



SWAPS

UNGASS 2016

Prisons et comorbidités

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 80-81 / 3^e-4^e trimestres 2015

UNGASS 2016 :
trois questions au président
de l'Organe international
de contrôle des stupéfiants / 2

UNGASS 2016 :
« à la recherche
d'une approche équilibrée » / 5

UNGASS 2016 : la position
du gouvernement hollandais / 8

Les conventions internationales
sur les stupéfiants
au XX^e siècle / 11

Plateforme
interassociative française
pour une participation de la société civile dans
les débats internationaux sur les politiques de drogues / 16

Prise en charge
de l'hépatite C en détention / 19

Perspectives de soin pour
les usagers d'alcool/drogues incarcérés :
place des CSAPA référents
pour la préparation à la sortie de prison / 22

Activité du « **CSAPA référent** »
des établissements pénitentiaires
d'Île-de-France / 27

Naloxone par voie nasale
Une nouvelle arme
contre les overdoses / 29

Analyse de produits circulants
sur le marché noir : retour sur la dernière
journée thématique de l'AFR / 31

« **L'Ombre du monde**
Une anthropologie
de la condition carcérale » / 34



UNGASS 2016 : trois questions au président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants

Entretien avec Werner Sipp, propos recueillis par Didier Jayle / Directeur de la publication

La précédente UNGASS sur le thème des drogues a eu lieu en 1998. Dans une déclaration solennelle, les États s'engageaient à tout mettre en œuvre pour éradiquer ou diminuer substantiellement la production et la consommation de l'ensemble des drogues illicites dans le monde dans les dix ans. Le bilan dressé en 2008 par l'ONUDC ne s'est pas montré à la hauteur des espérances, loin s'en faut. C'est donc dans le cadre de la discrète Commission des stupéfiants qui a lieu chaque année à Vienne, et non lors d'une nouvelle UNGASS, que le bilan de la décade a été fait et les directions pour la suivante (2009-2019) ont été données.

Swaps : En avril 2016, aura lieu l'UNGASS sur les drogues. Dans quel contexte cette session a-t-elle été décidée ? Pourquoi n'avoir pas attendu 2019, comme prévu ?

Werner Sipp : Lorsque l'ONU a décidé, en 2012, de tenir une session extraordinaire de l'Assemblée générale en 2016 sur le problème global des drogues, elle n'a pas expliqué pourquoi elle a choisi précisément cette année. En effet, cette date sort du rythme habituel du calendrier des Nations unies en matière de drogues. C'est la troisième fois que l'ONU prête une attention particulière au problème des drogues au plus haut niveau. En 1990, l'Assemblée générale tenait une première session extraordinaire qui finissait par adopter une déclaration politique et proclamer une « décade contre l'abus de drogues » (1990-2000). En 1998, lors d'une deuxième session extraordinaire sur les drogues, elle adoptait une nouvelle déclaration politique qui fixait comme objectif une réduction sensible de l'offre et de la demande de stupéfiants dans les dix ans à venir. Et en 2009, la Commission des stupéfiants, dans le cadre d'un « débat de haut niveau », a adopté une autre déclaration poli-

tique pour identifier les priorités futures ainsi que les buts et objectifs jusqu'en 2019.

Alors que l'UNGASS 2016 quitte ce rythme décennal des déclarations politiques, elle intervient pourtant à un moment crucial de la discussion sur la meilleure stratégie en matière de lutte contre la drogue. Un certain nombre de gouvernements – notamment d'Amérique du Sud – réclament d'adopter de « nouvelles approches » en politique anti-drogue. Plusieurs pays – l'Uruguay et quatre États des États-Unis – ont même choisi de permettre l'usage non médical du cannabis. Cela est clairement contraire aux conventions qui limitent l'usage de drogues exclusivement aux fins médicales et scientifiques. Il s'agit là d'un défi au consensus établi par les conventions, qui ont été ratifiées par la quasi-totalité de la communauté internationale. L'UNGASS 2016 sera l'occasion pour les États signataires des conventions de trouver une réponse à ce défi.

