi que les politiques de développement durable. Ce bilan catastrophique justifie une réforme des politiques des drogues. Un des pièges tient à cette politique internationale qui exigerait un consensus des nations et une

bonne gouvernance des instances internationales... Autant dire qu'il est illusoire d'espérer un changement rapide. Du moins sait-on désormais comment procéder pour enclencher une logique de changement : avec la réduction des risques liés à l'usage, nous avons appris à prendre acte des réalités de l'usage, en confrontant l'expérience de la consommation aux acquis scientifiques. Prendre acte de la réalité du trafic pour en réduire les risques et les dommages ouvre un nouveau chemin. Espérons qu'il aboutisse à une politique des drogues plus efficace et plus solidaire, conforme aux exigences des droits humains dans une société démocratique¹³. ■

1. Louis Lewin, *Phantastica*, 1924. Publié en France en 1928 sous le titre *Les Paradis artificiels*, aux éditions Payot ; réédité en 1996 (Société Édifor) sous le titre *Phantastica. L'histoire des drogues et de leur usage*.
2. Peter T. Furst, *La Chair des dieux. L'usage rituel des psychédéliques*, Le Seuil, 1974.
3. Antonio Escobedo, *Histoire générale des drogues*, tome 1, L'Esprit frappeur, 2003.
4. Arnold Van Gennep, *Les Rites de passage*, 1909, rééd. J. Picard, 1992.
5. Voir aussi Véronique Nahoum-Grappe, *Vertige de l'ivresse. Alcool et lien social*, Descartes & C^{ie}, 2010.
6. Anne Coppel et Christian Bachmann, *Le Dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre la drogue et l'Occident*, Albin Michel, 1989.
7. François-Xavier Dudouet, *Le Grand Deal de l'opium. Histoire du marché légal des drogues*, éditions Syllepse, 2009.
8. Anne Coppel, *Le Dragon domestique*, op.cit.
9. Howard Becker, *Oustersider. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 (éd. originale 1963).
10. Thomas Szasz, *Le Mythe de la drogue*, L'Esprit frappeur, Paris, 1998.
11. Anne Coppel, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 2002.
12. Norman Zinberg, *Drug, Set, and Setting. The basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, 1986.
13. Anne Coppel et Olivier Doubre, *Drogues, sortir de l'impasse*, La Découverte, 2012.



PETITE HISTOIRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

de l'initiative locale à la problématique globale

Pat O'Hare

30
31

Au milieu des années 1980, au Royaume-Uni, les autorités sanitaires régionales du district de Mersey, alors en charge des comtés de Merseyside et du Cheshire, ont beaucoup fait parler d'elles, en raison de leur approche radicale et novatrice des problèmes liés à la toxicomanie. Cette approche était principalement mise en place dans la plus grande ville de la région, Liverpool. Si elle fut la première ville au monde à se doter d'un *Medical Officer of Health* (médecin hygiéniste nommé au niveau municipal et chargé de la situation sanitaire de la ville) en 1847 et peut aujourd'hui s'enorgueillir d'avoir été une ville pionnière dans le domaine de la santé publique, Liverpool était alors la ville la plus insalubre de Grande-Bretagne. À la même époque, John Ashton, du Département de santé publique de l'Université de Liverpool, et qui deviendra directeur régional de la santé publique de la Mersey, et Howard Seymour, responsable de la promotion de la santé pour la Mersey Regional Health Authority (MRHA), élaborèrent ce qui deviendra le «New Model for Public Health». Leurs idées intégraient les concepts connus de

changement d'environnement, de prévention et d'action thérapeutique, mais allaient au-delà de ces concepts en reconnaissant l'importance du contexte social des problèmes de santé liés au mode de vie et en cherchant à éviter le piège de la culpabilisation des victimes¹. Les deux hommes voulurent appliquer leur nouvelle théorie à une problématique de santé publique alors en pleine émergence : l'usage de drogues et le sida.

Au milieu des années 1980, une vague massive d'héroïne brune vint écorner davantage la réputation de Liverpool, que l'on surnomma alors «Smack-city» («smack» étant un terme familier désignant l'héroïne). «Smack city» désignait généralement un endroit où l'héroïne était facile à trouver, et Liverpool en particulier.

Des taux similaires de consommation d'héroïne étaient observables dans d'autres zones du Mersey, notamment à Wirral et à Bootle², et l'on estimait à 20 000 le nombre d'usagers de drogues dans la région sur une population totale de 2,25 millions d'habitants.³ Les services proposés étaient, comme dans le reste du Royaume Uni, essentiellement basés sur la désintoxication, et peu efficaces. C'est alors qu'est apparue la réduction des risques, une nouvelle approche fondée sur les principes de santé publique qui sous-tendraient plus tard les recommandations historiques émises par le Conseil consultatif sur l'abus de drogues (Advisory Council on the Misuse of Drugs) dans son rapport de 1988. À partir de 1985, les services mis en place intégraient le vécu des usagers et leur donnaient (en particulier aux usagers par voie injectable, plus exposés aux risques) l'information nécessaire et les moyens de se protéger. Le modèle de Mersey de réduction des risques était né.

Le professeur **Pat O'Hare** commence à travailler dans le domaine de la toxicomanie au milieu des années 1980, lorsqu'il prend la direction du MDTIC de Liverpool (ultérieurement rebaptisé HIT). En 1989, il fonde le *International Journal of Drug Policy* dont il est le rédacteur en chef de 1992 à 2000. Il est également à l'origine de la première Conférence internationale sur la réduction des risques, en 1990. En 1996, il fonde, avec quelques collègues, l'Association internationale de réduction des risques (Ihrra) désormais connue sous le nom de Harm Reduction International, et en reste directeur exécutif jusqu'en 2004, puis président honoraire jusqu'en 2010. Il est à présent directeur exécutif du HIT de Liverpool et professeur invité à la chaire de Toxicomanie et Addictions de l'Université John Moores de Liverpool.

En 1985, en réponse directe à une demande formulée notamment par les deux archevêques de Liverpool, le Mersey Drug Training and Information Centre (MDTIC), ancêtre du HIT, ouvrait ses portes. Il s'agissait d'un centre d'accueil dont le but était de fournir une information claire à toute personne intéressée et de proposer une formation destinée aux professionnels comme au public. Le MDTIC fut créé avant même la prise de conscience des risques liés au VIH dans la région. Il était situé à côté de la Liverpool Drug Dependency Unit (LDDU), transférée en 1984 du fin fond d'un hôpital local au centre-ville. Un déménagement salutaire qui permit d'accroître ses prescriptions de méthadone et d'héroïne. Le MDTIC avait essentiellement un rôle de prévention, et reposait sur l'idée selon laquelle cette dernière ne peut être efficace qu'à la condition que les populations à risques soient associées aux politiques de santé publique, informées, et capables de faire les bons choix⁴.

Lorsqu'il fut avéré que le VIH pouvait être contracté en utilisant du matériel d'injection contaminé, la réaction des autorités, fondée sur les principes de base de la santé publique, fut aussi immédiate que pragmatique : si le danger venait du matériel contaminé, il fallait mettre du matériel propre à disposition des usagers. Suivant l'exemple des Pays-Bas, où le pas avait été franchi en 1984, le premier programme d'échange de seringues du Royaume-Uni ouvrit ses portes en 1986, dans des toilettes du MDTIC aménagées à cet effet. Il fallait aller chercher les gens, les attirer vers les services où ils pourraient s'informer sur les risques et obtenir du matériel stérile. La méthadone qui y était proposée était aussi utilisée pour attirer les usagers. Malgré tout, certaines personnes n'approchaient pas les services, et ceux-ci devaient aller au devant d'elles. L'accessibilité était un élément clé : les services devaient être faciles d'accès (bas seuil), ouverts à des horaires adaptés et gérés par des professionnels investis et dénués de préjugés.

L'idée essentielle était d'identifier le groupe-cible, d'établir et de maintenir le contact avec ce groupe et de mener des actions spécifiques auprès de la population à risque dans une approche collec-

tive plutôt qu'individuelle. On recherchait la coopération du groupe-cible, du public, des professionnels de santé (résolument les plus difficiles à convaincre, nombre de médecins usant de leur liberté de praticien pour ordonner ce qu'ils pensaient être bon pour leurs patients) et de la police. Les objectifs étaient très simples : limiter l'utilisation par plusieurs usagers du même matériel d'injection, réduire la consommation de drogues par voie intraveineuse, réduire la consommation de drogues dans la rue, faire reculer la toxicomanie dans son ensemble et, si possible, faire progresser l'abstinence. Ces objectifs étaient cependant hiérarchisés, et l'accent était davantage mis sur la réduction des risques, beaucoup plus réalisable, que sur le recul de la toxicomanie. Les moyens mis en œuvre comprenaient l'échange de seringues, la prescription de méthadone, le travail de proximité et la diffusion de l'information. La popularité du MDTIC ne s'est pas fait attendre : les dix premiers mois, le programme d'échange de seringues a reçu 733 personnes, et pas moins de 3 117 visites. Quant à la LDDU, 1 090 usagers y ont été reçus au cours des deux premières années, contre à peine 200 par an au temps du service « conventionnel ». Les toilettes aménagées ont rapidement retrouvé leur usage premier et une nouvelle entité, le Maryland Centre, a vu le jour. Son objectif : prodiguer des soins de santé primaire ainsi que des services de prévention du VIH. C'est ce que l'on a baptisé le « modèle de Mersey ».

Les forces de police ont eu une réaction intéressante. Fatiguées d'interpeller les mêmes personnes jour après jour, elles ont compris que cette nouvelle approche permettrait de réduire le nombre de délits liés à la consommation d'héroïne et donc de leur simplifier la vie. Les policiers ont alors pris le parti de ne plus inquiéter les usagers qui fréquentaient les services, de rester à distance de ces services et même d'y orienter les usagers qu'ils interpellaient. Ils ont ainsi endossé un rôle de gardiens de la santé autant que de la paix publique et se sont pleinement investis dans cette nouvelle approche. Ils ont cessé de considérer la détention de matériel d'injection comme une preuve de consommation de

tiques et d'experts en santé publique venus de Suisse vers 1988 avait été un élément fondamental dans la décision prise par le pays de s'engager dans des mesures de

NOMBRE DE PATHOLOGIES LIÉES À L'INJECTION DE DROGUE ONT ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES, ET LES USAGERS DE DROGUES SONT DEVENUS MIEUX INFORMÉS ET EN MEILLEURE SANTÉ.

32
33

drogues et ont orienté nombre d'usagers vers les programmes d'échange de seringues. À ma connaissance, ils n'ont toutefois pas été aussi loin que leurs collègues d'Amsterdam, où tous les commissariats étaient pleinement impliqués dans les programmes d'échange de seringues et proposaient même, sur place, des aiguilles propres aux usagers de drogues par voie intraveineuse⁵.

Les résultats parlent d'eux-mêmes. En termes de changement des comportements, on a constaté une réduction de la réutilisation des aiguilles et des seringues ainsi que de la consommation de drogues illicites. Les services ont accueilli plus d'usagers que jamais auparavant. Certaines personnes s'y sont rendues pour la première fois après 25 ans d'injection d'héroïne. Nombre de pathologies liées à l'injection de drogue ont été diagnostiquées et traitées, et les usagers de drogues de la région de Mersey sont devenus mieux informés et en meilleure santé. À la fin des années 1980, environ un tiers de la méthadone prescrite en Angleterre l'était à Liverpool, et le contact avait été établi avec plus de la moitié de la population à risques. Il n'y a par ailleurs pas eu d'épidémie de VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de Mersey : en 1996, seulement vingt personnes avaient contracté le virus par injection de drogue, dont certaines sembleraient avoir été contaminées avant leur installation à Liverpool.

À la fin des années 1980, le développement de la réduction des risques à Mersey a attiré de nombreux visiteurs, venus des quatre coins de la planète. Le Dr Thomas Zeltner, Directeur général du bureau fédéral Suisse de santé publique, m'a dit un jour que la visite à Mersey d'une délégation de responsables poli-

réduction des risques. Ces visites ont également joué un rôle moteur dans l'élaboration d'actions à l'échelle internationale et dans la création de la Conférence internationale sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues. À Mersey, cette nouvelle dimension internationale était vue avant tout comme le moyen de renforcer la crédibilité de notre politique locale, et notre principal sujet de préoccupation restait les usagers de drogues de la région. Mais nous étions, bien sûr, convaincus d'être sur la bonne voie, et souhaitions ardemment que la communauté internationale nous emboîte le pas.

C'est ainsi que la première Conférence internationale sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues s'est tenue à Liverpool en 1990, à la suite de l'intérêt suscité par les résultats obtenus dans la région. La Conférence est, au fil des ans, devenue la vitrine du concept de réduction des risques, et une plateforme efficace de sensibilisation.

La Conférence a ensuite donné naissance à l'Association internationale de réduction des risques (Ihrra), créée en 1996. L'Ihrra avait pour mission de faire fructifier les résultats obtenus lors des conférences et de plaider en faveur des politiques de réduction des risques partout dans le monde. Désormais baptisée Harm Reduction International, l'association est une ONG de premier plan qui œuvre à promouvoir la réduction des risques de par le monde et à rassembler toujours plus de soutien. Elle constitue également une source reconnue en matière de recherche, d'analyse politique et juridique et de plaidoyer dans les domaines de l'addiction, de la santé et des droits humains.

La réduction des risques est désormais une approche courante dans de nom-

breuses régions du globe. Elle est reconnue par la quasi-totalité des organes de l'ONU (l'OMS possède ainsi un responsable de la réduction des risques à son siège et un dans chacun de ses bureaux régionaux) et par la Croix-Rouge internationale. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les programmes d'échange de seringues (PES) sont disponibles dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, sans exception. Les preuves scientifiques de l'efficacité des PES et des traitements de maintenance avec la méthadone sont désormais irréfutables, ce qui vient confirmer l'efficacité, l'innocuité et la rentabilité des programmes de RdR. D'autres activités sont cependant absentes, en particulier en matière de législation relative aux drogues. Une absence de plus en plus notable et critiquée.

La réduction des risques est de mieux en mieux acceptée, et ce dans des régions du monde qui, il y a vingt ans, y étaient extrêmement hostiles. En Asie par exemple, où réside la moitié de la population mondiale, la plupart des États reconnaissent le principe de la réduction des risques et commencent lentement à mettre en place des programmes. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les ministères de la santé ont reconnu la réduction des risques comme stratégie efficace dans la prévention et le traitement du VIH. L'Iran, le Liban et le Maroc ont intégré la réduction des risques à leurs politiques nationales de santé, et le réseau Menhara (Middle East and North African Harm Reduction Association) a été créé.

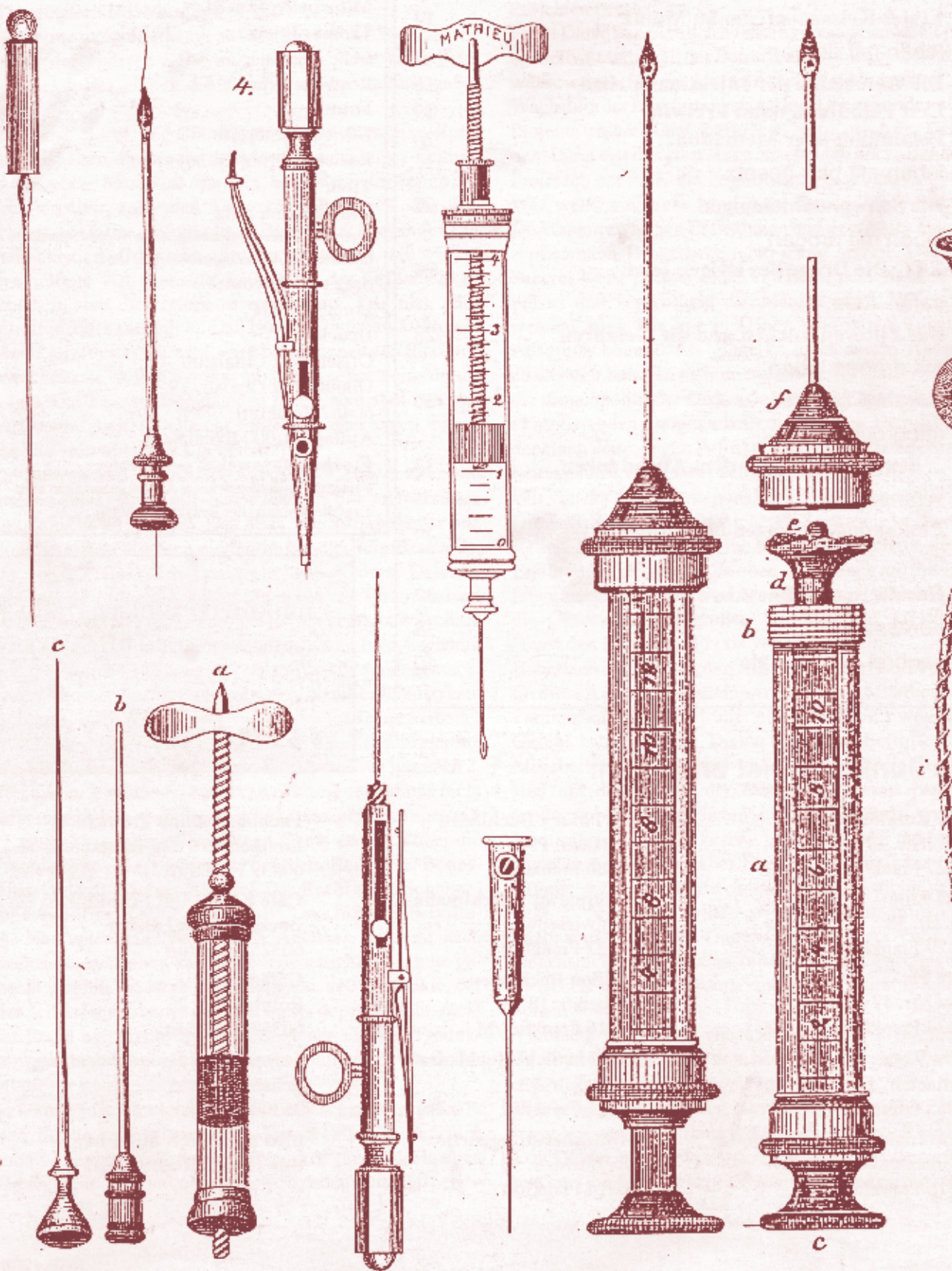
De nombreux autres pays s'efforcent de mettre en place de modestes réformes : échange de seringues et traitements de maintenance à la méthadone dans les prisons, salles de consommation supervisée, prescriptions d'héroïne médicalisée, abolition des condamnations pénales pour consommation personnelle de drogues illicites, distributeurs de seringues, etc. En vingt ans, et malgré des obstacles culturels, politiques et économiques majeurs, la réduction des risques a convaincu plus de 70 pays, ce qui reflète clairement ses bienfaits. On doit signaler l'exception notable

de la Russie qui, confrontée à la plus grave épidémie de VIH au monde parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, refuse toujours obstinément de reconnaître l'efficacité des TSO.

Enfin, et c'est là l'essentiel, les voix des usagers de drogues se font désormais entendre. Le Réseau international des consommateurs de drogues (InpuD) est devenu un acteur de poids au sein des conférences internationales. Comme ils le disent eux-mêmes, « nous sommes des gens du monde entier qui consomment des drogues. Nous avons été marginalisés et victimes de discrimination, nous avons été tués, violentés sans raison, incarcérés, présentés comme de la vermine, comme des gens dangereux, bons à jeter. L'heure est maintenant venue de faire entendre nos voix de citoyens, de faire reconnaître nos droits et d'être nos propres porte-parole en luttant pour notre propre représentation, et pour notre propre autonomie⁶ ».

Pour nous professionnels de la santé, même les plus engagés, la réduction des risques est un métier. Pour les usagers de drogues stigmatisés, marginalisés et privés du droit fondamental à la santé, leur vie en dépend. ■

1. John Ashton & Howard Seymour, *The New Public Health*, Open University Press, Milton Keynes, 1988.
2. Howard Parker et al., *Living With Heroin: The impact of a drug's epidemic on an English community*, Open University Press, Milton Keynes, 1998.
3. Mersey Regional Health Authority, Drugs and HIV Monitoring Unit, 1985.
4. Gail Eaton et al., « The development of services for drug misusers on Mersey », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 5 no. 3, pp. 305-318, 1998.
5. Leo Zaai, « Police Policy in Amsterdam » in Pat O'Hare, Russell Newcombe et al. (eds) *The Reduction of Drug-Related Harm*, p. 90-94, 1992.
6. InpuD, *Vancouver Declaration*, 2006, <http://www.inpuD.net/index.php/statements-and-position-papers/12-vancouver-declaration.html>.



La réduction des risques à Médecins du monde

UN ENGAGEMENT QUI RÉSISTE À TOUT

Nathalie Simonnot

L'un des points marquants de la réduction des risques à Médecins du monde (MdM) est la similarité, dès le début, entre les équipes engagées et... les usagers des programmes. Tous à la marge !

Les actions de réduction des risques : à la marge des lois, voire au-delà

En 1986, des bénévoles de Médecins du monde fondent le premier centre de dépistage anonyme, volontaire et gratuit. S'y côtoieront des usagers de drogues marginalisés et des personnes plutôt bien insérées (comme des étudiants), qui veulent tous s'assurer de l'anonymat total de leur démarche. Il s'agit là de la première action de MdM en matière de réduction des risques (RdR), qui aura rapidement un impact : le gouvernement instituera, en 1988, un dispositif public de centres de dépistage anonymes et gratuits sur tout le territoire.

L'année suivante, le premier programme d'échange de seringues (PES) de MdM est créé à Paris, rue Ramponeau, dans le 20^e arrondissement. Il était alors strictement interdit de distribuer des seringues dans la rue. Les PES de MdM resteront illégaux jusqu'en mars 1995, date à laquelle nous avions six équipes pratiquant l'échange de seringues dans les rues. Au cours de cette période, on ne compte pas les arrestations de membres des équipes, embarqués pour quelques heures au commissariat ! La nécessité de « former » la police, en leur parlant de réduction des risques, apparaît vitale, car au bout du compte, ce sont eux qui sont aussi en contact avec les usagers...

En 1992, l'équipe du PES à Paris crée le premier kit de prévention pour usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est, sur les conseils des usagers, conditionné dans un tube, facile à mettre dans la poche intérieure d'une veste, et contient deux seringues, un flacon d'eau stérile, un préservatif et un message de prévention. Cet outil expérimental sera repris par d'autres intervenants, et Médecins du Monde cédera la licence de ce kit au ministère de la Santé en 1996. MdM continue cependant à améliorer son contenu, en y ajoutant un filtre, une cuillère et de l'acide citrique (pour éviter l'utilisation de citrons). Cela permet de réduire les infections à la fois virales et bactériennes.

Outre les outils, le PES se développe aussi avec l'embauche des premiers salariés dès 1991, à la suite de l'obtention

Nathalie Simonnot débute sa vie à Paris, puis à Londres (vie avec les SDF et usagers de drogues). Sinologue, ébéniste, travailleuse manuelle, conférencière, professeure puis membre du cabinet de la ministre de la Jeunesse et des Sports, où elle est chargée des quartiers relégués, de la prévention sida et des relations internationales. Responsable des programmes en France de Médecins du monde (1993-2008), création de l'observatoire de l'accès aux soins en France puis en Europe, organisation du plaidoyer continu pour obtenir une loi contre le saturnisme infantile, la couverture maladie universelle et l'aide médicale d'État, des avancées pour les usagers de drogues, des changements législatifs mais aussi de pratiques en s'appuyant sur les personnes concernées et en impliquant de vastes plateformes interassociatives... Depuis fin 2008, responsable de la coordination des programmes nationaux dans les quinze pays du réseau international de Médecins du monde, mais aussi du plaidoyer et de la communication commune au réseau. Bénévole à MdM sur le programme de lutte contre le saturnisme infantile, puis sur des programmes de réduction des risques auprès des usagers de drogues et des travailleurs(se)s du sexe.

d'un financement de l'État. C'est aussi l'année où le programme fait l'acquisition d'une unité mobile. Durant cette période, l'équipe du PES de Paris « apprend le métier » et se constitue une doctrine. Les premiers stationnements de l'unité mobile sont ainsi décidés après discussion avec des usagers. Mais l'équipe se heurte à des difficultés avec des partenaires et acteurs clés : avec les professionnels de santé et les travailleurs sociaux pour construire un réseau de prise en charge

EN 1992, LE PREMIER KIT DE PRÉVENTION POUR USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE EST CRÉÉ.

des usagers rencontrés sur le PES ; avec les forces de police, qui entravent le travail des intervenants auprès des usagers de drogues. Ces difficultés auront toutefois l'immense mérite de soulever la question de la place de la santé publique dans la politique française des drogues.

Au-delà des interventions de proximité engagées pour proposer des services aux plus marginalisés, le combat se déplace sur le terrain politique. En effet, le 30 novembre 1993 est organisée pour la première fois en France une action publique sur la RdR : près de 500 personnes se sont rassemblées place Stalingrad à Paris, après avoir traversé la capitale en un long cortège de bus PES organisé par le collectif Limiter la casse. Ce collectif réunissait des associations d'autosupport d'usagers de drogues

(Asud) et de lutte contre le sida (Aides, Arcade, Bus des femmes...) ainsi que des professionnels de santé (Médecins du Monde, Repsud). Pour la première fois, des usagers et ex-usagers de drogues ont parlé à visage découvert, en public, et ont ainsi pu livrer une parole longtemps contenue. Il s'agissait véritablement d'une nouvelle alliance entre les usagers de drogues et les différents acteurs de la lutte contre le sida, y compris les professionnels de santé. Limiter la casse était un mouvement de la société civile qui voulait, par ses actions, promouvoir la réduction des risques en tant qu'approche globale et alternative dans le champ de la politique des drogues et de la prévention du sida. Une plateforme commune est ainsi élaborée, et dès lors, plus aucun des acteurs de la RdR ne travaillera comme avant.

C'est en 1994 que les programmes de Médecins du Monde en RdR se multiplient, dont notamment l'ouverture de quatre centres méthadone (traitement de substitution). C'est donc aussi à cette époque que devient nécessaire à MdM la création d'un comité de pilotage spécifique à ces actions, nommé « sida-tox », renommé par la suite « groupe réduction des risques ». Mais les nouvelles alliances lancées par Limiter la casse ne sont pas encore évidentes en interne. La première réunion de ce groupe commence mal : on se dispute sec sur la nécessité d'implanter des automates échangeurs de seringues. En effet, un responsable de l'association considère alors les automates distributeurs de seringues comme des machines incitant les jeunes à la consommation de drogues alors que les acteurs de la RdR les voient comme une mesure évidente de santé publique pour les acteurs de terrain. Toute aussi évidente que les distributeurs automatiques de billets qui facilitent le retrait d'espèces plutôt que d'aller se confronter au banquier au guichet ! La démarche est identique pour les seringues : un usager de drogues doit pouvoir accéder aux seringues sans endurer le regard de qui que ce soit, même d'un acteur de la RdR bien intentionné...

Au milieu des années 1990, le travail de terrain et de plaidoyer mené par les organisations de la société civile, dont MdM, va porter ses fruits : L'État va reconnaître l'efficacité de ces premières réponses de RdR en France et commencer à les financer, à commencer par les PES et les programmes méthadone. Ce succès peut toutefois cacher une menace : certains à MdM y voient une bonne opportunité de quitter le champ de la RdR. La vigilance reste donc de mise, et le désengagement de MdM des programmes existants, négocié par la coordination des missions France, conduit à deux résultats positifs : d'une part MdM obtient que les programmes qu'il avait créés soient totalement financés par l'État (alors qu'ils avaient jusqu'ici été soutenus essentiellement par les fonds privés de l'association) et qu'ils s'autonomisent ; d'autre part cette nouvelle donne permet aux militants de MdM d'investir d'autres espaces en matière de RdR.

Printemps 1997 : lancement de la mission rave à destination des usagers de drogues de synthèse

À peine les premiers programmes « légalisés », MdM va de nouveau prendre la tangente avec le début des actions de prévention dans les raves parties, le plus souvent illégales. Au printemps 1997 est ainsi créée la « mission rave », dont le but est de concevoir des outils de prévention spécifiques et de proposer une assistance sanitaire adaptée aux usagers de drogues de synthèse, comme l'ecstasy, sur les lieux mêmes des événements festifs.

Parallèlement aux actions de prévention et de soin lors des fêtes techno, la mission rave a mené une recherche sur la « réduction des risques dans le milieu festif techno ». Il s'agissait alors de réaliser un état des lieux de la population concernée, des produits consommés et des modes de consommation, afin de déterminer plus précisément les risques associés, pour pouvoir en retour adapter plus efficacement les actions de terrain. Les intervenants en milieu festif étaient alors les premiers à penser que les seringues étaient

inutiles pour les teufeurs... C'est ainsi que les équipes de MdM distribueront, d'abord en se cachant, des kits de seringues !

Cette époque est particulièrement propice aux innovations en dehors de tout cadre légal et réglementaire – ce qui constitue en quelque sorte une « marque de fabrique » de MdM. Un texte, « la clinique hallucinée », permet aux médecins de se repérer dans les interactions des différents produits et les guide, à partir des expertises de terrain. C'est aussi le cas avec le testing, c'est-à-dire une analyse rapide des produits, sorte de « boule de cristal » permettant de dire si un produit psychoactif est présent ou non dans la dose ; cette intervention

AU MILIEU DES ANNÉES 1990, LE TRAVAIL DE TERRAIN ET DE PLAIDOYER MENÉ PAR LES ASSOCIATIONS PORTE SES FRUITS : L'ÉTAT RECONNAÎT L'EFFICACITÉ DES PREMIERS PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN FRANCE ET COMMENCE À LES FINANCER.

sera formellement interdite en avril 2005, date où le gouvernement français définit le cadre réglementaire des interventions en RdR. MdM va alors immédiatement promouvoir une technique d'analyse plus élaborée, la chromatographie sur couche mince. Ce type d'intervention, qui ne fait d'ailleurs toujours pas partie du « paquet de services en RdR », que ce soit en France ou dans le cadre de référence des Nations unies, n'est pas anodin, au-delà de sa technicité : ce faisant, MdM a accepté de qualifier la composition (et donc la qualité) des drogues consommées, et donc quelque part d'avoir une influence sur le marché des drogues en annonçant de quoi elles étaient composées... L'analyse par chromatographie sur couche mince va donner naissance à un nouveau programme de MdM : le programme XBT (pour xenobiotropisme), qui se penche en priorité sur les produits repérés par les usagers comme ayant des effets non attendus et permet de nouer une véritable relation de counselling.

Enfin, les interventions en milieu festif conduiront les équipes de MdM à initier, de façon informelle, l'accompagnement au shoot à moindre risque. Une tente est alors consacrée aux injections, avec la possibilité de se laver les mains, d'être tranquille et accompagné d'acteurs de la RdR qui discutent avec l'utilisateur de ses pratiques, en temps réel. Un protocole est rédigé pour les équipes qui participent à ce type d'action.

Janvier 1998 : lancement du premier bus méthadone à Paris

En janvier 1998, MdM ouvre à Paris le premier programme expérimental de méthadone «bas seuil, dans la rue», issu de la réflexion et du travail du PES de Paris. Ce «bus méthadone» permet à des usagers marginalisés qui ne fréquentent pas les structures de soins d'avoir accès à cette substitution, avec un temps d'inclusion dans le programme extrêmement réduit : à savoir le jour même alors que la majorité des centres méthadone imposent un parcours du combattant au cours duquel l'utilisateur doit rencontrer toutes les «spécialités» de l'équipe (travailleur social, psychiatre, médecin généraliste) pour obtenir son sésame ! Un deuxième programme du même type ouvre par la suite à Marseille.

Prévention VIH-hépatites : un projet transversal, une bagarre de plus

Lorsque, pour améliorer la qualité des services offerts par les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), la Coordination missions France a proposé

la mise en place d'actions systématiques pour améliorer le dépistage et l'accès aux traitements du VIH et des hépatites dans les programmes, une nouvelle levée de bouclier a failli faire tout rater. Des arguments tels que «faire venir des centres de dépistage anonymes et gratuits dans un Caso, c'est abandonner notre identité», ou alors, «quand les patients viennent parce qu'ils ont mal au ventre, on ne va quand même pas leur parler du sida !».

Il faudra des années d'acharnement et... un financement pour enfin arriver à convaincre petit à petit du bien-fondé de la démarche. Le counseling, les dépistages et enfin les tests rapides se répandent alors au travers des programmes France, réelle plus-value pour les patients !

Et aujourd'hui...

De 1986 au début des années 2000, MdM aura ainsi écrit un pan de l'histoire de la RdR en France avec ses onze programmes d'échange de seringues, ses quatre centres méthadone, ses deux bus méthadone, et ses huit programmes dans les raves. La plupart des outils développés dans ces interventions ont été disséminés dans le pays, ne nécessitant plus une présence active de MdM en tant qu'opérateur. Avec l'adoption de la loi de santé publique d'août 2004, qui inscrit officiellement la RdR comme une politique de santé publique relevant de la responsabilité et du financement de l'État, la plupart de ces programmes portés directement par MdM ont été transférés à des structures de prise en charge reconnues par l'État, le plus souvent créées par les anciennes équipes MdM des PES, des centres et bus méthadone

Même si une grande partie de l'expertise en RdR a quitté MdM pour ces associations, il reste toujours des acteurs qui continuent d'agir aux marges, aidant ainsi MdM à conserver sa marque de fabrique : actions dans les squats reposant sur une mobilisation communautaire ; analyse de produits à visée de renforcement des capacités des consommateurs ; conception et

promotion du concept d'éducation aux risques liés à l'injection (Erl), sur la base des leçons apprises de l'accompagnement à l'injection dans les milieux festifs. Il s'agit concrètement de séances de formation au cours desquelles un usager pratique l'injection de son produit face à un binôme d'éducateurs; chaque séance permet de décomposer les différentes étapes de l'injection et d'apporter des conseils pour améliorer la pratique afin de réduire les risques infectieux (dont celui du VHC) et préserver le capital veineux. Ce projet préfigure l'ouverture des salles de consommation en France, prévue en 2013 – alors que ce type de dispositif est toujours interdit dans le pays à l'heure où cet ouvrage est réalisé. Cette riche histoire aura aussi permis de créer un vivier de militants expérimentés pour développer des programmes de RdR à l'international.

Médecins du monde s'engage dans la réduction des risques à l'international

En 1997, un bus d'échange de seringues est mis en place en Russie dans la ville de Saint-Petersbourg. D'autres projets suivront: en Serbie, en Chine, au Vietnam, en Géorgie, en Birmanie, en Afghanistan, en Tanzanie...

Ces trois derniers programmes mettent particulièrement l'accent sur le changement social voulu par MdM, et ce au travers de deux dimensions: d'une part, il s'agit d'assurer la présence prédominante des usagers au sein de l'activité dans une démarche d'*empowerment*, de mobilisation communautaire et d'autosupport; d'autre part, de permettre, grâce à des actions de formation de professionnels et de diffusion des outils, de reproduire ailleurs les services proposés; ce faisant, l'action vise à renforcer l'acceptabilité de la RdR dans ces pays. Au-delà de ces trois exemples, l'association cherche à apporter une contribution majeure à la dissémination de la RdR dans les pays où elle intervient, favorisant ainsi l'amélioration quantitative et qualitative de la couverture en services, y compris en matière d'accès réel à une prise en charge de l'hépatite C.

La réduction des risques auprès des travailleurs(es) du sexe

Mais l'histoire de la RdR à MdM n'est pas uniquement une réponse de santé publique et de lutte pour les droits humains auprès et avec les usagers de drogues; il s'agit aussi d'une histoire qui s'engage avec les travailleurs(es) du sexe. À l'origine, ce sont les équipes de terrain engagées dans les programmes de proximité auprès des usagers de drogues qui ont sensibilisé l'association à la nécessité d'agir auprès d'autres personnes poussées aux marges de nos sociétés, à savoir celles proposant des services sexuels tarifés.

Toutefois, plus encore que pour la création des premiers programmes en direction des usagers de drogues, la volonté d'étendre l'approche de RdR aux personnes proposant des services sexuels tarifés avec la création des programmes «prostitution» à Nantes, La Réunion et Paris entre 2000 et 2004 se fera dans un climat de tensions internes très fortes. Ces tensions reflétaient en fait des avis foncièrement divergents sur des visions politiques et sociales essentielles, en interne

ENTRE 1986 ET 2000, MÉDECINS DU MONDE AURA ÉCRIT UN PAN DE L'HISTOIRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN FRANCE AVEC 11 PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES, 4 CENTRES MÉTHADONE, 2 BUS MÉTHADONE, ET 8 PROGRAMMES DANS LES RAVES.

à MdM. Sous prétexte du combat pour l'égalité femmes-hommes – par ailleurs juste et toujours d'actualité! –, les thèses les plus saugrenues étaient alors répandues par des «experts» patentés, se fondant toujours sur «de nombreuses études» sans jamais donner les sources. Une sorte de guerre larvée s'instaure alors dans l'association. Malgré tout, les acteurs de la réduction des risques s'organisent et contre-attaquent grâce à leur connaissance du terrain, à leur approche pragmatique et... à leur solidarité. Les premiers

programmes de réduction des risques auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés ont ainsi pu s'affranchir de cette contrainte, et les militants de MdM ont réussi à développer une approche globale de la RdR, intégrant le volet prostitution et le volet usage de drogues.

En effet, dans les deux situations la démarche est similaire ; la personne est au centre de l'attention et on lui offre des possibilités de soutien, un respect et bien plus : reconnaître qu'elle sait mieux que les intervenants ce qui est bon ou non pour elle et à quel moment elle veut quelque chose. Les programmes de Nantes (Funambus), puis de l'île de La Réunion (Papillons de nuit) et enfin de Paris (Lotus Bus) auront fort à faire pour imposer cette vision, mais y réussiront ! Réussite qui se traduit par l'adoption d'un positionnement politique de MdM, lors d'un vote en conseil d'administration, qui décide que MdM ne se rallierait à aucune idéologie mais serait aux côtés des personnes se prostituant dans une démarche de réduction des risques liés à leur activité.

Aujourd'hui encore, la frilosité est bien souvent au rendez-vous. La confortable victimisation des femmes joue un grand rôle. Comme on avait dans le passé connu les opposants de la RdR liés aux drogues (bien souvent les intervenants en toxicomanie d'ailleurs) affirmer que les usagers de drogues « étaient aliénés », avaient « des corps troués »..., nous sommes aujourd'hui confrontés à des individus qui pensent que « personne ne peut choisir » cette activité de services sexuels tarifés, qu'évidemment ces « pauvres femmes » sont victimes d'hommes qui les dominent et les forcent à agir », et qu'en général il

ne s'agit pas de services sexuels tarifés mais de la « vente de son corps accompagnée d'une aliénation qui fait que la parole des femmes n'a plus de valeur »... La prostitution masculine est singulièrement absente du débat. Il est vrai que ce cas de figure ouvrirait un débat bien inconfortable eu égard à ce discours ambiant : qui domine qui alors ? Là, ça se complique... Le détournement du féminisme est particulièrement douloureux pour pas mal d'entre nous. Au nom des femmes, on casse les femmes, on ne les écoute plus ; des personnes s'érigent en porte-parole pour parler de réalités qu'elles ne connaissent pas. Certaines associations de la même veine ont aussi organisé un lobbying extrêmement puissant pour convaincre les membres du Parlement du bien fondé de leurs thèses réductrices... pour le coup réductrices non pas des risques mais des droits !

Aujourd'hui encore – mais nous ne sommes qu'en 2013 – notre association ne prend de positions que sur des morceaux de loi, relevant de la protection des personnes, mais pas sur le droit des personnes à exercer leur travail comme elles l'entendent. Il n'existe pas de consensus interne à MdM sur le droit des personnes à exercer une activité sexuelle tarifée, voire à se revendiquer travailleurs(ses) du sexe. Il faut reconnaître qu'il n'y a pas eu non plus de véritables espaces de discussion et de réflexion à ce sujet.