En plus, l'UNGASS 2016 doit faire face à de nouveaux phénomènes : le nombre sans cesse croissant des « nouvelles substances psychoactives » ou l'apparition de nouveaux produits chimiques qui sont fabriqués pour

De nationalité allemande, Werner Sipp, né en 1943, est juriste de formation (universités d'Heidelberg, Allemagne, de Lausanne, Suisse, et Institut universitaire d'études européennes de Turin, Italie). Titulaire de divers postes à responsabilité dans plusieurs ministères fédéraux (1977-2008), puis expert en matière de drogues dans plusieurs projets de l'Union européenne, il devient membre de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) en 2012, il a en été élu président en mai 2015.

contourner les contrôles du commerce des précurseurs (« précurseurs sur mesure », « préprécurseurs »), mais aussi le rôle d'Internet dans le trafic international de drogues. Quant aux nouvelles substances psychoactives, il s'agit de trouver, au niveau international, des solutions réglementaires et pratiques pour empêcher que ces substances, dans la mesure où elles sont dangereuses, arrivent sur le marché des consommateurs.

Il y a donc un grand nombre de problèmes importants et urgents qui méritent d'être discutés par l'Assemblée générale en avril 2016 et qui justifient le choix de cette date.

Swaps : En 2009, pas un mot sur la réduction des risques (RdR) dans la déclaration finale : pensez-vous qu'il en sera autrement en 2016 ? Quelles sont les conditions ou les contextes en faveur ou en défaveur d'une déclaration incluant la RdR ?

Werner Sipp : Il est vrai que la déclaration politique de 2009 ne mentionnait pas expressément le terme de « réduction des risques » (« harm reduction », « réduction des dommages »). Cependant, elle souligne que les programmes efficaces et intégrés de réduction de la demande doivent inclure non seulement la prévention primaire, l'intervention précoce, le traitement, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale, mais aussi des « services de soutien connexes » visant à « réduire les conséquences néfastes de l'usage illicite des drogues » (cf. § 21). On peut considérer que cette définition couvre aussi les programmes de « harm reduction ».

On peut noter que, pendant les dernières années, un nombre croissant d'États ont introduit des mesures de RdR, c'est-à-dire des mesures destinées premièrement à réduire les effets sanitaires et sociaux de l'abus de drogues. Cependant, la notion même de « harm reduction » est toujours controversée sur le plan international, ce qui est dû, au moins en partie, à des interprétations divergentes de ce concept. Il est difficile de prévoir aujourd'hui le rôle que jouera la RdR dans les débats de l'UNGASS 2016 et dans le document final.

Or, il serait temps de mener un débat rationnel, objectif et non idéologique sur le concept de la RdR afin de déterminer son contenu et sa place dans l'ensemble d'une stratégie anti-drogues, mais aussi ses limitations marquées par les conventions.

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a donné à plusieurs reprises (mais surtout dans son rapport annuel 2003) certaines indications pour l'évaluation de ce concept. L'OICS a constaté que bien que le terme de « réduction des risques » ne soit pas employé dans les conventions, « l'objectif ultime des conventions est de

réduire les risques ». Il a affirmé que « les programmes de réduction des risques pouvaient jouer un rôle dans le cadre d'une stratégie globale de réduction de la demande de drogues, mais qu'ils ne devraient pas être exécutés au détriment d'autres activités importantes qui sont de nature à réduire la demande de drogues illicites ».

Aujourd'hui, il serait opportun de poursuivre cette réflexion, de définir les éléments de la RdR et de se mettre d'accord sur une stratégie globale incluant cette approche, à la lumière des expériences acquises et en conformité avec les conventions.

Swaps : Dans plusieurs États américains, le statut légal du cannabis évolue dans le sens d'une distribution contrôlée. En Europe, de nombreux pays ont dépénalisé l'usage du cannabis. Pensez-vous qu'on peut s'attendre à une évolution des conventions pour ce produit psychoactif, le plus consommé dans le monde, en termes d'usage privé, d'autoproduction et de contrôle de la distribution ?

Werner Sipp : Les conventions ne permettent pas la « distribution contrôlée » du cannabis en dehors de l'usage médical. Les conventions considèrent le cannabis comme une substance particulièrement dangereuse qui doit être mise sous contrôle strict. Par conséquent, les législations des quatre États américains qui ont réglementé la production et la distribution du cannabis à des fins « récréatives » (Colorado, Oregon, Alaska, Washington) ainsi que la législation de l'Uruguay ne sont pas en accord avec les conventions.