En guise de conclusion...

Depuis le début, les équipes de terrain de MdM, militantes de la réduction des risques, ont entraîné l'association sur des chemins qui se situent aux marges ou au-delà de la légalité. Nous étions convaincus que nous avions raison et que les lois devaient être changées. Cette certitude doit cependant toujours être remise en question et vérifiée au prisme des seuls intérêts des usagers de drogues et des personnes se prostituant. Parfois, nous sommes allés très loin, y compris sans toujours totalement prévenir le responsable légal de l'association, afin de ne

pas mettre en danger les démonstrations que nous étions en train de construire ; les espaces d'accompagnement à l'injection sous une tente dans les raves en sont un bon exemple... Pour être sûrs de la validité de nos propositions et prises de position, une seule garantie s'impose à l'aune de ces presque trente années de militance : l'implication active, dans la réflexion autant que dans la mise en œuvre des programmes, des personnes concernées, professionnels d'expérience qui doivent partager leur savoir avec les professionnels de formation, et inversement. C'est tout le sens du changement de paradigme dans le soin qu'apporte la réduction des risques : nous nous battons avec les usagers(ères) de drogues et les travailleurs(se)s du sexe pour qu'ils aient le droit de décider pour eux-mêmes ; dans ce combat, nous ne sommes que leur caisse de résonance, bien utile grâce à notre logo et à notre identité médicale et internationale. ■

DETECTIVE

es «dédrogués»



Esclave de la drogue, l'intoxiquée aspire de tous ses vœux la délivrance. Mais aura-t-elle le courage nécessaire pour rompre l'apprentissage qui la mènera à l'oubli de son nom ?

Notre collaborateur René B. Castelot.)

LA RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS

l'expérience de l'association AIDES

Christian Andréo

Dès 1985, l'association Aides (association française de lutte contre le sida fondée sur une réponse communautaire) s'est investie dans ce qui s'appellera ensuite la réduction des risques sexuels (RdRS), à travers la rédaction de brochures de prévention et la réalisation d'actions de terrain. Les stratégies préventives proposées dans les premières brochures sont ainsi justifiées par les connaissances médicales disponibles, mais aussi inspirées par les adaptations comportementales déjà engagées, notamment par les homosexuels masculins.

Il est rapidement apparu que la diffusion d'informations et la promotion du préservatif constituaient un moment nécessaire mais non suffisant de la prévention. D'une part, parce que l'information ne résout pas la question de l'accès aux moyens de prévention ; d'autre part, parce que les gays créent et expérimentent eux-mêmes des stratégies préventives fondées sur l'évitement du risque¹. Dès les années 1980, les gays se sont façonné une palette de prévention diversifiée : réduction du nombre de partenaires, abandon de la pénétration anale avec les partenaires occasionnels, non-protection dans le couple et protection à l'extérieur, ou protection systématique...²

Parallèlement, dès 1987, la mise en place d'actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues connaît ses premiers succès. Un succès indiscutable gagné de haute lutte et menacé par les politiques sécuritaires. S'inspirant de ces succès et de ces principes, des militants d'Aides décident d'élargir leur palette à la fin des années 1990, en formalisant par écrit les discours de réduction des risques sexuels (RdRS), et en s'inscrivant évidemment dans la continuité de cette approche.

Forts de ces constats, les militants d'Aides ont mis en place une stratégie à deux niveaux :

- la promotion du préservatif, la mise à disposition d'informations et d'outils de prévention ;
- l'écoute et l'accompagnement des différents choix de prévention des populations rencontrées.

La formalisation du discours de RdRS, déjà présent de manière « spontanée » dans les actions, s'inscrit dans une évolution du contexte de l'épidémie. À partir de 1996, les progrès thérapeutiques permettent une amélioration des conditions et de l'espérance de vie des personnes séropositives. Les militants de la lutte contre le sida perçoivent aussi que l'épidémie s'installe dans la durée, ce qui implique de penser autrement que dans l'urgence.

L'approche, conçue comme une des facettes de la prévention, tente de répondre aux nouvelles questions posées à cette période : comment envisager à long terme nos relations affectives et sexuelles, nos solidarités, dans une communauté fortement touchée par le VIH ? Comment maintenir à long terme, toute sa vie, une

Actuellement directeur des Actions Nationales de AIDES, **Christian Andréo** est investi dans la lutte contre le sida depuis 1996. Il a travaillé plus particulièrement sur les politiques de prévention et de dépistage ainsi que sur les enjeux liés aux stratégies de prévention partielle. La Direction des Actions Nationales a pour missions d'animer le réseau AIDES constitué de 70 délégations implantées sur tout le territoire français, de représenter l'association auprès des interlocuteurs nationaux : ministères, agences, partis politiques, autres associations françaises et européennes, et groupes d'experts.

prévention du VIH sur la seule base d'une modification des comportements impliquant une utilisation constante, systématique et parfaite du préservatif, avec tous ses partenaires, pour toutes les pratiques (fellation et pénétration)? Comment parler de prévention sans s'enfermer dans «la langue de bois du *safer sex*³»?

REPRENDRE CONTACT AVEC DES HOMMES EN DIFFICULTÉ AVEC LA PRÉVENTION, QUI FUYAIENT L'ARRIVÉE DES «CURÉS DE LA CAPOTE».

Parallèlement, la notion de réduction des risques sexuels trouve sa légitimité dans un double impératif de la santé sexuelle : avoir des rapports sexuels qui sont à la fois source de satisfaction et de bien-être, mais également sans conséquence néfaste du point de vue de la santé. Or, dans le contexte du VIH, la gestion de la santé sexuelle peut être un lourd fardeau.

1984-2008 évolution et enrichissement des actions de prévention

De manière très schématique, nous pourrions dire que pendant les premières années d'Aides, la priorité dans nos actions a été mise sur l'information des populations vulnérables sur les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger.

Cet effort de sensibilisation et d'information partagé par tous les acteurs de la lutte contre le sida, nécessaire et urgent dans le contexte d'une épidémie débu-

tante, a en partie porté ses fruits. L'usage du préservatif s'est répandu dans les pratiques, le recours au test de dépistage pour connaître son statut sérologique s'est développé et a été intégré par une grande partie des gays comme une étape nécessaire après une prise de risque.

Parallèlement, nous avons, dans nos actions de proximité (bars, lieux de rencontre extérieurs, saunas), constaté l'émergence d'un besoin d'accompagnement des gays dans leur manière d'intégrer et de s'approprier ces informations dans leurs pratiques sexuelles pour réduire leurs risques de s'infecter par le VIH ou de le transmettre.

Diffuser de l'information et mettre des préservatifs à disposition ne suffisaient pas pour aider les gays à adopter un comportement protégé ; il nous fallait mieux prendre en compte les autres enjeux soulevés par une relation affective et/ou sexuelle.

Se protéger face au VIH suppose une estime de soi individuelle et collective suffisante, se protéger suppose d'anticiper les situations à risque associées à ses pratiques, se protéger s'appuie sur un questionnement sur la place du risque dans ses choix de vie, se protéger demande d'avoir une existence et une place sociale reconnue et assumée. De ces accompagnements de gays au quotidien dans leur souci de prévention est né progressivement un mode d'intervention, individuel et collectif, que nous avons nommé la réduction des risques sexuels.

Cette approche s'est révélée beaucoup plus exigeante pour les intervenants d'Aides que la simple éducation pour la santé. Au-delà d'un message informatif préconstruit à faire passer, il a fallu nous adapter, dans une grande proximité, aux contraintes de chacun face à l'enjeu préventif, et souvent essayer avec les personnes de transformer un «échec» de prévention (une prise de risque par exemple) en un premier pas vers une prise de conscience du risque ou vers une stratégie de moindre risque pour une autre fois. La question de l'éthique de la prévention devenait cruciale : «Qui suis-je pour dire à une personne ce qu'elle doit faire ? », «Est-ce que moi, acteur de prévention, il

ne m'est pas également arrivé de prendre des risques ? », « Est-ce si simple la sexualité avec la capote au long cours ? ». Nos objectifs ont ainsi sensiblement changé, à mesure que nous développons une approche empathique de l'intervention de prévention et valorisons l'empowerment des personnes : comment mobiliser toutes les capacités du public pour qu'il adopte les stratégies les plus favorables possibles à sa santé ?

La mise en œuvre de cette approche nous a aussi permis sur le terrain de reprendre contact avec des hommes en difficulté avec la prévention, et qui fuyaient l'arrivée des « curés de la capote » que les intervenants d'Aides pouvaient représenter. Dès lors il s'agissait de laisser aux personnes la liberté de leurs choix, mais en les éclairant et en les accompagnant par une information aussi fiable, complète et conforme aux données de la science que possible. Permettre aux personnes d'élaborer leurs propres stratégies, celles qui sont adaptées à leurs besoins, leurs capacités, leur mode de vie et leurs envies.

L'avenir de la réduction des risques sexuels passe aussi par le biomédical

Début 2008, un nouvel outil de prévention au service des personnes est apparu : le traitement comme prévention, et a forcé l'entrée de la France vers la réduction des risques sexuels. L'étincelle qui a mis le feu aux poudres a été une parution dans une obscure publication, le *Bulletin des médecins suisses*. Un avis à l'usage des médecins, donc, popularisé par le professeur genevois Bernard Hirschel. Titre volontairement provocateur : « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle »⁴. Flot de critiques chez les chercheurs, les médecins et les acteurs de prévention traditionnellement centrés sur un message unique et simple : « Le seul moyen de se protéger du sida, c'est la capote. »

Pour les personnes concernées par le VIH, qu'elles soient infectées ou partenaires de personnes infectées, c'est une

double révolution : l'espoir de ne plus être considéré – ni de se considérer – comme une bombe virale ; la possibilité de choisir une méthode préventive adaptée à ses besoins. Ces déclarations définissaient trois critères pour un risque estimé comme étant inférieur à 1 sur 100 000 : une charge virale indétectable depuis six mois, une observance parfaite et l'absence d'infection sexuellement transmissible. Des critères considérés comme « prudents » et « conservateurs » par les auteurs de l'article eux-mêmes.

DÉBUT 2008, UN NOUVEL OUTIL DE PRÉVENTION EST APPARU : LE TRAITEMENT COMME PRÉVENTION, ET IL A FORCÉ L'ENTRÉE DE LA FRANCE VERS LA RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS.

En août 2008, en marge de la Conférence internationale sur le sida de Mexico, les Suisses enfoncent le clou : certes le risque n'est pas nul, mais avec le préservatif non plus. Ils comparent les risques résiduels estimés : 1 pour 30 000 avec la capote, 1 pour 100 000 si la personne séropositive est sous traitement. Pour eux, « pas de doute : aujourd'hui, le traitement est la meilleure des préventions ». Ils sont violemment pris à partie. On leur reproche de favoriser un abandon massif du préservatif et donc une augmentation des nouvelles contaminations. Le quotidien *Libération* cite Bruno Spire, le président d'Aides : « Le bouleversement est là, mais on n'a pas encore tout saisi des conséquences. Hirschel a touché juste. [...] La question de la transmission est centrale dans la vie d'un séropo. C'est la première douleur des personnes touchées. Peuvent-elles contaminer ? Ont-elles contaminé ? Si cette question devient secondaire, oui, c'est toute leur vie qui change. Et l'épidémie aussi. »

Depuis, la publication surprise des résultats de HPTN 052, essai randomisé portant sur 1 700 couples sérodifférents, cinq ans avant la date prévue compte tenu de la puissance des résultats, a marqué

une nouvelle étape: 96 % de réduction du risque de transmission du simple fait de la mise sous traitement efficace du partenaire séropositif (sans considérer les critères suisses). Dès lors, l'Onusida et l'Organisation mondiale de la santé estiment qu'il faut «s'assurer que les couples ont la possibilité de choisir le traitement comme prévention et qu'ils y ont accès». Les deux organismes voient dans le TasP (*Treatment as Prevention*) une incitation au dépistage, à la discussion autour du statut sérologique et des options de prévention avec les partenaires, un encouragement à être suivi médicalement et un levier pour réduire les stigmatisations et les discriminations qui entourent les personnes vivant avec le VIH.

1. Marie-Ange Schiltz, Philippe Adam, «*Les homosexuels face au sida: enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH*», CAMS-Cermes, Paris, 1995, rapport à l'Agence nationale de recherche sur le sida, 162 p.
2. Marie-Ange Schiltz, «Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: la conquête de modes de vie», *Population*, vol. 52, n° 6, 1997, pp. 1485-1537.
3. Daniel Defert, «L'Homosexualisation du sida», *Gai Pied Hebdo*, n° 446, 29 novembre 1990, pp. 61-63.
4. Pietro Vernazza, Bernard Hirschel et al., «Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle», *Bulletin des médecins suisses*, n° 5, janvier 2008.

En conclusion

Si la reconnaissance publique de l'intérêt du TasP a forcé l'entrée de la prévention du sida dans le paradigme de la réduction des risques, la mue n'est pas encore achevée. Paradoxalement, il reste à gagner, au-delà de l'intérêt de santé publique qui est largement mis en avant, la reconnaissance pleine et entière du TasP comme un outil de réduction des risques individuels ayant la même efficacité que le préservatif. Le reconnaître comme un outil pertinent en lui-même à l'échelle individuelle et permettant des bénéfices pour les personnes: réduction de l'anxiété de transmettre, amélioration de la qualité de vie sexuelle, diminution du rejet des personnes vivant avec le VIH dans la vie quotidienne, dans la vie sexuelle et dans la vie amoureuse. Le traitement apparaît bel et bien comme un nouvel outil de prévention trouvant sa place dans la palette des outils de la prévention combinée. Mais une chose est de savoir qu'un outil est efficace, une autre est d'y avoir accès. Ainsi, le principal défi auquel sont confrontés les acteurs de prévention comme les personnes touchées ou exposées au risque est, selon la partie du monde où l'on vit, d'avoir accès aux traitements, aux seringues, à la substitution ou même aux préservatifs... Et d'avoir des droits pour les utiliser en toute sécurité. ■



La réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin

UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Entretien avec Jean-Pierre Lhomme & Paul Bolo

48
49

«La politique de réduction des risques postule une évidence souvent gênante mais impossible à nier. Des toxicomanes existent, qui ne peuvent pas ou ne veulent pas, pour un temps donné, arrêter leur consommation de drogues illégales. Les regarder comme des diables ou des boucs émissaires ou plus laïquement les définir comme des délinquants, parce que consommateurs, ne conduit qu'à paralyser toute pensée novatrice apte à respecter leur existence et leurs droits d'être des citoyens ayant accès à toute forme de dignité requise par des principes démocratiques¹.»

Jean-Pierre Lhomme et Paul Bolo, deux médecins généralistes français dont l'expérience personnelle et professionnelle a été nourrie par la réduction des risques, discutent et interrogent le lien entre soignant et patient. Ce lien, intime et unique, a été rapporté, souvent, comme difficile à mettre en œuvre entre un patient usager de drogues et un professionnel du soin. Jean-Pierre Lhomme et Paul Bolo démontrent ici que ce lien peut être retrouvé ou même n'être jamais perdu, si tant est que chacun témoigne de son envie de faire et d'avancer ensemble.

Entretien réalisé par Céline Debaulieu

Quelle place les soignants accordaient-ils aux usagers de drogues avant le sida, et comment la toxicomanie était-elle comprise et encadrée ?

Jean-Pierre Lhomme : Aux usagers de drogues, ces exclus des exclus², étaient faites des propositions de prévention et de soins qui n'étaient pas adaptées au moment de leur trajectoire dans leur usage des drogues.

Le cadre de la politique des soins, dont le costume était taillé par la morale et le prohibitionnisme, avait pour seule référence la dissuasion de l'usage et pour seule proposition d'aide le sevrage, faisant fi de ces personnes ne voulant pas ou ne pouvant pas, pour un temps donné, sortir de leur addiction. Ce cadre imposé faisait obstacle à tout autre forme d'aide, laissant au bord du chemin vers cette excellence bon nombre de prétendants, et cela dans quel état somatique et psychique. C'était comme de demander et redemander à une personne qui n'a jamais pratiqué le saut en hauteur de sauter, tout de suite et encore et encore, 1 m 80, seule « hauteur » proposée, imposée...

Le dogme de l'abstinence totale et définitive avec le sevrage comme unique objectif thérapeutique, seul « salut » face à cette dépendance aux opiacés, était le cadre imposé. Un cadre « imposant », « aliénant »,

tant pour les usagers que pour les professionnels. C'est dans cette situation que se trouvaient les médecins généralistes, en première ligne de par leur situation de proximité, mais avec ces limites imposées par un cadre de soins incapacitant.

Qu'est-ce qui conduisait un usager de drogues dans votre cabinet? Qu'est-ce qui l'amenait à vous?

JPL: Avant le sida et au début de l'épidémie, les usagers de drogues venaient dans les consultations des médecins généralistes contraints par un accès débordant toutes limites, une fièvre erratique dérivant parfois vers la septicémie, une hépatite B ou C échouant dans une cirrhose parfois macérée dans l'alcool. Plus souvent, torturés par le manque, ils venaient tenter de négocier quelques médicaments pour les apaiser ou agrémenter la défonce. Difficile de savoir: la confiance était bien à distance; il s'agissait de négociations loin de se jouer cartes sur table...

Parfois émergeaient des demandes de sevrage auxquelles aucune réponse graduelle ne pouvait être proposée. Les sevrages brutaux se soldaient majoritairement par des échecs et des rechutes, n'étant bien souvent qu'un risque supplémentaire plutôt qu'une issue. Ces échecs ne faisaient que confirmer aux personnes leur «incapacité», les replongeant encore plus fort dans la dépendance, dans la mésestime de soi. Ce continuum «sevrages-pauses» et «rechutes» n'apportait guère la «maturation» escomptée par certains professionnels spécialisés.

Les trajectoires étaient souvent scandées de cette façon jusqu'au jour où, épuisés, usés, au bout de dix, quinze ans de galère de santé, de galère sociale, ils en sortaient, plus ou moins, mais à quel prix!

Paul Bolo: C'était la grande époque du Temgésic®, un analgésique délivré aux usagers de drogues pendant des années sans être «légalement» un traitement de substitution, des morphiniques et du Néocodion®, de la codéine en sirop que les usagers de drogues prenaient en larges quantités! Parce que nous n'avions pas le choix et qu'il fallait bien faire quelque chose, du moins c'est ce que je pense. Pour

moi, prescrire ces médicaments signifiait qu'au moins les usagers ne finiraient pas dans la rue à consommer n'importe quoi. En outre, ces contacts réguliers avec un professionnel de santé ouvraient une possibilité de bénéficier de soins de santé lorsque la personne le souhaitait. Dans mon métier, ce qui me semble essentiel, c'est la rencontre singulière avec l'autre, c'est l'humain qui prime sur le reste. Il fallait faire quelque chose, je l'ai fait et le fais encore. Je l'ai fait intuitivement et je le fais encore, plus rationnellement.

UN AUTRE DIALOGUE, UNE AUTRE PLACE POUR LE MÉDECIN ET POUR LE PATIENT USAGER DE DROGUES SE FAISAIT JOUR PAR CES PRATIQUES DU «PRENDRE SOIN DE LA PERSONNE».

Et puis aussi, il faut le dire, les médecins généralistes n'étaient pas considérés comme des experts, ni du sida ni de la toxicomanie. Les autres collègues, les spécialistes, les reléquaient aux «basses tâches», comme les arrêts maladie, ou parfois le suivi des traitements de fond. Ce mépris entre médecins rejaillissait sur les usagers, et n'aidait pas à apaiser les relations.

Quelle place le médecin arrivait-il à trouver auprès des usagers pour proposer une offre de soins suffisante?

JPL: Face à cette situation, pour certains médecins généralistes, outre les soins somatiques prodigués, les réponses étaient quelques seringues données pour tenter d'éloigner contamination ou recontamination pour ceux qui manifestement continuaient à consommer, «gérant» tant bien que mal leurs injections. Des «conseils» puis des explications, pour essayer d'aider à prendre de la distance face à cette dépendance dévoreuse de vie avec la prescription sauvage d'opiacés en substitut à l'héroïne de rue. Certains usagers ont ainsi pu bénéficier de la substitution avant l'heure.

L'inconfort de ce suivi dans des conditions difficiles était grand, mais le dialogue

s'engageait. Un autre dialogue, une autre place pour le médecin, pour le patient usager de drogues se faisaient jour par ces pratiques du «prendre soin de la personne», par des propositions adaptées à ses usages et à son intentionnalité de soin du moment, aussi frileuse soit-elle.

Néanmoins, la majorité des médecins généralistes refusait de prendre en charge «ces gens qui se rendaient malades eux-mêmes». Du côté des médecins hospitaliers, des débuts de réponses thérapeutiques au regard de la pathologie du sida apparaissaient, avec des comptes rendus d'hospitalisation dont la conclusion était bien souvent : «sortie par évasion». Eh oui, le manque ça fait «sortir» pour «aller pécho». En résumé, nous étions dans un moment de bascule de cette relation médecin-patient pervertie par les limites imposées par le cadre, une relation mâtinée de méfiance réciproque.

Comment les relations entre les soignants et les usagers ont-elles évolué dans les années 1980, années où le sida est apparu ?

JPL : C'est dans les années 1980 finissantes, que l'épidémie à VIH s'installait. Bien sûr il y avait depuis longtemps le virus de l'hépatite B. Et le virus de l'hépatite C venait d'être identifié. Bien sûr il y avait aussi depuis fort longtemps des pédés, des toxicos, des putes. Sans aucune adéquation face aux risques courus par ces populations, les propositions de prévention et de soins d'alors faisaient la démonstration de leurs effets délétères. Ces personnes payaient un lourd tribut face à cette épidémie à VIH.

Les cadres de référence de soins étaient inopérants, tant en termes de santé

publique qu'en termes de santé individuelle. Confrontés à cette situation, il fallait réinventer, faire preuve de pragmatisme, démontrer pour pouvoir faire des propositions de prévention-soins à la fois adaptées au risque sanitaire et à la mesure des personnes concernées. Il fallait déconstruire et reconstruire la manière de faire soin à la cité, de faire soin à la personne. Nombreux se sont attelés à cette tâche, professionnels de santé ou non, associations et ONG. Médecins du Monde était de ceux-là.

Voilà l'histoire de la réduction des risques liés à l'usage de drogues qui nous a fait, et nous fait encore, revisiter notre médecine et ses principes hippocratiques. Une vieille histoire d'égalité d'accès aux soins pour toutes les personnes, une vieille histoire redevenue nouvelle par l'entremise d'une épidémie. Une vieille histoire «oubliée» de par la morale de nos clergés en tous genres, toujours en chasse contre tout ce qui serait «déviances», au mépris de la santé des personnes, au mépris de la santé de notre cité.

La survenue de la pandémie du sida était brutalement en train de changer les priorités et d'imposer d'abord la réduction du risque infectieux comme premier objectif chez les usagers de drogues. Les médecins ont dû prendre conscience de la nécessité de s'intéresser à des usagers qui ne peuvent ou ne veulent sortir pour l'heure de leur addiction ; ils ont dû prendre conscience de leur rôle essentiel pour les aider à réduire les risques et les dommages tout au long de cette trajectoire. Pour cela, ils ont dû imaginer des propositions acceptables par la personne, adaptées à sa temporalité, en conjonction avec son intentionnalité de soin du moment, des propositions négociées, élaborées de façon mutuelle et non pas dans un «laboratoire de réflexion unilatéral» sur le bon soin pour l'autre.

Il fallait réduire les risques par une gestion adaptée des usages, des consommations problématiques, continuer cette invitation au «prendre soin» par cette proposition de «dépendance accompagnée» qu'est la substitution ; il fallait (re)mettre le sevrage à sa place, un risque avant d'être une «issue» possible. Certainement pas une finalité.

PB : Installé en 1983, je me suis investi assez vite à Médecins du Monde, et je ne connaissais rien de la RdR en arrivant. À l'époque, j'ai passé beaucoup de temps à observer, à regarder tout ce qui se jouait sur les programmes d'échange de seringues. La RdR m'a permis de m'impliquer et de mettre des mots sur ce que je faisais. Mon implication m'a permis aussi de transformer mes relations avec les patients «tout venant», les enfants, les personnes âgées. Mon approche a changé: j'ai placé la parole des personnes avant le symptôme, j'ai pris le temps d'écouter. J'ai pris conscience qu'on ne peut entendre que ce que l'on est prêt à entendre. Que l'on ne voit que ce que l'on est en capacité de voir. Cela semble évident, mais en fait beaucoup de soignants passent à côté et se sentent tout-puissants. La RdR, cela apprend l'écoute et l'humilité. Aujourd'hui, mon écoute est attentive et orientée. Je dis aux patients «parlez-moi de vous», cela permet d'ouvrir le débat et d'entamer la relation.

L'arrivée du sida a été l'élément déclencheur des pratiques de RdR auprès des usagers de drogues. Comment cela s'est-il décliné pour vous ?

JPL : La catastrophe sanitaire grondait. Il fallait réduire les risques, «limiter la casse». Conjointement aux tentatives d'adaptation sauvages et individuelles de la pratique médicale, il fallait faire savoir et partager ces pratiques initiées dans le colloque singulier du cabinet médical.

Il fallait surtout faire la démonstration de ces pratiques à une autre échelle que celle de sa petite boutique pour les faire accepter, qu'elles soient reconnues et qu'un jour elles figurent pleinement dans les orientations de politique de santé publique. Certes, il a fallu le faire d'abord entre confrères qui partageaient ces pratiques. Ce fut le début des réseaux de généralistes. Mais cela ne suffisait pas. Il fallait introduire ces pratiques professionnelles jusque dans les structures spécialisées, bien souvent corsetées dans leur modèle unique, qui reposait sur un parcours nécessaire du «sujet» par maturation des échecs de sevrage. Pour ces structures, s'affranchir radicalement d'une politique de soins dont elles dépendaient était une

rupture difficile, partager le savoir médical avec les patients – en d'autres termes abandonner une partie de leur pouvoir – également. Partager les savoirs n'est pas dans la formation médicale et les certitudes dans la difficile gestion de la vie professionnelle de médecin ne sont parfois pas bonnes conseillères, même si elles sont plus confortables pour soi. Mais l'histoire est passée et, à ce moment-là, il fallait non seulement s'expliquer entre professionnels, mais surtout et en même temps, il fallait faire ! Sans toutefois renier sa médecine, le pragmatisme était de mise. C'est ce qu'ont su faire certains.

C'est en ce sens que ces mêmes médecins généralistes investis dans l'ouverture du premier centre de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH se sont impliqués dans l'ouverture du premier programme d'échange de seringues en France par Médecins du Monde, puis quelques années plus tard, dans l'ouverture d'un centre de substitution à la méthadone. Il fallait faire, là, maintenant, redémontrer ce que bon nombre de pays avaient déjà fait, il fallait le démontrer à la française !

Quels sont pour vous les préceptes fondateurs de la RdR appliquée à la médecine ?

JPL : Dans cette *pédagogie du soin* qu'est la RdR, deux pratiques fondamentales conduisent à placer la personne usagère de drogues au centre du soin. Tout d'abord, le «prendre soin» de la personne, ce «take care», attention portée par le professionnel aux problématiques de santé rencontrées, en mutualisant ses connaissances «techniques» et son sens clinique avec l'expérience de la personne pour faire sens. Ensuite, la *congruence* des propositions faites avec la situation, la temporalité de la personne, son intentionnalité de soin du moment, lui donnant ainsi la possibilité d'y accéder, de s'approprier ces propositions pour «prendre soin de soi».

PB : Pour moi, la pierre angulaire dans la médecine, c'est la posture du «non-faire». Le praticien se met un temps en retrait, il va vers cet autre qui lui apprend à le décoder, sans abandonner ses connaissances et sa formation. C'est le patient qui apprend au médecin à le soigner. Chaque

personne est dans une certaine mesure experte d'elle-même et de son trajet de vie. Après, il faut que chacun soit capable de toujours se remettre en question et de ne pas aller trop loin.

Qu'est-ce que cela signifie exactement, «prendre soin», pour un médecin envers un usager de drogues?

JPL: Comme dans tout soin, toute médiation thérapeutique, le «soignant» ne fait pas du soin «tout nu», désincarné. Il va proposer ses connaissances scientifiques et techniques dans un échange explicatif, interactif avec la personne pour qu'elle puisse se les approprier, pour qu'elle s'en «outille» pour faire soin. Le soignant donne

**LA RÉDUCTION DES RISQUES NOUS OBLIGE À REVISITER
NOTRE MÉDECINE ET SES PRINCIPES HIPPOCRATIQUES.**

certaines des conseils, mais, plus que des conseils qui installent souvent un échange à sens unique et alors illusoire, il donne des explications, explications présentées sur le mode avantages *versus* inconvénients, ou encore bénéfices *versus* risques.

De par ce positionnement, ou plutôt cette fonction investie, le professionnel de soin donne aussi place à la personne rencontrée. Il allie ses connaissances à celles de cette personne, à son expérience, dans un partage des «savoirs», partage du savoir «profane» et du savoir médical. C'est dans cette cohérence de l'échange, chacun «à sa place» mais où chacun «a sa place», dans cette alliance des connaissances que s'installe alors ce «prendre soin» dans «l'affaire» qui les préoccupe tous les deux.

Ce mélange des connaissances mutuelles, mélange qui ne veut pas dire confusion, donne ainsi cohérence à ce soin.

Les réponses et services proposés doivent être pragmatiques, ne nécessiter que des démarches simplifiées et favoriser un accompagnement. Cet accompagnement est d'autant plus nécessaire du fait de l'intrication fréquente de diverses problèmes, dont la précarité et la désocialisation, parfois au premier plan, parfois masquées. Précarité non seulement économique, sociale et citoyenne, mais aussi psychologique, allant de la simple mésestime de soi jusqu'à la détresse la plus profonde, faisant «précarité de l'intentionnalité de soin». Une précarité aux multiples facettes, qui accroît toujours les risques et les dommages liés à la consommation.

Ces propositions de services tant médicaux, psychologiques que sociaux sont autant de leviers pour l'autonomie, à condition qu'elles soient soigneusement négociées. Insuffisamment expliquées, non appropriables, elles pourront alors être vécues comme trop coercitives et induiront de nouvelles prises de risques, ou un échappement partiel, voire total.

PB : Pour moi, prendre soin d'un usager de drogues, cela va au-delà du partage des savoirs. Le professionnel est là pour accompagner la personne dans son parcours parfois chaotique. Le cadre de consultation permet, à mon avis, de rassurer cet autre dans la permanence d'un accueil bienveillant mais non complaisant. Le prendre soin, c'est aussi écouter les «sensations» des usagers, et pouvoir les traduire en réactions physiologiques : sortir de la centration au produit «les sensations» pour aller vers l'élaboration plus intellectualisée, «les émotions».

Et la congruence ? Est-ce un moment privilégié que représente finalement ce temps de pause, dans un cabinet, avec un médecin ? Est-ce comme une rencontre ?

JPL: Cette notion illustre de quoi peut être faite l'alliance thérapeutique dans sa pratique médicale. La cohérence doit être systématiquement recherchée entre les propositions faites et ce qui est acceptable à un moment donné pour la personne.

Cela implique d'adapter différentes variables au sein de cette pratique médicale, adaptation qui commence par une capacité à émettre des propositions « appropriables » par la personne, adaptées à sa temporalité. Ensuite, il s'agit de faire émerger des propositions faites de façon graduelle de « dépendance accompagnée » : changement d'habitudes à risques vis-à-vis du mode d'usage (shooter propre, shooter dans des conditions, des lieux permettant ce shoot propre, adopter des alternatives au shoot). Puis composer avec des propositions de « dépendance négociée » : changement du « produit » qui devient médicament prescrit. Et enfin, il faut envisager la possibilité de rester un temps donné, choisi, selon des modalités diverses, dans cette « dépendance négociée », ou de « sortie » dans une « indépendance accompagnée ».

En résumé, cela équivaut à donner sens au soin en sachant adapter, graduer, fonctionnaliser les propositions adaptées au moment de la personne, tout au long de sa trajectoire dans la dépendance. Un soin alors construit avec cette personne et non pas « pour » la personne, un soin différent de celui parfois construit uniquement à partir des désirs de soin du soignant. Cela pourrait se résumer en une formule au plus proche de ce qu'a apporté la pratique de la RdR : « Travailler *avec* et non pas *pour* la personne ».

Enfin, la RdR est très étroitement liée à la pratique médicale ?

JPL : En médecine générale, la hiérarchisation des risques en général fait partie de nos fondamentaux. La réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs vient tout naturellement s'installer dans notre pratique, pour ceux qui parmi nous veulent bien entendre ces patients « spécifiques », en dépassant toute assignation d'identité, au même titre que pour nos autres patients « généraux ».

L'investissement des médecins généralistes, largement majoritaires, notamment dans la conduite des traitements de substitution aux opiacés, illustre peut-être l'existence d'une certaine symbiose entre la pratique de la médecine générale

et la pratique et l'histoire naturelle de la réduction des risques.

Que diriez-vous en conclusion de ce que la RdR a apporté dans votre pratique de soignant ?

JPL : La pratique de la médecine générale m'a très vite appris l'importance de la place donnée à la personne pour faire soin. Aussi, si la qualité de votre réponse est à travailler dans votre relation avec la personne, dans vos propositions de prévention, de soins, cette qualité est tout aussi dépendante de déterminants issus d'un contexte plus général : le cadre du soin corseté par le cadre législatif relatif aux statuts des « drogues », qui limite par là même les orientations de soin dans le domaine des dépendances.

C'EST LE PATIENT QUI APPREND AU MÉDECIN À LE SOIGNER. CHAQUE PERSONNE EST DANS UNE CERTAINE MESURE EXPERTE D'ELLE-MÊME ET DE SON TRAJET DE VIE.

Tout cela vous oblige à prendre place pour faire bouger ces déterminants. Il m'a alors été nécessaire de m'engager dans des démonstrations faites dans un autre lieu que celui du colloque singulier : programme d'échange de seringues, mise en place des centres de substitution par la méthadone, etc. Ces démonstrations faites ont permis en retour une certaine aisance, un calme, un confort dans la relation avec ces usagers de drogues, mais surtout un service médical rendu de bien meilleure qualité pour ces personnes. Tout ce travail riche de résultats dans la démonstration de l'intérêt et de l'efficacité de ce nouveau paradigme qu'était la RdR a abouti à la reconnaissance de la légitimité de ces innovations et à leur inscription dans la loi de santé publique de 2004. Sans cela, notre pratique de médecin généraliste n'aurait pas été autant modifiée qu'elle ne l'a été. Voilà comment la RdR a enrichi ma pratique de médecin généraliste, mais aussi, peut-être, la vie de « mes patients ».

Une pratique qui prend en compte la personne, mais une pratique qui n'oublie pas de prendre aussi en compte la santé de la cité : une manière de concevoir le soin en essayant de concilier santé individuelle et santé collective.

PB : Pour moi, l'objectif principal est d'amener ou de ramener les personnes vers le soin. L'essentiel est de donner accès à un cabinet médical et, ainsi, de pouvoir proposer une offre de soins à des usagers de drogues. La RdR m'a permis de pratiquer ce qui me semblait primordial dès les tous débuts de ma carrière de médecin, à savoir l'humanisation des soins, et de privilégier la relation à l'autre. En pratique, la posture de tout soignant peut se résumer à « écouter sûrement pour mieux entendre l'autre ».

1. Dr Annie Mino, « Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : La réduction de risques », septembre 1992, Genève; in Jean-Marie Guffens (dir.), « Première Conférence européenne de réduction des risques (France, Saint Tropez, 14-17 octobre 1993) », *Toxicomanie, Hépatite, Sida (THS)*, n° 1, 1993.
2. « Sida. Toxicomanie. Les exclus des exclus », rapport d'activité du premier programme d'échange de seringues en France ouvert par Médecins du Monde, novembre 1990.

Jean-Pierre Lhomme est un médecin généraliste qui a poursuivi en parallèle une activité hospitalière et un engagement bénévole à MdM. A l'hôpital, il a œuvré dans des centres de prise en charge spécialisés dans l'accompagnement des interruptions volontaires de grossesse, de 1980 à 1991, puis des addictions depuis 1991. À MdM depuis 1987, il a été un pionnier de la mise en œuvre des premiers programmes de RdR en France (PES dès 1989, puis bus méthadone) et participe activement depuis 1992 à l'animation des espaces de débats sur la RdR. Son engagement à MdM l'a aussi conduit à participer à des missions internationales d'urgence (Indonésie, Haïti) et de RdR (Vietnam). En 2006, il est devenu président d'un centre de soins et de RdR à Paris, l'association Gaïa, qui porte aujourd'hui la première expérimentation de salle de consommation à moindre risque et à visée éducative en France, en partenariat avec MdM.

Paul Bolo est médecin généraliste et partage son activité entre un cabinet privé de consultations et un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) à Nantes. Il est engagé à Médecins du Monde depuis la fin des années 80 et en réduction des risques depuis le début des années 90. Il s'est tout d'abord investi dans le programme d'échange de seringues de Nantes en devenant le responsable de mission du projet de 1993 à 1999. Par la suite, il est un des fondateurs du programme nantais en direction des travailleurs du sexe, le Funambus. Il demeure aujourd'hui encore engagé dans la création de programmes novateurs en France et dans la réflexion autour de la réduction des risques au sein de Médecins du Monde.

ices et Passions des Morphinom



NOTHING ABOUT US WITHOUT US ? JE DEMANDE À VOIR !

le militantisme chez les usagers de drogues et dans Inpud

Jude Byrne

56
57

La nécessaire pleine participation des usagers de drogues à tous les niveaux de l'élaboration des programmes destinés à leurs pairs n'est pas effective, et ce même dans le cadre de la réduction des risques. Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) sont, depuis les débuts du mouvement des usagers de drogues, considérés comme un groupe déviant, dont les services ne sont requis qu'en qualité d'intermédiaires. Contrairement aux responsables de la santé publique et de la gestion du VIH/sida, qui saluent et apprécient notre contribution à sa juste valeur, le secteur spécialisé dans les problématiques liées aux drogues et à l'alcool voient en nos militants actuels des failles dans leur système. Or, qui voudrait travailler tous les jours aux côtés de ses propres failles ?

On ne peut aborder les thèmes de l'intégration des usagers de drogues dans la réduction des risques et du développement du Réseau international des usagers de drogues (*International network of people using drugs*, Inpud) sans remonter

à notre action au sein de l'intervention des services de santé publique face au VIH/sida. Car c'est bien dans le contexte du VIH/sida que l'on a reconnu pour la première fois que les usagers de drogues avaient quelque chose à apporter à la société dans son ensemble (même dans un secteur limité), et un véritable rôle à jouer dans les activités d'éducation et de plaidoyer menées dans leur propre communauté. Dans le domaine du VIH/sida, l'éducation et la prévention reposaient sur le principe d'éducation par les pairs. Si les collectifs d'usagers, qui se sont organisés en groupes d'auto-support, ont connu très tôt un succès notable (notamment en France, en Allemagne ou en Australie), la plupart des États étaient, et restent, réticents à accepter et à soutenir cette mesure de santé publique pourtant simple et humaine. Le nœud du problème réside dans le fait que cette démarche est diamétralement opposée au dogme de l'abstinence en vigueur dans le domaine de l'addiction aux drogues et à l'alcool, ainsi qu'au cadre légal dans lequel elle est censée s'insérer.

Je ne rentrerai pas en détail dans les chiffres du VIH/sida à l'échelle mondiale. Je rappellerai simplement que les usagers de drogues par voie intraveineuse paient un tribut toujours plus lourd à cette épidémie, dans un nombre croissant de pays. Dans cet article, je reviendrai bien sûr sur les réussites qu'ont été la création de Inpud et du mouvement international des usagers de drogues, mais je m'astreindrai également à expliquer les raisons pour lesquelles le chemin a été si long et si difficile. Il est important de débattre, de comprendre pourquoi nos succès ont été gagnés de si haute lutte. Pour nous militants, il semble évident

Jude Byrne est investie comme militante et usagère de drogues depuis la fin des années 1980. Elle a travaillé pour des associations locales et nationales d'usagers pairs tout en œuvrant au développement d'une organisation internationale. Vivant actuellement à Canberra, en Australie, elle préside Inpud, une organisation visant à garantir que les voix des usagers de drogues les plus marginalisés soient entendues sur la scène internationale, et sur des sujets qui les concernent dans leur vie de tous les jours. Auteure d'articles et d'interventions lors de conférences sur les difficultés que rencontrent les usagers de drogues, Jude est elle-même usagère de drogues par voie intraveineuse depuis près de quarante ans. Elle a récemment suivi, avec succès, un traitement pour une hépatite C.

que notre progression a, le plus souvent, été entravée par des facteurs extérieurs et non pas, comme cela a si souvent été affirmé, parce que nous ne serions pas une «vraie» communauté. Nous sommes une communauté dans tous les sens du terme. Nous avons notre propre culture, notre propre langue, nos propres convictions. Plus éloquent encore, nous partageons, au-delà des frontières et des barrières culturelles, une expérience universelle : celle de la stigmatisation, de la discrimination et, bien trop souvent, celle de la honte.

Les militants usagers de drogues et l'épidémie de VIH/sida

Il est par bien des aspects difficile de décrire les conséquences du VIH/sida sur la vie des usagers de drogues par voie intraveineuse, à l'échelle individuelle comme à celle de la communauté. Avant l'épidémie, nos besoins n'étaient ni compris ni dignes d'intérêt, et donc rarement exprimés. Les usagers de drogues n'étaient alors pris en charge que dans deux types de contextes : le sevrage et la prison. Ils étaient par conséquent soit des malades, soit des criminels. Aucune de ces deux options n'étant particulièrement plébiscitée par les UDVI, la plupart d'entre eux restait à bonne distance des organes de l'État et se gardait de s'attirer de potentiels ennuis. Une attitude qui a forgé le mythe du tox «invisible». En revanche, la réaction de la communauté homosexuelle a été rapide et intense. Une fois connu le mode de transmission de la maladie, les homos ont exigé, et obtenu, le droit de lancer des campagnes et de sensibiliser leurs pairs, faisant ainsi de l'éducation par les pairs une bonne pratique reconnue dans la prévention du VIH/sida. La communauté homosexuelle était en mesure de s'organiser et de faire pression sur le gouvernement américain. Les décennies précédentes avaient vu s'atténuer les préjugés à l'encontre de la communauté homosexuelle, dont les membres étaient par ailleurs reconnus pour leur fort pouvoir d'achat (la «pink economy»), ce qui, dans un pays

capitaliste, représente un réel pouvoir. Le choix affiché du mouvement homosexuel de «privilégier» l'éducation par les pairs a instauré un nouveau climat, qui a nous a permis, à nous, usagers de drogues, de travailler et de nous organiser : une opportunité jusque là inimaginable.

L'information, ou plutôt la non-information concernant le «nouveau mal» s'est répandue comme une trainée de poudre. En juillet 1981, le Dr Curran, des centres américains de contrôle et de prévention des maladies (*Centers for disease control*, CDC) aurait déclaré : «La meilleure preuve de la non contagion de la maladie est que l'on n'a pas encore constaté de cas en dehors de la communauté homosexuelle, ni chez les femmes»¹.

**NOUS PARTAGEONS, AU-DELÀ DES FRONTIÈRES
ET DES BARRIÈRES CULTURELLES, UNE
EXPÉRIENCE UNIVERSELLE : CELLE DE LA
STIGMATISATION, DE LA DISCRIMINATION ET,
BIEN TROP SOUVENT, CELLE DE LA HONTE.**

Pourtant, cinq mois plus tard, en décembre 1981, les premiers cas de ce que l'on nommait alors le «cancer gay» étaient avérés chez des usagers de drogues par voie intraveineuse. La maladie avait clairement élu domicile au sein de la communauté. C'était particulièrement notable aux États-Unis, où le nombre d'usagers et les conditions d'injection (les fameuses «shooting galleries», où l'on «louait» des seringues et des aiguilles déjà maintes fois utilisées par d'autres) ne permettaient plus d'ignorer le mode de transmission. Dans notre communauté, la cause de l'épidémie était clairement la réutilisation de matériel d'injection contaminé.

Le sang : un vecteur de transmission «parfait», par le biais de matériel d'injection contaminé. Il était donc vital de sensibiliser et d'éduquer la communauté des UDVI. Comme je ne cesse de le rappeler, car c'est un point essentiel dans l'analyse du chemin parcouru par le mouvement des usagers de drogues, les premiers programmes d'échange de seringues (PES)

n'ont pas été mis en place pour stopper la transmission du sida dans notre communauté, mais pour prévenir l'éventuelle contamination de la société dans son ensemble par le biais de relations sexuelles avec des usagers de drogues. Nous avons alors menacé le gouvernement américain de provoquer une soi-disant « troisième vague » s'il ne faisait rien pour empêcher la transmission du VIH/sida au sein même de la communauté des UDVI. Les gouvernements étaient peu enclins

L'EXPÉRIENCE DU VIH/SIDA NOUS AVAIT DONNÉ, À NOUS MILITANTS, UNE NOUVELLE IMAGE DE NOUS-MÊMES ET DE NOS COMMUNAUTÉS.

à aider la communauté des usagers de drogues par voie intraveineuse, à qui ils menaient par ailleurs une guerre féroce. Nous avons donc dû suivre les pas de la communauté homosexuelle et appliquer le principe d'éducation par les pairs. Il ne faisait pas l'ombre d'un doute que la gestion de l'épidémie au sein de notre communauté devait absolument être confiée à des usagers de drogues. Coup de chance pour le gouvernement, le plan d'action pour les usagers de drogues par voie intraveineuse épousait parfaitement celui mis en place pour la prévention du VIH/sida : il fallait mettre de nouvelles seringues à disposition des usagers de drogues. Les UDVI réclamaient de nouvelles seringues depuis des dizaines d'années, mais leur obtention était rendue aussi difficile que possible. Cela ne plaisait à personne d'utiliser de vieilles aiguilles usagées, qui faisaient un mal de chien et

vous détruisaient les veines. L'essentiel de la difficulté résidait dans la manière de distribuer le nouveau matériel à la communauté. On ne pouvait pas se contenter de donner des seringues et des aiguilles. Il fallait éduquer la communauté à l'ensemble du procédé de l'injection. Or, les seules personnes crédibles dans ce rôle étaient celles qui, elles-mêmes, s'injectaient des drogues. Personne n'attendait des homosexuels qu'ils cessent d'avoir une activité sexuelle. Personnes n'attendaient des travailleurs du sexe qu'ils cessent de travailler. Mais certains estimaient que le gouvernement ne devait travailler qu'avec d'anciens toxicomanes. Ce n'était évidemment pas une approche crédible, et il fut reconnu que la mission devait être confiée à des usagers de drogues réguliers.

Dans le sillage des PES sont arrivés les traitements de substitution à la méthadone, substance auparavant quasi-inaccessible. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) étaient mis en place pour stopper, ou du moins limiter, les risques d'exposition au virus en diminuant le besoin et la fréquence des injections. Le fait de disposer de ces thérapies de maintenance a incidemment permis aux usagers quotidiens de drogues par voie intraveineuse d'atteindre un confort de vie jusque là inaccessible. Courir après sa dose est un boulot à plein temps ! Le changement de mentalités vis-à-vis des usagers de drogues et de la nécessité de les impliquer, ajouté au confort qu'apportait les TSO, a permis au militantisme de se développer au sein de la communauté des UDVI.

Là où cela était possible, les usagers militants ont relevé le défi. Conséquence : dans les pays où existaient des associations de pairs, où les PES et les TSO étaient disponibles et favorisés, le virus du VIH/sida a été stoppé net. En Allemagne, aux Pays-Bas, en France et en Australie, le déploiement de PES et de TSO par des équipes de pairs a été rapide. Dans ces quatre pays, le virus a aujourd'hui, parmi les UDVI, un taux de prévalence inférieur à 1 %. Les taux de VIH/sida y restent faibles tant que des groupes de pairs et des programmes et équipements adaptés sont disponibles, encouragés et financés.

Nous assistons aujourd'hui, dans les pays où la consommation de drogues par injection est florissante et où aucune mesure de prévention du VIH/sida n'est prise pour la communauté des UDVI, à une expansion dramatique du virus. Pour nous qui savons à quelle vitesse se propage le virus dans notre communauté, et avec quelle relative facilité il est possible de l'enrayer, il n'est pas exagéré de comparer la passivité actuelle de ces gouvernements à des génocides.

Le mépris à l'égard des usagers de drogues se nourrit des réactions moralistes que suscitent leurs pratiques. C'est là tout le combat qu'a dû mener InpuD pour que soit reconnu à notre communauté le droit à la santé et à l'accès aux soins.

L'épisode du VIH/sida a permis de former, à l'échelle internationale, des militants issus des communautés d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Des militants qui, par la suite, étaient prêts à s'investir dans le mouvement émergent de la réduction des risques.

Les militants usagers de drogues et la réduction des risques

L'intégration des usagers de drogues, et en particulier des militants, au sein du mouvement de réduction des risques ne s'est pas faite sans heurts, et ce bien qu'un tel mouvement nous offre le moyen de continuer à nous développer. Si la philosophie de base de la RdR offrait un changement salutaire dans un secteur dominé par le dogme de l'abstinence, nous avons eu des difficultés à accepter cette vision du risque comme inévitable, inhérent à la consommation de drogues. Pour nos militants, l'essentiel des risques était le résultat direct de la pénalisation et du chapelet de lois associées, plus sévères les unes que les autres. Nous avons vu, et vécu, les risques causés par l'exclusion sociale, la marginalisation économique, le système pénal et les constantes petites agressions qui rendent la vie des usagers de drogues éminemment fragile.

La réduction des risques telle que nous la connaissons aujourd'hui a vu le jour à Liverpool, lorsque des médecins

spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont élaboré une nouvelle philosophie, mieux à même de répondre aux besoins de leurs patients, alors confrontés au VIH/sida. Nombre de pays se sont opposés à cette nouvelle approche, et certains s'y opposent toujours. L'idée même que les usagers de drogues puissent être sensibilisés et recevoir gratuitement de quoi se livrer à leur addiction illégale était un véritable anathème. Liverpool pouvait cependant compter sur

L'EXEMPLE DE L'AUSTRALIE

L'Australie fut l'un des premiers pays au monde à mettre en place des stratégies de réduction des risques au sein de la communauté UDVI. Elle a également financé l'un des mouvements d'usagers de drogues les plus actifs de la planète. Le partenariat établi entre le gouvernement et notre communauté a si bien réussi à endiguer l'épidémie de VIH/sida que nos financements s'en sont, un temps, trouvés menacés. Si le virus était sous contrôle, qui avait encore besoin des usagers de drogues actifs? Mais le mouvement des usagers pairs était alors bien ancré, et les militants étaient si motivés qu'ils n'auraient pas baissé les bras. Un autre virus, qui décimait notre communauté depuis des dizaines d'années, avait été découvert. À la fin des années 1980, celle que l'on appelait jusque-là « non A non B » avait enfin un nom : l'hépatite C. L'expérience acquise avec le VIH/sida nous a été précieuse, et la stratégie « habituelle » de partenariat et d'éducation par les pairs a finalement été maintenue. Le département des virus infectieux du ministère australien de la Santé a continué de financer le mouvement des usagers de drogues australiens, qui avait désormais pour priorité la prévention, puis le traitement de l'hépatite C. Le groupe australien des usagers de drogues (AIVL) n'a jamais reçu un centime du secteur spécialisé dans la toxicomanie et l'alcoolisme. Pour eux, nous ne sommes pas tout à fait des êtres humains. Ils veulent nous changer, nous rendre plus acceptables aux yeux de la société. On jurerait même parfois qu'ils souhaitent simplement nous éradiquer.

de l'Ihra (International Harm Reduction Association) à Melbourne, que nous nous sommes réunis pour la première fois de manière organisée. Plus de cinquante

QU'ELLE SOIT DUE À DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES, AUX ALÉAS DE LA VIE, OU SIMPLEMENT AU PLAISIR QU'ELLE PROCURE, LA CONSOMMATION DE DROGUES EST INHÉRENTE À LA CONDITION HUMAINE.

60
61

des visionnaires, qui, face aux prémisses d'une catastrophe, ont su reconnaître la nécessité d'associer leurs patients à la lutte contre le VIH/sida. Le secteur de l'alcoolisme et de la toxicomanie pouvait inciter les usagers de drogues à entamer un traitement, au moyen de programmes tels que les TSO et les PES.

Les usagers de drogues ont vu dans la réduction des risques un tremplin pour développer leurs propres projets. L'expérience du VIH/sida nous avait donné, à nous militants, une nouvelle image de nous-mêmes et de nos communautés. Les militants privilégiés, et surtout qui avaient la chance d'être encore en vie car issus des quelques pays qui avaient réagi à l'épidémie avec pragmatisme et humanité, avaient désormais la conviction que le changement était possible. Nous étions désormais des citoyens à part entière, et nous ne lâcherions ce nouveau statut pour rien au monde. Nous voulions que notre communauté toute entière ait accès aux mêmes droits. Voir nos amis mourir inutilement du virus nous a donné la rage et l'élan nécessaires.

Nous avons donc commencé à nous réunir lors de conférences dédiées à la réduction des risques. C'était une chose incroyable de rencontrer des gens qui, bien que venus d'autres pays, ressentaient exactement la même chose et refusaient le *status quo*. On se sentait libérés, inspirés. Nous nous sommes battus pour être acceptés et intégrés à ces conférences, et quelques pionniers, comme Pat O'Hare et Sam Freedman, nous ont toujours accueillis à bras ouverts. Pour d'autres, en revanche, nous étions des parias venus réclamer davantage de droits et des modalités de traitement plus pratiques. C'est en 1992, lors de la conférence

militants, venus de sept pays différents, étaient rassemblés pour assister à la réunion d'ouverture du Réseau international des usagers de drogues (à l'époque appelé Idun)². Notre objectif? Se soutenir mutuellement, échanger des idées, faire entendre nos voix sur la scène internationale et militer en faveur des programmes d'héroïne médicalisée et de la fin de la discrimination à l'égard des usagers de drogues. Nous nous sommes néanmoins rendu compte que le chemin vers la légalisation des drogues allait être long et difficile.

Pendant quelques années, il nous a été difficile de maintenir le contact entre les conférences et de nous organiser car nous ne disposions que du fax et du téléphone. L'arrivée d'Internet nous a donné la possibilité de communiquer à l'infini, et de se soutenir les uns les autres entre les réunions annuelles. Le militantisme international a alors commencé à gagner du terrain.

La conférence organisée par l'Association internationale de réduction des risques (Ihra) à Belfast en 2005 a donné un nouveau souffle au mouvement. Les structures destinées aux usagers de drogues étaient dramatiquement inadaptées. Treize ans après la création du premier mouvement international des usagers de drogues, la motivation était quelque peu en berne. Mais l'année suivante, la Conférence de l'Ihra organisée à Vancouver et la déclaration à laquelle elle a abouti, ont donné naissance à un nouveau mouvement : Inpud. Des fonds ont été débloqués pour permettre à la nouvelle organisation de se développer. Malheureusement, comme souvent avec les bailleurs soucieux des résultats, les financements étaient insuffisants pour

consolider InpuD et le doter de réelles infrastructures. Le réseau, même s'il obtenait des résultats positifs au niveau international, peinait à trouver sa place. La conférence de l'Ihra tenue à Barcelone deux ans plus tard a été un tournant, l'occasion de faire état de toutes les difficultés structurelles et administratives. Plus tard dans l'année, *BrugerForeningen* (le syndicat danois des usagers de drogues) a proposé de recevoir à Copenhague les militants du monde entier pour une table ronde destinée à revoir la structure et l'organisation de l'InpuD. C'est grâce à ce rassemblement qu'est né l'InpuD d'aujourd'hui, une organisation solide, vivante, qui représente fièrement la communauté des usagers de drogues par voie intraveineuse sur la scène internationale.

InpuD aujourd'hui

InpuD compte aujourd'hui plus de 400 membres de par le monde, et des bureaux notamment en Australie, en Inde, au Myanmar, en Malaisie, en Europe, en Irlande, en Russie, en Indonésie, aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, en Afrique, en Nouvelle-Zélande, dans les Caraïbes, dans de nombreux pays d'Europe de l'est. Nous coopérons avec des groupes régionaux d'usagers de drogues, développés dans le cadre des réseaux régionaux de RdR tels que le Réseau asiatique de réductions des risques (Ahrn) et le Réseau européen de réduction des risques (Ehrn) sur des projets internationaux communs. InpuD a subventionné la création d'une antenne en Amérique latine, ainsi que des réseaux régionaux au Moyen-Orient et en Afrique du nord.

Nous sommes en mesure de financer trois postes permanents : un directeur exécutif, un coordinateur Communication et Logistique et un coordinateur Programmes. Attribuer ces postes n'a pas été une mince affaire, la plupart de nos militants étant déjà salariés d'une organisation de leur pays d'origine. De plus, très peu de pays ont soutenu la création de ces groupes d'usagers pairs. InpuD dispose donc d'un vivier très limité de personnes capables de s'investir au niveau où les financements le

demandent. Notre budget nous permettra bientôt d'ouvrir de nouvelles opportunités pour les militants d'autres pays. Nous espérons simplement qu'ils sauront mieux les saisir que ces vingt dernières années.

Nous avons des représentants au Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA, ainsi qu'à plusieurs comités de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous sommes régulièrement invités à nous exprimer publiquement sur les sujets qui touchent notre communauté. Nous travaillons main dans la main avec de nombreuses autres organisations, dans le domaine de la réduction des risques comme dans celui des virus infectieux.

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2011, InpuD a organisé, devant les ambassades russes de onze capitales internationales, des manifestations dénonçant les traitements réservés à notre communauté par le gouvernement russe.

Les groupes d'auto-support et les programmes d'éducation par les pairs et de plaidoyer mis en place par MdM en Géorgie et en Afghanistan sont soutenus par InpuD.

Dans les quatre années à venir, nous travaillerons avec des groupes régionaux en Inde, en Chine, au Kenya, au Pakistan, au Népal, en Malaisie et en Europe de l'est.

L'ampleur de la tâche qui incombe à InpuD est immense. C'est pourquoi nos représentants et nos collaborateurs doivent être à jour sur un éventail de sujets toujours plus large, notamment sur l'ensemble des stratégies de prévention et de traitement des virus infectieux, y compris la tuberculose. Il est essentiel de bien connaître ces infections et co-infections, ainsi que leurs implications dans l'usage de drogues. Il nous faut travailler de manière transversale, avec le secteur des drogues et de l'alcool bien sûr, mais aussi ceux de la santé mentale, de la justice pénale ou encore des droits humains. Tous ces secteurs, et de nombreux autres, ont une influence non-négligeable sur la vie quotidienne de notre communauté.

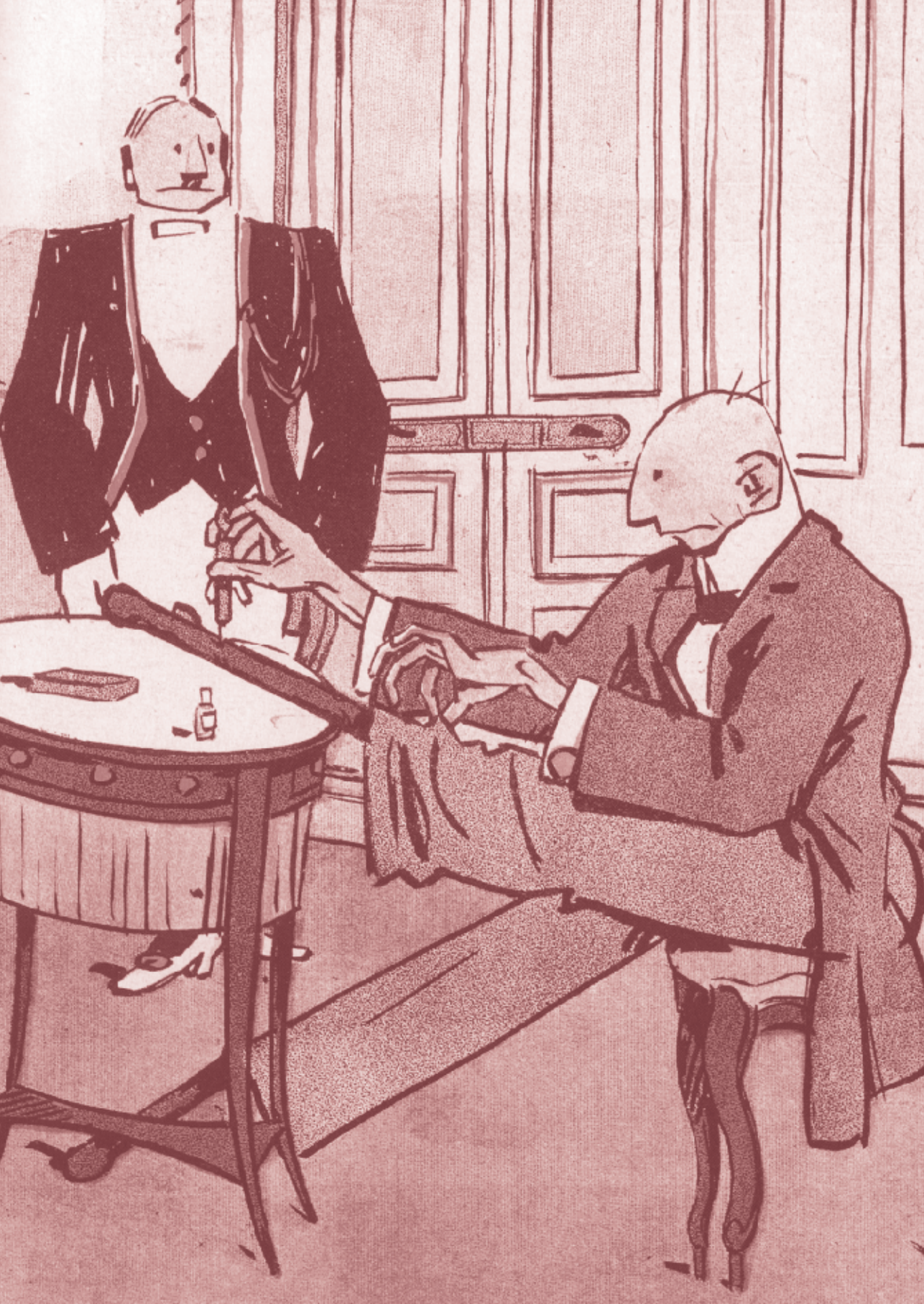
Il ne faut pas oublier que toutes nos activités sont financées par les organes de santé publique, et non par le secteur chargé des problématiques liées aux

drogues et à l'alcool. Si nous avions dû compter sur ce dernier pour nous financer, nous n'aurions vraisemblablement jamais pu faire ce que nous avons accompli, et ce même sous la bannière «réduction des risques». Inpu et les groupes d'usagers du monde entier s'inquiètent du succès du «New Recovery Movement» (mouvement né aux États-Unis, dont la philosophie est basée sur l'abstinence et l'importance des risques liés aux drogues et à l'alcool). Tant que ces risques mal définis serviront de terreau à la rhétorique des professionnels du secteur, les usagers seront à la merci des changements d'orientations politiques et économiques.

Qu'elle soit due à des circonstances particulières, aux aléas de la vie, ou simplement au plaisir qu'elle procure, la consommation de drogues est inhérente à la condition humaine. Soyons honnêtes, personne ne sait réellement pourquoi certaines personnes se droguent et d'autres non. Si les gouvernements, les agences et les individus qui travaillent dans les domaines des virus infectieux

ou de l'addictologie ne comprennent pas l'importance de notre mouvement après toutes ces années, j'ai bien peur que la situation soit au-delà de nos compétences. Cela fait vingt ans que nous essayons de nous faire une place, et nous luttons toujours aujourd'hui pour notre intégration, comme pour notre droit de choisir notre propre destin. Trop de nos «collègues» pensent encore que nous ne méritons pas l'autodétermination, alors même qu'ils défendent ardemment les droits d'autres minorités. Il doit y avoir quelque chose de profondément dérangeant pour le psychisme des foules dans l'idée que l'on puisse s'injecter de la drogue pour le plaisir. Je ne vois pas d'autre explication à l'infatigable processus d'exclusion dont fait l'objet notre communauté, dans tant de pays et à tant de niveaux. Mais quand cette exclusion aboutit à la transmission de virus évitables, à des overdoses, à la maladie et à la mort, elle est le reflet d'un manque d'empathie presque inhumain.■

1. Lawrence K. Altman, «Rare cancer seen in 41 homosexuals», *The New York Times*, 3 July 1981.
2. Eliot Albers & Jude Byrne, «Coexisting or conjoined. The growth of the international drug users movement through participation with IHRA Conferences», *International Journal of Drug Policy* vol. 21, no. 2, pp. 110-111, 2010.



L'AUTOSUPPORT DES USAGERS DE DROGUES

une histoire de tox

Fabrice Olivet

64
65

S*elf support of drug users*, la traduction en français, autosupport des usagers de drogues, n'est pas des plus claires. On hésite sur le concept, s'agit-il d'une assurance auto ? D'un sous-groupe extasié de la RATP ?

À l'origine, les groupes d'autosupport ont d'abord été d'improbables réunions de drogués – très en colère – convaincus de la nécessité de parler de leurs conditions en dehors des seuls registres du repentir ou du misérabilisme. Commencée sur un air de rock'n'roll, puis coincée entre le cimetière et la prison, l'auto-organisation des «toxicos» des années 1980 est le fruit des impensés de l'épidémie du sida. Aujourd'hui annexé au langage technocratique dans la rubrique «association de patients», l'autosupport vit une phase difficile d'institutionnalisation, pour le meilleur ou pour le pire.

La découverte du syndrome d'immuno-déficience acquise – sida – est un événement dont on ne mesure pas toujours l'impact historique. Homosexuels, migrants originaires des Caraïbes et toxicomanes – c'est la terminologie de l'époque – ont constitué la première cible d'un virus qui a naturellement mis ses pas dans ceux de la discrimination et du racisme. On a aujourd'hui un peu oublié l'ambiance crépusculaire de fin du monde qui servit de décor à l'hystérie médiatique déclenchée par la pandémie. Les télévisions montraient des médecins transformés en cosmonautes manipulant des malades de 40 kg dans des chambres stériles. *Paris Match* faisait sa une sur les progrès d'un sarcome de Kaposi, photographié en gros plan et sous-titré «les ravages du cancer gay».

«Il n'y a pas de fumée sans feu», pensait le bon peuple, tétanisé par ce retour de flammes médiéval. La menace d'une contamination universelle véhiculée par des marginaux parachève le caractère apocalyptique du tableau. Une maladie incurable, transmise par le sperme et par le sang, décimant en priorité sodomites et drogués ; le sida fut la maladie politique par excellence. L'échec inexplicable de la médecine à enrayer le fléau fut également un traumatisme majeur, car depuis des lustres, la science médicale était au cœur de la notion même de progrès. Enfin, n'oublions pas que le sida a frappé au milieu de la fête disco, entre deux verres de champ et une ligne de coke. Une surprise pour la communauté gay, laquelle après une décennie de lutte et un embryon de reconnaissance sociale, a été confrontée à l'hypothèse d'une disparition physique pure et simple.

Fabrice Olivet est le directeur d'Asud – Autosupport des usagers de drogues –, association fondée en 1993 qui représente les consommateurs de produits psychotropes illicites en France. Il est titulaire d'un master en histoire contemporaine et investi professionnellement dans la réduction des risques depuis dix-sept ans. En 1993, il fut le premier président du collectif Limitez la casse, qui fit la promotion de la politique de réduction des risques en France. Depuis 2007, Fabrice Olivet est membre permanent de la Commission nationale des addictions. Il a publié en 2011 *La question métisse* aux éditions Fayard/Mille et une nuits.

Le sida des tox : avatar de la guerre à la drogue

On oublie toujours de préciser que la lutte contre la drogue, ou plus précisément la mise en œuvre de l'interdiction de consommer, est une forme de guerre. Une guerre non déclarée, une guerre asymétrique, une guerre menée par l'État contre ses citoyens, mais une guerre désignée comme telle par les plus hautes autorités.

Reprenons les faits. En 1969, le président Nixon déclare «*the war on drugs*» priorité numéro un des forces américaines. Plus qu'un slogan, c'est une nouvelle politique qui est à l'ordre du jour, où le consommateur de substances illicites est désigné comme «ennemi public» (*sic*). Un an plus tard, la France adopte une législation connue sous le nom de loi de 1970, fortement inspirée par cette philosophie, et le 13 mars 1972, le gouvernement adopte un décret réglementant le commerce et l'importation des seringues qui, en pratique, interdit la vente de matériel stérile aux héroïnomanes. C'est ce décret – aujourd'hui quasi oublié – qui est à l'origine de l'épidémie de sida et secondairement d'hépatites parmi les héroïnomanes en France. Plus qu'un dégât collatéral, l'interdiction de se procurer des seringues est bien l'avatar de la guerre à la drogue, une branche maudite de cette politique en forme d'apartheid, revendiquée par l'État. À la différence de la seule prohibition, qui interdit l'accès légal à certaines molécules, la guerre à la drogue est dirigée contre les personnes. Ce n'est pas une différence de degré mais un changement de perspective, car si la prohibition est sur le mode défensif, la guerre à la drogue est une offensive tous azimuts qui frappe indistinctement sur le plan moral, économique, sanitaire et politique. Il s'agit d'exclure du droit commun une catégorie de la population définie par ses consommations de psychotropes. En interdisant la vente de seringues, le décret de 1972 crée en France une zone d'exclusion qui va servir de matrice au sida. Puis le piège mortel qui s'est refermé sur les usagers de drogues va bientôt se révéler une menace pour l'ensemble de la population à la fin des années 1980.

PLUS QU'UNE POPULATION D'EXCLUS, LES TOXICOS ÉTAIENT DES MARGINAUX, DÉLINQUANTS MAJORITAIRES DANS LES MAISONS D'ARRÊT, ESCROCS DE TOUS POILS, PETITS CAÏDS DE CITÉ, BRAQUEURS OU CASSEURS PROFESSIONNELS.

Guerre à la drogue : guerre contre les drogués

Nés dans les années 1970, trop tard pour être des hippies, trop tôt pour être des patients pris en charge par les addictologues, nous étions des enfants de la crise occupés à chercher une veine où se shooter. Nous étions des punks, des zonards des cités – on ne disait pas encore les «caillera» –, bref nous étions les «vilains». Nous aussi nous avons fêté le disco au Palace, mais pour redescendre on a découvert l'héroïne. L'histoire de cette génération reste à écrire. Elle a payé un lourd tribut en overdoses, sida et morts violentes de toutes natures. C'est l'univers décrit par l'écrivain français Vincent Ravalec dans son «pur moment de rock'n roll»¹.

La guerre nous la connaissions bien. Plus qu'une population d'exclus, les toxicos étaient des marginaux, délinquants majoritaires dans les maisons d'arrêt, escrocs de tous poils, petits caïds de cité, braqueurs ou casseurs professionnels. L'héroïne exigeait des moyens financiers, de gros moyens. C'est sans doute la vraie différence avec les «toxicos» d'aujourd'hui. Avant la substitution, un héroïnomanes devait trouver chaque jour de quoi calmer une bête vorace qui pour les plus gourmands réclamait l'équivalent de 300 ou 400 euros quotidiens. Impossible de trouver ça dans la rue ou en tendant la main. La vie d'un tox était donc repoussée hors de la sphère légale ; c'est le but de la guerre à la drogue, une guerre essentiellement destinée à transformer les drogués en terroristes ou en cadavres. En dehors du deal et du vol, tous les moyens étaient bons pour trouver de l'argent, même un travail salarié qui naturellement ne dispensait pas de donner son

cul, de s'endetter, d'escroquer sa boîte, de taper sa famille, bref de mener une forme de combat permanent, assez différent du vécu de la clientèle prise en charge par le système de soins aujourd'hui. D'ailleurs, les toxicos ne vieillissaient pas : avant la réduction des risques, le vieux tox était un tox mort.

Ce contexte est capital si l'on veut comprendre ce que le concept d'association de drogués pouvait avoir de scandaleux. En 1992, date de parution du premier journal d'Asud, la réunion d'une poignée de toxicos revendiquant le droit de se défoncer est en soi une aberration. C'était quasi un oxymore. Le drogué ne s'associe pas sauf pour de mauvaises raisons ; c'est d'ailleurs sous le qualificatif d'association de malfaiteurs payée par l'État qu'Asud, premier groupe d'autosupport français, a commencé à faire sa pub.

La politique de réduction des risques : le Mai 68 des tox

Le sida étant une maladie politique, le remède le fut aussi. Pour ceux d'entre nous qui n'étaient pas morts, la politique de réduction des risques (RdR) nous a permis de vivre notre petit Mai 68.

Depuis la fin des années 1980, certaines voix commencent à s'élever en France pour créer une brèche dans la guerre à la drogue. La brèche a pour nom *harm reduction policy* ou politique de réduction des risques. Certains pays européens comme la Hollande, par pragmatisme, ou le Royaume-Uni pour une question de culture juridique et historique, ont déjà expérimenté cette nouvelle approche qui consiste à ne plus porter de jugement moral sur l'usage de stupéfiants, mais

de tenter d'en réduire les aspects les plus dommageables. À la même époque, la France est en tête des contaminations VIH par habitant et les usagers de drogues par voie intraveineuse jouent un rôle majeur dans la pandémie, notamment en ce qui concerne la contamination des hétérosexuels. La France a peur. Le cauchemar d'une société ravagée par le VIH commence à fissurer le front offensif de la guerre à la drogue. Déjà en 1987 une courageuse ministre de la Santé, Michèle Barzach, a brisé un tabou en abolissant le fameux décret de 1972. Une mesure qui semble-t-il lui a coûté sa carrière politique. Au-delà de la vente libre de seringues en pharmacie, la RdR consiste à généraliser l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), à créer un dispositif national d'échange de seringues, et à favoriser la création de groupes d'usagers de drogues prêts à diffuser parmi leurs pairs les techniques d'injection à moindres risques, et plus globalement les messages de prévention du VIH.

L'essor d'Asud et la promotion de la RdR sont indissociables. En 1993, Limiter la casse, un collectif animé par la sociologue Anne Coppel, figure iconoclaste de la réflexion sur les drogues en France, réunit trois entités : les usagers de drogues représentés par Asud, les militants de la lutte contre le sida de Aides, et les « *french doctors* » de Médecins du Monde. Une tripartition qui ne doit rien au hasard. Ce mouvement associatif fut un véritable espoir pour tous ceux qui souhaitaient changer la politique des drogues. La politique de RdR a réalisé une mutation dans les catégories mentales à l'œuvre en matière de drogues. On a instillé une dose de santé publique dans le « fléau de la drogue », abandonnant au passage la fantasmagorie, pour entrer de plain-pied dans le monde des réalités matérielles. Or toute analyse rationnelle, si elle est menée honnêtement, débouche nécessairement sur des conclusions de bon sens. La RdR, à la différence de la guerre à la drogue, repose sur les principes de la raison, du pragmatisme et de l'efficacité. Six mois après la remise des seringues en vente libre, les contaminations VIH entre usagers de drogues sont réduites de 80 %. Entre 1994

et 2004, le nombre de surdoses d'héroïne est divisé par trois, du simple fait de l'accès aux TSO. Un succès qui repose sur l'adhésion massive des soi-disant «victimes de la drogue». Les toxicomanes furent les principaux acteurs du système les autorisant à prendre en charge eux-mêmes les actions de prévention. Pourtant au milieu des années 1980, une commission de spécialistes avait émis des doutes sur la volonté des héroïnomanes de se fournir en matériel stérile dans les pharmacies, même pour échapper au sida... Le succès de la RdR impose un changement de paradigme qui rompt avec une approche antérieure «psychologisante» fondée sur la «pulsion de mort». La RdR représente une véritable révolution pour les héroïnomanes par voie intraveineuse, animaux nuisibles qui, à l'instar de la communauté gay, étaient menacés d'extinction.

Soyons honnêtes : sans la menace du sida, jamais la réduction des risques n'aurait obtenu son statut de politique nationale. C'est parce que les usagers de drogues ont représenté un danger objectif pour l'ensemble de la société que les pouvoirs publics ont accepté de lever un petit coin de voile sur l'inefficacité de mesures héritées des années 1970. Mais une vérité reste toujours considérée comme subversive : la guerre à la drogue est non seulement inefficace dans la lutte contre la maladie, mais elle contribue pour une grande part à la plupart des maux associés traditionnellement à l'usage de stupéfiants.

Asud : citoyens comme les autres

«Citoyens comme les autres» est le nom d'un groupe d'autosupport belge fondé à Bruxelles par Didier de Vleeschouwer en 1992, la même année que le journal d'Asud. Ce titre en forme de programme résume assez bien l'idée forte qui a présidé à la création de notre Autosupport des usagers de drogues. La notion même d'autosupport a germé hors du contexte français. Abdalla Toufik, un sociologue habitué des conférences de l'International Harm Reduction Association, la principale organisation de promotion de la RdR dans le monde, est le véritable concepteur d'Asud.

Revenu en France, c'est lui qui a pris l'initiative de réunir quelques allumés prêts à défendre l'idée que l'usage de drogues n'est ni une perversion, ni un crime, ni même une maladie, mais l'expression d'un besoin d'ivresse profondément ancré au cœur du psychisme humain. Un journaliste, Gilles Charpy, fils d'un gaulliste historique de renom, grand toxico devant l'Éternel, proposa d'abord de fonder un journal qui parlerait de drogues, fait par des tox et pour les tox. En 1992, la première édition du journal d'Asud propose dix mesures d'urgence. On est frappé aujourd'hui par la modération de ce programme et le fait que vingt ans après, il est pratiquement réalisé. La mise en place des échangeurs de seringues automatiques, l'extension de la méthadone, la visite d'un médecin lors d'une garde à vue, et même le soutien institutionnel à l'autosupport, sont devenus une réalité à partir de 1996. Mais une revendication est restée lettre morte, une seule : la fin des poursuites pénales pour des questions de simple usage. Non seulement ce n'est pas à l'ordre du jour, mais cela reste un objet politique rejeté par la quasi-totalité des partis politiques. Or le combat pour la dépénalisation est le principal ciment de l'association de drogués représentés par Asud. La plupart d'entre nous, ex-dealers, braqueurs, casseurs et voyous de toutes obédiences, n'avions qu'un objectif : devenir des citoyens à part entière, respectueux des lois sans devoir pour autant renoncer à la consommation.

«Pour son premier numéro, le journal Asud vous offre un scoop, [...] c'est notre existence elle-même, la naissance du groupe Asud et la parution de son journal», signait en juin 1992 Phuong Thao, la première présidente.

La dépénalisation récuse juridiquement l'idée de poursuivre un adulte pour des consommations librement consenties dans un espace privé. La dépénalisation s'appuie essentiellement sur la Déclaration des droits de l'homme qui affirme que la liberté de chacun s'arrête aux limites de celles d'autrui. Cette aspiration à la justice, le sentiment d'avoir été victimes d'une politique d'État, la volonté de quitter une

**SOYONS HONNÊTES : SANS LA MENACE DU SIDA,
JAMAIS LA RÉDUCTION DES RISQUES N'AURAIT OBTENU
SON STATUT DE POLITIQUE NATIONALE.**

68
69

posture de culpabilité, furent les principales motivations qui réunirent les premiers «Asudiens». Lors de nos premières rencontres, nous étions absolument incrédules sur les chances de pérennité de l'association, créée en 1993, un an après le journal. Une réunion de tox qui ait pour objet autre chose que le partage de drogues nous paraissait utopique à nous-mêmes ! Non seulement l'avenir devait démentir nos inquiétudes, mais les soutiens officiels du ministère de la Santé en 1996 ont officialisé notre slogan d'«association de mal-faiteurs financée par l'État»...