Théoriquement, les États signataires – qui sont les maîtres des conventions – peuvent modifier les conventions soit en modifiant la classification du cannabis soit en élargissant l'usage légitime de cette substance au-delà des fins médicales et scientifiques. En fait, il est très peu probable que l'UNGASS 2016 fasse de telles propositions puisque toutes les résolutions importantes des dernières années à tous les niveaux des Nations unies ont souligné que les conventions telles qu'elles sont actuellement doivent rester la base de la coopération internationale en matière de drogues dans l'avenir. L'écrasante majorité des gouvernements (les conventions ont été ratifiées par plus de 180 États !) ne soutient pas la voie que l'Uruguay et les quatre États américains ont choisi de prendre. Dans un proche avenir, il n'y aura donc certainement pas une évolution au niveau des conventions dans le sens d'une « distribution contrôlée » du cannabis.

Par ailleurs, le statut du cannabis est en train d'évoluer à l'égard de son usage médical. Un nombre croissant de pays admet le cannabis sous forme pharmaceutique



comme médicament pour soigner certaines maladies. Aux États-Unis, 23 États prévoient déjà le « medical use » et, en Europe, nous sommes en présence d'une évolution similaire. Les conventions permettent, voire encouragent, l'usage médical de stupéfiants, pourvu que cela se fasse dans les règles et procédures prévues dans les conventions. L'OICS a décrit ces conditions plus en détail dans son rapport annuel 2014 et constate néanmoins que ces règles ne sont souvent pas observées, si bien que « l'usage médical » ressemble parfois à une « distribution contrôlée » illégale.

Quant à « la dépénalisation » de l'usage de cannabis que l'on peut observer non seulement en Europe, mais dans beaucoup de pays du monde entier, il ne faut pas confondre « dépénalisation » avec « légalisation de l'usage non médical ».

Les conventions sont très claires, celle de 1961 limite l'usage de drogues exclusivement à des fins médicales et scientifiques et requiert que tout acte contraire à cette disposition « constitue une infraction punissable ». En même temps, les conventions donnent une certaine flexibilité aux États en ce qui concerne leur réponses aux actes illicites : seules « les infractions graves sont passibles d'un châtement adéquat, notamment de peines de prison ou d'autres peines privatives de liberté ». Cela veut dire que des infractions de caractère mineur ne doivent pas forcément aboutir à des sanctions pénales. En plus, la convention de 1988 donne la possibilité à chaque État « de conférer à la détention et à l'achat de stupéfiants destinés à la consommation personnelle le caractère d'infraction pénale conformément à son droit interne, sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique ».

Par conséquent, les États peuvent choisir de réagir aux infractions de moindre caractère, notamment à la possession d'une petite quantité de drogues destinées à la consommation personnelle, avec des sanctions administratives de moindre gravité, correspondant à leur système juridique national. L'OICS a réitéré à maintes reprises que les conventions ne prévoient pas la pénalisation de la consommation en tant que telle et qu'elles n'obligent nullement les États à incarcérer les « petits » consommateurs de drogues. L'OICS a toujours encouragé les gouvernements à appliquer le principe de proportionnalité quant aux sanctions pour offenses mineures.

En plus, les trois conventions donnent la possibilité de soumettre des personnes ayant commis ce genre d'infractions, au lieu de les condamner ou de prononcer une sanction pénale, à des mesures de traitement, d'éducation, de post-cure, de réadaptation et de réintégration sociale.

Cette flexibilité des conventions est trop rarement utilisée par les États. Le Portugal peut servir d'exemple pour un système qui a remplacé l'approche purement prohibitionniste par un programme dit de « dissuasion » qui offre une réponse alternative d'éducation, de support, de traitement et de réintégration, ce qui est parfaitement en accord avec les conventions.

L'OICS pense qu'il n'y a pas besoin d'une « évolution des conventions » dans le sens de la légalisation de l'usage non médical des stupéfiants et des substances psychotropes. Il faudrait plutôt la mise en œuvre des principes fondamentaux des conventions et des déclarations politiques de 1998 et 2009 qui sont les suivants :

- la santé et le bien-être de l'humanité doivent être placés au centre de la politique en matière de drogues ;
- une stratégie intégrée et équilibrée doit être poursuivie, ce qui signifie que les gouvernements doivent donner le même poids et même la priorité aux mesures de prévention, support, traitement, RdR, réadaptation et réintégration sociale qu'ils accordent aux mesures d'exécution de la loi ;
- le principe de proportionnalité doit être appliqué, notamment dans le cadre du système judiciaire ;
- le principe de la responsabilité commune et partagée doit être la base primordiale de la coopération internationale en matière de drogues ;
- les droits de l'homme doivent être pleinement respectés dans tous les aspects de la politique pratique.

En surveillant la conformité des politiques nationales avec les obligations contenues dans les conventions, l'OICS a du constater au fil des années que ces principes ne sont pas souvent traduits en politique pratique dans beaucoup de pays du monde. L'OICS espère que l'UNGASS 2016 donnera une impulsion globale et durable pour réorienter les politiques vers la pleine mise en œuvre de ces principes.



UNGASS 2016 : « à la recherche d'une approche équilibrée »

Entretien avec Michèle Ramis, propos recueillis par Michel Gandilhon / OFDT

Ce dossier sur la prochaine session des Nations unies consacrée à la question des drogues ne pouvait faire l'impasse sur la position officielle de la France en matière de lutte contre les usages et les trafics de drogues. C'est pourquoi, le 15 janvier dernier, Swaps est allé au Quai d'Orsay à la rencontre de Michèle Ramis, ambassadrice chargée des menaces criminelles transnationales au ministère des Affaires étrangères et du développement international, qui fera partie de la délégation française à New York.

Swaps : Michèle Ramis, pourriez-vous nous décrire votre parcours et expliquer à nos lecteurs en quoi consiste votre fonction ?

Michèle Ramis : J'ai été nommée au poste d'ambassadrice en charge de la lutte contre la criminalité organisée en 2013, date à laquelle j'ai pris la succession d'Olivier Weber. L'intitulé de la fonction vient d'ailleurs d'évoluer pour intégrer les « menaces criminelles transnationales ». En tant qu'ambassadrice, je représente le gouvernement français et contribue à défendre au sein des enceintes internationales, mais aussi auprès des États partenaires, la position de la France sur les questions de lutte contre la criminalité internationale, dont l'impact, du fait de la globalisation, a acquis une dimension politique. Même si le trafic de drogues constitue la composante prédominante de l'économie de l'illicite, bien d'autres activités criminelles entrent dans cette thématique, notamment la traite des êtres humains, de migrants, la cybercriminalité, la contrefaçon de médicaments, qui, rappelons-le, tue plus de personnes à travers le monde que les drogues illicites. J'ai auparavant été représentante permanente adjointe de la France auprès de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) à Vienne puis ambassadrice de France au

Guatemala, un pays particulièrement affecté par le trafic de cocaïne. Ces expériences m'ont permis de mesurer l'impact des drogues illicites sur l'ordre public, le fonctionnement des institutions, la santé publique et la sécurité internationale.

Swaps : La tenue de la session, qui devait avoir lieu en 2019, a été avancée de trois ans à la demande de certains États latino-américains : y avait-il urgence ? Et si oui pourquoi ?

Michèle Ramis : Quand on voit la violence qui existe dans un certain nombre de pays latino-américains, on comprend leur préoccupation et leur volonté de demander que la communauté internationale fasse un point sur les politiques menées contre les drogues, leur efficacité et sur les progrès supplémentaires à faire. Ce n'est donc par un hasard si ce sont la Colombie, le Mexique et le Guatemala, qui ont proposé l'avancement de la session. La Colombie et le Mexique connaissent en effet depuis des décennies un problème d'ordre public et de sécurité lié à l'activité des cartels et, pour la Colombie, au financement du mouvement de guérilla des Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) par le trafic de drogues. Le processus de paix en cours d'achèvement



entre le gouvernement colombien et les FARC ouvre toutefois des perspectives très encourageantes à cet égard. Le cas du Guatemala est moins connu. Après une longue guerre civile à la dimension génocidaire à l'encontre des Indiens mayas, le pays est devenu une base arrière pour les cartels mexicains et un lieu de passage stratégique traversant le corridor de la cocaïne destinée au marché nord-américain. Aujourd'hui, ce pays compte, avec le Honduras, un des taux d'homicides les plus élevés au monde en raison de la criminalité associée ou résultant des trafics de drogues et d'armes.