La mise en place progressive d'une véritable politique de réduction des risques, incluant l'un des accès les plus libéraux du monde aux médicaments de substitution, a contribué progressivement à élargir notre audience. Le journal d'Asud, diffusé à 4 000 exemplaires en 1992, est ensuite devenu l'organe d'expression des drogués. En 1996, l'argent du ministère et les collectes réalisées par Sidaction nous ont permis de produire 20 000 exemplaires à chaque parution, diffusés dans toute la France, et de gagner une audience qui a favorisé l'éclosion des groupes Asud partout en France, dans l'infini et au-delà.

**Drogués de tous les pays...
unissez-vous !**

L'autosupport, nous l'avons rappelé, est un concept importé de l'étranger.

Des leaders charismatiques, aujourd'hui morts du sida et tombés dans l'oubli, comme Werner Hermann, fondateur du groupe allemand JES, ou John Mordaunt, leader du groupe Mainliners au Royaume-Uni, ont profondément marqué les premiers militants français de l'autosupport.

En 1997, la VIII^e Conférence internationale sur la réduction des risques est organisée à Paris. Pour marquer l'événement, nous réunissons deux cents personnes de toutes nationalités affublées d'un tee-shirt au sigle explicite – une tour Eiffel transformée en seringue – barré du slogan «*I'm a drug user*». Deux cents gugusses vociférant pour revendiquer leur usage de drogues dans une conférence officielle où trois anciens ministres viennent de s'exprimer. Ces moments partagés ont créé des liens, consolidés au travers des relations interpersonnelles nouées avec les leaders de l'autosupport, comme Jude Byrne, du groupe australien AIVL², Mat Southwell, animateur de Respect au Royaume-Uni, ou Joergen Kjar du Drug User Union de Copenhague. Cette chaîne de solidarité est extrêmement gratifiante sur le plan émotionnel. Elle a permis à nos groupes, souvent en butte à un fort sentiment de rejet dans leur propre pays, de découvrir des homologues brillants, enthousiastes, peu enclins à s'apitoyer sur leur sort, alors que nous avions tendance à nous considérer comme une bizarrerie française. Cette chaîne de solidarité permet aujourd'hui à nos associations d'évoluer en partenariat au sein de l'International Network of People who Use Drugs (Réseau international des usagers de drogues, InpuD), présidé par Jude Byrne.

En 2003, l'association prend une nouvelle dimension avec l'organisation des États généraux des usagers de substitution (Egus)³. Cet événement annuel est conçu comme un lieu d'échange avec l'ensemble des acteurs, usagers, professionnels du soin, simples citoyens. Notre conception de la prise de parole des usagers reste liée à l'idée fondamentale que les drogues font partie du champ des possibles de toute trajectoire humaine et que, comme l'a souligné justement Nicole Maestracci, responsable de la politique des drogues en France entre 1998 et 2002, un monde sans drogues, ça n'existe pas. Hélas, cette embellie est combattue par une alliance hétéroclite entre adversaires de la politique de RdR et tenants de la médicalisation totale, à savoir deux compères historiquement liés, l'ordre moral et l'ordre sanitaire.

Le tournant addictologique ou la politique du coucou

La réduction des risques est une condition nécessaire mais pas suffisante pour changer les représentations en matière de drogues. L'un des messages politiques de Limiter la casse et d'Asud fut d'insister sur le rapprochement entre drogues licites et illicites dans un souci pédagogique. Il fallait jouer sur les possibilités d'identification entre, par exemple, le cannabis et la consommation traditionnelle de vin, le cœur de la démonstration étant de casser les représentations négatives du drogué en insistant sur la responsabilité individuelle des consommateurs et le caractère festif de leurs motivations. Pourquoi ce qui est concevable pour neuf dixièmes des consommateurs récréatifs de bons crus issus de nos terroirs ne le serait pas pour les usagers d'autres psychotropes ? Une succession de rapports issus de l'administration sanitaire ont conforté la thèse de l'inanité de la classification légale d'un produit sur le seul critère pharmacologique.

On aurait pu croire que, pour une fois, la technocratie médicale allait sortir les usagers de drogues illicites d'un ghetto inepte d'un point de vue scientifique. C'est l'inverse qui s'est produit. À partir des années 2000, une nouvelle discipline émerge sur les décombres d'une réduction des risques vidée de son message politique majeur sur le rôle central des usagers. C'est l'élaboration conceptuelle de l'addictologie, une discipline hospitalo-universitaire animée par les nouveaux mandarins du champ, pour la plupart des psychiatres issus de l'alcoolologie. Un véritable hold-up qui emprunte à la RdR son rationalisme mais ignore superbement son combat citoyen.

Tout devient «addictions» : le jeu, le sexe, l'héroïne, l'ordinateur, le crack, le café, le cannabis, le chocolat... La stigmatisation des personnes et le manque d'informations fiables sur les drogues illicites, le rôle historique de la guerre à la drogue dans la répression des quartiers populaires... : autant de sujets qui sont purement et simplement évacués du débat. L'industrie pharmaceutique (les fabricants de traitements de substitution) et la hiérarchie hospitalo-universitaire (les promoteurs de

EN 2003, ASUD ORGANISE LES ÉTATS GÉNÉRAUX DES USAGERS DE SUBSTITUTION (EGUS). CET ÉVÉNEMENT ANNUEL EST CONÇU COMME UN LIEU D'ÉCHANGE AVEC L'ENSEMBLE DES ACTEURS : USAGERS, PROFESSIONNELS DU SOIN, SIMPLES CITOYENS.

nouvelles chaires d'addictologie) entrent dans la danse, renvoyant les pionniers de la RdR à leurs rêves inaudibles de sortie de la prohibition. Quant aux usagers, on leur assigne une place de patients souffrant d'une pathologie «chronique récidivante» (comme expliqué dans le DSM-IV, manuel de référence sur les troubles mentaux), le rôle de leurs représentants, comme Asud, se bornant à relayer les problèmes de compliance et d'«adhésion» aux TSO, considérés comme des traitements à vie. Pour verrouiller le dossier, la recherche fondamentale en sciences dures (neurobiologie, génétique) investit le champ des drogues, ce qui en soi n'est pas une mauvaise nouvelle ; mais ce nouvel acteur ne fait que renvoyer les usagers au monde de la pathologie mentale, renforçant un peu plus l'exclusion sociale mise en place par la guerre à la drogue. En quarante ans, nous sommes passés des notions transgressives (délinquance, contre-culture, marginalité), au monde de la précarité sociale, de la maladie mentale et du traitement à vie.

Les conséquences pratiques de cette inflexion conceptuelle furent rapides. Après la dissolution du collectif Limiter la casse, en 1997, Asud se retrouve seul, en tête à tête avec un système pénal toujours plus orienté vers un renforcement de la répression. Notre ultime parade fut la transformation progressive d'Asud en association de patients admise seulement à porter la parole de victimes des «addictions», le nouveau paradigme en vogue.

Malades chroniques ou délinquants récidivistes ?

L'histoire d'Asud se résume ensuite à un alignement progressif de l'association sur

l'évolution très médicalisée de la RdR. En 2007, nous avons obtenu l'agrément du ministère de la Santé pour «représenter les usagers du système de soins». Cette conformité administrative est devenue ces dernières années une obligation politique. L'adoption massive de la RdR par les usagers a pratiquement sorti la toxicomanie des statistiques du sida : en 2010, ils représentaient 0,4 % des nouvelles contaminations. Cette victoire de la vie contre la mort a paradoxalement brisé notre légitimité. L'existence d'associations de drogués n'est plus tolérée dès lors que nous ne représentons plus un danger global. Une première campagne baptisée «Drogues, l'autre cancer», impulsée par une commission parlementaire en 2003, a nommément demandé l'arrêt du financement d'Asud au nom de

la lutte contre la drogue. Quatre ans après, avec l'élection de Nicolas Sarkozy à la présidence de la République, un nouveau «*drug czar*» (ou président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Mildt) donne une traduction concrète à cet oukaze de la droite la plus dure en supprimant une partie du soutien financier d'Asud.

L'épilogue est une conséquence de l'avènement d'un nouveau paradigme addictologique. D'une association de drogués militant pour le droit de se droguer, nous sommes devenus une association de malades chroniques destinés à relayer des demandes de prise en charge. Ce changement de nature est sans doute à mettre au compte de la défaite idéologique subie par la réduction des risques dans son ensemble depuis que le sida ne représente plus une menace pour la société. En théorie comme dans les faits, l'alliance de la matraque et du stéthoscope rappelle curieusement celle du sabre et du goupillon qui sut maintenir les classes dangereuses à l'extérieur du périmètre démocratique pendant des siècles. Notre espoir repose maintenant sur les autres méfaits induits par la guerre à la drogue : violence, rackets, guerre de gangs, émeutes à caractère ethnique. Michelle Alexander, une juriste américaine, vient de créer la polémique en démontrant, chiffres à l'appui, que la guerre à la drogue mise en place par Nixon en 1969 fut une manière détournée de reprendre le contrôle des Noirs du ghetto, après l'offensive des droits civiques des années 1960⁴. Dans le même ordre d'idée, de plus en plus de chefs d'État d'Amérique latine contestent l'efficacité de la guerre menée par les États-Unis dans leurs pays respectifs sous le prétexte de casser une production de stupéfiants dont la population américaine est la première bénéficiaire. Ces nouveaux obstacles dressés contre la croisade mondiale contre la drogue laissent supposer que les arguments sanitaires ne suffisent pas à renverser un système politico-moral toujours considéré comme le credo officiel des Nations unies. ■

1. Vincent Ravallec, «*Un pur moment de rock'n roll*», Le Dillétante, 1992.
2. Australian Injecting and Illicit Drug Users League.
3. Le terme substitution sera remplacé par celui de substances en 2006.
4. Michelle Alexander, *The New Jim Crow. Mass incarceration in the age of color blindness*, The New Press, 2010.



FEMMES STUPÉFIANTES

Erin O'Mara

72
73

L'Histoire à montré que de tous temps, les femmes ont consciemment cherché à s'évader à travers les drogues. Elles ont fait ces expériences avec courage, vécu dangereusement et écrit sur le sujet avec éloquence.¹

Dans ma jeunesse, en Australie, j'étais fascinée par les histoires et les images que diffusaient les médias sur les drogues. Les journaux proposaient régulièrement des dossiers sur le sujet. Toujours les mêmes photos en noir et blanc où l'on voyait des gens se chuchoter quelque chose à l'oreille et la substance illégale passer furtivement d'une main à l'autre. Toujours les mêmes jeunes androgynes adossés aux lampadaires, clope au bec, yeux fermés, visages décharnés. Et pourtant, invariablement, cette expression d'intense satisfaction. Quel secret cachaient-ils au reste du monde?

J'étais surtout friande des histoires personnelles, des reportages relatant la descente aux enfers de telle personne, la manière dont elle s'était elle-même dépossédée de sa vie d'avant, dont elle est s'était coupée du monde, dont elle avait tout sacrifié pour l'héroïne ou la cocaïne. Ces histoires étaient immanquablement

accompagnées de l'indispensable photo « avant/après », à gauche, l'adolescent dégingandé, souriant maladroitement sur sa photo de classe, et à droite, celui qui n'était plus que l'ombre de lui-même. Les parents témoignaient de l'inquiétude insoutenable d'avoir perdu leur enfant à jamais, puis le journaliste interrogeait les spécialistes. Ces spécialistes insistaient sur le comportement de « l'accro », la manipulation des proches, les mensonges et la perte de contrôle... tout cela contribuant à créer et renforcer le profil social d'un autre, un « junky ».

Je fixais la photo de droite, puis celle d'après, et j'étais emportée par ce visage livide, attirée par l'histoire qu'il racontait, cette vie sacrifiée, poussée hors des rails par une pulsion indéfinissable, par la force d'une simple substance au nom héroïque.

Ils semblaient savoir quelque chose que j'ignorais. Ils (les « tox ») avaient pris un chemin que la société condamnait et avaient choisi de s'amuser. En devenant accros ils avaient décroché, botté en touche, refusé le costume, l'emprunt immobilier, le mât de cocagne. Les médias, eux, les photographiaient en cachette, jouaient les voyeurs pour des masses à la fois répugnées et fascinées. Les *junkies* semblaient vulnérables et intouchables et les drogues, elles, étaient cool et dangereuses. Une combinaison propice aux mythes et à l'illusion, idéale pour exploiter les peurs et la fascination du public.

Depuis près de quinze ans, **Erin O'Mara** milite sur le plan international en faveur des usagers de drogues, au travers d'écrits et de prises de parole ainsi que de la rédaction de rapports sur les difficultés qu'ils rencontrent. Elle écrit actuellement pour *Input* et *Black Poppy*, un magazine et webzine britannique créé par des usagers de drogues pour les usagers de drogues, qu'elle a elle-même cofondé avec Chris Drouet.

Mais il n'y avait pas que les médias. Pour ceux qui, comme moi, ont grandi dans les années 1970, 1980 et 1990, l'image des drogues illicites a été savamment colorée, «packagée» et vendue par le capitalisme. Elle a envahi la musique, les vêtements, le cinéma, les marques, les loisirs et même le mode de vie des jeunes, qui pouvaient s'identifier au *junky* maudit, au hippie utopiste, ou encore au raveur hédoniste.

C'est alors qu'est (ré)apparue une femme d'un nouveau genre : chancelante sous un soleil psychédélique, seringue dans une main, Valium dans l'autre, balayant d'un battement de cil l'angoisse des classes moyennes bien pensantes. Une nana qui avait vu du pays. Et quelle que soit la femme, quelle que soit son histoire, toujours ce même portrait dans la presse, manichéen, simpliste, facile à digérer.

Dans le sillage du succès des *Confessions d'un mangeur d'opium anglais*² dans les années 1850, l'image du toxicomane-type était essentiellement, non, exclusivement masculine. La simple idée qu'une femme puisse être assez courageuse pour s'essayer à des substances «étrangères» était aussi impensable que celle qu'une femme puisse penser par elle-même. Il est toutefois intéressant de noter que les drogues, elles, étaient dotées d'une identité sexuée. Comme le signale Marcus Boon dans son ouvrage *The Road of Excess*, cette identité était notable dans la littérature française, et l'est d'ailleurs toujours aujourd'hui. Selon l'auteur, les drogues elles-mêmes étaient, dans la littérature française de l'époque, représentées comme des tentatrices, telles Salomé ou Circé l'Odysseenne. L'héroïne n'était-elle pas surnommée la «fée blanche», la morphine la «fée grise», l'opium «l'idole noire» et l'absinthe la «fée verte»? La drogue séduisait les hommes par sa beauté et les plaisirs qu'elle promettait, puis les menait au chaos. Boon remarque encore que ces métaphores ne font qu'épouser les stéréotypes récurrents de la femme séductrice, traîtresse, menteuse et destructrice, et étayent le discours prévisible qui décrit la drogue et l'addiction, comme sources de la ruine des hommes.³

Depuis la moitié du XIX^e siècle et les premiers articles de presse relatant, sporadiquement, des histoires d'abus de drogues impliquant des femmes, les descriptions de femmes consommatrices de drogues ont suivi un chemin des plus sinueux.

D'un côté, on trouve l'usagère de drogue version «petit chaperon rouge» : l'enfant dans un corps de femme, attirée malgré elle, comme un aimant, la fille vulnérable déroutée du droit chemin par son amant (traditionnellement un homme plus vieux). Une femme qui, à trop vouloir faire plaisir, s'est retrouvée trahie par le vilain garçon (noir, de préférence). À l'opposé, on trouve la traînée, la catin, la tentatrice. La beauté aux cheveux de jais qui entraîne les hommes vers un destin tourmenté et misérable. Il y a aussi les clichés familiaux de la clocharde injurieuse, de l'ado maigrichonne qui s'amuse à faire peur aux bambins dans la rue, ou encore, plus récemment, de la garçonne en jogging. Et bien sûr, quelque part au milieu de ce beau portrait de famille, la toxico internée en psychiatrie : suicidaire, larmoyante et hagarde.

Voilà en somme l'éventail des représentations des femmes usagères de drogues au fil des siècles : nous sommes loin, très loin de la réalité. Une sorte d'amnésie historique, prompte à nous faire croire que chaque répétition n'est qu'une mode et non le reflet d'une tendance à long terme. Plus récemment, les *crack moms* et autres *welfare queens* (championnes de la fraude aux allocs) américaines sont venues s'ajouter à la liste. Toutes correspondent à des représentations préconçues des mères usagères de drogues, qui ont fait énormément de tort à ces femmes dans leur «vraie» vie. C'est par exemple à ces purs fantasmes médiatiques que l'on doit, aux États-Unis, certaines lois particulièrement sévères. Dans certains états, les femmes enceintes qui consomment de la drogue peuvent désormais être accusées de tentative de meurtre.

Dans son ouvrage *From Witches to Crack Moms*, Susan Boyd, relate comment, lors des procès, les idées reçues, diffusées par les médias et les déclarations médicales non confirmées -sur les dommages causés au fœtus et les dangers pour la

contre les drogues, une position passive, impuissante.

Ce n'est certes pas le seul domaine où les femmes portent ce fardeau. Certains

**C'EST ALORS QU'EST (RÉ)APPARUE UNE FEMME D'UN NOUVEAU GENRE :
CHANCELANTE SOUS UN SOLEIL PSYCHÉDELIQUE, SERINGUE DANS UNE MAIN, VALIUM DANS L'AUTRE,
BALAYANT D'UN BATTEMENT DE CIL L'ANGOISSE DES CLASSES MOYENNES BIEN PENSANTES.**

74
75

santé des mères usagères de drogues illécitables, sont utilisées comme de véritables preuves par les procureurs, et non comme des représentations sociales.⁴

On considère depuis longtemps que les femmes qui consomment de la drogue alors qu'elles sont enceintes empoisonnent volontairement leur enfant. Elles sont, à ce titre, reléguées au ban de la société moderne, parmi les groupes les plus stigmatisés.

De Billie Carleton à Whitney Houston en passant par Marianne Faithfull et Courtney Love, les usagères de drogues continuent de faire les choux gras des tabloïds, de voir leur parcours déformé au gré des éditeurs et de leurs histoires prémâchées qui, quotidiennement, entretiennent la colère, la honte et l'inquiétude de leurs lecteurs. Comment expliquer que ces femmes soient cantonnées au statut si peu représentatif de victimes silencieuses ? Plus grave, dans quelle mesure ces images de femmes impuissantes nous ont-elles éloignés du niveau minimal de compréhension de l'addiction nécessaire à notre survie au *xxi*^e siècle ?

Du papier glacé à la réalité

Voilà trop longtemps que la femme consommant des drogues est cantonnée au rôle de victime, trahie, enrôlée, contrainte, piquée de force. Toujours la copine, la « femme de », la mule. Celle qui veille sur sa dope à lui, celle qui, sur le siège passager incliné, ne conduit jamais et se laisse entraîner vers des destinations qu'elle ne fait que deviner. Dans l'histoire savamment ficelée des drogues illicites, la position par défaut de la femme usagère est devenue, dans cette guerre mondiale

éléments se reproduisent invariablement dès qu'elles choisissent de s'écarter du stéréotype de la passivité et de leur rôle nourricier. Toute société cherche à étiqueter et à affaiblir ce qui lui fait peur et ce qu'elle ne comprend pas. Mais dans le cas des usagères de drogues, ce phénomène étouffe les voix de nombreuses aventurières d'aujourd'hui, courageuses et réfléchies, et continue de cacher les difficultés qui émaillent chaque jour la vie de milliers de femmes toxicomanes.

Quand les entraves fusionnent

Si l'on veut réellement comprendre ce que vivent les femmes usagères de drogues au *xxi*^e siècle, et où elles se situent dans le débat sur les drogues, il est essentiel de nous débarrasser des politiques relatives au genre et des entraves de la prohibition. Il nous faut également déconstruire minutieusement le traitement de l'addiction lui-même.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que les femmes qui consomment des drogues sont les premières victimes de la guerre anti-drogues et de la plupart des mécanismes de contrôle social qui régissent la société. Criminologues, médecins, psychiatres, politiciens, économistes, sociologues, addictologues... Tous ont développé des techniques de « gestion » des usagères de drogues, et, comme l'indique Henderson, tous se disputent la médaille de la moralité.⁵

L'étude et le traitement de l'addiction renvoient à une pathologie qui, ajoutée au credo prohibitionniste, aboutit à un véritable trafic d'usagers de drogues par un réseau grandissant de centres de cure, de cliniques, d'hôpitaux, de résidences, de

centres de désintoxication et autres services de probation, tous destinés à les prendre en charge, les soigner, les châtier ou même à les droguer. En ce qui concerne les femmes, on assiste à la création d'une atmosphère étouffante où les attentes inflexibles de la société vis-à-vis des femmes ont fusionné avec les symptômes de ce que Fagan a appelé «l'altérité» du toxico⁶. D'autres défendent que les femmes consommant des drogues sont vues comme doublement déviantes : à la déviance sociale liée aux normes comportementales vient s'ajouter une déviance de genre vis-à-vis de leur rôle séculaire de mères nourricières. Mais pour les femmes toxicomanes d'aujourd'hui, c'est encore bien plus compliqué que cela.

La prise en charge des femmes

Une femme qui pousse la porte d'un centre de soins ou de désintoxication a peu de chances d'être accueillie comme une personne à part entière, avec une histoire à raconter. Ses diverses expériences avec les drogues, ses sensations dans l'intimité sous leur emprise, son impression de conscience multipliée, ou même les moyens qu'elle a trouvés de continuer à se droguer modérément et sans danger sont rarement abordés ou considérés comme des éléments thérapeutiques ou pratiques.

Selon de nombreux chercheurs en sciences et en sociologie, il y a quelque chose de l'ordre du primal dans le désir de tester les limites de nos sens et de nos émotions. Un désir profondément ancré dans chaque être humain. Selon ces mêmes chercheurs, en matière de drogues, les rituels d'aujourd'hui ont simplement supplanté ceux d'hier. Si nous considérons notre consommation de drogues comme la «norme» et non comme une déviance, et comme historique plutôt que contemporaine, nous serions peut-être mieux à même de trouver le chemin de la modération, du plaisir et du contrôle. Nigel South, dans son ouvrage de référence *Drugs, Cultures, Controls & Everyday Life*, pose d'ailleurs la bonne question : la sobriété est-elle vraiment la norme ?⁷

Cependant, il est vrai qu'au moment où une femme pousse la porte du centre de soins, elle a déjà perdu l'essentiel de son esprit aventurier. Les lois prohibitionnistes et ses connexions avec le marché noir l'ont probablement laissée sur la paille, endettée, sans abri ou hébergée à droite à gauche, peut-être même en liberté conditionnelle. Elle a peut-être fait une overdose, perdu des amis proches, et déjà tenté la désintox à plusieurs reprises. Intégrer au protocole thérapeutique des discussions à propos de l'esthétique de sa consommation de drogues n'est donc pas, et c'est compréhensible, une priorité des soignants. Cela dit, cet aspect ne devrait pas être banni d'entrée de jeu des échanges. En parler pourrait même jouer un rôle important dans la réappropriation de son usage de drogues et dans l'auto-détermination qui l'entoure.

Outre le cirque médiatique, les fameux tests et les innombrables étapes que doivent franchir les femmes avant d'avoir accès à des prescriptions ou à des traitements de substitution aux opiacés (TSO) tels que la méthadone ou le Subutex® les familiarisent rapidement avec le langage culpabilisant de «l'addiction» qu'elles devront employer le temps de leur traitement, et même au-delà. Encouragées à utiliser la gamme complète des clichés avilissants pour décrire leur relation avec la drogue, ces femmes, si elles veulent pouvoir accéder aux traitements, n'ont d'autre choix que d'adopter ces expressions éculées. C'est également la seule technique homologuée pour toute femme qui espère récupérer ses enfants auprès des services sociaux.

Il n'y a qu'un chemin vers l'abstinence, et il est loin d'être individuel

La règle est la même dans la quasi-totalité des services de prise en charge des usagers de drogues : si une femme compte un jour «en sortir», sa relation avec les drogues, et le plaisir que ces dernières lui procurent, doivent être tués dans l'œuf. Le sevrage, c'est un peu le dernier train dans lequel la société fait monter les tox,

en route vers une destination unique, sans marche arrière possible. Pas de voie alternative. Une seule et unique voie choisie par la société.

Nous devons garder à l'esprit la difficulté que représente la mise en place d'un climat de confiance entre les femmes et l'encadrement en matière d'expériences agréables avec la drogue. C'est une constante : les femmes usagères de drogues qui sont passées par un centre de soins témoignent invariablement des difficultés qu'elles ont eues

**VOILÀ TROP LONGTEMPS QUE LA FEMME CONSOMMANT
DES DROGUES EST CANTONNÉE AU RÔLE DE VICTIME,
TRAHIE, ENRÔLÉE, CONTRAINTE, PIQUÉE DE FORCE.
TOUJOURS LA COPINE, LA « FEMME DE », LA MULE.**

à parler de leurs expériences dans leur ensemble, c'est-à-dire y compris des moments de plaisir. Ces difficultés sont encore plus grandes lorsque l'usagère est mère de famille : la peur de voir ses enfants emmenés par les services sociaux est si grande qu'elle empêche même de nombreuses femmes, partout dans le monde, de pousser la porte d'un centre de soins. Dans certains pays, les TSO sont ouverts aux mères, mais la consommation continue de drogues illicites est, elle, totalement interdite, qu'elle soit problématique ou non. Notre compréhension des besoins des mères usagères de drogues et de leurs enfants reste donc confidentielle, et largement inadaptée. Quant aux travaux de recherches, ils sont souvent incomplets ou biaisés.

Ce qui fait cruellement défaut, ce sont des entretiens qui encourageraient les

femmes à modérer, contrôler, voire même à retrouver du plaisir dans leur consommation de drogue ; à échanger sur le rôle que les relations de pouvoir homme-femme, l'économie, la société et la pénalisation ont pu jouer dans les difficultés qu'elles ont rencontrées. Sans ces discussions de fond, doit-on s'étonner du fait que les traitements soient si inefficaces sur les femmes, et les privent à ce point de leur autonomie ?

Les services (des centres de soins aux cures de désintox) disponibles en Europe et dans le monde sont toujours totalement inadaptés aux besoins d'une majorité de femmes dépendantes aux opiacés et/ou aux stimulants : des horaires d'ouverture stricts et inadaptés aux mères de famille, un accès limité pour les femmes séropositives, peu ou pas de structures d'accueil pour les enfants ou d'aide aux parents, un personnel peu ou pas formé à la prise en charge de la violence domestique, un manque cruel de pharmaciens prêts à superviser les doses en présence d'autres clients, et très peu d'intervenants sensibles aux différences culturelles pour les femmes issues par exemple des communautés rom ou musulmane, où le fait d'être reconnue « toxicomane » peut avoir de graves conséquences.

Les femmes ont besoin d'un éventail de points d'accès au sein de leur communauté, à bas seuil et adaptés à leurs besoins. C'est dans leur propre environnement, là où elles se sentent le plus en sécurité, que nous devons apporter à ces femmes des messages positifs et de soutien. Nous devons passer par des activités telles que l'entraide entre usagers, la sensibilisation par les pairs et les programmes de tutorat, qui, bien qu'efficaces, sont constamment sous-financés. Ces activités sont pourtant particulièrement adaptées aux jeunes filles, dont la dépendance n'est peut-être pas encore installée mais dont la consommation peut les conduire à un risque accru de violence. Nous devons nous adapter à la manière dont les jeunes femmes d'aujourd'hui communiquent avec leurs pairs, moderniser nos modes de diffusion de l'information en utilisant par exemple les réseaux sociaux. Nous

devons également proposer aux jeunes femmes des moyens novateurs d'échanger entre elles sur leur consommation de drogues et d'alcool, loin des clichés et des idées reçues, et promouvoir un nouveau langage, qu'elles se sont déjà approprié, basé sur la responsabilisation, l'usage contrôlé et limité, et l'autonomie.

Fort heureusement, il existe aujourd'hui quelques régions dans le monde où la prise en charge et l'information concernant la consommation de drogues semblent s'être libérées du carcan de la santé publique et de la législation pour rejoindre leur milieu d'origine : la société elle-même.

Les femmes tox et la politique

Influencé d'un côté par les conceptions étreiquées sur le genre qui ont donné naissance aux différents mythes qui entourent les femmes et la drogue, et de l'autre par le discours victimisant répandu par le corps médical, le débat général relatif aux drogues a tour à tour ignoré, évincé, ou parlé en lieu et place des femmes usagères de drogues.

C'est en répondant elles-mêmes aux besoins de leur communauté que les usagères de drogues ont trouvé une place, notamment lors des premières années difficiles du VIH/sida, par le biais d'activités d'échange de seringues et de sensibilisation. Puis, à mesure que la réduction des risques s'est imposée comme cadre de prévention et de traitement, les femmes ont peu à peu pris la parole en tant que militantes. Les usagers de drogues ont eux aussi dû accepter de parler des drogues sous l'angle des risques, la seule manière jugée légitime d'aborder le sujet en public. Toute autre approche a toujours été considérée comme irresponsable. Si l'approche RdR permet aux usagers de drogues de se rassembler et d'élaborer ensemble des stratégies visant à protéger la santé et la situation financière de leurs diverses communautés, elle n'a pas donné entière satisfaction. Pourquoi ? Parce que les risques, potentiels ou avérés, associés à l'usage de drogues ne sont que la partie émergée

de l'iceberg. En matière de compréhension des pratiques liées aux drogues, nous ne parvenons jamais à obtenir un point de vue exhaustif, qui prenne en compte, par exemple, la problématique hommes-femmes, ou même des sujets aussi peu abordés que le plaisir, l'esthétisme, ou la fascination exercée par les drogues dans nos cultures, passées ou présentes. Cela ne fait que maquiller la vérité des rapports qu'entretiennent les gens avec les drogues.

Les oubliées du féminisme

Dans les années 1990, avec la féminisation du VIH/sida, les divers courants du féminisme ont trouvé un point de convergence et, lentement, les militantes de la réduction des risques, les travailleuses du sexe et les militantes de la condition des femmes ont commencé à se rapprocher. Le monde de la prostitution a peu à peu,

**LES FEMMES ONT BESOIN D'UN ÉVENTAIL
DE POINTS D'ACCÈS AU SEIN DE LEUR COMMUNAUTÉ,
À BAS SEUIL ET ADAPTÉS À LEURS BESOINS.**

avec l'aide des organisations de la société civile, acquis une certaine légitimité, et les femmes ont progressivement faites leurs expériences des travailleuses du sexe, légal ou illégal. Ironie du sort, les travailleuses du sexe usagères ou ex-usagères de drogues ont rapidement été écartées. Évincées par les prostituées « normales », qui ressentaient le besoin de s'éloigner des prostituées tox pour faire fructifier le peu de reconnaissance sociale qu'elles avaient acquise. Les travailleuses du sexe usagères de drogues ont été reléguées au rang de « victimes silencieuses » dont l'existence se résumait, pour le public, à être enrôlées, abusées ou sous la coupe des proxénètes. Cette vision de la prostitution est d'ailleurs toujours répandue parmi les féministes de la vieille école pour qui tout ce qui a trait au commerce du sexe n'est qu'avilissement et exploitation de la femme.

Cette influence et ces liens étroits doivent également s'appliquer sans retenue à la cause des femmes usagères de drogues : tout le monde a à y gagner. En parallèle

L'IDÉE SELON LAQUELLE TOUTE FEMME EST LIBRE DE DISPOSER DE SON CORPS COMME ELLE L'ENTEND, ET DONC D'Y INJECTER LES SUBSTANCES DE SON CHOIX N'EST-ELLE PAS CELLE POUR LAQUELLE LES MILITANTS PRO-AVORTEMENTS SE SONT BATTUS ARDEMMENT PENDANT DES DÉCENNIES ?

78
79

Il est déconcertant de constater à quel point les femmes elles-mêmes s'évertuent à museler, ou simplement à ignorer, leurs pairs usagères de drogues.

Comble du désenchantement, j'ai bien peur qu'en essayant de s'ouvrir à l'expérience des usagères de drogues, les femmes elles-mêmes n'aient trouvé un certain confort dans le fait de les poser en victimes. En espérant obtenir des financements pour les services adaptés aux femmes, en voulant polir le discours concernant les femmes marginalisées, les féministes n'en ont-elles pas trop fait ? N'ont-elles pas rendue impossible l'expression de la diversité et de la profondeur des expériences des femmes usagères de drogues ? Sommes-nous à nouveau en train de victimiser les femmes ? Pourquoi est-il toujours impossible de parler de l'autodétermination des femmes, ou même, grands dieux, de plaisirs solitaires ?

Dans une série de blogs passionnants, McLelland et Travis s'interrogeaient récemment sur la place – inexistante – du discours féministe sur la consommation de drogues et d'alcool dans le panorama intellectuel contemporain, mais aussi sur les campus universitaires, dans la santé publique, et dans l'histoire même du féminisme, ou de la « libération de la femme », comme l'appellent les plus radicales.

Quel avenir pour les usagères de drogues ?

Pour conclure, alors que nous commençons à voir le mouvement féministe réagir à la féminisation de l'épidémie de VIH/sida, nous assistons à des progrès notables en faveur de la cause des femmes séropositives de par le monde.

du développement des mouvements internationaux des usagers de drogues et de la réduction des risques, aujourd'hui menés par des femmes brillantes et courageuses, les féministes de deuxième et troisième génération doivent accroître leur coopération avec les usagères de drogues, et ce de manière novatrice, politique et sincère. Il y a bien une raison au fait que les préjugés qui entourent la consommation de drogues illicites continuent d'entraver, voire de réduire à néant les fragiles avancées obtenues de haute lutte par les usagères de drogues. Les féministes d'aujourd'hui devraient se regarder dans la glace et se remettre en question.

Ne réclamons-nous pas nous aussi la libération de la femme ? L'idée selon laquelle toute femme est libre de disposer de son corps comme elle l'entend, et donc d'y injecter les substances de son choix tant qu'elle ne fait pas de mal à autrui, n'est-elle pas celle pour laquelle les militants pro-avortement se sont battus ardemment pendant des décennies ?

Nous devons également libérer la réduction des risques de l'obsession dont nous entourons les risques liés à l'usage de drogues, de manière à évoluer vers une nouvelle approche, plus ouverte, qui nous permettra d'aborder et de réellement comprendre la consommation de drogues. Ce chiasme idéologique sera sans doute controversé, mais il est indispensable si nous voulons un jour libérer les femmes des représentations erronées qui leur collent à la peau.

Tout comme dans le domaine de l'addictologie, la plupart des études menées sur les substances psychoactives (cannabis, produits de synthèse, hallucinogènes,

opioïdes, stimulants, plantes enthéogènes, champignons, etc.) l'ont été par des hommes. Et dans le domaine de l'addictologie, les sensations et perceptions décrites lors de la découverte et de l'utilisation de ces substances ont toujours été interprétées d'un point de vue exclusivement masculin. La légalisation, ou plutôt la réglementation de leur usage, engendrera elle aussi des risques, alors même que nous sautons allègrement dans les bras de *Big Pharma* (l'ère du lobby des grands laboratoires pharmaceutiques), un environnement dans lequel les femmes comme les toxicomanes ont toujours été méprisés et considérés comme des cas pathologiques. Il appartient donc à chacun d'entre nous, et aux femmes en particulier, de maintenir le niveau croissant de sensibilisation sur ces thèmes ainsi que sur les campagnes fallacieuses de marketing pharmaceutique qui ne manqueront pas d'être lancées, mais aussi de faire que les femmes restent informées et mobilisées au sujet des évolutions politiques et pharmacologiques déterminantes, qu'une potentielle légalisation ne manquera pas d'engendrer. Il est essentiel de parvenir à impliquer les femmes dans ces dynamiques, de Londres à Kaboul, de New York à l'Afrique du Sud. C'est là le seul moyen de mieux nous préparer à l'avenir incertain qui nous attend. ■

1. Cynthia Palmer & Michael Horowitz (eds), *Shaman Woman, Mainline Lady: Women's Writings on the Drug Experience*, Morrow, New York, 1982.
2. Thomas De Quincey, *Confessions of an English Opium Eater*, London Magazine, London, 1821.
3. Marcus Boon, *The Road of Excess: a History of Writers on Drugs*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 2004.
4. Susan Boyd, *From Witches to Crack Moms: Women, Drug law and Policy*, Carolina Academic Press, Durham, N.C., 2004.
5. Dorothy J. Henderson et al., «Women and illicit drugs: sexuality and crack cocaine», *Health Care for Women International*, vol. 16, no. 2, pp. 113-124, 1995.
6. Jeffrey Fagan, «Women and drugs revisited: female participation in the cocaine economy», *Journal of Drug Issues*, vol. 24, no. 2, pp. 179-225, 1994.
7. Nigel South, *Drugs: Cultures, Controls and Everyday Life*, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, 1996.



PERSPECTIVES

CONTEXTUALISER LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PROSTITUÉES

*enjeux moraux et politiques du traitement sociétal
d'une activité stigmatisée*

Marion David

82
83

Située à la confluence d'une série de tensions autour de la sexualité, des relations de genre, de la mondialisation économique et de la régulation de l'espace public, la prostitution suscite des jugements de valeur diamétralement opposés et étroitement associés à des postures inconciliables concernant les modalités de son encadrement juridique. Ainsi, le spectre des conceptions de cette activité se déploie entre deux pôles antagoniques, selon qu'on la considère comme une relation contractuelle impliquant l'échange d'une prestation sexuelle contre rémunération, ou, au contraire, comme une forme d'exploitation fondée sur la mise à disposition d'un corps pour satisfaire le plaisir d'autrui. Du fait de ces dissensions, la plupart des expressions utilisées sont fortement connotées et reviennent à signifier l'appartenance du locuteur à une communauté d'opinion : tandis que certains désignent l'activité concernée en tant que «commerce de services sexuels» ou «travail du sexe», d'autres la qualifient de «marchandisation du corps», voire d'«esclavage sexuel», prenant place au sein d'un «système prostitutionnel».

Dans le même temps, la stigmatisation des personnes qui se prostituent constitue une réalité des plus prégnantes, car la prostitution demeure une pratique construite comme une déviance, qui «disqualifie et

empêche d'être pleinement accepté par la société»¹. Celles-ci doivent donc faire face quotidiennement à cette condamnation, qu'elle se manifeste à travers les violences auxquelles elles sont exposées dans l'exercice de leur activité, ou au sein de leur vie privée dans laquelle ce stigmate se révèle un facteur important d'isolement social.

Comment comprendre la véhémence de la controverse idéologique ainsi que l'ampleur du discrédit qui affecte les personnes se prostituant ? De quelle manière l'encadrement juridique de la prostitution contribue-t-il au maintien de cet opprobre ? Dans quelle mesure, enfin, l'émergence des actions de santé et de réduction des risques a-t-elle représenté une rupture dans le traitement sociétal de cette activité ? C'est à ces interrogations que nous allons tenter de répondre, en nous appliquant à rendre compte de la complexité du fait prostitutionnel, en tant que catégorie sociale contingente, dont le contenu varie d'une société à l'autre et d'une culture à l'autre.

Saisir dans leur épaisseur historique les fondements sociaux de la condamnation attachée à la prostitution

Lorsque l'on examine l'origine du vocable «prostitution», on constate qu'il s'agit d'un emprunt au latin chrétien *prostitutio*, signifiant «profanation, débauche», de sorte que, depuis le ^{xiii}e siècle, ce mot désigna le fait de se livrer à l'impudicité pour une femme². Si le sens de cette qualification s'est progressivement déplacé à partir de la fin du ^{xvii}e siècle au profit de l'acception «livrer son corps moyennant rémunération», on mesure pleinement, au

Marion David termine actuellement un doctorat de sociologie à l'université de Nantes et à l'université catholique de Louvain en Belgique. De 2007 à 2010, elle a été allocataire de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS, France). Sa thèse porte sur l'action publique relative à la prostitution et plus particulièrement sur les interventions de santé conduites en direction des personnes se prostituant, en France et en Belgique.

regard de son étymologie, la charge péjorative qu'elle contient. Ainsi, les travaux des historiens ont montré qu'au Moyen Âge l'aspect vénal n'était pas central dans l'attribution du statut de prostituée, puisque celui-ci pouvait également être assigné aux femmes dont l'attitude était jugée immorale en vertu de la conception chrétienne de la nature féminine et de l'ordre sexuel matrimonial. Cet état était avant tout appréhendé comme une identité intrinsèque, marquant une inclination au péché et à la subversion de l'autorité masculine, plus qu'il ne renvoyait à un comportement spécifique ou à une occupation lucrative. Dans cette perspective, le fait qu'une prostituée puisse être amenée à accepter de l'argent en échange d'un rapport sexuel apparaissait comme un trait secondaire, bien que révélateur de sa nature luxurieuse (au point que pour certains théologiens la rémunération permettait au contraire d'instiller une part de rationalité dans la débauche, et par conséquent atténuait sa gravité³). Il importe néanmoins de comprendre que pour les femmes se voyant étiquetées de cette façon, par exemple celles jugées trop indépendantes ou ayant entretenu une liaison hors mariage, les conséquences n'étaient pas uniquement symboliques mais aussi matérielles. Il n'était pas rare en effet qu'une personne socialement isolée et d'extraction populaire soit, une fois marquée d'une telle infamie, dans l'incapacité de se marier et finalement conduite à devoir «faire commerce de son corps». Outre qu'il procédait d'une double morale sexuelle, tant théologique que laïque (non seulement les femmes étaient bien plus concernées que les hommes par la réprobation des «péchés de chair», mais encore leur honneur garantissait celui des lignages), ce stigmate s'avérait donc socialement sélectif puisque les femmes d'humble condition y étaient les plus exposées⁴.

Cette évocation, par trop succincte, de la signification attribuée au fait prostitutionnel dans l'imaginaire médiéval, si elle ne permet pas de rendre compte de l'expérience subjective des femmes engagées dans une forme de sexualité vénale et de fournir une vision plus nuancée de l'hétéronomie propre à leur condition, nous offre

néanmoins l'occasion de souligner à quel point la prostitution constitua, durant de nombreux siècles, un instrument au profit de l'ordre patriarcal. Sous la caution des autorités religieuses, aux yeux desquelles l'existence d'une classe de femmes «souillées» libres de liens conjugaux représentait un moindre mal (car elle était supposée prévenir la séduction ou le viol des femmes respectables et éloigner les hommes de la sodomie)⁵, les sociétés occidentales entretenaient, de manière ancestrale et jusqu'au xx^e siècle, cette distinction entre deux catégories de femmes. Aux épouses revenaient la maternité et la vertu, tandis que les «femmes publiques» ou «de mauvaise vie» étaient dévolues à l'infamante fonction de contenir les excès de la concupiscence masculine. En ce sens, quelles que furent les inflexions de la perception de la prostitution à travers l'Histoire, suivant un registre positif (reconnaissance d'une utilité sociale en faveur du bien commun) ou négatif (accentuation de la réprobation religieuse, peur de la contagion syphilitique), le stigmate de «putain» agissait comme une mise en garde pour l'ensemble des femmes, en les dissuadant d'adopter une conduite enfreignant les attentes associées au genre féminin⁶.

Cependant, avec la remise en question de l'opposition hiérarchique des sexes au nom de l'égalité, et l'émergence d'une conception de la sexualité dont la légitimité ne repose plus sur l'alliance et la filiation mais sur le seul consentement individuel⁷, comment expliquer la persistance de la condamnation attachée à la prostitution dans les sociétés modernes? En dépit de ces mutations majeures, il semble que les représentations traditionnelles des rapports sociaux de sexe continuent de nourrir la stigmatisation dont font l'objet les prostituées (que l'on songe notamment à la croyance selon laquelle, parce qu'elles appartiennent à tous les hommes, ces dernières ne peuvent être violées). Ainsi, à la fin des années 1980, l'anthropologue Paola Tabet a montré que, si l'existence d'«échanges économique-sexuels» entre les hommes et les femmes constitue un trait récurrent de l'organisation sociale, la catégorie «prostituée» ne renvoie pas

AU MOYEN ÂGE L'ASPECT VÉNAL N'ÉTAIT PAS CENTRAL DANS L'ATTRIBUTION DU STATUT DE PROSTITUÉE.

84
85

à un contenu déterminé universellement accepté, mais tient essentiellement à la transgression des règles de propriété sur la personne des femmes au sein de la culture concernée (autrement dit, ce qui est admissible dans une société donnée peut être assimilé à de la prostitution dans une autre, et se voir à ce titre réprimé)⁸.

Cette perspective centrée sur les inégalités de genre se révèle toutefois insuffisante pour accéder à une pleine intelligibilité des mécanismes participant, dans nos sociétés contemporaines, de la disqualification sociale des personnes se prostituant. En effet, bien que la détermination du fait prostitutionnel continue de susciter des interprétations hétérogènes (par exemple, doit-on y inclure l'activité des stripteaseuses, des « masseuses érotiques », des acteurs de films pornographiques, etc. ?), tout un chacun s'accorde désormais à définir la prostitution comme une activité impliquant *a minima* l'accomplissement d'un acte à caractère sexuel contre rétribution. Or c'est précisément dans cette articulation explicite du sexe et de l'argent que semble de plus en plus résider sa nature moralement problématique. Car avec la dissociation des fonctions érotiques et reproductives, ainsi que l'émergence d'une morale sexuelle fondée sur l'épanouissement individuel, s'est imposée l'idée que la sexualité est intrinsèquement liée à la vérité de l'individu et à la singularité de sa personnalité⁹. De sorte que la présomption d'un abaissement moral, et d'un sacrifice identitaire, contenu dans la relation prostitutionnelle procède directement de la représentation selon laquelle le sexe, du fait de sa nature éminemment personnelle, doit être préservé de la logique réifiante de l'ordre marchand¹⁰. En d'autres termes, la condition de prostituée incarne-

rait moins, à l'heure actuelle, la « femme déçue » ou l'« anormale » porteuse d'une altérité radicale, que le dévoiement d'une expérience fondamentale ancrée dans les affects du sujet désirant. De surcroît, l'interaction prostitutionnelle contrevient à l'idéal égalitaire sur lequel se fonde cette nouvelle normativité sexuelle, valorisant les rapports mutuellement satisfaisants et dénués de toute domination (sur un plan psychique, social, économique...). C'est d'ailleurs à l'aune de cette évolution qu'il est possible d'interpréter la mise en cause, toujours plus appuyée, des clients de la prostitution, auxquels il est reproché de se contenter du consentement formel de la prostituée en l'absence d'un désir sexuel partagé, mais également d'accéder au corps de cette dernière par l'entremise de sa supériorité financière. Enfin, ces composantes soutenant la stigmatisation de la prostitution doivent être replacées dans le tissu plus général des hiérarchies sociales : à l'image des courtisanes jadis, la réussite des prostituées de luxe (*call-girl*, *escort*) semble amoindrir l'indignité de leur activité. Si ce traitement différentiel peut s'expliquer par l'importance des sommes versées venant pour partie compenser le caractère sacrilège de la transaction, il tient certainement aussi de la relégation physique et symbolique dans laquelle les politiques publiques confinent les prostituées ne disposant pas, précisément, des ressources sociales leur permettant de se soustraire à cette intervention.

Entre cadre légal et traitement symbolique, le rôle prépondérant des politiques publiques dans la mise en forme de l'expérience prostitutionnelle

En ce qui concerne le traitement juridique de la prostitution, on distingue traditionnellement trois régimes attribuant des statuts différents à cette activité mais présentant la caractéristique commune d'en reconduire une représentation négative.

➤ Le *prohibitionnisme* correspond à l'interdiction de la prostitution, assimilée à un fléau social, et suppose la pénalisation de tous les acteurs impliqués

(prostituées, clients, proxénètes). Dans les pays ayant adopté ce régime (tels les États-Unis, à l'exception du Nevada), les personnes se prostituant sont donc considérées comme des délinquantes dont l'ensemble des activités peuvent être réprimées, au-delà des seuls faits portant atteinte à l'ordre public, par des sanctions allant de l'amende à l'emprisonnement.

- › Le *réglementarisme* organise la prostitution, jugée nécessaire en dépit de son caractère immoral, dans le dessein de contenir les «nuisances» associées au phénomène et le danger qu'il représente pour l'ensemble du corps social. Ce système, originellement initié par la France au cours du XIX^e siècle (et actuellement en vigueur en Grèce ou en Turquie), repose sur la mise en place de règlements contraignants à l'endroit des prostituées, notamment l'obligation de se soumettre à un enregistrement administratif ainsi qu'à des contrôles sanitaires réguliers. Il suppose également la détermination d'espaces destinés à cette pratique et placés sous la surveillance de la police, reléguant dans l'illégalité les personnes qui ne souhaitent pas se prostituer dans ces lieux circonscrits ou qui ne sont pas autorisées à le faire.
- › L'*abolitionnisme* – consacré par la Convention du 2 décembre 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui – autorise l'exercice de la prostitution mais sanctionne le proxénétisme. Historiquement, ce régime est né de la critique des excès coercitifs du système réglementariste et d'une volonté d'obtenir son abolition, puis il a évolué jusqu'à poursuivre la disparition du phénomène prostitutionnel en soi. Les législations abolitionnistes tolèrent donc cette activité en tant qu'elle relève de la liberté individuelle, tout en l'appréhendant comme une forme d'inadaptation sociale et en considérant les personnes qui s'y livrent comme des victimes. Bien que majoritaire parmi les États de l'Union européenne, ce modèle officiel demeure largement théorique car la plupart des dispositifs nationaux tendent en réalité vers le prohibitionnisme (adoption

de mesures coercitives en direction des prostituées, à l'instar de la France), ou, dans d'autres cas, vers une forme de réglementarisme (tolérance à l'égard du proxénétisme de soutien et hôtelier, en Belgique ou en Espagne).

Cependant, cette typologie tripartite se révèle insuffisante pour caractériser l'encadrement étatique du phénomène prostitutionnel en raison de l'émergence, depuis la fin du XX^e siècle, de nouveaux modes de régulation publique.

- › Le *néo-réglementarisme* (parfois qualifié de *professionnalisation*), appliqué aux Pays-Bas ou en Suisse, décriminalise les activités associées à la prostitution, considérée dans les textes comme une profession (presque) ordinaire. Cette approche légale, refusant de conférer un

LA DIMENSION PARTICULIÈREMENT EXTENSIVE DE L'INCRIMINATION DE PROXÉNÉTISME EN DROIT FRANÇAIS TROUVE SON FONDEMENT DANS LA PRÉSUMPTION SELON LAQUELLE LA PROSTITUTION CONSTITUE PAR ESSENCE UNE ATTEINTE À LA DIGNITÉ HUMAINE.

caractère moralement problématique au phénomène prostitutionnel, octroie donc un statut professionnel aux personnes qui se prostituent. Les contrôles existent également, mais sont moins étendus que dans un cadre purement réglementariste, ils sont en outre accompagnés d'un certain nombre de droits censés protéger les «travailleurs du sexe». Dans les faits, on constate que la distinction établie par les autorités entre «prostitution volontaire» et «prostitution forcée» (le proxénétisme de contrainte demeurant incriminé) soutient actuellement une politique répressive à l'encontre des personnes non originaires des pays de l'Union européenne, pour la plupart présumées «victimes de la traite» et, pour ce motif, menacées d'expulsion¹¹.

- › Le *néo-abolitionnisme*, adopté par la Suède, réprime toute forme de proxénétisme et pénalise les clients. Seules les personnes se prostituant ne sont pas

sanctionnées, car elles sont considérées comme les victimes d'une exploitation sexuelle et d'une forme paradigmatique de domination masculine. Ce régime juridique visant la disparition du phénomène induit des effets semblables au cadre prohibitionniste, notamment la clandestinité des pratiques et la marginalisation des prostituées. Bien que ce constat ne soit pas ignoré par les promoteurs de ce modèle, ceux-ci placent explicitement le principe de la lutte contre la prostitution au-dessus de ses conséquences dommageables pour les personnes concernées, au regard des conditions d'exercice ainsi que du droit à l'autodétermination sexuelle¹². Dans une telle perspective, l'intérêt collectif prévaut sur l'expression de choix individuels lorsque ceux-ci donnent lieu à des comportements jugés avilissants et portant atteinte à l'ensemble des femmes¹³.

Finalement, il semble donc opportun d'appréhender ces différents régimes d'encadrement du phénomène prostitutionnel à partir du positionnement de l'État en ce qui concerne les rapports que la personne entretient avec son corps et sa faculté d'en disposer librement. Dans la mesure où cette activité a trait à la part de la sphère corporelle considérée comme étant la plus intimement liée à la personnalité, la prostitution cristallise en effet, et vient révéler, certaines tensions relatives à la libre disposition de soi dans nos sociétés marquées par l'érosion des normativités traditionnelles. Car derrière la pluralité de ces modèles étatiques, mais aussi à travers les dissensions idéologiques qu'ils soulèvent, s'opposent directement des conceptions antinomiques du bien commun, selon qu'il s'agisse de privilégier l'autonomie indivi-

duelle en matière d'éthique sexuelle ou, au contraire, d'affirmer certaines valeurs transcendantes devant s'imposer à chacun. Ainsi, hors de l'exemplarité du cas suédois, la dimension particulièrement extensive de l'incrimination de proxénétisme en droit français – permettant de pénaliser des comportements dénués de toute dimension contraignante ou ne donnant lieu à aucune contrepartie financière (assistance, fourniture de locaux, etc.) – trouve son fondement dans la présomption selon laquelle la prostitution constitue par essence une atteinte à la dignité humaine, justifiant que soit ignoré le consentement de la personne se prostituant¹⁴. À l'opposé, l'orientation adoptée par les Pays-Bas, refusant de statuer sur la légitimité de la prostitution parmi les différentes sortes d'échanges sexuels consentis, revient à privilégier la liberté des choix individuels dans les domaines se rapportant à la vie privée et la disposition de son corps.

Au-delà du rôle déterminant de ces postures axiologiques dans l'élaboration de la norme légale, l'action politico-administrative relative au phénomène prostitutionnel demeure fortement tributaire de considérations plus pragmatiques, tenant au maintien de l'ordre public et à la régulation des flux migratoires, dans un contexte marqué depuis la fin des années 1990 par l'arrivée en nombre important de femmes d'origine étrangère. En effet, avec la réapparition du thème de la «traite des êtres humains» sur l'agenda politique européen s'est imposée, sous le couvert de l'assistance philanthropique, une politique communautaire largement dominée par un référentiel sécuritaire¹⁵. En France, l'instauration de la loi sur la sécurité intérieure du 18 mars 2003, rétablissant l'infraction de racolage passif et lui attribuant un caractère délictuel, constitue une bonne illustration de ce phénomène (toute personne se prostituant sur la voie publique est passible, depuis lors, de deux mois d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros). Justifiée par le double objectif de restaurer la tranquillité des riverains et de lutter contre les agissements des trafiquants d'êtres humains, cette «criminalisation» du racolage public représente surtout le moyen de faciliter

les procédures d'éloignement des prostituées étrangères tout en décourageant la venue de nouvelles arrivantes¹⁶. Impératifs d'ordre public et rhétorique de la compassion se conjuguèrent autour de la figure de la « victime de la traite » pour dénier aux prostituées migrantes toute autonomie dans la conduite de leur existence et légitimer l'adoption de mesures essentiellement répressives¹⁷.

D'une manière générale, en définissant le contenu de leur champ d'intervention, visant notamment à satisfaire l'activité revendicatrice de certains groupes d'intérêt, les pouvoirs publics procèdent à une mise en forme particulière du fait prostitutionnel. Plus précisément, la constitution de la prostitution en catégorie de l'action publique ne semble pouvoir s'effectuer qu'au prix d'une homogénéisation artificielle de la réalité sociale qu'elle prétend représenter, faite d'une pluralité de trajectoires et d'expériences singulières (celles de la diversité des femmes, hommes ou transgenres, échangeant contre rémunération des services sexuels de nature variée, avec des « habitués » ou des inconnus, de manière occasionnelle ou régulière...) ¹⁸. Ainsi, le dispositif mis en œuvre par l'État français – un soutien affiché aux associations œuvrant à la réinsertion des prostituées, borné par des préoccupations d'ordre public – entérine une représentation dominante de la personne qui se prostitue oscillant entre un statut de victime (symbolisant la condition subordonnée de l'ensemble des femmes) et de délinquante (menaçant la sécurité et la moralité). De la même manière, la politique conduite par les autorités belges à l'échelle des communes – consistant à tolérer les établissements de prostitution tout en réprimant tout particulièrement son exercice en rue – trouve sa justification dans la reconduction d'une stricte distinction entre « professionnelles » (auxquelles est reconnue une utilité sociale) et « fausses » prostituées (toxico-manes ou migrantes en situation irrégulière, dont la visibilité demeure indésirable).

En d'autres termes, bien que cette intervention publique soit le plus souvent présentée comme une réponse au « problème social » de la prostitution, elle contribue largement à maintenir certains territoires

de la sexualité vénale dans la marginalité et, en dernière instance, soutient le profond discrédit attaché aux populations concernées. En France, les prostituées ne pouvant accéder à la propriété d'un bien immobilier tendent à être exclues de l'espace privé par la menace que l'incrimination de proxénétisme fait peser sur toute personne mettant à leur disposition un local. D'une certaine façon, elles sont également rejetées de l'espace public, ou tout du moins des espaces urbains centraux, puisque les interpellations policières pour délit de racolage les conduisent à exercer dans des lieux reculés ou à des heures tardives. Quelles que soient les conséquences préjudiciables qu'elles entraînent pour la sécurité des personnes se prostituant, ou encore sur la manière dont ces dernières intériorisent l'indignité de leur statut, ces dispositions légales perdurent – et ont même tendance à se renforcer ces dernières années (extension du proxénétisme hôtelier à la mise à disposition de véhicules, prohibition du racolage privé via Internet...) ¹⁹ – car elles s'inscrivent au croisement de visées morales et politiques convergentes : l'abolition du phénomène prostitutionnel, le contrôle des nuisances matérielles et symboliques qu'occasionne sa manifestation dans l'espace public, et enfin la régulation de l'immigration clandestine. De ce point de vue, l'apparition des premières actions de prévention du VIH et de promotion de la santé a représenté une rupture importante dans le traitement sociétal de cette activité puisqu'il s'est agi, pour la première fois, de déplacer le regard du « problème » de la prostitution (en tant qu'elle fait problème à d'autres) aux difficultés rencontrées par les prostituées.

De la prévention du VIH à la réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle : genèse d'une démarche pragmatique aux contours incertains

Jusqu'à la fin des années 1980, conformément aux engagements internationaux des États français et belge (qui ont ratifié la convention abolitionniste de 1949), l'action associative en direction des

LE DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE PAR L'ÉTAT
FRANÇAIS ENTÉRINE UNE REPRÉSENTATION DE LA
PERSONNE QUI SE PROSTITUE OSCILLANT ENTRE
UN STATUT DE VICTIME ET DE DÉLINQUANTE.

88
89

prostituées est placée sous le monopole d'organismes de travail social dont le modèle d'intervention vise la sortie de prostitution – l'expression de la volonté d'arrêter étant la condition du soutien apporté – en y incitant directement les personnes ou en offrant un accompagnement à celles qui en font la demande. Lors de l'éruption de l'épidémie à VIH, ces associations furent sollicitées par les pouvoirs publics pour réaliser des actions de prévention mais refusèrent ce mandat, craignant que cette thématique n'aboutisse au rétablissement d'un contrôle sanitaire d'inspiration réglementariste, et surtout ne vienne supplanter les objectifs, prioritaires à leurs yeux, de réadaptation et réinsertion sociales²⁰. De nouveaux acteurs apparurent alors au début des années 1990 afin de conduire une action de lutte contre le sida auprès de la population des prostituées.

En France, les associations créées à cette période s'inscrivent dans le champ de la santé communautaire, c'est-à-dire qu'elles adoptent une démarche fondée sur la reconnaissance identitaire et orientée vers un idéal paritaire²¹. Considérant en effet que les personnes ayant une expérience de la prostitution sont les mieux placées pour délivrer un message de prévention et de promotion de la santé, celles-ci ont initié une nouvelle catégorie de personnel, les «animatrices de prévention» (prostituées ou ex-prostituées), intervenant dans l'espace de la rue aux côtés de professionnels sanitaires et sociaux, ou accompagnant les «usagères» dans leurs démarches auprès des organismes sociaux²². Au début des années 2000, d'autres dispositifs apparaissent également, dans une moindre mesure, dans certaines villes ne disposant d'aucune structure spécifique. Issus des programmes d'échange de seringues de

Médecins du Monde (MdM) ou encore du champ de l'action sociale auprès de publics marginalisés, ces derniers s'inspirent des approches de la santé communautaire pour mettre en œuvre une intervention médico-sociale globale, caractérisée par la volonté d'offrir un accueil «à bas seuil» (sans contrepartie exigée), dans une perspective définie comme non jugeante²³.

En ce qui concerne la Belgique, les associations apparues à la toute fin des années 1980 ne furent pas, contrairement à la France, initiées par des personnes issues du monde de la prostitution, mais essentiellement par des médecins spécialistes en santé publique ou en épidémiologie. Elles développèrent une action sanitaire circonscrite à la prévention des risques qualifiés de «professionnels» (VIH, hépatite B et IST en général) en proposant des consultations médicales dédiées à la prise en charge de ces pathologies. Ce modèle associatif – procédant de la volonté d'offrir un espace complémentaire au système de santé généraliste dans lequel les prostituées puissent évoquer sans crainte d'être jugées les difficultés en rapport avec leur «métier» – s'est principalement construit en direction de personnes relativement intégrées socialement (exerçant en vitrine, en bar ou en appartement privé) et considérant leur pratique de la prostitution comme une activité professionnelle. Dès la fin des années 1990, une autre forme d'intervention s'élabora à la marge de ces dispositifs de référence, à partir de la reconversion d'organismes originellement issus du courant abolitionniste. Ces structures s'engagèrent progressivement dans des actions de proximité, centrées autour d'une consultation de médecine générale de première ligne, auprès des populations les plus précaires (migrantes ou toxicomanes se prostituant dans la rue). Leur démarche releva non pas d'une volonté de prendre en charge des maux qui seraient spécifiquement liés à la pratique prostitutionnelle, mais de permettre, en plus de la prévention du VIH et des IST, un accès aux soins élémentaires tout en favorisant une réintégration dans le système de droit commun.

Au terme de ce rappel historique, il importe de souligner une différence essentielle, et fortement révélatrice, du statut

différentiel accordé à la prostitution au sein de ces deux pays, ayant trait aux moyens humains et financiers alloués par les autorités à ces interventions sanitaires. En France, l'apparition du sida n'a pas transformé le référentiel de politique publique centré sur la disparition du phénomène prostitutionnel, puisque les associations concernées n'ont pas obtenu une légitimité analogue à celle dont disposent les structures de travail social se consacrant principalement à l'hébergement, à l'insertion professionnelle et à la prévention des « conduites prostitutionnelles ». Contrairement à ces dernières, le plus souvent elles ne bénéficient pas de subventions pluriannuelles et garanties (en dépit des crédits importants libérés au titre de la lutte contre le VIH au regard des autres problématiques de santé), car institutionnaliser leur intervention signifierait implicitement reconnaître et accepter l'existence du fait prostitutionnel dans la société. En Belgique, au contraire, dans un contexte de tolérance morale plus grande à l'égard de la prostitution, la mise en œuvre d'actions de prévention a donné lieu à un renversement de paradigme, autorisant la pérennisation de dispositifs dédiés à l'accompagnement socio-sanitaire des personnes se prostituant ; un processus qu'il illustre d'ailleurs parfaitement la disparition vers la fin des années 1990 des organismes œuvrant à la réinsertion de ce public.

Quelle que soit la reconnaissance dont bénéficient ces différents dispositifs et les spécificités qu'ils présentent, ceux-ci ont en commun une volonté d'agir en priorité sur les conditions immédiates de pratique de la prostitution afin de les rendre plus sûres²⁴. L'urgence épidémiologique que représentait le sida imposa de mettre en retrait toute considération morale ou normative dans la relation nouée avec cette population pour s'attacher à prévenir les risques de contamination. Cela nécessita non seulement d'appréhender la situation de ces personnes de manière globale, en tenant compte des éléments sociaux et contextuels pouvant influencer sur les comportements individuels, mais également de conduire cette action à partir des lieux de prostitution, au plus près de la réalité vécue par les

premières concernées. Une telle posture représenta un changement de perspective substantiel au regard des logiques d'intervention antérieures, puisqu'elle impliqua de considérer les prostituées comme les mieux placées pour formuler un discours sur leur situation et apprécier les difficultés auxquelles elles sont confrontées, dans le cadre de leur activité comme dans leur vie privée. Plus de vingt ans après l'apparition des premières actions de prévention, ce modèle d'intervention a permis de révéler tant la diversité des aspirations et des trajectoires personnelles des acteurs de la sexualité vénale, que l'extrême précarité de certains membres de cette population (sur le plan de l'accès aux soins, du logement, de la situation administrative, etc.), ou encore l'importance des violences auxquelles ces personnes peuvent être exposées lorsqu'elles exercent dans un environnement défavorable (le risque de survenue des agressions physiques variant considérablement selon les modalités d'exercice : sur la voie publique ou en *indoor*, isolément ou à proximité d'autres prostituées, de manière clandestine ou visible, etc.). Pour cette raison, le terme « réduction des risques » – entendu dans un sens qui excède les pratiques sexuelles et inclut l'ensemble des risques sanitaires et sociaux – est de plus en plus mobilisé pour venir nommer ce qui constitue à la fois une démarche résolument pragmatique visant à améliorer la condition des personnes se prostituant, et un refus de porter tout jugement sur la signification que revêt pour elles l'acte prostitutionnel.

Néanmoins, dans la mesure où le contenu de cette approche est nécessairement circonstancié et évolutif²⁵, il peut être subverti par la prégnance et l'exceptionnalité des réactions morales et politiques que suscite le phénomène prostitutionnel. Ainsi, l'adhésion au « mythe d'une prostitution duale »²⁶, procédant d'une classification manichéenne entre les Françaises qui seraient libres et les étrangères réduites en esclavage, a conduit ces dernières années certaines associations à délaisser cette visée de « réduction des risques » auprès des prostituées migrantes pour adopter à leur endroit une perspective similaire à celle des organismes de tradition aboli-

DE TOUT TEMPS LES PROSTITUÉES FURENT DÉSIGNÉES COMME DES AGENTS DE PROPAGATION DES MALADIES.

90
91

tionniste. Leur parole est déconsidérée car présumée soumise à la coercition exercée par le proxénète; la singularité de leurs situations et de leurs vécus individuels disparaît au profit d'une définition conceptuelle unique renvoyant à une même condition (l'état de «victime de la traite», auquel il s'agit de les soustraire)²⁷. De la même manière, le contexte associatif propre à la Belgique nous indique que la priorité donnée à un engagement politique définitif, lorsque la volonté de faire respecter l'égalité citoyenneté des prostituées se traduit par un militantisme en faveur de la reconnaissance légale de la «profession», peut inciter certains intervenants à se détourner des fractions les plus défavorisées de l'espace prostitutionnel. Enfin, rappelons que de tout temps les prostituées furent désignées comme des agents de propagation des maladies et que le «risque sanitaire dans sa dimension publique – pour autrui –»²⁸ demeure au principe de la décision politique de soutenir ces interventions en milieu prostitutionnel. Il semble donc fondé de s'interroger sur la manière dont les autorités peuvent être amenées parfois à instrumentaliser pour leurs propres fins l'action mise en œuvre; qu'il agisse de s'en saisir comme support de légitimation (au risque de renforcer la stigmatisation des personnes concernées en tant que vectrices supposées du VIH), ou d'exercer un contrôle social plus immédiat en direction de cette population (notamment dans le cadre d'une politique communale de régulation du phénomène prostitutionnel, telle qu'il en existe en Belgique).

En définitive, il apparaît que la réduction des risques liés à l'exercice de la prostitution constitue une approche exigeante qui ne prend sa véritable significa-

tion que dans le tissu des choix associatifs s'élaborant à partir des besoins exprimés par les acteurs rencontrés. Au regard des idéaux qu'elle convoque – soutenir les personnes dans ce qu'elles vivent et dans la poursuite de leurs objectifs, les considérer comme des expertes de leur propre expérience, s'extraire d'une logique «assistancielle» pour nouer avec elles une relation fondée sur le partage de connaissances –, celle-ci ne semble, en effet, acquérir sa consistance qu'au prix d'une implication soutenue des intervenants et de leur propension à adopter une posture réflexive quant à la pertinence des actions engagées. Jusqu'où étendre les contours de l'intervention afin de remonter la chaîne des facteurs de risque pouvant menacer l'intégrité des personnes concernées et sur quels fondements établir un ordre de priorité? Comment favoriser leur accès aux droits et aux soins sans multiplier les services (médicaux, sociaux, juridiques, etc.) compromettant leur insertion dans le droit commun et les plaçant en situation de dépendance vis-à-vis du dispositif? Dans quelle mesure est-il possible, compte tenu de l'hétérogénéité des populations exerçant une forme de sexualité vénale (notamment sur un plan culturel et «générationnel»), de mettre en œuvre une intervention qui soit adaptée à la situation de ces différents publics? Autant de questionnements et de tensions, dus pour partie à la complexité du phénomène prostitutionnel, qui traversent les pratiques quotidiennes des acteurs de la réduction des risques et auxquels ces derniers sont contraints de faire face. À défaut, cet attachement à la RdR en milieu de prostitution s'expose à n'être qu'une fiction associative, masquée par la légitimité de la prévention sanitaire déployée (distribution de préservatifs, consignes de *safer sex*, incitation au dépistage du VIH et des IST, etc.) au service de la survie de l'institution. ■

1. Erving Goffman, cité par Stéphanie Pryen (1999), *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, Presses universitaires de Rennes, p. 16.
2. Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, éditions Le Robert, 2006, tome 3, p. 2983.
3. Jacques Rossiaud, *Amours vénales. La prostitution en Occident, XII^e-XVI^e siècle*, Flammarion/Aubier, 2010, p. 76.
4. Amélie Maugère, *Les politiques de la prostitution du Moyen Âge au XXI^e siècle*, Dalloz, 2011, p. 39.
5. Ruth Mazo Karras, «Prostitution and the question of sexual identity in medieval Europe», *Journal of Women's History*, 1999, vol. 11, n° 2, p. 163.
6. Gail Pheterson, *Le Prisme de la prostitution*, L'Harmattan, 2001, p. 129.
7. Irène Théry, «Les trois révolutions du consentement. Pour une approche socio-anthropologique de la sexualité», *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente, XXXIII^e Congrès français de criminologie*, Dalloz, 2002, pp. 29-51.
8. Paola Tabet, «La complexité de l'échange», *Cachez ce travail que je ne saurais voir*, Antipodes, 2010, p. 199.
9. Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, Tome I. La volonté de savoir*, Gallimard, 1976.
10. Colette Parent, «Les identités sexuelles et les travailleuses de l'industrie du sexe à l'aube du nouveau millénaire», *Sociologie et sociétés*, vol. 33, n° 1, 2001, pp. 159-178 ; Norbert Campagna, *L'éthique de la sexualité*, La Musardine, 2011, pp. 186-189.
11. Lilian Mathieu, *La Condition prostituée*, éditions Textuel, 2007, p. 155. Cf. aussi A. Maugère, *op. cit.* p. 239.
12. Don Kulick, «Sex in the new Europe. The Criminalization of clients and Swedish fear of penetration», *Anthropological Theory*, vol. 3, 2003, pp. 203-204.
13. Jean-Michel Chaumont, «Prostitution et choix de société : un débat éludé ?», *Éthique publique*, vol. 5, n° 2, 2003.
14. Sarah-Marie Maffesoli, «Le traitement juridique de la prostitution», *Sociétés*, n° 99, 2008, p. 39 et 43.
15. A. Maugère, *op. cit.* p. 260.
16. Johanne Vernier, «La loi pour la sécurité intérieure : punir les victimes du proxénétisme pour mieux les protéger ?», in Marie-Élisabeth Handman et Janine Mossuz-Lavau (dir.), *La Prostitution à Paris*, éditions La Martinière, 2005, pp. 121-152 ; Jean Danet, «Réflexions sur deux exemples de politiques pénales locales autour de la prostitution», in Jean Danet et Véronique Guienne (dir.), *Action publique et prostitution*, PUR, 2006, p. 104.
17. Jean-Michel Chaumont, «Traite et prostitution. Discours engagés et regards critiques (1880-2008)», *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 39, n° 1, 2008.
18. Véronique Guienne, «La prostitution, une catégorie sociale construite», in Jean Danet et Véronique Guienne (dir.), *Action publique et prostitution, op. cit.*, pp. 19-33.
19. Johanne Vernier, «La répression de la prostitution à la conquête de nouveaux espaces», *Archives de politique criminelle*, n° 32, 2010, p. 86.
20. Lilian Mathieu, «La prévention du VIH dans l'espace de la prostitution», in Daniel Welzer-Lang et Martine Schutz Samson (dir.), *Prostitution et santé communautaire : essai critique sur la parité*, éditions Le dragon lune, 1999, p. 73.
21. Anne Coppel, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 2002, pp. 85-92.
22. Lilian Mathieu, *Prostitution et sida. Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, L'Harmattan, 2000.
23. Stéphanie Pryen, «L'engagement de la prévention», *Vacarme*, n° 46, 2009, p. 44.
24. Lilian Mathieu, *Prostitution et sida, op. cit.* p. 231.
25. Catherine Deschamps et Anne Souyris, *Femmes publiques. Les féminismes à l'épreuve de la prostitution*, éditions Amsterdam, 2008, p. 75.
26. Françoise Guillemaut, «Prostitution et migration, une histoire conjointe», *Vacarme*, n° 46, 2009, p. 40.
27. Marion David, «Santé mentale et usage idéologique de l'"état de stress post-traumatique" dans les discours sur la prostitution et la traite», *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 39, n° 1, 2008, pp. 55-70.
28. Stéphanie Pryen, «Le monde social de la prostitution de rue, repenser l'approche par le risque», *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, n° 28, 1996, p. 87.

MORPHINE

and LAUDANUM habits cured by OPACURA,
 ss home treatment, endorsed and used by leading
 ns. A TRIAL TREATMENT sufficient to convince
 WILL CURE, sent FREE, with book of testimonials
 Correspondence Confidential.
 SPECIALTY CO., DEPT. O, SAN ANTONIO, TEX.

introduce Magazine, we offer Free a re-
 ly subscriber sending \$2.50. Single copy, 25c. Or we will give
 EST horoscope for 25c. Send date, hour, place of birth, and sex.
 klet Free. MODERN ASTROLOGY PUB. CO.
 ndon, Paris, Berlin, Bombay, and 313 S Metropolitan Building,
 EW YORK.

OPIUM MORPHINE, and LIQUOR

Habits Cured. Sanatorium Es-
 tablished 1875. Thousands hav-
 ing failed elsewhere have been cured
 at home. Write
 The Dr. J. L. Stephens Co., Dept. 16, Lebanon, Ohio.

OPIUM

If you wish to be convinced as to
 merits of an absolute home cure,
 for OPIUM, Morphine or
 other drugs, you don't have
 to pay. We will send a trial bottle free. Write to
 The Comstock Remedy Co., Suite H 4, Lafayette, Ind.

MORPHINE

This is
 dishes
 cents.

HARPE

OPIUM, LA
 HABITS per
 Especially suc
 failed. One fr
 its merits. C
 plain sealed en
 309 A. E., I

DRUG ADDICT

WRITE US TODAY
 caine or other drug habit. Contains Vital Principle heretof
 nervous and physical systems and thus remove the cause. A full tr
 from all, especially physicians having
 ASSOCIATION, Suit

LA PRÉVENTION SOCIALE COMBINÉE

la réduction des risques et la prévention du VIH/sida dans le contexte de l'émergence des méthodes de prévention biomédicales

Niklas Luhmann

«The current model underpinning HIV prevention is that of “modern” public health, with its focus on the individual: the neo-liberal rational and the autonomous subject, who is positioned as responsible for his or her own health. Within this model of public health, informed to a large degree by psychology, the claim is that change is best achieved by providing an individual with the necessary expert information on which to base a rational response. HIV prevention is understood as educating, advising and counselling the individual to adopt safer practices. Prevention is essentially top-down from the expert to the individual, with much of it being done in the clinic (...). Risk-taking is positioned as a function of misperception of risk, a lack of information on the part of the individual, or is ascribed to psychological factors such as lack of “self-esteem” or “self-confidence”, or to other, more pejorative factors such as “anti-social” or addictive personalities that compromise the ability of the individual to make rational choices and act on the information received (...)»¹.

J'ai le sentiment que les derniers colloques et conférences en date sur le VIH/sida ont été dominés par deux thèmes majeurs. Tout d'abord, les découvertes récentes faites dans le domaine de la prévention. Les essais cliniques menés dans ce domaine ont en effet démontré l'efficacité de ce que l'on appelle les méthodes de prévention biomédicales, c'est-à-dire la prophylaxie pré-exposition (PreP), le traitement comme méthode de prévention (TasP) et la circoncision, et ainsi ouvert la voie à l'utilisation de ces méthodes dans le cadre d'approches préventives intégrées. Ensuite, l'inquiétude face à la menace que fait peser la crise économique et financière sur la dynamique internationale de financement des programmes VIH/sida a été exprimée à maintes reprises. Je reviendrai, dans cet article, sur le premier thème, et traiterai des implications de ces nouvelles méthodes biomédicales dans les nouvelles approches préventives combinées, ainsi que du concept de *prévention sociale intégrée*. Je m'efforcerai d'orienter mon analyse à la lumière des restrictions budgétaires et de l'inquiétude grandis-

sante qu'elles suscitent dans le monde de la lutte contre le VIH/sida.

De grands progrès ont indéniablement été accomplis, ces dix dernières années, dans le domaine de l'accès aux traitements du VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le nombre de décès dus au VIH/sida continue de diminuer et, au moment de la rédaction de cet article, environ huit millions de personnes suivent un traitement antirétroviral hautement actif (*Highly active antiretroviral therapy*, HAART) dans le monde. Pourtant, en dépit de ces avancées spectaculaires, le

Niklas Luhmann est médecin. Titulaire d'une maîtrise en santé publique internationale obtenue en 2006 dans les universités de Berlin et de Copenhague, il travaille depuis de nombreuses années sur l'accès aux soins des migrants et ainsi qu'auprès de populations plus à risques. Sa thèse de doctorat porte sur les comportements à risques des transgenres nés hommes de Khon Kaen (Thaïlande) en matière de VIH/sida. Il a rejoint Médecins du Monde en 2005 et est aujourd'hui référent RdR/VIH/sida/hépatites virales au siège parisien de l'organisation.

POURQUOI LA PRÉVENTION TRAVERSE-T-ELLE UNE PÉRIODE AUSSI DIFFICILE ?

contexte général n'est pas, en 2012, de très bon augure : les financements stagnent, et l'on recense toujours 2,4 à 2,9 millions de nouvelles contaminations chaque année. C'est pourquoi la prévention des nouvelles infections reste, plus que jamais, la pierre angulaire de la lutte contre l'épidémie, au-delà des particularités et des contrastes épidémiologiques régionaux et nationaux. Il ne fait aucun doute quant au fait qu'en matière de lutte contre le VIH/sida et d'autres virus infectieux tels que les hépatites virales, l'action locale et internationale passe par une prévention pertinente, fondée sur les observations scientifiques. Rien de nouveau, me direz-vous. Tout le monde sait qu'il est préférable d'agir en amont plutôt qu'une fois la maladie installée. Toutefois, il existe, en particulier dans le domaine des virus infectieux, une relation complexe entre prévention et traitement. Dans le cas spécifique du VIH/sida, le traitement s'est avéré être un allié dans la prévention de nouvelles contaminations. On pense actuellement qu'il pourrait même changer la donne, puisque la mise en place de HAART à l'échelle mondiale permettrait de réduire encore davantage la propagation et l'incidence du VIH/sida, et ce même s'il est vrai que la généralisation de ces méthodes pourrait aboutir à une augmentation et à une modification des comportements à risques². La question de l'allocation des financements en direction des programmes de prévention et de soins du VIH est délicate. Lorsqu'une épidémie comme celle du VIH/sida se déclenche, et menace les vies de plusieurs millions d'individus à l'échelle mondiale, et plus particulièrement dans les pays dits « en développement », l'accès aux traitements devient une urgence humanitaire, ce qui, en parallèle, peut nuire aux approches préventives.