Swaps : À la veille de cette grande session, on a l'impression que, contrairement à 1998, la communauté internationale est plus que jamais divisée sur la question des drogues ?

Michèle Ramis : Je ne dirais pas qu'elle est plus divisée que jamais, car on oublie les points de convergence entre les États et le fait que la grande majorité d'entre eux ne remet pas en cause le régime international de contrôle des drogues. Mais il est vrai que les positions peuvent apparaître plus contrastées qu'elles ne l'étaient il y a une quinzaine d'années. Nous avons d'un côté quelques États latino-américains qui souhaitent revoir certains aspects de la politique internationale en mettant l'accent sur la prévention et les aspects sanitaires et sociaux, points qui font consensus, et qui appellent à envisager de « nouvelles approches » qui ne sont pas toujours fondées sur les conventions internationales et ne font pas consensus. Nous avons d'un autre côté des États plus conservateurs – qui s'en tiennent à une lecture stricte des conventions, privilégiant l'approche répressive – et encore peu portés sur les approches thérapeutiques et la réduction des risques. Et nous avons entre les deux l'Union européenne avec des positions médianes, une approche globale combinant réduction de l'offre par la lutte contre les trafics et le développement alternatif et l'action contre la demande par la prévention, les soins, la réinsertion, tout cela dans le cadre du respect des traités.

Malgré une certaine polarisation politique, il y a donc aussi un souhait de l'ensemble des États de travailler utilement pour faire reculer le trafic et la consommation et les positions de l'Union européenne sont en mesure de constituer le point d'équilibre. Nous partageons avec les pays les plus libéraux une vision humaniste et des intérêts stratégiques car nous sommes aux deux bouts de la chaîne production-transport-consommation. Nous partageons souvent avec les plus conservateurs une continuité territoriale et le souci de lutter contre les dégâts des drogues en termes de santé publique et parfois de financement du terrorisme. Nos intérêts ne divergent pas de

ceux de nos partenaires. Ceux des Amériques qui mènent des expérimentations portant sur la légalisation du cannabis ne tentent d'ailleurs pas de les exporter ou d'en faire un modèle car le contexte d'un État à l'autre diffère. Et nous savons bien d'ailleurs que légaliser le cannabis dans les pays ravagés par la violence liée au trafic de cocaïne, de méthamphétamines ou d'héroïne n'affectera pas significativement le crime organisé, surtout lorsqu'il se livre à des polytrafics incluant par exemple le trafic de faux médicaments ou d'êtres humains.

Swaps : Les nouvelles approches centrées sur les droits de l'homme et la santé publique (réduction des risques) ne risquent-elles pas de négliger la question du crime organisé ?

Michèle Ramis : Je ne le crois pas, car ces approches ne sont pas incompatibles et l'évolution de nombreux pays en direction d'une politique fondée sur la réduction des risques et le respect des droits de l'homme est à saluer et encourager.

Je dirais en outre que le respect des droits humains doit aussi s'entendre comme s'appliquant à la répression des trafics. La France et l'Union européenne ont, à maintes reprises, exprimé leur opposition à l'application de la peine de mort aux trafiquants.

Il est tout à fait possible de lutter fermement contre le crime organisé transnational tout en inscrivant ces politiques dans une approche plus globale, soucieuse de la santé des individus et respectueuse de leurs droits fondamentaux. Ces politiques ne sont pas contradictoires mais complémentaires les unes des autres.

Swaps : Kofi Annan, qui était secrétaire général de l'ONU au moment de la précédente session extraordinaire de l'Assemblée générale sur les drogues en 1998, a pris position à la faveur de la sortie du rapport de la « Global commission on Drug Policy » pour la dépénalisation, voire la légalisation des drogues et une approche centrée sur la protection des usagers. N'est-ce pas une forme d'aveu d'un échec de la politique internationale fondée sur la prohibition ?

Michèle Ramis : Un certain nombre de personnalités, qui ont occupé par le passé d'éminentes fonctions mais dont aujourd'hui la parole est libre et qui s'expriment à titre personnel, s'élèvent contre la « guerre à la drogue » expression qui n'a toutefois jamais été utilisée dans les réunions internationales et n'est pas prescrite par les conventions, mais qui a reflété une pratique courante en Amérique latine en constatant qu'elle n'a pas éradiqué le fléau des drogues. Ce constat se fonde sur la violence qui

prévaut dans les pays que nous avons évoqués auparavant. C'est leur libre opinion et il est compréhensible que ces personnalités continuent de mettre leur notoriété au service de l'intérêt collectif. Toutefois, je note que les prévalences de consommation dans le monde depuis quinze ans n'ont pas explosé, aux États-Unis, la consommation de cocaïne est même en recul, que le pourcentage de consommateurs est demeuré à environ 3% de la population mondiale, preuve que les conventions ont joué leur rôle de garde-fou et qu'aucun pays ne songe sérieusement à abandonner le combat contre les trafics. L'arrestation récente au Mexique du chef du cartel de Sinaloa en est une illustration.

Swaps : Vous avez été ambassadrice au Guatemala, un pays particulièrement touché par la violence liée au trafic de drogues, que pensez-vous des prises de position de certains anciens et actuels chefs d'État latino-américains visant à une remise en cause radicale des politiques menées depuis un siècle ? N'est-ce pas légitime au vu du bilan humain et des conséquences politiques de ce fléau ?

Michèle Ramis : Comme je l'ai dit, les conséquences du trafic de drogues dans ces pays sont désastreuses et cela ne concerne pas seulement la cocaïne. Les trafics portent sur la marijuana, les drogues synthétiques mais aussi désormais l'héroïne produite aussi dans ces pays. La déstabilisation, la violence, la conflictualité sociale que ces phénomènes criminels engendrent atteignent des degrés intolérables qui mettent parfois en péril l'État de droit et la gouvernabilité. Quand la vie d'un pays semble scandée par les règlements de compte et les homicides, la lecture des journaux le matin donne au café un goût de sang. Je suis donc très sensible à ces problèmes de violence, qui sont aussi la résultante de situations historiques anciennes, de guerres civiles ou qui sont liés à la construction tourmentée des États dans la région sur fond d'inégalités sociales où l'État peine à exercer le monopole de la force armée. On comprend donc que l'appel à des politiques plus humaines soit venu du sud des Amériques. Mais nous partageons beaucoup avec ces États et avons de réels points de convergence qu'il nous faudra valoriser durant cette session extraordinaire de l'Assemblée générale.

Swaps : Entre les États ou entités qui s'engagent dans la légalisation du cannabis (Uruguay, Colorado, etc.) et ceux qui pratiquent une prohibition sévère (Russie, Arabie saoudite), quelle est la position française ?

Michèle Ramis : La position française s'inscrit dans le cadre et le respect des conventions internationales sur les drogues de 1961, 1971 et 1988. Nous souhaitons préserver ce cadre juridique qui est précieux et a permis de constituer un maillage mondial pour répondre à ces menaces, notamment par la coopération policière et judiciaire. Cette position est majoritaire aux Nations unies. Les États-Unis eux-mêmes, malgré le fait que cinq États fédérés ont adopté par référendum des lois légalisant le cannabis à usage récréatif, défendent le respect des conventions en soulignant toute la latitude qu'elles offrent. Quant aux expériences menées en Uruguay, au Colorado et dans d'autres États fédérés, il faudra les évaluer avec suffisamment de recul sur tous les aspects, qu'ils soient sanitaires ou sécuritaires. La France, quant à elle, souhaite promouvoir une approche équilibrée, comme l'illustrent les politiques publiques menées par les gouvernements successifs depuis des décennies dans notre pays. Tout en faisant de la lutte contre les trafics une priorité, nous promovons des approches sanitaires ambitieuses et une politique de réduction des risques qui ont permis des progrès incontestables dans la prise en charge des usagers de drogues. Nous avons à cœur de trouver les réponses les plus efficaces, dans le respect de nos engagements internationaux, comme le montre l'introduction récente de la transaction pénale ou le projet d'ouverture de salles de consommation à moindre risque pour les usagers d'héroïne.