Nous sommes, selon Bowtell, pris dans une spirale paradoxale. L'ampleur de l'épidémie de VIH/sida exige que nous consacrons les ressources disponibles aux soins et aux traitements, aux dépens de la prévention. Toutefois, moins les efforts de prévention sont importants, plus l'épidémie s'étend rapidement³. C'est un fait, les actions de lobbying en faveur de l'offre de traitements pour les personnes séropositives des pays en développement ont quelque peu étouffé l'effort de prévention⁴. L'énorme mobilisation des sociétés civiles du Nord comme du Sud en faveur du droit aux traitements a fait de l'ombre au plaidoyer mis en place ces dix dernières années en faveur du droit à la prévention. L'espoir croissant mis dans le TasP, approche révolutionnaire, pourrait avoir des conséquences délétères sur l'allocation des ressources et le soutien politique aux stratégies de prévention primaire.

Au-delà même de ces rapports ambivalents et parfois paradoxaux, la prévention du VIH/sida (et des hépatites virales) traverse depuis peu une période difficile et semble avoir progressivement perdu du terrain dans la liste des priorités. Le Groupe mondial pour la prévention du VIH (*Global HIV Prevention Working Group*) souligne que les efforts de prévention restent largement insuffisants. Si l'on se base sur les rapports-pays remis à l'ONUSIDA en 2008, le pourcentage médian des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida consacrés à la prévention des nouvelles infections serait de 21 %⁵. En outre, il est démontré que les programmes de prévention sont particulièrement touchés par la crise financière et économique actuelle. Enfin, et surtout, les populations identifiées comme étant les plus à risques (*MARPs*), telles que les usagers de drogues, les travailleurs/euses du sexe et les lesbiennes-gays-bisexuels-transgenre et intersexués (LGBTI) ont souvent un accès limité, voire inexistant, à la prévention comme aux traitements.

Pourquoi la prévention traverse-t-elle une période aussi difficile ? L'une des raisons principales de ces difficultés est probablement le fait que, depuis des années, le doute subsiste sur l'efficacité de la prévention, en particulier dans les pays en développement, et ce bien que certaines

communautés aient obtenu de très bons résultats et fait reculer l'épidémie grâce à des efforts en faveur de la prévention et du changement des comportements. On a en effet, dans les années 1990, assisté à une évolution remarquable des pratiques sexuelles et de la consommation des drogues dans la plupart des pays développés, où les messages et les mesures de prévention étaient élaborés conjointement par la communauté scientifique et par les populations concernées⁶. De la même manière, l'association prévention-traitement et sa généralisation dans le domaine de la réduction des risques pour les usagers de drogues (programmes d'échange de seringues, accompagnement des changements de pratiques, thérapies de substitution aux opiacés, salles de consommation supervisée, traitements antirétroviraux) s'est révélée extrêmement efficace dans la prévention du VIH/sida dans divers contextes et régions du monde.

Malheureusement, ailleurs, les politiques et les mesures de prévention ont souvent été, et sont encore souvent, dictées par des valeurs morales conservatrices et élaborées unilatéralement par le corps médical. C'est un fait : dans l'immense majorité des cas, le VIH/sida est transmis par le biais de relations sexuelles ou de consommation de drogues. C'est pourquoi les mesures de prévention doivent intégrer les dimensions sociales du plaisir, du désir et de l'intimité, et non se cantonner à la morale de l'abstinence et de la fidélité. Il n'est en rien étonnant que la prévention fondée sur l'abstinence, le report de l'activité sexuelle ou la restriction du nombre de partenaires ait, dans la quasi-totalité des cas, échoué. Une prévention dictée uniquement par le corps médical et les valeurs morales, qui n'intègre ni la complexité des pratiques sociales ni le ressenti des populations concernées, est clairement vouée à l'échec. Dans le cadre du PEPFAR (plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida), les organisations bénéficiaires ont par exemple dû déclarer qu'elles s'opposaient à la prostitution et prônaient l'abstinence et la fidélité plutôt que le recours au préservatif. En outre, la monogamie a souvent été érigée en stratégie de prévention sans qu'il soit précisé que

pour en être réellement une, elle devait être mutuelle et durable, et que les deux partenaires devaient être séronégatifs (ou traités de manière adéquate et continue).

Par ailleurs, les données épidémiologiques disponibles dans la plupart des régions n'étaient, jusqu'à il y a peu, pas assez précises pour permettre d'élaborer des politiques et des mesures de prévention adaptées, comme l'illustrent les deux exemples suivants. Premièrement, l'usage de drogues et l'homosexualité ont longtemps été supposés inexistant dans certaines régions du monde. Ces dernières années seulement, les données épidémiologiques ont confirmé l'existence, pourtant évidente, de ces pratiques et l'extrême vulnérabilité des groupes dits les plus à risques à la contamination par le VIH. Ces données ont également mis en évidence le fait que la transmission du virus au sein de ces communautés constitue un élément important de l'épidémie dite « généralisée » en Afrique subsaharienne⁷. Deuxièmement, les données de veille épidémiologique ont récemment confirmé que l'un des principaux modes de transmission du virus dans le cadre de l'épidémie en Afrique subsaharienne était les relations sexuelles au sein de couples hétérosexuels, mariés ou non, sérodifférents⁶. Les approches de prévention ciblées et efficaces, prenant en compte à la fois les réalités et les pratiques sociales des individus et des communautés, ainsi que les tendances épidémiologiques, n'ont jamais été très répandues au sein du monde en développement.

Toutefois, comme je le rappelais en début d'article, il n'y a pas que des mauvaises nouvelles. Ces dernières années ont été marquées par l'enthousiasme suscité par les nouveaux développements de la prévention, et notamment par les conclusions des études cliniques concernant les désormais fameuses méthodes biomédicales de prévention. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) locale et orale et les traitements antirétroviraux eux-mêmes (traitement comme méthode de prévention, TasP) ont démontré une efficacité probante dans plusieurs essais cliniques majeurs, et pourraient s'avérer extrêmement utiles dans

LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION LOCALE ET ORALE ET LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX COMME MÉTHODE DE PRÉVENTION POURRAIENT S'AVÉRER EXTRÊMEMENT UTILES DANS LA RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA.

96
97

la réduction de la transmission du VIH/sida. Ces nouvelles méthodes semblent avoir donné un nouveau souffle aux programmes de prévention du VIH/sida.

La PrEP permet à une personne séronégative d'utiliser un produit antirétroviral en application locale (gel anal ou vaginal par exemple) ou par voie orale (comprimés contenant une ou deux substances antirétrovirales) en prévention, afin d'éviter une contamination au VIH dans le cas d'une éventuelle prise de risque. À ce sujet, la fameuse étude CAPRISA 004 a démontré que l'efficacité globale de l'application locale d'un gel microbicide à base de Ténofivir était de 39 % (54 % chez les femmes ayant recours au gel dans plus de 80 % des cas)⁸. Mais d'autres essais ont en revanche obtenu des résultats plutôt mitigés, puisque aucune différence notable entre placebo et principe actif n'a été détectée. La PrEP locale est toujours en cours de développement et ne sera pas, à court terme, largement accessible aux personnes concernées.

Dans le cadre de l'étude iPREX⁹, 2 499 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), tous initialement séronégatifs, et venus de 9 villes de 4 continents distincts, se sont vus administrer soit l'antirétroviral Truvada (Ténofovir/Emtricitabine), soit un comprimé placebo. Comparé au placebo, le Truvada a montré un taux d'efficacité globale de 44 %. Chez les sujets dont on a pu déterminer (comptage des comprimés ou auto-évaluation) qu'ils avaient pris la molécule, dans plus de 90 % des cas ce taux atteignait 73 %. Cependant, les conclusions de l'étude sont très complexes, l'efficacité chez les sujets n'ayant pas joué de rôle passif lors de rapports anaux étant même négative. La

PrEP pourrait donc n'être réellement efficace que chez les hommes les plus exposés aux risques, c'est-à-dire ceux qui assument un rôle passif lors de rapports anaux non protégés.

Deux autres études, l'étude Partners PrEP¹⁰ et l'étude TDF2 Botswana¹¹ ont démontré une efficacité plutôt élevée (62-73 %) de la PrEP par voie orale chez les hommes et les femmes en couples hétérosexuels, là encore fortement corrélée à l'adhérence au traitement. L'étude FEM-PrEP semble, elle, avoir obtenu des résultats contradictoires, qui ne confirment pas l'efficacité de la PrEP orale chez les jeunes femmes africaines. L'étude a d'ailleurs été abandonnée.

L'incertitude persiste donc au sujet de l'efficacité et de l'utilité potentielle de la PrEP orale et locale, en particulier chez les femmes séronégatives. Les études mettent en évidence une efficacité potentielle, mais pas encore confirmée, de la PrEP pour des populations et des contextes divers. Les tests de résistance et d'innocuité sont plutôt rassurants. La PrEP pourrait donc être un outil supplémentaire de prévention à l'usage des personnes séronégatives, en particulier pour celles qui rencontrent des difficultés dans l'accès ou l'utilisation des préservatifs féminin et masculin. L'un des principaux avantages de la PrEP est le niveau d'autonomie qu'elle offre aux usagers tels que les travailleuses du sexe ou les femmes en général, qui peuvent parfois avoir du mal à négocier le port du préservatif et les rapports sexuels protégés. Cependant, de nombreuses interrogations restent sans réponse : que dire de l'exactitude relative des premières conclusions, des résultats contradictoires en termes d'efficacité des différents moyens de PrEP, de l'efficacité potentielle en conditions réelles d'utilisation, du risque de développement d'une résistance, de son efficacité à long terme ? On peut également se demander si la PrEP est une stratégie assez sûre et rentable pour les pays en voie de développement, où les ressources sont souvent limitées.

En ce qui concerne la seconde approche préventive biomédicale, c'est-à-dire le traitement comme méthode de prévention

(TasP), les conclusions des études sont bien plus précises et convaincantes. Le principe du TasP, selon lequel le traitement antirétroviral suivi par une personne séropositive traitée protégerait ses partenaires sexuels et/ou les personnes qui partagent son matériel d'injection, est, d'un point de vue théorique et biologique, parfaitement plausible. De fait, une personne dont la charge virale est extrêmement faible a logiquement moins de risques de transmettre le virus à ses partenaires ou à ses pairs, quelle que soit la pratique et quel que soit le niveau de risques.

L'étude HPTN 052¹², dont les conclusions ont été dévoilées lors de la conférence de la Société internationale pour la lutte contre le sida (IAS) organisée à Rome en 2011, est un essai clinique randomisé contrôlé qui a clairement mis ce concept en évidence, au moins pour les couples hétérosexuels, et a montré que le traitement précoce est un excellent outil de prévention.

L'essai a concerné 1 763 couples hétérosexuels sérodifférents, répartis en deux bras randomisés : un bras « traitement antirétroviral immédiat » et un bras « traitement antirétroviral différé ». Au total, 39 cas de transmission du VIH-1 ont été observés. Parmi ces 39 cas, 28 portaient l'empreinte virologique du partenaire séropositif et un seul de ces 28 cas a été observé dans le bras « traitement immédiat ». L'équipe de recherche a donc conclu que la mise en place précoce d'un traitement antirétroviral permettrait de réduire de 96 % le risque de transmission sexuelle du VIH-1 ainsi que les manifestations cliniques, ce qui indique un bénéfice tant au niveau du confort personnel que de la santé publique. Certains ont même jugé les résultats si convaincants qu'ils ont suggéré que dans le cadre d'une relation stable avec un individu séropositif dument traité et suivi, abandonner le préservatif lors des rapports sexuels ne constituerait pas un risque inconsidéré.

Il reste toutefois quelques questions essentielles à clarifier. Tout d'abord, le TasP doit être évalué de manière scientifique chez les LGBTI et chez les usagers de drogues par voie injectable, afin

de savoir si, et dans quelle mesure, il fonctionne chez ces populations, et ce même s'il est aujourd'hui presque certain qu'il fonctionnera aussi pour eux. Ensuite, on ne sait pas dans quelle mesure l'efficacité clinique de la stratégie se traduira en efficacité « réelle », en particulier compte tenu des problèmes d'adhérence au traitement à long terme et de résistance potentielle. Enfin, pour espérer enrayer l'épidémie, il faut couvrir des territoires gigantesques, et l'extension du TasP supposerait beaucoup plus de moyens financiers et humains, alors même que ceux-ci se font actuellement rares. Il faut cependant clairement reconnaître que le TasP peut nous aider à « renverser ensemble le cours de l'épidémie », en particulier s'il est combiné à d'autres stratégies.

En dépit des questions et des obstacles techniques et financiers, ces stratégies de prévention biomédicale, et le TasP en particulier, offrent bel et bien des perspectives intéressantes. D'une part, parce que nous savons, depuis longtemps, grâce à notre action auprès de diverses populations, qu'il est essentiel de disposer d'un large panel d'outils de prévention, afin de proposer à nos bénéficiaires des stratégies adaptées à leurs besoins. Le TasP peut potentiellement nous aider à enrayer l'épidémie, mais aussi à mettre en place une prévention plus efficace, par le biais d'approches combinées. D'autre part, l'émergence de ces méthodes peut nous permettre de repenser la prévention sous un angle plus individuel, plus « sur mesure », et amener la santé sexuelle à devenir un élément-clé de la prévention du VIH/sida. En revanche, nous devons impérativement garder à l'esprit le facteur comportemental. Le TasP, tout comme la PrEP, exige un suivi et une adhérence au traitement. Tous deux supposent que le bénéficiaire ait connaissance de son statut. C'est pourquoi les actions d'information et l'offre de dépistage doivent être considérablement améliorées.

Mais au-delà, la prévention n'est pas uniquement une affaire d'outils. Lorsque la science se croit omnipotente, elle finit bien souvent par s'enliser. Si l'on considère les personnes concernées comme

LA PRÉVENTION NE PEUT ÊTRE EFFICACE QUE SI LE
CORPS MÉDICAL COOPÈRE AVEC LES SCIENCES SOCIALES
ET LES COMMUNAUTÉS CONCERNÉES, AFIN D'IDENTIFIER
NON PAS LES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS
MAIS LES PRATIQUES SOCIALES COLLECTIVES.

98
99

de simples sujets et non comme des acteurs impliqués, la médecine n'aura aucun moyen d'identifier et de modifier, le cas échéant, d'éventuelles pratiques délétères. Comme je l'ai déjà dit précédemment, la prévention ne peut être efficace que si le corps médical coopère avec le domaine des sciences sociales et les communautés concernées, afin d'identifier non pas les comportements individuels, mais les pratiques sociales collectives. Dans ce contexte, on peut donc définir la réduction des risques (RdR) comme un ensemble de stratégies fondées sur une définition mutuellement acceptable du risque entre la science « officielle » (médecine et sciences sociales) et les communautés concernées¹³.

Cette coopération sur les questions relatives aux pratiques sociales et à la prévention est ce que Susan Kippax nomme le principe de « santé publique sociale » (*social public health*). Selon Kippax, il faut repenser le modèle dominant sur lequel est généralement fondée la prévention du VIH/sida. Elle défend l'idée selon laquelle, pour être efficace, la bataille de la prévention doit être livrée sur le terrain, et non dans le secret des cliniques. Pour elle, la prévention ne fonctionne, et ne continuera de fonctionner, que si les gouvernements viennent en aide aux personnes ayant des comportements à risques, selon des modalités qui leur conviennent à elles, et non à d'influents minorités conservatrices¹⁴. L'efficacité du TasP et de la PrEP, comme de toute autre méthode de prévention, dépendra donc de la capacité des autorités à intégrer les personnes concernées afin de construire un espace adapté à leurs pratiques sociales et coordonné avec les autres méthodes de prévention.

Cette « santé publique sociale » doit également prendre en compte la dynamique sociale en intégrant les déterminants sociaux, légaux, culturels et économiques de la santé des communautés concernées. Cela implique, en premier lieu, que le cadre légal et politique encourage une prévention pertinente et pragmatique basée sur la réalité et la définition sociale de la sexualité et de l'usage de drogues dans diverses communautés, notamment par le biais de l'éducation à la santé sexuelle, de la prévention par les pairs, d'une participation réelle des usagers de drogues, des travailleurs du sexe et des LGBTI à tous les niveaux de la prise de décisions, d'un élargissement des programmes d'échange de seringues, de traitements antirétroviraux et de programmes de TSO à bas seuil, de salles de consommation supervisée, et enfin de campagnes médiatiques ciblées. Cela exige, par ailleurs, la création d'une société dans laquelle les individus ne seraient plus pénalisés, inquiétés ou incarcérés en raison de leur orientation sexuelle, de leurs choix professionnels ou de leur besoin ou désir de consommer des drogues. C'est là le moyen le plus efficace de faire progresser la prévention du VIH et de permettre aux gens de vivre leur vie sans être continuellement jugés, et dans le respect de leurs droits.

La biomédicalisation croissante du secteur risque clairement de faire de la prévention et de la réduction des risques une simple question de disponibilité et d'accessibilité à des outils, et de réduire le travail auprès des populations ayant des comportements à risques à la lutte pour l'éradication du VIH/sida et des hépatites virales. Mais la RdR va, ou devrait aller, bien au-delà. Ces nouveaux outils et ces nouvelles méthodes, si l'on prouve qu'ils sont rentables, que l'on trouve les moyens financiers et humains nécessaires à leur mise en œuvre et qu'ils sont élaborés en collaboration avec les personnes concernées, sont évidemment les bienvenus. Mais s'ils impliquent une biomédicalisation toujours plus grande de la prévention, de surcroît teintée de moralisme, il nous faudra dire « stop ». Une prévention efficace passe par l'avènement de cadres légaux

et politiques qui fassent des gens, de leurs connaissances, de leurs désirs, de leurs pratiques sociales et de leurs droits, une priorité. C'est à la prévention d'intégrer la médecine et non l'inverse. Nous avons besoin non pas d'une prévention biomédicale conservatrice, mais d'une *prévention sociale combinée*. ■

1. Traduction : «Le modèle sur lequel est actuellement fondée la prévention du VIH est celui de la santé publique "moderne", centré sur la conception néolibérale de l'individu rationnel et autonome, responsable de sa propre santé. Dans le cadre de ce modèle, qui s'inspire en grande partie des théories de la psychologie, on considère que la meilleure manière d'obtenir le changement est d'offrir aux individus une information de haute qualité, sur laquelle ils baseront une réponse rationnelle. La prévention du VIH est pensée en termes d'éducation, de conseil et d'accompagnement de l'individu vers des pratiques moins dangereuses. Elle est essentiellement verticale (du spécialiste à l'individu) et prend place, la plupart du temps, dans un environnement médicalisé (...). La prise de risques est vue comme le résultat d'une mauvaise perception du risque ou d'un manque d'information de la part de l'individu, ou bien imputée à des facteurs psychologiques tels que le manque d'estime ou de confiance en soi, ou encore à des facteurs plus péjoratifs (comportement "antisocial", personnalité addictive...) qui compromettent la capacité de l'individu à faire des choix rationnels et à réagir au regard de l'information reçue (...).», in Karen Henderson et al, «Enhancing HIV prevention requires addressing the complex relationship between prevention and treatment», *Global Public Health*, vol. 4, no. 2, pp. 117-130, 2009.
2. Karen Henderson et al, *op. cit.*
3. Bill Bowtell, *HIV/AIDS: the Looming Asia Pacific pandemic*, The Lowy Institute for International Policy, Sydney, 2007. http://lowyinstitute.cachefly.net/files/pubfiles/Bowtell%2C_HIV_AIDS.pdf.
4. Karen Henderson et al, *op. cit.*
5. Global HIV Prevention Working Group, *Global HIV Prevention Progress Report Card 2010*, 2010. www.kff.org/hiv/aids/upload/Global-HIV-Prevention-Progress-Report-Card-2010-PDF.pdf.
6. Susan Kippax & Kane Race, «Sustaining Safe Practice: Twenty Years On», *Social Science and Medicine*, vol. 57, no. 1, pp. 1-12, 2003.
7. The Joint United Nations Program for HIV/AIDS, *Global HIV/AIDS Response: epidemic update and health sector progress towards universal access*, 2011. www.unicef.no/0m+UNICEF/Publikasjoner/_attachment/17693?_ts=133f9e4d374.
8. Quarraisha Abdool Karim et al, "Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women", *Science*, vol. 329, no. 5996, pp. 1168-1174, 2010.
9. Robert M. Grant et al, «Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men», *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, no. 27, pp. 2587-2599, 2010.
10. Jared Baeten and Connie Celum *Antiretroviral Pre-Exposure Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual African Men and Women: the Partners PrEP Study*, 2011. [Abstract MOAX0106], 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention July 17-20, 2011 Rome, Italy, <http://pag.ias2011.org/session.aspx?s=98>.
11. Michael C. Thigpen et al, *Daily oral antiretroviral use for the prevention of HIV infection in heterosexually active young adults in Botswana: results from the TDF2 study*, 2011. [Abstract WELBC01] 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention July 17-20, 2011 Rome, Italy, <http://pag.ias2011.org/Abstracts.aspx?SID=98&AID=4631>.
12. Myron S. Cohen et al, «Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy», *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, no. 6, pp. 493-505, 2011.
13. Citation originale : «strategies based on a mutually acceptable description of safety from the interested positions of official science (both medical and social science) and from affected communities.» Susan Kippax & Kane Race, *op. cit.*
14. Citation originale : «For effective sustained HIV prevention, the fight must be taken from the privacy of the clinic to the public domain. Prevention has worked, and will continue to work, if governments support communities in ways that make sense to those at risk rather than to powerful conservative minorities.» Karen Henderson et al, *op. cit.*

VENTE AUX ENCHÈRES PUBLIQUES

de Marchandises Saisies

Mercredi 17 Décembre 1934

à 11 heures

Au Bureau du Receveur des Douanes de Paris-Nord
175, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10^e)

200 KILOGRAMMES

Chlorhydrate d'HEROÏNE

1 Tapis Points noués — 1 Pistolet automatique

Les Marchandises mises en vente seront visibles le 16
de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2 et le jour de la Vente
au Bureau du Receveur des Douanes, 175, rue du Faubourg Saint-Denis.

CLAUSES ET CONDITIONS DE LA VENTE

1. — Les Marchandises seront vendues aux enchères publiques au plus offrant et dernier souleveur. Toute réclamation ne sera admise pour quelque cause que ce soit. Nul ne pourra être admis à réclamer la nullité de la vente sans avoir préalablement fait connaître, avant l'adjudication, les motifs de son opposition à la Direction des Services Sanitaires (Ministère de l'Agriculture), 12 bis, rue de Bourgogne, Paris (8^e).

2. — Le ou les adjudicataires du chlorhydrate d'heroïne devront, sous peine d'annulation, verser, avant la vente, une provision de 5.000 francs.

3. — Le chlorhydrate d'heroïne ne pourra être sorti d'entreposage sans l'autorisation écrite du Bureau des stupéfiants, 12 bis, rue de Bourgogne, Paris (8^e), lequel effectuera les démarches nécessaires.

IL FAUT SÉRONÉGATIVER LA RÉDUCTION DES RISQUES !

Olivier Maguet

Ces dernières années, la réduction des risques (RdR) liés aux usages de drogues semble être devenue une évidence à l'échelle planétaire. Par «évidence», nous n'entendons pas uniquement l'existence de preuves scientifiques (nombreuses au demeurant) mais aussi l'existence d'un système organisé, généralement reconnu par les décideurs publics, dans lequel sont mises en œuvre des interventions ciblant des publics dont les pratiques personnelles les exposent plus particulièrement que d'autres personnes à un risque de transmission de virus infectieux comme le VIH : personnes consommant des drogues, personnes se prostituant, etc. Ce système signifie aussi la présence d'acteurs locaux et globaux promouvant et développant ces interventions, et d'un environnement dans lequel la RdR se déploie. Plusieurs signaux permettent de définir la genèse et la nature de cette évidence, signaux qui concernent les interventions elles-mêmes, les acteurs et l'environnement.

De la transgression à la normalisation

Le premier d'entre eux est le foisonnement de publications scientifiques ayant démontré l'impact des programmes sanitaires proposant des interventions de RdR à destination des personnes utilisant des drogues – à l'instar de la mise à disposition de matériel stérile d'injection et de traitements de substitution aux opiacés. De nombreux indicateurs, évalués sous différentes latitudes, au Nord comme au Sud, à l'Est comme à l'Ouest, apportent la preuve objective de cet impact : réduction de la transmission du VIH, diminution

des overdoses mortelles, adhérence à un traitement antirétroviral contre le VIH, etc. La littérature scientifique en la matière va même au-delà des seules dimensions sanitaires et témoigne aussi de l'amélioration des fonctions sociales, comme la diminution de la criminalité associée à l'usage de drogues illégales ou un impact positif sur l'insertion. Ainsi, depuis sa première utilisation à visée de traitement de la pharmacodépendance aux opiacés en 1965 par une équipe médicale new-yorkaise, la méthadone est une molécule qui a été beaucoup plus évaluée que les anticancéreux... Le socle de connaissances scientifiques est solide.

Le second signal témoigne de l'émergence et de la structuration progressive d'un champ social dans lequel évoluent les acteurs. À l'origine est l'épidémie de sida, qui apparaît au tout début des années 1980 : surgit un objet impensé, car impensable au regard des catégories nosologiques alors en vigueur. Cet impensé est d'autant plus improbable et perturbant

Issu d'une formation universitaire en économie et sociologie, **Olivier Maguet** milite dans le champ du sida, des hépatites virales et de la réduction des risques depuis la fin des années 1980. En 2006, il rejoint Médecins du Monde où il définit et met en œuvre le programme de RdR en Afghanistan, dont il est le responsable de mission jusqu'en janvier 2013. En 2010, il est élu au conseil d'administration de MdM, et nommé référent pour les programmes et le plaidoyer en matière de VIH/sida, hépatites virales et RdR. Sur un plan professionnel, il a fondé le cabinet d'études CCMO Conseil en octobre 2004, spécialisé dans le diagnostic, l'accompagnement de projet, l'évaluation, le plaidoyer et la recherche dans le champ des programmes sanitaires et sociaux ciblant les usagers de drogues ainsi que dans l'aide publique au développement dans le secteur de la santé.

qu'il renvoie à des individus ou à des groupes marginalisés et faisant l'objet de représentations sociales souvent négatives, à commencer par les homosexuels et les usagers de drogues. Il met immédiatement en difficulté, si ce n'est en défaut, les acteurs traditionnels de la santé en général, de la prise en charge des addictions en particulier. C'est ainsi que l'urgence sanitaire va conduire à l'émergence d'un premier groupe d'acteurs, dont le profil atypique par rapport aux normes du secteur

**LES « OUTSIDERS », QUI ÉTAIENT À L'ORIGINE
MARGINALISÉS PAR LES DÉCIDEURS PUBLICS,
SONT DEVENUS DES « INSIDERS », DONT LES
PROPOSITIONS SONT REPRISES DANS LES LOIS
ET LES GUIDES DE BONNES PRATIQUES.**

médical fait quelque part écho à la marginalité des groupes concernés par le VIH. Des *junkies bonds* hollandais aux jeunes médecins humanitaires, des premiers militants de la lutte contre le sida aux militants politiques issus des mouvements post-68, des jeunes chercheurs relégués par leur institution aux décideurs publics locaux confrontés à la gestion locale de l'épidémie (comme à Liverpool), ce sont en quelque sorte des *outsiders* qui prennent en main la réponse à l'épidémie de sida chez les usagers de drogues. Ces premiers acteurs, essentiellement au Nord, vont initier les programmes de RdR et constituer le creuset à partir duquel le mouvement va s'amplifier ; ils vont peu à peu se structurer, voire se normaliser, pour pouvoir diffuser au mieux les interventions de RdR. À cet égard, l'organisation de la première conférence internationale de RdR en 1990, puis la création de l'association internationale de RdR en 1996 (International Harm

Reduction Association [IHRA], devenue Harm Reduction International [HRI] en 2011), constituent un moment symbolique dans ce processus de structuration du champ social et politique de la RdR.

Le troisième signal de cette évidence, enfin, est la modification importante de l'environnement dans lequel s'inscrivent les programmes de RdR. L'acceptabilité sociale et politique de la RdR s'est considérablement améliorée ces dernières années. Il s'agit d'ailleurs de la conséquence directe des deux premiers points, les acteurs de la RdR ayant su, tout au long de la période, promouvoir les évidences scientifiques qu'ils produisaient. Depuis l'année 2008, HRI publie un rapport bisannuel sur l'état mondial de la RdR (The Global State of Harm Reduction) qui dresse une sorte de « palmarès » mesurant, pour chaque pays, le degré d'acceptabilité de la RdR au travers de quatre indicateurs : existence de (i) textes officiels émanant des gouvernements ou des Parlements nationaux adoptant officiellement la RdR comme une politique publique de santé, (ii) programmes d'échange de seringues, (iii) traitements de substitution aux opiacés, (iv) salles de consommation à moindre risque. Entre 2008 et 2012, le nombre de pays disposant d'un texte officiel consacrant la RdR est passé de 82 à 97, ceux proposant un PES de 77 à 86, ceux proposant des TSO de 63 à 77. Cette évolution impressionnante est à mettre en regard de l'année 1984, où le tout premier programme d'échange de seringues a été initié aux Pays-Bas... Il s'agit donc d'une forme de consécration de la RdR, par les États, mais aussi par les agences internationales. Ainsi, les Nations unies ont publié en 2009 un guide technique à destination des États voulant mettre en place des programmes efficaces de lutte contre le sida ciblant des personnes utilisant des drogues. La seconde version de ce guide, publiée en 2013, intègre même le terme de « RdR » pour signifier ces interventions. Dès lors, il s'agit bien d'une définition officielle, faisant office de cadre de référence, qui est ainsi proposée aux États membres ; ce cadre institue clairement les PES et les TSO, deux des mesures qui ont suscité le

plus de polémiques – et en suscitent toujours dans certains endroits du monde –, comme les deux interventions clés en RdR. Sur un plan plus politique, la fin de la première décennie des années 2000 a vu se multiplier les déclarations et rapports en faveur de la RdR et de politiques des drogues fondées sur les approches de RdR, émanant de personnalités publiques de premier rang : anciens chefs d'État (en particulier de pays d'Amérique du Sud) et responsables d'agences mondiales, Prix Nobel, chercheurs de haut niveau.

Voilà ce que signifie une évidence plannétaire, acquise en l'espace de trente ans. Au terme de ce processus, les *outsiders*, qui étaient à l'origine marginalisés par les décideurs publics et leurs pairs, sont devenus des *insiders*, dont les propositions sont reprises officiellement et traduites dans les lois et les guides de bonnes pratiques. Les acteurs de la RdR sont passés de la transgression à la normalisation. Ce constat n'appelle pas un jugement historique et affectif qui témoignerait, en creux, du regret d'une certaine forme d'âge d'or de la RdR. D'une part parce qu'il serait indécent de parler d'âge d'or alors que la période concernée ressemble plus à des années de cendre qu'à des années de miel ; d'autre part parce que la diffusion mondiale des interventions de RdR ne pouvait justement passer que par la structuration d'un champ, condition indispensable à son acceptation par les décideurs publics et les sociétés ; cette règle sociologique et politique n'est d'ailleurs pas propre à la RdR, mais concerne tout mouvement social émergent ayant vocation à introduire de nouvelles catégories de pensée et d'action.

Un horizon indépassable

Les acteurs de la RdR ont ainsi su affronter le défi de l'urgence et, ce faisant, instituer un nouveau paradigme d'intervention en matière de drogues. Toutefois, ce succès ne saurait occulter d'autres défis apparaissant aujourd'hui. Ces défis, qui s'inscrivent dans un autre temps que celui de l'urgence, un temps plus long, sont finalement révélés en creux par ce à

quoi n'a pas répondu le défi de l'urgence, par ce dans quoi nous a enfermé le défi de l'urgence. Le succès que nous évoquions a été construit sur les évidences scientifiques : mettre à disposition le plus largement possible les outils de la RdR – dont le matériel stérile de consommation, les traitements de substitution, les préservatifs et les lubrifiants –, cela réduit effectivement la transmission de virus infectieux. Bien plus, lorsque ces techniques sont mises en œuvre de façon adaptée aux contextes d'intervention, cela favorise aussi les formes de réinscription sociale. Mais la science a atteint ses limites, et ce pour deux raisons. D'une part parce qu'elle n'a pas été suffisante pour renverser le paradigme politique en matière de drogues, à savoir rompre avec une politique centrée sur la répression partout

MAIS LA SCIENCE A ATTEINT SES LIMITES. PARCE QU'ELLE N'A PAS RENVERSÉ LE PARADIGME POLITIQUE CENTRÉ SUR LA RÉPRESSION. ET PARCE QU'ELLE POURRAIT COMPORTER INTRINSÈQUEMENT LES GERMES D'UN SYSTÈME NORMATIF.

dans le monde. D'autre part, la science pourrait comporter intrinsèquement les germes d'un système normatif, alternatif certes au système actuel, mais normatif tout de même ; elle pourrait en effet amener, en quelque sorte, à une nouvelle technique pour gouverner les individus, pour « conduire les conduites » comme le décrivait si justement Foucault¹. Dans notre cas d'espèce, la science a été en grande partie construite sur un unique objet sanitaire, le VIH, ou plutôt sur la réponse visant à réduire la transmission du VIH chez les injecteurs de drogues afin de diminuer la charge de morbidité et de mortalité. Mais au-delà de son efficacité, ce discours technique représente bien un danger pour ces mêmes usagers de drogues : une impérieuse obligation de se conformer à une conduite unique et une circonscription de leur existence sociale à la figure de l'usager de drogues responsable se protégeant d'un risque infectieux.

Le danger existe aussi pour les acteurs eux-mêmes : penser les réponses de réduction des risques liés aux usages de drogues – et plus généralement les politiques des drogues – dans une configuration unique, définie par la conjonction de deux phénomènes singuliers : l'injection et le VIH. Ce faisant, c'est toute la capacité créative du mouvement de la RdR qui est aujourd'hui en danger, celle-là même qui avait fait la force des *outsiders*. C'est en ce sens que la RdR semble aujourd'hui confrontée à un horizon indépassable. Au-delà de la nécessité de continuer à développer la RdR dans les terrains vierges (soit tout de même encore la moitié du monde si l'on se fie au palmarès de HRI), c'est à cette tâche de refondation que les acteurs doivent s'atteler pour non seulement garantir un meilleur accès à des interventions de qualité pour les personnes en besoin, mais aussi affronter les effets indésirables, voire contre-productifs qui apparaissent dans ce qui semble constituer aujourd'hui une sorte d'horizon indépassable de la RdR. Il s'agit ici de poser les termes du débat et de l'action pour l'avenir.

Nous voyons ainsi poindre un paradoxe majeur de la RdR telle qu'elle est habituellement entendue. Un double paradoxe en fait. D'une part, la RdR dans son acception actuelle a démontré qu'elle n'avait pas été capable de modifier en profondeur le système normatif mondial en matière de drogues. Dans nos programmes de proximité, nous ne faisons finalement que tenter de repousser au quotidien les limites du politiquement, pénalement et socialement acceptable en matière de services médicosociaux proposés aux usagers sans agir sur les raisons fondamentales qui ont conduit à leur situation sanitaire

et sociale actuelle, à savoir les lois et les normes qui les excluent et les répriment. De ce point de vue, les salles de consommation à moindre risque en tant que service complémentaire de la palette des services existant en RdR sont un bon exemple de ce travail aux marges qui ne modifie pas fondamentalement la nature des frontières. D'autre part, le discours scientifico-technique de la RdR est porteur de nouvelles exclusions, qui sont générées de fait par le système normatif qu'il institue. Car à la conduite unique qui était promue par le corps médical et politique avant la RdR – «guérir des drogues» – est venue se substituer une autre conduite, plus compréhensive certes, mais tout aussi unique : être compliant, dans ses consommations de drogues, aux messages portés par la RdR telle qu'elle est définie par le guide technique des Nations unies de 2009. Le paradoxe est là : la même science sur laquelle se fonde la RdR et les mêmes techniques qui lui sont associées, qui ont permis la transgression des années 1980, agissent aujourd'hui comme une norme contraignante et circonscrivant la pensée et l'action en RdR.

Questionner la norme

Puisque l'on ne peut agir qu'aux marges et que cette action marginale ne saurait modifier les frontières de l'acceptable en matière de politique des drogues, c'est bien cette nouvelle norme mondiale de la RdR qu'il faut questionner dans son essence. Pour le faire, il convient de revenir à son creuset historique : l'intersection d'une pratique singulière, l'injection, avec un phénomène sanitaire, le VIH.

C'est le sens du terme «séronégativer» : il signifie que ce qu'il est convenu d'appeler la ou les «réponses aux drogues» (en tous les cas la réponse la plus largement acceptable, y compris par les décideurs publics) ne saurait être fondé uniquement sur cette intersection. Il convient de dépasser cette intersection pour repenser la RdR, renouant finalement ainsi avec ce qu'avaient réalisé les premiers *outsiders* ! Et faisant écho aux propos que tenait Michel Foucault dans son introduction

originelle à son *Histoire de la sexualité*² : «La “pensée” [...] n’est [...] pas à rechercher seulement dans les formulations théoriques, comme celles de la philosophie ou de la science ; elle peut et doit être analysée dans toutes les manières de dire, de faire, de se conduire où l’individu se manifeste et agit comme sujet de connaissance, comme sujet éthique ou juridique, comme sujet conscient de soi et des autres. En ce sens, la pensée est considérée comme la forme même de l’action, comme l’action en tant qu’elle implique le jeu du vrai et du faux, l’acceptation ou le refus de la règle, le rapport à soi-même et aux autres.»

Où sont «les manières de dire, de faire, de se conduire» aujourd’hui au-delà de la «formulation théorique» des seringues stériles et des traitements de substitution ? Où sont aujourd’hui les différentes dimensions du sujet au-delà du sujet à risque de VIH ? Répondre à ces questions, c’est faire résonance avec l’un des fondamentaux initiaux de la RdR : la place essentielle de la personne, de son histoire, de son expérience avec les produits... Place que nous avons eu malheureusement tendance à diluer dans des agrégats de données venant justifier l’évidence scientifique.

C’est bien pour cette raison que, en matière de définition des programmes de RdR, certains acteurs – dont MdM – font aujourd’hui clairement le choix de penser l’action à partir du rapport à la *norme*, qu’il s’agisse d’une loi, d’une règle administrative ou encore d’un standard professionnel, plus que par le produit consommé, par la pathologie associée ou encore par le «groupe à risque». Car là est le dénominateur commun. Outre que ce choix fait pleinement écho à la volonté politique ultime dans laquelle le soin est un moyen et non une fin (il s’agit bien de changer la norme), il a le mérite de redonner du sens à un concept de RdR qui est progressivement dépouillé de sa substance en raison même de la dissémination des pratiques et des techniques qu’il induit. Paradoxe de nouveau ! S’il faut effectivement se réjouir de cette dissémination, nous ne pouvons pas rester aveugles à la technicisation et à la normalisation que ce processus génère intrinsèquement. Aveugles surtout aux

risques de ce processus : éloigner dans le même temps la potentialité d’une finalité politique commune.

Le Vietnam est un bon exemple d’une certaine forme de perte de sens de la RdR lorsque cette finalité politique n’est pas au rendez-vous : certes, le pays est unanimement salué pour sa volonté d’augmenter massivement les taux de couverture en traitement méthadone pour les usagers de drogues ; mais lorsque l’on se plonge dans le modèle vietnamien de RdR, il convient d’admettre que le paquet de services proposés semble aussi constituer un moyen efficace d’assurer le contrôle de populations toujours considérées comme déviantes par rapport à la norme, et d’ailleurs toujours qualifiées de «fléau social» par les autorités ; c’est surtout un moyen beaucoup plus efficace que les tristes camps de détention pour usagers de drogues – qui, toutefois, gardent toujours leur utilité pour celles et ceux qui ne se conformeraient pas au nouveau modèle normatif introduit par la politique officielle de RdR dans ce pays. Nous avons ici un exemple concret d’une dérive de la RdR, dont le sens originel est érudé et où les pouvoirs publics ne retiennent qu’une technique d’intervention efficace à des fins de contrôle social... La perception de l’exemple vietnamien au travers de cette analyse est bien éloignée de celle procurée par une stricte lecture centrée sur la réponse technique à l’injection dans un contexte de VIH, qui, elle, n’apporte que satisfaction et éloges – ce dont ne se privent d’ailleurs pas les observateurs qui restent dans ce moule technique, utilisant parfois l’expression de «gold standard» pour qualifier l’immense bond en avant du Vietnam dans la mise à disposition de seringues stériles et de méthadone !

C’est du reste la même analyse qui est à l’œuvre sur le terrain de la santé sexuelle et reproductive. Là aussi, il est tellement plus facile de raisonner uniquement en termes de charge de morbidité et de mortalité : la mortalité maternelle, première cause de mortalité chez les femmes dans le monde, apparaît alors immédiatement comme un point d’entrée essentiel pour concevoir et mener des programmes couvrant un spectre de services allant

LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE
RISQUE SONT UN BON EXEMPLE DE CE
TRAVAIL AUX MARGES QUI NE MODIFIE PAS
FONDAMENTALEMENT LES LOIS ET LES NORMES.

106
107

de la planification familiale et l'accès aux outils de contraception et d'avortement à la prise en charge des soins obstétricaux. Ce constat est tellement évident qu'il en est venu à former l'un des huit Objectifs du millénaire pour le développement, qui ont été définis en l'an 2000 par les Nations unies afin d'éliminer la pauvreté dans le monde à l'horizon 2015... Certes, la santé maternelle est par définition associée à la sexualité dans sa dimension reproductive; mais appréhender la santé sexuelle et reproductive sous l'angle unique de la santé maternelle, c'est encore une fois éluder la question du rapport à la *norme*, à la *loi*, à la *règle*? Et, surtout, est-ce bien là le rôle d'acteurs de la RdR de se cantonner à la mise à disposition de ces services pour contribuer à la réalisation des Objectifs du millénaire? Non. Et c'est bien pour cette raison essentielle que les actions en matière de sexualité, plus que la réponse aux besoins spécifiques de santé uniquement, doivent trouver leur origine dans une réflexion préalable sur le rapport à la norme: il en va ainsi de l'accès sécurisé à une interruption volontaire de grossesse lorsqu'elle est interdite par la loi; il en va ainsi pour l'accès à des moyens de prévention contre le VIH pour les travailleurs et travailleuses du sexe dont la pratique est criminalisée ou stigmatisée. Plus généralement, en matière de sexualité, le critère pour le choix d'intervenir sera le fait que la situation ou la pratique fait l'objet de dispositions légales ou de représentations sociales conduisant à une exclusion des services de prévention, de prise en charge et de traitement.

Nous voyons bien apparaître le point qui lie usagers de drogues, prostitués et homosexuels. Ce point, celui du rapport à la *norme*, à la *loi*, à la *règle*, constitue

le terreau sur lequel se forme le creuset d'une RdR élargie. Au-delà d'une réponse technique à la conjonction des deux phénomènes que sont l'injection et le VIH, une fois de plus. C'est encore cela «séronégativer» la RdR!

La réflexion et l'action à partir de la loi permettent, en outre, d'ouvrir d'autres pistes: celle des minorités ethniques et de la ségrégation raciale; celle des migrants (avec ou sans documents de voyage ou de séjour) et de la peur de l'étranger; enfin, celle de la question sociale et de la peur des classes laborieuses. De ce point de vue, les données relatives à la répression des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sont pour ainsi dire... stupéfiantes! La juriste américaine Michelle Alexander a récemment apporté une démonstration magistrale de la surincarcération des Noirs et des Hispaniques aux États-Unis, et, parmi ces «incarcérations de masse» pour reprendre son propos, le poids des ILS³. En France, la violence dans les quartiers dits sensibles a été instrumentalisée par de nombreux responsables politiques comme un parangon de la nécessité de promouvoir des politiques sécuritaires; pourtant, l'échec patent à contenir cette violence amène depuis quelques années les observateurs à pointer que cette violence est étroitement liée aux opérations mafieuses de contrôle des points de vente des drogues; et, second phénomène, la question raciale s'invite elle aussi dans le débat, puisque le terme «sensible» ne cherche qu'à cacher pudiquement dans la vulgate républicaine française – qui ne saurait voir aucune différence entre citoyens – les enfants issus de l'immigration. Autre latitude, autre exemple: en Afghanistan, la prison de Pul e sharki est remplie de quelques insurgés et de beaucoup de petits usagers de drogues, tandis que les cadres et responsables du trafic vivent tranquillement, au vu et au su de tout le monde, dans leurs très visibles villas de Kaboul dégoulinant d'un luxe tapageur et kitch; à Kaboul toujours, les usagers de drogues issus de l'ethnie Hazara représentent plus de 80 % de la file active du programme de RdR de MdM, alors que cette ethnie compte pour environ 30 % de la population totale du pays. Nous

avons d'ailleurs ici la conjonction des deux phénomènes exposés précédemment : la ségrégation raciale et sociale, puisque les Hazaras occupent les emplois journaliers manuels du bas de l'échelle socioprofessionnelle. Le matin, en allant au centre de RdR, nous pouvons croiser sur les trottoirs des rues de Kaboul de pauvres hères avec leur pelle et un haillon sur le dos, cherchant à vendre leur – faible – force de travail pour 1 ou 2 dollars la journée... les mêmes qui passeront l'après-midi au centre pour bénéficier des services médico-sociaux dans l'un des rares lieux où ils leur sont offerts.

Tous ces phénomènes s'inscrivent dans ce qu'Anne Coppel nomme, dans son ouvrage *Drogues : sortir de l'impasse*⁴, une « mondialisation de la tolérance zéro ». Sur ce sujet comme sur d'autres, le courant est venu des États-Unis. Courant qui s'est lui-même forgé dans ce pays comme point culminant d'un mouvement s'inscrivant dans le long terme du processus de construction de la norme internationale de contrôle des drogues engagé dès le début du XX^e siècle, et plus spécifiquement et récemment dans celui d'élaboration et de verbalisation de la guerre aux drogues à partir des années 1960. Les années Reagan ont cristallisé ce point culminant, dont la diabolisation du crack dans les ghettos noirs américains en constitue l'épiphénomène – et il n'est pas anodin de rappeler que c'est au cours de cette même décennie qu'a été adopté, en 1988, le dernier des trois traités internationaux définissant la politique internationale de contrôle des drogues, le plus répressif... Ce mouvement issu des États-Unis a progressivement envahi les espaces publics, partout dans le monde. Comme le précise A. Coppel, « dans nombre de pays européens, il a conduit à renforcer les sanctions pour usage et, *a minima*, il a mis un coup de frein au processus qui a incité les pays de l'Union européenne à privilégier les réponses de santé publique aux sanctions judiciaires ». Car le fond de l'affaire est bien là : ce mouvement mondial a en effet déroulé son rouleau compresseur... à la même époque où le sida survenait ! Et ce sont justement ces réponses au sida qui ont conduit, comme nous l'avons vu,

à l'émergence puis à la construction d'un corpus technique dénommé réduction des risques. Or l'état des lieux politique mondial montre bien que l'évidence scientifique de l'efficacité de ces réponses techniques de RdR, avec toute la force qu'elle revêt, ne saurait s'opposer à elle seule à ce mouvement mondialisé ; et les pays européens en constituent une bonne illustration : alors qu'ils ont été plutôt historiquement avancés dans la mise en œuvre de ces réponses sanitaires efficaces par la société civile et dans leur reconnaissance par les pouvoirs publics, ils n'ont pas su – ou pas pu – contrebalancer la force du courant venu des États-Unis. La France est un bon exemple de cette impasse : alors que, certes plus tardivement que dans d'autres pays en Europe – comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse –, ce pays avait réussi à inventer dans les années 1990 un modèle intéressant d'intervention en RdR, reposant sur un accès large aux traitements de substitution aux opiacés par le biais d'une facilité ample de prescription en médecine de ville – qui avaient conduit certains à utiliser l'expression de « modèle français » –, la vague provenant des côtes américaines a connu sa crête en France au cours des années Sarkozy lors de la décennie 2000 et a provoqué une profonde régression. C'est pourquoi il est plus que temps de dépasser cette approche technique fondée sur la santé publique pour (re)situer la réflexion et l'action sur le terrain de la norme, de la loi et de la règle.

Un retour à la transgression ?

Au-delà de la stricte dimension sanitaire de laquelle elle relève, ou plutôt qui motive sa mise en œuvre, la RdR pourrait être envisagée comme une puissante intervention politique permettant de comprendre et d'analyser les rapports de domination et les rapports sociaux de pouvoir, et qui autorise et outille pour agir afin de transformer ces rapports. À une condition toutefois : l'évaluation d'une action de RdR ne saurait être circonscrite à la seule mesure d'impact sanitaire des services de RdR proposés, sur le mode de la réduction de

la morbi-mortalité, de la diminution de la criminalité, de l'amélioration des fonctions sociales... Voilà, encore, ce que signifie «séronégativer» la RdR.

Les limites de la RdR «institutionnalisée» dans son format actuel sont donc aujourd'hui clairement établies. Pour continuer à vivre et à se développer dans l'esprit de son creuset originel, elle doit donc se réinscrire dans une visée de transformation sociale et être désormais considérée comme un outil au service de

LA RÉDUCTION DES RISQUES DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UN OUTIL AU SERVICE DE LA RÉFORME DE LA POLITIQUE INTERNATIONALE DE CONTRÔLE DES DROGUES.

la réforme de la politique internationale de contrôle des drogues et, localement, de la réforme des législations nationales prises en application de cette contrainte normative puissante, qui a poussé les États à aller au-delà des injonctions qui leur étaient formulées pour qu'ils transcrivent les dispositions des traités internationaux. C'est la RdR du *xxi*^e siècle qu'il faut penser et mettre en action, c'est-à-dire celle qui a pour objectif cette réforme, et non pas celle du *xx*^e siècle, c'est-à-dire celle qui lutte contre le sida. Il s'agit en quelque sorte de retrouver une certaine forme de subversion, à l'instar de celles des *outsiders* du début des années 1980.

L'Amérique latine nous invite clairement dans cette voie. Et elle est bien placée pour le faire, étant une des régions du monde qui a payé – et paie toujours, en particulier au Mexique avec plus de 50 000 morts depuis 2006 – un prix particulièrement fort à la guerre aux drogues.

Un symbole et deux étapes scandent cette invitation. Le symbole, c'est le président colombien Evo Morales mâchant une feuille de coca lors de la Commission mondiale des stupéfiants à Vienne en 2009, pour appuyer son propos demandant une réforme de la politique internationale de contrôle des drogues – en utilisant le prétexte d'une contradiction des traités internationaux avec les traditions et l'économie locales des Indiens des plateaux. Les deux étapes, ce sont respectivement : en juin 2011 la publication du premier rapport de la Commission mondiale sur la politique des drogues, qui demande elle aussi une réforme de cette politique internationale sur la base des évidences scientifiques que nous avons précédemment développées – les anciens chefs d'État membres de cette commission étant tous issus d'Amérique latine à l'exception de l'ancienne présidente du Conseil fédéral suisse, Ruth Dreifuss ; en avril 2012, le sommet des Amériques à Carthagène, au cours duquel tous les gouvernements d'Amérique latine font le constat que «la guerre à la drogue a échoué» et appellent les USA à changer de braquet. Bien d'autres initiatives, comme le projet de régulation de la production et de la consommation de cannabis en Uruguay, pourraient être développées pour appuyer ce propos. Ces éléments constituent la forme visible d'un mouvement naissant ayant pour objectif de rompre avec une norme puissante et infâme née au début du *xx*^e siècle.

Une sortie de route historique

L'historien britannique Eric Hobsbawm a magistralement analysé ce qu'il appelle le «court *xx*^e siècle⁵» – par opposition à un «long *xix*^e siècle» marqué par les changements profonds induits par les révolutions industrielles, par la fin de la «conquête» du monde et par le libéralisme. Court parce que défini historiquement par les dates des deux conflits majeurs mondiaux, mais dont la violence inouïe a été inversement proportionnelle à la durée de la période historique, avec son lot de totalitarismes, de destructions, de génocides

et d'exterminations. Il n'est pas anodin de constater que l'histoire de ce qui forme l'actuelle politique internationale de contrôle des drogues est tout aussi courte que le ^{xx}^e siècle décrit par Hobsbawm, et s'inscrit parfaitement dans les limites historiques qu'il lui a fixées. Plus précisément, la date à laquelle démarre ce processus est 1909, année au cours de laquelle a eu lieu la première conférence sur l'opium à Shanghai; sous le prétexte de solder les guerres de l'opium en Chine, il s'agissait alors de promouvoir l'idée d'une régulation et d'un contrôle de l'opium. La date qui le clôture est 1971, année du fameux discours au Congrès américain du président Nixon qui déclara la « guerre à la drogue » (*war on drugs*). En l'espace de soixante ans – une paille à l'échelle de l'histoire humaine – s'est ainsi créé et développé un cadre mental et politique qui repose sur une assumption jamais discutée: « les drogues sont interdites parce qu'elles sont dangereuses ». Il s'agit là d'une des plus formidables idées reçues jamais diffusée aussi largement et en aussi peu de temps à l'échelle mondiale, et reprise en chœur par tous les prescripteurs de normes et d'opinions!

François-Xavier Dudouet s'est brillamment attaché dans son ouvrage *Le Grand Deal de l'opium*⁶ à démontrer radicalement cette idée reçue concernant les drogues, certainement la plus nuisible et la plus pernicieuse pour une connaissance intelligente de « l'objet social drogues ». La leçon est magistrale: non seulement elles ne sont pas interdites pour cette raison, mais surtout... rien dans la genèse de ce qui forme aujourd'hui les appareils législatifs répressifs des États ne trouve sa raison d'être dans une volonté d'interdire! C'est même la logique inverse qui est à l'œuvre: il s'agit de créer un « marché légal des drogues », pour reprendre son expression, à commencer par celui de l'opium qui forme alors la « drogue » principale de ce début de siècle. Et les raisons concourant à la création de ce marché sont éminemment pragmatiques: un besoin médical de produits pharmaceutiques à base d'opiacés se fait jour – les stigmates physiques et psychologiques hérités du premier conflit mondial vien-

dront très opportunément renforcer cette demande; et en parallèle, une industrie pharmaceutique voit elle-même le jour dès la fin du ^{xix}^e siècle, dont le modèle économique repose sur l'industrialisation des progrès techniques apparus dans la chimie. Il est toujours utile de rappeler que la synthèse de la diacétylmorphine (le principe actif de l'héroïne) a été réalisée pour la première fois en 1874 et que la firme pharmaceutique allemande Bayer a produit de l'héroïne dès 1898... En ce domaine comme ailleurs, la morale (« les drogues sont mauvaises et dangereuses ») n'est jamais bien loin de l'économie (la profitabilité d'un marché pharmaceutique). Ou plutôt, elle en constitue le paravent permettant l'acceptabilité politique et sociale d'intérêts économiques particuliers par la communauté.

EN L'ESPACE DE SOIXANTE ANS S'EST CRÉÉ ET DÉVELOPPÉ UN CADRE MENTAL ET POLITIQUE QUI REPOSE SUR UNE ASSOMPTION JAMAIS DISCUTÉE : « LES DROGUES SONT INTERDITES PARCE QU'ELLES SONT DANGEREUSES ».

La volonté de créer un marché légal des drogues a conduit, *de facto*, à l'édiction de réglementations internationales tout au long de la première moitié du ^{xx}^e siècle, dont la force d'application s'est intensifiée tout au long de la période, pour aboutir aux trois conventions de lutte contre les stupéfiants adoptées par les Nations unies en 1961, 1971 et 1988 et à la mise en œuvre d'un gendarme mondial des drogues avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants. La conséquence logique de ce mouvement a été l'interdiction, puis la répression des usages de drogues non autorisés par ce cadre légal, c'est-à-dire des usages non médicaux de drogues. Voilà en quelques mots la véritable histoire de la « criminalisation des drogues » dans le monde... Bien différente de l'assumption initiale! C'est dans ce contexte de criminalisation intense qu'est apparue l'épidémie de sida. Et c'est justement cette criminalisation intense qui

est responsable des dégâts provoqués par l'épidémie chez les usagers de drogues par voie intraveineuse – voie royale de transmission du virus s'il en est. Certains pays – très peu – ont réagi assez vite. D'autres – comme la France – ont rejoint le mouvement plus tardivement. Puis la norme sanitaire de la RdR s'est progressivement imposée comme nous l'avons vu. Malheureusement, il ne faut pas oublier que dans des zones non négligeables du monde – dont la Russie – la situation qui prévalait au début de l'épidémie de sida chez les usagers de drogues est toujours présente.

Quelle est la leçon de cette histoire ? Alors que les êtres humains, depuis qu'ils sont humains – c'est-à-dire depuis plus de trente mille ans – ont appris à vivre avec les ressources naturelles de leur environnement, toutes les ressources, y compris ce que l'on appelle des « drogues » aujourd'hui, il n'aura fallu que soixante petites et courtes années pour faire s'effondrer cet édifice d'acculturation multimillénaire. Les dirigeants politiques et économiques conduisant le monde de ce décidément court ^{xx}e siècle auront ainsi contribué, outre les désastres décrits par Hobsbawm, à organiser une monumentale sortie de route historique de l'humanité en matière de drogues.

Les nouvelles frontières de la RdR

Jusqu'à aujourd'hui, nous, acteurs de la RdR, avons mis en place nos actions dans ce contexte hypernormatif. Si l'on n'y prend garde, nous sommes naturellement portés, voire déportés, vers une trajectoire techniciste et gestionnaire. Et si nous refusions cette injonction ? Et

si, dans un sursaut de citoyens libres, nous décidions de modifier les termes du débat ? Et si nous assumions enfin le paradoxe dont il était question précédemment, pour mieux le dépasser ? Et si nous portions une forme de révolution plutôt que de continuer à se développer dans une fonction de gestionnaire du système ? Oui, bien sûr, il faut garantir l'accès à des services et des outils pour celles et ceux à qui l'accès en est toujours dénié (c'est le volet « mise à disposition de services »). Mais il faut toujours garder dans notre ligne de vision la question de l'innovation et celle de la plus-value politique et sociale, au-delà de la mise à disposition de ces services. L'innovation au sens où l'évolution du concept de RdR peut être initiée, techniquement, par des actions qui ne s'inscrivent plus dans l'unique réponse au risque de transmission du VIH chez les injecteurs. Nous poserions ainsi les premières bases de la rupture avec le modèle ambiant. La plus-value car tous les services médicaux et sociaux que nous mettrons en place dans nos programmes doivent être pensés comme un levier intéressant et efficace de transformation sociale plutôt que comme une fin – telle que nous l'assigne le phénomène actuel de normalisation de la RdR.

C'est finalement à une certaine forme d'exigence que nous sommes invités. Une exigence intellectuelle et politique qui nous engage à lutter contre le paradigme venant d'être décrit, plutôt que lutter uniquement et techniquement contre le sida chez les injecteurs de drogues. Une exigence nous engageant à penser un nouvel impensable, celui du temps long après l'impensable de l'urgence des années 1980. Et préférons ce mot d'« exigence » à celui de « courage », qui fait trop souvent écho à la figure du « héros ». Nous ne sommes pas des héros, ni même des héros ordinaires ; non, nous sommes des citoyens exigeants. Des citoyens exigeants qui ont pour mission d'inventer la réduction des risques du ^{xxi}e siècle. Et inventer la réduction des risques du ^{xxi}e siècle signifie aussi remettre la politique des drogues dans les rails de l'histoire, après la sortie de route du ^{xx}e siècle. En ce sens, le concept de réduction des risques du ^{xxi}e siècle et les

actions qu'il forge doivent définitivement être envisagés dans une perspective politique et non plus sanitaire. Pour ce faire, nous devons nous départir des oripeaux techniques auxquels nous a conduit cette reconnaissance institutionnelle de la RdR. Nous devons retrouver ce que Franco Basaglia appelait une forme d'« antis-pécialisme » dans son combat contre l'institution psychiatrique⁷. Nous devons nous prémunir de continuer à entretenir une approche techniciste qui justifie les formes les plus perverses de contrôle social et nourrit insidieusement et inéluctablement un glissement vers une police des corps.

Le projet politique qui est ici proposé peut paraître ambitieux, ou hors de portée. Pourtant, l'histoire nous a déjà montré que l'on pouvait penser les drogues sans le prétexte du sida et de l'injection. Bien avant le fameux « modèle de Liverpool » décrit par Pat O'Hare dans cet ouvrage, il y eut au Royaume-Uni dans les années 1920 une réforme majeure de la prise en charge des usagers de drogues et des addictions, qui a conduit, entre autres, à autoriser, dès l'époque, la prescription d'héroïne médicalisée. C'est le tout aussi fameux mais un peu oublié « système britannique », né de la commission présidée par Sir Humphry Rolleston. Certes, les notables britanniques de l'époque n'avaient pas pour ambition d'empêcher le modèle normatif naissant de contrôle des drogues ; mais il faut leur reconnaître d'avoir su penser une politique sans l'urgence du sida. Nous avons donc la preuve qu'il est possible de, enfin, « sortir du sida » pour faire de la politique...

Voilà ce que signifie, *in fine*, « séronégativer la réduction des risques ». ■

1. Les relations de pouvoir constituent un des thèmes centraux de l'œuvre de Michel Foucault, qui considère le terme de « conduite », ou encore celui de « gouvernement des individus », comme l'un de ceux qui permettent le mieux de saisir ce qu'il y a de spécifique dans les relations de pouvoir. Voir, entre autres, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, tome 2, Gallimard, 1994.
2. Michel Foucault, « Préface à l'*Histoire de la sexualité* », in *Dits et écrits*, tome 2, Gallimard, 1994.
3. Michelle Alexander, *The New Jim Crow. Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*, The New Press, 2010.
4. Anne Coppel, Olivier Doubre, *Drogues, sortir de l'impasse : expérimenter des alternatives à la prohibition*, La Découverte, 2012.
5. Eric J. Hobsbawm, *L'âge des extrêmes, Histoire du court xx^e siècle 1914-1991*, André Versaille éditeur (paru dans sa version anglaise en 1994).
6. François-Xavier Dudouet, *Le grand deal de l'opium : Histoire du marché légal des drogues*, éditions Syllepse, 2009.
7. Franco Basaglia, *L'Institution en négation*, Les éditions arkhê, 2012.

COUGH

The Sum of Clinical Experience Designates Glyco-Heroin (Smith) as a Respiratory Sedative Superior in All Respects to the Preparations of Opium, Morphine, Codeine and Other Narcotics and without the toxic or depressing effects which characterize the latter when given in doses sufficient to reduce the reflex irritability of the bronchial, tracheal and laryngeal mucous membranes.

THE PROBLEM

of administering Heroin in proper doses in such form as will give the therapeutic virtues of this drug full sway and will suit the palate of the most exacting adult or the most capricious child.

HAS BEEN SOLVED BY

the pharmaceutical compound known as

GLYCO-HEROIN (Smith)

The results attained with GLYCO-HEROIN (SMITH) in the alleviation and cure of cough are attested by numerous clinical studies that have appeared in the medical journals within the past few years.

Scientifically Compounded, Scientifically Conceived, GLYCO-HEROIN (SMITH) simply stands upon its merits before the profession, ready to prove its efficacy to all who are interested in the advances in the art of medication.

NOTES.

GLYCO-HEROIN (SMITH) is supplied to the druggist in sixteen ounce dispensing bottles only. The quantity ordinarily prescribed by the physician is two, three or four ounces.

DOSE.

The adult dose of GLYCO-HEROIN (SMITH) is one teaspoonful, repeated every two hours or at longer intervals, as the case may require. Children of ten or more years, from a quarter to a half teaspoonful. Children of three years or more, five to ten drops.

SOLE BRITISH AGENTS,
THOMAS CHRISTY & CO.,
215 OMAN LANE, UPPER THAMES ST., LONDON, E.C.

MARTIN H. SMITH & CO., Chemists,
NEW YORK CITY.

Samples and Literature

Supplied on Request.

RÉDUCTION DES RISQUES ET LÉGISLATION

conséquences de la pénalisation des drogues sur la santé publique

Alex Wodak

Les drogues ont été interdites afin de minimiser, si ce n'est éradiquer, leur usage à des fins récréatives tout en préservant leur disponibilité pour le corps médical et la recherche scientifique. On pensait que la pénalisation des drogues en découragerait la culture, la production, le transport, la vente, la possession et la consommation, tout en limitant l'importance du trafic.

La pénalisation de la consommation de drogues

Voilà un demi-siècle que, du fait de sa pénalisation, l'usage de drogues est essentiellement considéré, par les gouvernements comme par les Nations Unies, comme un problème pénal. Les États ont mis l'accent sur la répression, et donc financé généreusement l'application des lois antidrogues. Générosité qui est moins notable dans le financement des programmes sociaux et de santé publique. Et pourtant, le trafic de drogues illicites n'a cessé de croître. Les conséquences, aussi importantes que négatives, de la pénalisation des drogues, ont récemment été reconnues. En 2008, Antonio Maria Costa, directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), a admis que le système international de contrôle des drogues n'était pas en accord avec ses objectifs. Il a également noté un autre effet involontaire que l'on pourrait qualifier de « glissement » de l'orientation politique : la santé publique, qui constitue clairement le principe de base du contrôle des drogues, a été reléguée au second plan.¹

La pénalisation des drogues a évolué de manière lente et progressive², durant plus

de soixante ans. Tout a commencé avec la Commission internationale sur l'opium de Shanghai, organisée en 1909 par les États-Unis. À cette commission ont succédé d'autres réunions internationales parmi lesquelles la Conférence de l'opium de La Haye, en 1912, et la Convention internationale de la Société des Nations relative à l'opium, organisée à Genève en 1925. Il fut convenu, lors de cette dernière convention, que seraient interdites toutes les drogues issues de plantes (l'opium et ses dérivés, la coca et ses dérivés, le cannabis et ses dérivés). À la suite de la création de l'Organisation des Nations Unies, trois traités internationaux furent négociés et ratifiés : la Convention unique sur les stupéfiants en 1961 (amendée par le Protocole de 1972), la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. La quasi-totalité des pays membres de l'ONU ont signé et ratifié les trois traités, s'engageant ainsi à légiférer sur le plan national afin que des sanctions pénales soient infligées aux personnes impliquées dans la culture, la production, le transport, la vente, l'achat, la possession, la consommation et/ou le

Alex Wodak est médecin. Il travaille dans le domaine de l'addictologie à Sydney et préside actuellement la Australian Drug Law Reform Foundation (Fondation sur la réforme du droit australien en matière de drogue). Il a présidé l'Association internationale de réduction des risques (Ihrra) de 1996 à 2004. Il est à l'origine du premier programme d'échange de seringues et de la première salle d'injection supervisée, créés en Australie alors qu'aucun des deux n'était encore légal. Il a participé, en 2011, à la Commission mondiale sur la politique des drogues.

LA PÉNALISATION DES DROGUES A ÉVOLUÉ DE MANIÈRE
LENTE ET PROGRESSIVE. TOUT A COMMENCÉ AVEC
LA COMMISSION INTERNATIONALE SUR L'OPIUM DE
SHANGHAI ORGANISÉE EN 1909 PAR LES ÉTATS-UNIS.

114
115

financement du trafic de drogues illicites. Les engagements visant à offrir des traitements adaptés aux personnes dépendantes ont, eux, été largement ignorés.

En juin 1971, Richard Nixon intensifie le combat en déclarant la guerre aux drogues. Bien que cette guerre soit un échec retentissant en termes de réalisation des objectifs, elle s'avère être une stratégie politique des plus efficaces. Bien d'autres hommes politiques de divers pays du monde, ont donc emboîté le pas à Nixon et à sa *War on Drugs*. C'est ainsi que les drogues illicites sont devenues, presque exclusivement, un problème pénal. On dispose de très peu de données relatives aux résultats obtenus en regard des sommes investies dans la répression par les gouvernements, mais ces résultats sont vraisemblablement minimales, voire négatifs. Les actions menées dans le domaine social et en santé publique offrent un bien meilleur retour sur investissement.

Les États ont alloués une part écrasante des fonds destinés à endiguer le problème des drogues illicites aux dispositifs de répression tels que les douanes, la police, les tribunaux et les prisons. Les sommes investies dans les actions sanitaires et sociales de prévention et de traitement de la consommation de drogues ont, elles, été réduites à la portion congrue. En Australie, 75% des 3,2 milliards de dollars australiens alloués par le gouvernement à la gestion du problème des drogues pour l'année 2002-2003 ont servi à financer les dispositifs de répression, tandis que seuls 17% de ce même budget ont été investis dans la réduction de la demande de drogues (10% dans l'éducation et 7% dans le traitement des usagers) et 1% dans la réduction des risques³. Une étude plus récente estime que 92% des dollars

investis par le même gouvernement pour l'année 2004-2005 l'ont été dans des mesures judiciaires pénales⁴. Selon une récente étude européenne⁵, la répression serait, en matière de drogues, le premier poste budgétaire au Royaume-Uni (83 %), en Suède (78 %) et aux Pays-Bas (75 %). Cependant, la qualité des données rend les comparaisons et les estimations délicates. On estime qu'en 2001 au Canada, 93,8 % des dépenses annuelles consacrées au contrôle des drogues illicites ont été allouées à la répression (Office of the Auditor General of Canada 2001). Selon une étude RAND, 93 % des sommes allouées par le gouvernement américain à la lutte contre la consommation de cocaïne seraient investies dans l'éradication des plantations de coca d'Amérique du sud, dans l'interdiction du passage de la cocaïne d'Amérique du sud vers l'Amérique du nord et dans les douanes et la police américaines⁶. Le retour sur investissement de ces mesures a été estimé à 15 cents (par dollar investi) pour l'éradication des plantations, 32 cents pour l'interdiction et 52 cents pour les forces douanières et policières. On estime en revanche que les mesures de traitement des usagers de cocaïne, auxquelles seuls 7 % du budget ont été alloués, offriraient un retour sur investissement équivalant à 7,46 dollars pour chaque dollar investi.

Pourtant, dans les décennies qui ont suivi la Convention unique de 1961 et la fameuse déclaration de Nixon, la culture, la production, le transport, la vente, l'achat, la possession et la consommation de drogues n'ont cessé de croître, et ce partout dans le monde. La production mondiale d'opium, qui était de 1 050 tonnes en 1980, a atteint 8 890 tonnes en 2007, avant de redescendre à 4 860 tonnes en 2011⁷. La production mondiale de cocaïne est, elle, passée de 774 tonnes en 1980 à 865 tonnes en 2008⁸. Les nouvelles drogues sont elles aussi en pleine expansion. En 2011, pour la première fois, 49 substances psycho actives ont été officiellement recensées au sein de l'Union européenne. C'est le plus grand nombre de nouvelles substances jamais identifiées en un an. Il y en avait 41 en 2010, et 24 en 2009⁹. La consommation de drogues illicites s'étend

également à de nouveaux pays. Au début du xx^e siècle, seuls les États-Unis étaient confrontés à un grave problème de drogues. En 1975, la quasi-totalité des pays développés y étaient confrontés. À la fin du xx^e siècle, l'ensemble des pays en développement, à l'exception des pays d'Afrique, y étaient confrontés. Aujourd'hui, plus d'une douzaine de pays africains s'estiment confrontés à un sérieux problème de drogues. Les cours mondiaux de l'héroïne et de la cocaïne ont chuté de plus de 80% entre 1980 et 2003¹⁰. En dépit des fonds généreux alloués aux efforts de réduction de l'offre, les drogues sont toujours très faciles d'accès. Les sondages annuels effectués depuis 1975 sur les «high school seniors» américains (17 ans en moyenne) montrent que 80 % d'entre eux trouvent «facilement», voire «très facilement» du cannabis¹¹. En 2011, en Australie, après douze ans de pénurie d'héroïne, 86 % des usagers de drogues interrogés déclaraient que l'héroïne était «facile» ou «très facile» à se procurer. Les réponses étaient similaires pour les autres drogues: 80 % pour la méthamphétamine (speed), 68 % pour la cocaïne, 94 % pour le cannabis cultivé hors-sol et 76 % pour le cannabis cultivé à l'air libre¹².

L'interdiction des drogues n'a pas non plus rempli ses objectifs médicaux et scientifiques. Il est désormais reconnu que la majeure partie de la population des pays en développement ne bénéficie pas d'un accès satisfaisant aux opioïdes dans le cadre du traitement de la douleur. En 2009, ceux que la Banque mondiale définit comme les «pays à revenu élevé» représentaient 93 % de la consommation de morphine médicale, pour 17 % de la population mondiale. Les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui représentent 83 % de la population mondiale, ne consomment, eux, que 7 % de la morphine utilisée à des fins médicales dans le monde¹³.

Répression et changement des comportements

Du fait de la pénalisation, toute implication dans une quelconque dimension de l'usage de drogues est sévèrement

réprimée. Si cette répression a de graves conséquences sur de nombreux aspects de la vie des usagers de drogues, elle n'influence que très peu leur consommation future.

La psychologie, tout comme de nombreuses données empiriques, soutient que la punition n'influence le comportement que si elle intervient immédiatement après un comportement particulier, et qu'elle est considérée par le sujet comme étant certaine et sévère. Or, les «punitions» infligées aux usagers de drogues illicites, si elles sont sévères, ne sont généralement ni immédiates, ni certaines. L'essentiel du trafic et de la consommation de drogues n'est pas détecté. Lorsque cela arrive, le processus juridique de répression ne permet pas une punition immédiate. La punition peut même être évitée en invoquant des aspects techniques. Il n'est donc pas surprenant qu'en matière d'usage de drogues, la punition encourue n'ait que très peu d'influence sur la consommation. Le degré de sévérité de la peine ne semble pas non plus influencer sur les comportements des usagers.

Les deux définitions les plus courantes de la dépendance (CIM 10 et DSM IV) décrivent la persistance de la consommation en dépit de conséquences délétères comme une caractéristique importante, si ce n'est essentielle, de cet état. De nombreux usagers précoces de drogues illicites perdent ou mettent en péril tout ce qui leur est cher: leur santé, leur bien-être, leur entourage (époux/se, partenaire, parents, enfants), leur logement, leur stabilité financière, leur emploi ou leurs études. Nombre d'entre eux connaissent également des périodes répétées d'incarcération. Et pourtant, le niveau général de consommation de drogues reste inchangé. Dès lors, comment s'étonner du fait que le renforcement des mesures répressives ait un effet si anecdotique?

Les États-Unis connaissent, depuis le début des années 1980, une explosion sans égal de leur population carcérale. Bien qu'il ne représente que 5 % de la population mondiale, le pays compte le quart des détenus de la planète. Alors

SI LA RÉPRESSION N'EST PAS UN MOYEN EFFICACE
D'ENCOURAGER LES USAGERS DE DROGUES À
L'ABSTINENCE, LE FAIT DE PROPOSER DES INCITATIONS
FINANCIÈRES À CEUX QUI ARRÊTENT ET DEMEURENT
ABSTINENTS, FONCTIONNE EN REVANCHE ASSEZ BIEN.

116
117

même qu'en vingt ans, les prix de l'héroïne et de la cocaïne ont chuté de 80 %, le nombre de détenus incarcérés pour des faits impliquant des drogues est lui passé, sur la même période, de 50 000 à 500 000. Les États-Unis ont donc pris le parti de l'incarcération quasi-systématique, et refusent toujours d'adopter une approche de réduction des risques. L'expression n'a d'ailleurs jamais été prononcée par aucun représentant du gouvernement. Le Congrès a interdit le financement par les fonds fédéraux des programmes d'échange de seringues, et, lorsque Barack Obama a fait lever cette interdiction, le Congrès n'a pas hésité à la réinstaurer. Durant de nombreuses années, l'institution a même interdit tous travaux de recherche sur ces programmes.

Chose étrange, si la répression n'est pas un moyen efficace d'encourager les usagers de drogues à l'abstinence, le fait de proposer des incitations financières à ceux qui arrêtent et demeurent abstinents fonctionne en revanche assez bien. Cette méthode, appelée « gestion des contingences » (*contingency management*), est très impopulaire auprès de la classe politique et des dirigeants de ce monde, qui craignent un effet pervers. Selon eux, cela pourrait encourager les gens à commencer à consommer de la drogue en vue de toucher, plus tard, la récompense de leur abstinence.

Bien que les preuves d'un quelconque bénéfice soient inexistantes, et que ses effets délétères graves soient, eux, avérés, la répression reste l'approche la plus courante, dans les pays du monde entier. Et si la réduction des risques est, elle, prouvée efficace par de nombreuses études, son

adoption et sa mise en place prennent souvent énormément de temps.

Overdoses mortelles et non mortelles

Ces dernières décennies, la plupart des États ont vu le nombre annuel d'overdoses mortelles et non mortelles augmenter à mesure que s'intensifiait le recours à la répression. En Australie, la production et l'importation d'héroïne a par exemple été interdite en 1953, date à laquelle les overdoses étaient peu communes. Le nombre de décès dus à des overdoses aux opiacés a été multiplié par 55 entre 1964 et 1997¹⁴. En 1999, les overdoses d'héroïne ont fait 1 116 morts¹⁵. Au XXI^e siècle, on compte en moyenne 400 décès dus à des overdoses d'héroïne chaque année. Les overdoses mortelles ne doivent pas faire oublier les overdoses non mortelles, plus fréquentes. La plupart des usagers de drogues par voie intraveineuse ont connu au moins une fois une expérience de ce type, et nombreux sont ceux qui en ont connu plusieurs. L'overdose non mortelle est une expérience effrayante, qui engendre souvent des séquelles physiques et mentales permanentes. De plus, ces overdoses requièrent la mobilisation de ressources considérables (ambulance, hospitalisation d'urgence, soins intensifs ou lit d'hôpital). L'overdose de drogues est la cause de décès la plus fréquente chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans le monde entier, et le nombre de victimes dépasse celui des victimes du VIH/sida.

Les overdoses sont souvent liées au fait que les usagers qui se fournissent sur le marché noir ignorent la quantité et la concentration exacte de la drogue qu'ils achètent. Les dealers ont pour habitude de diluer les drogues qu'ils vendent pour accentuer leur marge et minimiser ainsi les frais de leur propre consommation. Lorsque les mêmes drogues sont prescrites dans un cadre médical, les overdoses sont rares. La consommation d'héroïne issue du marché noir s'accompagne souvent de graves difficultés sanitaires, sociales et financières, dont souffrent

également les familles et les communautés des usagers. À l'inverse la consommation d'héroïne médicalisée, dans le cadre d'un traitement, représente une réelle avancée pour les usagers, leur famille et leur communauté. Ses effets délétères sont, quant à eux, peu nombreux.

Infections transmises par le sang

Il y aurait dans le monde, selon une récente estimation, 15,9 millions d'usagers de drogues par voie intraveineuse, dont trois millions seraient séropositifs¹⁶. L'usage de drogues par voie intraveineuse a été identifié dans 148 pays, dont 120 ont également rapporté des cas de VIH parmi les usagers. Le taux de prévalence du VIH/sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est compris entre 20 et 40 % dans cinq de ces pays, et dépasse les 40 % dans neuf pays.

Le concept de réduction des risques est né bien avant l'épidémie de VIH/sida et est depuis longtemps utilisé en médecine clinique, en santé publique et dans d'autres disciplines. C'est cependant avec la découverte du VIH/sida que la RdR s'est fait connaître et a suscité un intérêt croissant. Même si elle reste mal comprise, parfois sciemment d'ailleurs, la RdR et les principes sur lesquels elle repose sont à présent clairement définis¹⁷.

Conscient de la difficulté de mettre en place des mesures de prévention, de prise en charge et de traitement pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, le Secrétaire général de l'ONU a noté que «non contents de pénaliser la transmission du VIH, de nombreux pays répriment par des lois les relations homosexuelles, la prostitution et l'usage de drogues injectables. Ces législations entravent considérablement l'accès aux populations ayant besoin de services de prévention et de traitement. Ces comportements doivent être dépenalisés et les toxicomanes doivent bénéficier de programmes de sevrage.»¹⁸.

Les hépatites B et C sont également fréquentes chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, et plus contagieuses que le VIH en termes de transmission par le sang. Dans la plupart des régions, le

nombre de cas d'hépatite C est bien plus important chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) que dans le reste de la population. Dans certains pays, l'hépatite C est responsable de davantage de décès que le VIH/sida parmi les UDVI.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse présentent un risque plus élevé d'infection par d'autres virus et par d'autres pathologies infectieuses (bactéries, champignons, parasites). Si certaines infections bactériennes se développent à proximité du site d'injection, d'autres se déclarent au niveau d'organes distants. Ces infections sont responsables de nombreuses pathologies et d'un grand nombre de décès.

LE CONCEPT DE RÉDUCTION DES RISQUES EST NÉ BIEN AVANT L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA ET EST DEPUIS LONGTEMPS UTILISÉ EN MÉDECINE CLINIQUE, EN SANTÉ PUBLIQUE ET DANS D'AUTRES DISCIPLINES.

Outre les agents microbiologiques qu'elles comportent, les drogues vendues au marché noir sont souvent coupées avec des produits adultérants. Bien que les cas soient rares, il arrive que ces produits engendrent des problèmes de santé.

Incarcération

De nombreux usagers de drogues, par voie intraveineuse ou non, ont connu la prison. Les hommes usagers sont généralement incarcérés plus souvent et pour des périodes plus longues que les femmes. Bien souvent, les usagers de drogues passent l'essentiel de leur vie d'usagers en prison. L'état de santé de nombreux usagers s'y améliore, grâce à l'intervention des services de santé, auxquels très peu de détenus ont recours «dehors». Cependant, l'incarcération comporte ses propres risques. Les fréquentes violences physiques et sexuelles dont sont victimes les détenus peuvent avoir de graves conséquences sur leur santé physique et mentale. Les virus infectieux, VIH et hépatite,

constituent un vrai risque pour ceux qui consomment ou s'injectent de la drogue en prison. Nombreux sont les usagers de drogues non injectables qui commencent à s'injecter en prison. L'usage de drogues par voie intraveineuse est beaucoup plus répandu en prison que dans la société, mais sa fréquence est plus élevée en liberté. Chaque injection réalisée en prison comporte un risque d'infection (HIV ou hépatite C) beaucoup plus élevé, et ce pour plusieurs raisons : nombre de personnes par seringue plus élevé, origines géographiques et sociales des usagers très diverses, matériel vétuste beaucoup plus propice à la prolifération des agents infectieux entre les injections.

La loi d'airain de l'interdiction

Ainsi va la règle : plus l'environnement répressif est sévère, plus les drogues vendues au marché noir sont dangereuses. Cela est dû au fait que l'interdiction favorise les drogues plus concentrées. Plus le produit est concentré, plus il est facile d'échapper aux autorités, mais plus une simple petite erreur de dosage peut s'avérer fatale. Quand le gouvernement américain a interdit la consommation d'alcool, en 1920, la bière a rapidement disparu au profit du vin et des alcools forts. Elle est réapparue en 1933, dès la fin de la Prohibition. Dans les dix ans qui ont suivi l'interdiction de fumer de l'opium dans trois pays d'Asie, cette pratique a effectivement presque disparu. Malheureusement, elle a été remplacée par l'injection d'héroïne¹⁹. Or, si l'opium était essentiellement une habitude d'hommes âgés et n'avait engendré que des problèmes mineurs, l'héroïne, elle, a rapidement séduit des

hommes jeunes et sexuellement actifs, faisant ainsi le lit de l'épidémie de VIH/sida dans une région qui abrite la moitié de la population mondiale. Voilà comment, sans le vouloir, l'interdiction de l'opium a favorisé l'injection d'héroïne et l'expansion de l'épidémie de VIH/sida.

La violence, problème de santé publique et conséquence inévitable de l'interdiction des drogues

Les lieux où s'échangent les drogues sont souvent marqués par la violence. En l'absence de moyens légaux de règlement des différends, la violence est souvent le seul arbitre. Selon une publication récente, 87 % des études parviendraient à la même conclusion : plus la répression de l'usage de drogues est forte, plus le degré de violence est important²⁰.

La violence constitue un véritable problème de santé publique. En décembre 2006, Felipe Calderón, le Président du Mexique, a déclaré la guerre à la drogue. Depuis, on estime que 50 000 homicides ont été commis dans le pays, et le bilan s'alourdit chaque année, avec 12 000 homicides rien que pour l'année 2011. Le nombre d'enlèvements et d'extorsions de fonds a augmenté dans des proportions similaires.

Mettre en place des mesures sanitaires et sociales dans un contexte d'interdiction

Dans un tel contexte, les mesures sanitaires et sociales mises en place sont souvent très limitées. L'accent est mis sur l'objectif de l'abstinence totale, pour tous les usagers, quelles qu'en soient les conséquences, en ignorant la piste de la réduction des risques pour ceux qui ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas, devenir abstinentes. Souvent, les financements sont eux aussi insuffisants, ce qui induit une offre et une qualité de services limitées. Rappelons qu'aux États-Unis, pendant la Prohibition, les services de traitement de l'alcoolisme ont cessé d'exister.

Les conséquences de l'usage de drogues sur la santé publique dans le contexte de la réforme des législations antidrogues

Les mesures sanitaires et sociales apportent un bénéfice non négligeable aux usagers de drogues, à leurs familles et à leurs communautés, tant au niveau sanitaire que social et économique. C'est pourquoi, si l'on veut réformer la législation, il est indispensable de redéfinir l'usage de drogues comme une question d'ordre sanitaire et social. Le reste suivra. Financer les actions sanitaires et sociales à hauteur des sommes actuellement investies dans la répression constitue un pas essentiel vers la réforme. Lorsque la Suisse et le Portugal ont choisi de repenser leur approche du problème, tous deux ont investi bien davantage dans les traitements afin d'en améliorer la disponibilité et la qualité.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) à base de méthadone, de buprénorphine ou d'héroïne médicalisée, ont été largement évalués et ont montré des bénéfices probants en termes de réduction de la mortalité, de la contamination par le VIH/sida, de la criminalité et de l'usage de drogues, ainsi que d'amélioration de la dynamique sociale. On estime que chaque dollar investi dans ces programmes permet d'en économiser sept. L'efficacité des TSO est maximisée si des doses élevées (80 à 120 mg de méthadone/jour; 12 à 16 mg de buprénorphine/jour) sont prescrites sur des périodes longues (supérieures à 18 mois, avec interruption volontaire, progressive et accompagnée du traitement). La réduction des risques permet également d'améliorer les résultats. À l'heure actuelle, dans de nombreux pays, la demande de traitements dépasse de loin l'offre. L'objectif devrait être d'encourager le plus possible les usagers en demande de TSO à suivre un traitement. Les programmes d'échange de seringues (PES) ont également fait la preuve de leur efficacité, de leur innocuité et de leur rentabilité. Pourtant, à l'échelle mondiale, l'offre de PES et de TSO est toujours très limitée.

On dispose désormais de données très positives pour les traitements d'héroïne médicalisée, notamment pour les usagers

les plus dépendants n'ayant jamais bénéficié d'aucun traitement.

Selon une étude Suisse²¹, l'amélioration de l'offre et de la qualité des traitements induit de nombreux bénéfices notables pour la société. À Zurich, le nombre d'usagers d'héroïne par voie intraveineuse est passé de 850 en 1990 à 150 en 2002, soit un déclin de 82 %. Cette évolution s'est accompagnée d'un recul sensible du nombre de décès par overdose, de contaminations VIH/sida et de crimes. Les quantités d'héroïne saisies par les autorités ont elles aussi diminué, ce qui suggère que les usagers se fournissent moins sur le marché noir, et davantage par le biais des circuits légaux.

Conclusions

Le processus de pénalisation des drogues a évolué progressivement depuis un siècle, mais s'est nettement intensifié ces cinquante dernières années. La pénalisation s'est avérée être un moyen onéreux d'obtenir des résultats médiocres, au niveau sanitaire comme au niveau économique et social. On assiste aujourd'hui à une prise de conscience progressive de l'échec total des politiques basées sur la répression. Les premiers à faire ce constat d'échec ont été les universitaires et les médecins. Puis, d'anciens responsables politiques et agents du système judiciaire leur ont emboîté le pas. À présent, ce sont des hommes politiques et des personnels judiciaires en exercice qui appellent à revoir les modalités de la lutte antidrogue. Comme l'écrit Gramsci, «l'ancien se meurt et le nouveau ne parvient pas à voir le jour». Le rapport émis en 2011 par la Global Commission on Drug Policy a chamboulé le débat sur la politiques de lutte contre les drogues.

Le débat devrait notamment viser à identifier les mesures qui, au sein de l'arsenal répressif, sont les plus efficaces, les plus rentables, et les moins délétères. La répression, comme l'usage de drogues lui-même, ne disparaîtra pas. C'est pourquoi nous devons veiller à réduire les risques liés à la répression des drogues, au même titre que ceux liés à son usage.

LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES ONT ÉGALEMENT FAIT LA PREUVE DE LEUR EFFICACITÉ, DE LEUR INNOCUITÉ ET DE LEUR RENTABILITÉ.

120
121

S'il n'est pas aisé d'identifier les bienfaits de la pénalisation, il n'est pas difficile d'en identifier les effets négatifs, et notamment la corruption sans limite qui règne au sein des forces de police et des gouvernements. L'ONUDC elle-même reconnaît désormais que le contrôle excessif exercé sur l'offre de drogues ces dernières décennies a eu un effet négatif sur la santé publique.

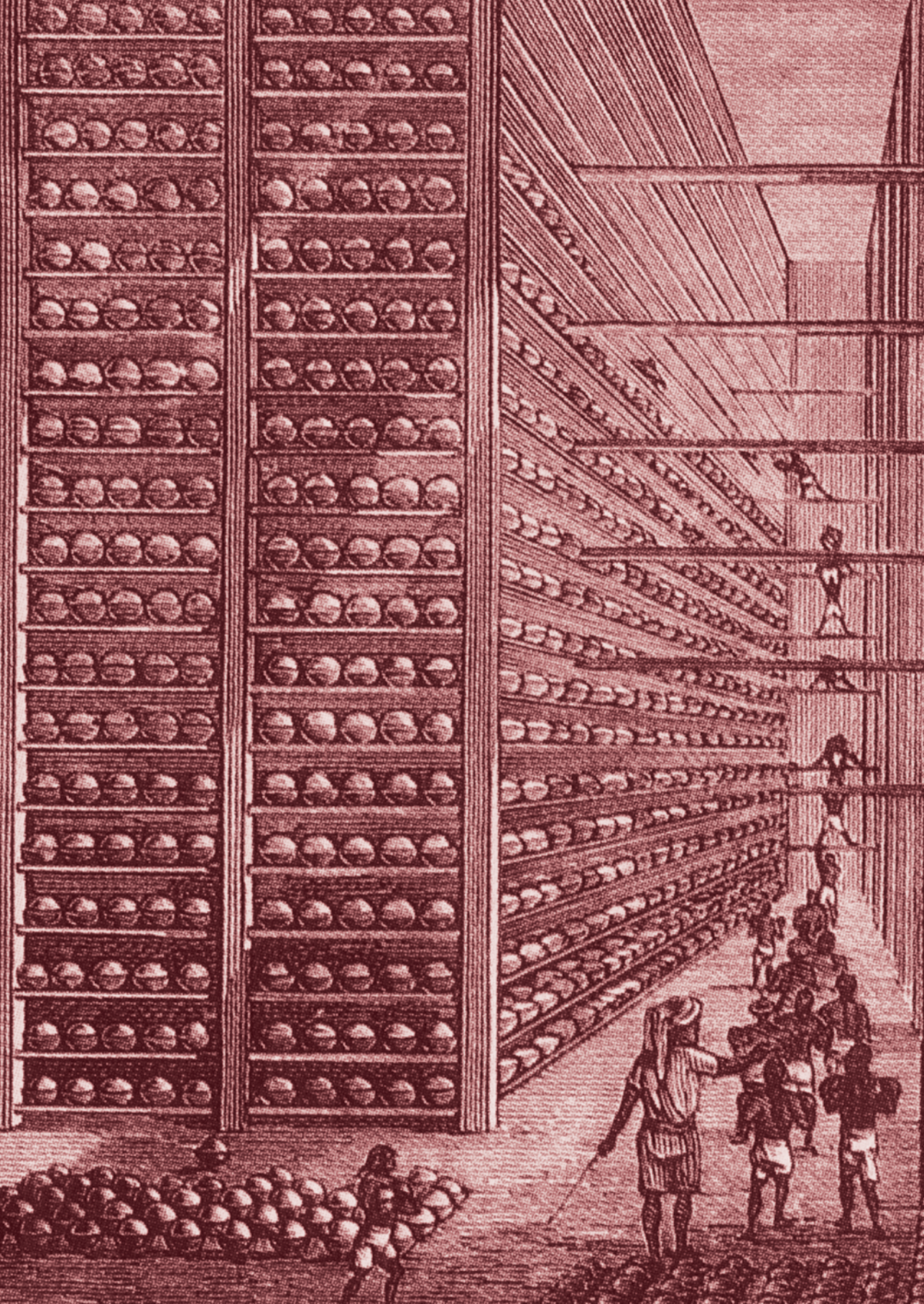
On s'intéresse également, depuis quelques années, aux conséquences de la pénalisation sur les droits humains. Bien que la question des droits dépasse le cadre d'un chapitre consacré aux conséquences de la pénalisation sur la santé publique, elle ne peut être ignorée. Même l'ONUDC a exprimé son inquiétude au

sujet des conséquences de l'interdiction des drogues sur les droits fondamentaux des usagers²². Le système des Nations Unies a été créé en vue de promouvoir la sécurité nationale, d'encourager le développement économique et de protéger les droits humains. Les traités internationaux relatifs aux drogues ne sont en rien fondateurs, et les drogues n'ont jamais eu le statut conféré aux objectifs premiers de l'organisation.

Le but de la législation sur les drogues doit être le recul de la mortalité, des maladies, de la criminalité et de la corruption. En cela, la réduction de la consommation de drogues ne doit pas être vue comme une fin, sinon comme un moyen de parvenir à ces objectifs, à la condition toutefois que la réduction de l'offre de drogues réduise réellement les risques. L'approche RdR devrait être appliquée à la fois à l'usage de drogues et aux mesures prises pour limiter cet usage. Cela ne sera possible qu'une fois l'énorme faux-pas de la pénalisation derrière nous. Les options possibles varient en fonction des drogues concernées, et chaque pays choisira sans doute une option différente. La «camisole» mondialiste actuelle a contraint l'ensemble des pays à adopter des législations «taille unique» ce qui a rendu difficile l'adoption d'une approche fondée sur la réduction des risques et a abouti aux conséquences sur la santé publique évoquées dans ce chapitre. Le Portugal, la Suisse et les Pays-Bas sont les exemples des bénéfices sanitaires, économiques et sociaux d'une approche plus libérale, tandis que les États-Unis et la Suède illustrent, eux, les coûts considérables liés à un système fondé sur la répression. ■

1. Antonio Maria Costa, *Making drug control "fit for purpose": building on the UNGASS decade*, Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 2008. [online] <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/CND-UNGASS-CRPs/ECN72008CRP17E.pdf>.
2. David Bewley-Taylor, *The United States and International Drug Control, 1909-1997*, Continuum, London, 2001.
3. Timothy Moore, «The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia», *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, no. 4, pp. 404-413, 2008.
4. David McDonald, «Australian governments' spending on preventing and responding to drug abuse should target the main sources of drug-related harm and the most cost-effective interventions», *Drug and Alcohol Review*, vol. 30, no. 1, pp. 96-100, 2011.
5. Maarten Postma, *Public Expenditure on Drugs in the European Union 2000-2004*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1357EN.html.

6. C. Peter Rydell & Susan Everingham, *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs*, Rand, Santa Monica, 1994.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *World Drug Report 2010*. www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf.
8. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *World Drug Report 2010*. *Op. cit.*
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2012, *EMCDDA–Europol 2011 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA*. www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2011.
10. Peter Reuter & Franz Trautmann (eds), *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007*, The European Commission, 2009. http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-short_en.pdf.
11. Lloyd Johnston et al., *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2004 volume i secondary school students 2004*, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, 2005. http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2004.pdf.
12. Jennifer Stafford & Lucy Burns, *Drug trends bulletin key findings from the 2011 IDRS: a survey of people who inject drugs*, National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney, 2011. <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/ndarc.cms.med.unsw.edu.au/files/ndarc/resources/IDRS%20October%20bulletin%202011.pdf>.
13. International Narcotics Control Board, *Report of the narcotics control board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes*, 2011. https://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf.
14. Wayne Hall et al, «Opioid overdose mortality in Australia, 1964-1997: birth-cohort trends», *The Medical Journal of Australia*, vol. 171, no. 1, pp. 34-37, 1999.
15. Louisa Degenhardt et al., 2003 *Australian Bureau of Statistics data on accidental opioid induced deaths*, National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney, 2004. [http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/ndarc.cms.med.unsw.edu.au/files/ndarc/resources/NIDIP%20Bulletin%20-%20illicit%20drug%20mortality%20trends%20\(opioids%202003\).pdf](http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/ndarc.cms.med.unsw.edu.au/files/ndarc/resources/NIDIP%20Bulletin%20-%20illicit%20drug%20mortality%20trends%20(opioids%202003).pdf)
16. Bradley Mathers, «Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review», *The Lancet*, vol. 372, no. 9651, pp. 1733 – 1745, 2008. www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHV.pdf.
17. International Harm Reduction Association, *What is harm reduction?*, 2010. www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf.
18. Ban Ki-Moon, *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS*, 2012. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090616_sg_report_ga_progress_en.pdf.
19. Joseph Westermeyer, «The pro-heroin effects of anti-opium laws in Asia», *Archives of General Psychiatry*, vol. 33, no. 9, pp. 1135-1139, 1976.
20. International Centre for Science in Drug Policy, *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review*, 2010. www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf.
21. Carlos Nordt & Rudolf Stohler, «Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis», *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, pp. 1830 – 1834, 2006.
22. United Nations Office on Drugs and Crime 2012, *UNODC and the promotion and Protection of human rights*. www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_HR_position_paper.pdf.



DÉPÉNALISATION ET RÉGLEMENTATION

Steve Rolles

En réponse aux critiques adressées aux politiques actuelles de lutte contre les drogues, pour le moins défailtantes, un certain nombre de nouvelles approches sont à l'étude. L'idée générale de ces réformes est la même : prendre des distances vis-à-vis des éléments les plus répressifs de la « guerre antidrogues » pour adopter une approche plus pragmatique, fondée sur les grands principes des droits humains et de la santé publique. Un changement de modèle qui passe nécessairement par la refonte et la réforme de cadres juridiques aussi obsolètes qu'inefficaces. Cet article s'attache à décrire les deux réformes qui constituent le fer de lance du débat actuel.

Dépénalisation de la détention de drogues destinées à l'usage personnel

Le cadre juridique international actuel permet à un État ou à une région de dévier du modèle répressif de contrôle des drogues pour adopter une approche de santé publique moins répressive et plus pragmatique. C'est ce qu'ont fait, selon différentes modalités, des pays européens comme les Pays-Bas, la Suisse¹, le Portugal (voir ci-après) et la République Tchèque. Une évolution qui repose, en règle générale, sur les principes suivants :

- Un changement d'objectif prioritaire, qui n'est plus la réduction de la consommation de drogues, mais la réduction des risques qui lui sont associés ;
- Une répression moins intense, en particulier à l'encontre des usagers, avec, en parallèle, un financement accru des mesures de santé publique ;
- Des réformes de la législation, telles que

la dépénalisation (détaillée plus loin) ou d'autres réformes des peines encourues (abolition des quotas minimum d'emprisonnement obligatoires par exemple)

- Des réformes institutionnelles, comme le fait de placer le pouvoir de décision, notamment en matière de budget, non plus sous le mandat du ministère de la justice mais de celui de la santé. C'est notamment ce qu'ont fait l'Espagne et le Brésil.

La dépénalisation n'a pas de définition juridique stricte, mais en matière de politique des drogues, elle renvoie à la suppression des sanctions pénales s'appliquant à la détention de petites quantités de drogues illicites, destinées à la consommation personnelle, remplacées ou non par des sanctions civiles ou administratives. Dans cette définition de la dépénalisation, la détention de stupéfiants reste illégale et passible de sanctions, mais celles-ci ne figurent plus au casier judiciaire de

Steve Rolles est responsable de l'analyse des politiques des drogues à la Transform Drug Policy Foundation, où il travaille depuis 1998. Auteur d'articles de revues, de périodiques et de chapitres d'ouvrages, Steve est également l'auteur principal d'un certain nombre de publications de Transform. Il a notamment travaillé sur *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation* en 2009. Il participe régulièrement au débat public sur les lois et les mesures antidrogues, dans les médias mais aussi en tant qu'orateur invité aux conférences organisées au Royaume-Uni et partout dans le monde sur le sujet, ainsi qu'à diverses assemblées de l'ONU, du gouvernement britannique ou du comité parlementaire sur les drogues de son pays. Avant Transform, et suite à une licence de géographie (Université de Bristol) et un master en développement (Université de Manchester), Steve a travaillé pour le comité britannique pour la recherche médicale et pour Oxfam.

l'individu. Toutefois, la dépénalisation est souvent comprise, à tort, comme l'abolition de toute forme de poursuites, ou confondue avec des réformes plus profondes englobant la production et l'offre de drogues sur le marché (voir ci-après). On entend parfois le terme de « décriminalisation », mais il renvoie, de manière plus générale, à la réduction ou à l'abolition de tous types de peines pour un délit donné, et non uniquement des sanctions

LA RÉGLEMENTATION N'APPORTE DE SOLUTION QU'AUX PROBLÈMES NÉS DE LA GUERRE ANTIDROGUES ET DE L'INTERDICTION DES STUPÉFIANTS.

pénales. La dépénalisation, dans l'acceptation définie ici, est autorisée par le cadre légal déterminé par les conventions des Nations Unies sur les drogues.

Il est difficile de faire des généralités à propos de la dépénalisation tant ses modalités peuvent varier d'un pays à l'autre, et même d'une juridiction à l'autre. On observe des variations notables, essentiellement dans les modalités suivant lesquelles la dépénalisation est organisée. Elle peut être gérée par la justice pénale ou par des professionnels de santé, être plus ou moins intégrée au sein d'un dispositif sanitaire. Les quantités-seuil déterminant la frontière entre dealers et consommateurs ainsi que les types de sanctions non pénales peuvent également varier : amendes, confiscation des papiers d'identité, avertissements, obligation de soins, etc.

On distingue également la dépénalisation de droit (réforme spécifique du cadre

juridique) de la dépénalisation de fait (résultats identiques mais obtenus, dans ce cas, par la non-application de la législation en vigueur). Dans la plupart des pays ayant adopté un modèle de dépénalisation (à l'exception des pays les plus tolérants vis-à-vis de la détention de cannabis que sont l'Espagne, les Pays-Bas et la Belgique), les personnes arrêtées en possession de drogue se la voient confisquer. Conscients de ces différences d'approches, 25 à 30 pays d'Europe, d'Amérique latine et d'Eurasie pour la plupart, ont adopté des dispositions dépénalisant la possession de petites quantités de certaines drogues, voire de toutes².

En raison de la diversité des approches et des pratiques, peu de conclusions générales peuvent être tirées des effets de la dépénalisation hormis le fait qu'elle n'a pas provoqué, contrairement à ce que beaucoup craignaient, d'explosion du nombre d'usagers de drogues. Alors que l'impact positif sur le niveau de risques associés à l'usage de drogue et sur le budget de l'appareil répressif et de la justice en général est avéré, des études menées en Europe³, en Australie⁴ aux États-Unis⁵ et à l'échelle internationale⁶ suggèrent que l'impact négatif d'un assouplissement de la répression au niveau des usagers n'entraînerait, dans le pire des cas, qu'une augmentation marginale du taux d'usage de drogues.

La dépénalisation ne peut avoir pour ambition que de réduire les risques liés à la répression des usagers de drogues, et n'aura qu'un effet marginal sur ceux associés au trafic ou à la mise sur le marché des drogues. Si elle est mal pensée ou mal organisée (seuils trop bas, manque de coordination entre forces de police et services de santé, etc.), la dépénalisation n'a qu'un impact limité, et risque de créer de nouveaux problèmes, et notamment d'accroître le nombre d'usagers poursuivis par la justice pénale.

Le facteur déterminant semble être le degré d'intégration de la dépénalisation au sein d'une dynamique plus générale de réorientation des politiques et de redistribution des ressources, vers des actions de santé publique pragmatiques et centrées sur les populations à risques

(jeunes, usagers dépendants et usagers par voie intraveineuse). La dépénalisation peut être vue comme l'un des éléments d'une approche plus large basée sur la réduction des risques, mais aussi comme le moyen d'ouvrir la voie à d'autres mesures sanitaires.

Légalisation, réglementation et contrôle de la production et de l'offre de stupéfiants

À l'heure où l'approche prohibitionniste est de plus en plus critiquée, l'inévitable débat corollaire concernant les solutions alternatives de régulation des marchés est passé au premier plan. L'argument principal est simple : l'interdiction s'étant avérée à la fois inefficace et largement contre-productive, le seul moyen de réduire les nombreux coûts associés au

L'EXPÉRIENCE DE LA DÉPÉNALISATION AU PORTUGAL

Après dix ans d'une évaluation détaillée des effets de la dépénalisation instaurée en 2001, le Portugal constitue un cas d'étude intéressant. En réponse au problème de la drogue, le pays a fait le choix de ramener la santé publique au premier plan. Il a d'ailleurs su accompagner la dépénalisation d'une réorientation politique en faveur de la santé publique et de ressources supplémentaires allouées aux traitements et à la réduction des risques⁷.

Les personnes arrêtées en possession de drogues illicites y sont renvoyées devant un « conseil de dissuasion » qui décide soit d'engager des poursuites (cas le plus fréquent), soit d'orienter les individus vers des services thérapeutiques, soit d'appliquer une simple sanction administrative. L'expérience portugaise s'est avérée être un point de discord dans le débat, souvent houleux, sur la politique des drogues. Les données recueillies depuis 2001, une fois passées à travers différents filtres politiques et idéologiques, font dire à certains que l'expérience est un « franc succès », quand d'autres qualifient l'entreprise de « désastre incontestable »⁸. Selon une étude universitaire, plus objective, menée en 2008⁹, on observe depuis la dépénalisation les changements suivants :

- Une faible augmentation de la consommation de drogues chez les adultes
- Une consommation moindre parmi les usagers à risques et les adolescents (depuis 2003)
- Un système judiciaire « libéré » du fardeau des auteurs de crimes liés à la drogue
- Une progression du nombre de traitements
- Un recul des décès et des maladies liées à la consommation d'opiacés

- Une augmentation des quantités de drogues saisies par les autorités
- Une réduction du prix de vente des drogues

Les auteurs de l'étude concluent que : « [L'expérience du Portugal] infirme l'hypothèse selon laquelle la dépénalisation aggraverait les formes les plus dangereuses de consommation de drogues. Si de faibles augmentations ont été observées dans la consommation de drogues des adultes, le contexte régional suggère que cette tendance n'est pas uniquement imputable à la dépénalisation. Nous soutenons que ces augmentations restent moins importantes que les diminutions observées dans les décès et infections liés à la consommation de drogues, ou dans la consommation des jeunes. Le cas portugais indique que l'association d'une suppression des sanctions pénales et de la mise en place de mesures thérapeutiques nouvelles en faveur des usagers de drogues offre plusieurs avantages. Elle permet de réduire le fardeau que représente la répression des drogues pour le système judiciaire, tout en réduisant aussi l'usage problématique de drogues. »

Plus récemment, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, dans une publication intitulée *Drug Policy Profile of Portugal*¹⁰, soutenait la même idée : « Si le modèle portugais constitue pour certains le premier pas vers la légalisation des drogues, et pour d'autres le nouveau fer de lance de la réduction des risques, il s'agit en fait, ni plus ni moins, d'une politique de santé publique fondée sur des valeurs humanistes, pragmatiques et participatives. »

trafic est de prendre le marché des mains des criminels opportunistes et de le placer sous la tutelle de l'État. L'idée repose non pas sur le principe de l'éradication du marché, mais sur celui du contrôle, et les propositions dans ce sens incluent souvent un modèle réglementaire rigoureusement appliqué, contrairement à l'idée, aussi fausse que répandue, selon laquelle les réformes de ce type correspondraient à un assouplissement des contrôles ou à

une libéralisation du marché. Il s'agit en fait de placer un marché sous le contrôle de l'État, contrôle qu'il n'exerçait pas, tout en redéfinissant clairement le rôle des services de répression. La pénalisation n'est qu'un moyen. L'objectif final est une réglementation efficace du marché et une réduction des risques liés à la production, la vente et l'usage de drogues.

Les avocats de la réglementation ne prétendent pas qu'elle puisse enrayer les moteurs profonds de la dépendance que sont la pauvreté et les inégalités. La réglementation n'apporte de solution qu'aux problèmes nés de la guerre antidrogues et de l'interdiction des stupéfiants. Certains pensent cependant que, combinée à un modèle réglementaire pragmatique fait de mesures claires et complètes et à l'allocation de ressources supplémentaires en faveur des politiques sociales et de la santé publique, la réglementation peut contribuer à créer un environnement plus favorable et aboutir, à long terme, à une amélioration globale des résultats.

Ses défenseurs voient la réglementation comme la réponse naturelle aux critiques actuelles de l'approche prohibitionniste et la suite logique des réformes pragmatiques déjà en cours, dépénalisation incluse. Mais les mesures de réglementation des marchés sont, à la différence d'autres réformes, difficiles à imposer de manière unilatérale. Techniquement, elles sont toujours strictement interdites par le cadre fixé par les conventions des Nations Unies sur les drogues. Tout État qui souhaite mettre en place un modèle de réglementation doit donc d'abord renégocier ces conventions, une démarche semée de nombreux obstacles pratiques et politiques.^{11,12,13}

On a vu apparaître, ces dix dernières années, les premiers projets détaillés proposant différentes modalités de contrôle des produits stupéfiants (doses, préparation, prix, conditionnement), des distributeurs (agrément, sélection et formation, marketing et publicité), des lieux de distribution (localisation, nombre, apparence), des bénéficiaires (âge, contrôles, acheteurs agréés, modalité d'adhésion à des clubs spécifiques) et des lieux et horaires spécifiques de consommation.^{14,15,16}

CINQ FAÇONS DE RÉGLEMENTER LA DISTRIBUTION DE DROGUES

La prescription médicale, ainsi que les salles de consommation supervisées, pour les drogues les plus à risques comme l'héroïne injectable et les puissant stimulants tels que la méthamphétamine.

La vente en pharmacies spécialisées avec accès réglementé des usagers et volumes limités, pour les drogues à risques modérés telles que les amphétamines, la cocaïne (poudre) et l'ecstasy/MDMA.

Distribution agréée, avec degrés de réglementation adaptés aux risques liés au produit et aux besoins locaux. Peut être mise en place pour les drogues à faibles risques et les préparations de types boissons à base de stimulants.

Lieux de vente et de consommation agréés, sur le même principe que les établissements « licence 4 » pour l'alcool ou les coffee shops néerlandais pour le cannabis. Potentiellement adaptable aux fumeurs d'opium ou aux consommateurs de thé de pavot.

La vente libre, réglementation minimale pour les produits les moins à risques tels que les boissons caféinées ou les infusions de coca.

Dans son rapport *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation* publié en 2009, la fondation britannique Transform Drug Policy¹⁷ explore les moyens possibles de réglementer différentes drogues chez différentes populations, et ouvre le débat en proposant cinq modèles de bases (voir encadré ci-dessus). Ces pistes de réflexion reposent sur les leçons tirées, dans divers pays, des échecs et des réussites de la réglementation de l'alcool et du tabac (voir par exemple la convention-cadre de l'ONU sur la lutte antitabac), ainsi que des médicaments et autre substances et pratiques nocives réglementées par les gouvernements.

Les partisans de la réglementation rappellent que nombre des drogues interdites à l'usage non-médical sont toujours produites et financées de manière parfaitement légale pour leur utilisation à des fins médicales. C'est le cas notamment de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines et du cannabis. Si les conventions de l'ONU sur les stupéfiants permettent à ces deux systèmes de coexister légalement, le contraste extrême des niveaux de risques qui leur sont associés rend nécessaire l'effort de réforme.

L'exemple de l'héroïne illustre bien la situation. Considérée par beaucoup comme l'une des drogues les plus dangereuses de l'éventail des stupéfiants, elle est aussi, en parallèle, produite et consommée de manière parfaitement sûre et légale dans certains cas. L'utilisateur qui a accès à une prescription d'héroïne (dans une clinique suisse par exemple), élimine toute exposition à des environnements à risques, à des produits stupéfiants de mauvaise qualité ou au virus du VIH/sida (par le biais de matériel d'injection contaminé). On peut également rappeler que la moitié de la production mondiale d'opium est destinée légalement à des fins médicales et n'est en rien associée à la criminalité, aux conflits ou au coût de développement du marché noir parallèle.

La conséquence principale de l'élan progressif vers la réglementation du marché est le recul du marché parallèle et, incidemment, des coûts qui lui sont associés¹⁸. Ces effets peuvent potentiellement aller

au-delà de ceux obtenus par des réformes entreprises dans le cadre prohibitionniste actuel, telles que la dépénalisation qui influe essentiellement sur les problèmes liés à la demande de stupéfiants. En effet, il ne s'agit plus de gérer les risques liés au trafic, ou d'essayer de réduire ce trafic en limitant la demande. La réglementation offre la perspective d'une réduction drastique des risques associés au trafic de stupéfiants accompagnée d'effets positifs sur les usagers, les pays producteurs et les pays de transit.

La réglementation permettrait également de réduire de manière considérable les violations des droits de l'homme commises par les États au nom de la lutte antidrogues, ainsi que les risques liés à la consommation de produits non réglementés, à la composition incertaine. La répression ne serait plus une nécessité, mais une éventualité, ce qui permettrait de réinvestir les milliards ainsi économisés dans des mesures sanitaires et sociales. Une évolution dont l'impact positif rayonnerait bien au-delà du seul secteur de la lutte antidrogues. Le coût de la mise en place des nouvelles structures réglementaires ne représenterait qu'une part infime des ressources toujours plus importantes, actuellement nécessaires au financement du contrôle de l'offre et de la demande.

Tout changement de politique peut entraîner des effets négatifs involontaires. Les partisans de la réglementation insistent sur le fait que l'évolution doit être progressive, sur plusieurs années, et que ses effets sur la société doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux. Les risques les plus importants sont ceux d'un « glissement » de l'activité criminelle vers d'autres secteurs ou d'une augmentation de la consommation de stupéfiants due à des modalités de commercialisation inadéquates. Grâce à une meilleure compréhension de l'influence du cadre législatif sur la dynamique sociale, associée à des études d'impact et à des modélisations, il est possible de limiter ces risques, en instaurant par exemple des monopoles d'État ou des contrôles sur le marketing et la publicité afin de limiter la pression commerciale et les motivations opportunistes. ■

1. Joanne Csete, *From the Mountaintops: What the World can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*, Open Society Foundation, New York, 2010.
2. Ari Rosmarin & Niamh Eastwood, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice Across the Globe*, Release, London, 2012.
3. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual report 2011: Looking for a relationship between penalties and cannabis*, 2011.
4. Caitlin Hughes & Alison Ritter, *A summary of diversion programs for drug and drug related offenders in Australia, DPMP monograph series*, National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney, 2008.
5. Eric Single et al, "The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States", *Journal of Public Health Policy*, vol. 21, no. 2, pp.157-186, 2000.
6. Louisa Degenhardt et al, «Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys», *PLoS Medicine*, vol. 5, no. 7, 2008.
7. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Drug policy profiles — Portugal*, 2011.
8. Caitlin Hughes & Alex Stevens, «What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs», *British Journal of Criminology*, vol. 50, no. 6, pp.999-1022, 2010 and «A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs», *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, no. 1, pp.101-113, 2012.
9. Ibid.
10. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Drug policy profiles — Portugal*, 2011.
11. Steve Rolles et al, *After the War on Drugs: Options for Control*, Transform Drug Policy Foundation, Bristol, 2009.
12. David Bewley-Taylor, *Towards Revision of the UN Drug Control Conventions: the Logic and Dilemmas of Like-minded Groups*, Transnational Institute, United Kingdom, 2012.
13. David Bewley-Taylor & Martin Jelsma, *Fifty Years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: a Reinterpretation*, Transnational Institute, Amsterdam, 2011.
14. King County Bar Association, *Effective drug control: Toward a new legal framework state-level regulation as a workable alternative to the "war on drugs"*, 2005.
15. The Health Officers Council of British Columbia, *Public health perspectives for regulating psychoactive substances: what we can do about alcohol, tobacco, and other drugs*, 2011.
16. Steve Rolles, *op. cit.*
17. Ibid.
18. Steve Rolles et al, *The alternative world drug report: counting the costs of the war on drugs*, 2012.

Folie d'opium



TABLE DES ILLUSTRATIONS

130
131

- 11 Couverture du recueil de poésies *Les paradis artificiels*, Charles Baudelaire, Paris, 1932.
- 18 Magazine *Police*, 1938, France.
- 29 Calmants pour la toux, date inconnue, France.
- 35 Exemples de seringues entre 1840 et 1870.
- 43 Couverture du journal *Détective*, 1933, France.
- 48 Fumerie d'opium, *Petit Journal*, 1903, France.
- 56 Couverture du livre *La morphine*, Victorien du Saussay, Albert Méricant, 1906.
- 64 Couverture de *L'Assiette au beurre*, 1905, France.
- 72 Couverture du journal *Détective*, 1929, France.
- 81 *Dangereuse passion*, Studio Manassé, 1920, France.
- 93 Publicités pour des sevrages à l'opium et à la morphine, 1896, États-Unis.
- 101 Affiche pour une vente aux enchères publiques de 200 kilos de chlorhydrate d'héroïne, 1930, France.
- 113 Affiche médicament contre la toux, 1905.
- 123 Entrepôt d'opium en Inde en 1882.
- 130 Publicité pour un parfum, 1911, France.

Directeur de la publication

Dr Thierry Brigaud

Ouvrage coordonné par

Céline Debaulieu, Niklas Luhmann
& Olivier Maguet

Comité de rédaction

Céline Debaulieu, Anne Landaës,
Niklas Luhmann Marie Lussier,
Olivier Maguet & Maria Melchior

Traduction

Fanny Bourgeois & Anne Withers

Iconographie

Jimmy Kempfer

Conception graphique & mise en page

Christophe Le Drean • rouge-rose.net

Impression

Centr'Imprim

Achevé d'imprimer

sur les presses de Centr'Imprim
à Issoudun en mai 2013.

Dépôt légal

Juin 2013

ISBN

9782918362203

Cet ouvrage a été réalisé avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement (AFD). Les idées et opinions présentées sont celles de Médecins du Monde et ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.