Swaps : Que répondez-vous à ceux qui disent que ces grandes messes ne servent à rien et se résument à de grandes déclarations et des vœux pieux comme en 1998 avec le slogan « A Drug free world we can do it ! » ?

Michèle Ramis : Je leur réponds que ces réunions représentent un moment essentiel de la vie de la communauté internationale et sont l'unique forum pour bâtir des consensus et des alliances face aux menaces communes que nous devons affronter. Les États peuvent y confronter leurs points de vue et expériences et donc progresser ensemble en définissant des stratégies conjointes. En matière de lutte contre les stupéfiants, les réponses ne peuvent être que multilatérales. Des actions unilatérales et non concertées risquent de nous affaiblir et de profiter en définitive aux trafics illicites.

UNGASS 2016: la position du gouvernement hollandais

Dans un courrier signé, **Martin Van Rijn** (secrétaire d'État à la Santé, au Bien-être et aux Sports néerlandais), **Ivo Opstelten** (Ministre de la Sécurité et de la Justice néerlandais), **Lilianne Ploumen** (Ministre du Commerce extérieur et de la Coopération au développement néerlandais) informent les députés hollandais du rôle qu'entendent jouer les Pays-Bas dans la négociation.

Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS), les Pays-Bas président l'Union européenne. Dans une lettre adressée à la chambre des représentants, le gouvernement hollandais expose sa position.

Le système international de contrôle des drogues se base sur trois textes: la Convention unique sur les stupéfiants (1961), la Convention sur les substances psychotropes (1971) et la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988). Le nombre d'États membres de ces conventions des Nations unies est de 184 (pour celle de 1961) et de 189 (pour celle de 1988).

Le mode d'interprétation des conventions provoque l'insatisfaction d'un certain nombre de pays. Ceux à l'initiative de cette UNGASS (notamment les pays d'Amérique centrale et du Sud) soulignent qu'il ne s'agit pas tant de débattre d'une modification des conventions que d'envisager une souplesse d'interprétation ouvrant la voie à une approche innovante des problèmes régionaux.

Parmi les différents aspects en jeu, ressort notamment celui du strict contrôle du respect de conventions vieilles d'un demi-siècle, qui complique la recherche de solutions aux problèmes actuels en matière de drogue. Pensons par exemple aux restrictions concernant l'accès et la disponibilité de médicaments essentiels au traitement de la douleur, comme la morphine, mais aussi à l'impossibilité de mener des actions préventives (comme la sensibilisation dans les écoles), la pénalisation empêchant toute discussion.

Au niveau international, le débat enfle sur l'efficacité de l'actuel angle d'approche judiciaire (la « guerre contre la drogue »), aux effets souvent déstabilisateurs pour la société dans les pays producteurs et de transit, tandis que la prise de mesures de protection de la santé publique et la limitation des dommages sociaux liés à l'usage de drogues sont des thèmes qui s'imposent de plus en plus dans la discussion.

Programme provisoire

Le programme définitif fait encore l'objet de négociations. En mars aura lieu à Vienne la réunion annuelle de la Commission des stupéfiants, habituellement consacrée aux évolutions internationales et aux défis en matière de drogue. Elle comportera cette année quelques jours supplémentaires dédiés à la prise de décision sur le programme et à la procédure de préparation de l'UNGASS 2016.

Position des Pays-Bas

Sur le plan international, le discours répressif en matière de drogue laisse de plus en plus la place à une approche axée sur la réduction des risques, l'accès aux médicaments et la dépénalisation de la consommation. Le souhait

de certains pays de davantage orienter le débat mondial en matière de drogue sur la santé publique nous offre l'occasion de présenter l'expérience néerlandaise et les mesures ayant prouvé leur efficacité. La réduction des risques, qui en fait partie, constituera probablement l'un des principaux sujets de discussion. Il importe, en outre, d'attirer l'attention sur l'accès aux médicaments essentiels, notamment dans le cadre du soulagement de la douleur. Il faut, enfin, dans l'optique de la protection des droits de l'homme, souligner l'importance de la dépénalisation de la consommation, afin que les utilisateurs puissent avoir accès à des informations préventives, à des traitements et à des mesures de réduction des risques, ce que de nombreux États membres de l'ONU ne leur accordent pas encore ou insuffisamment.

Aborder la politique en matière de drogue sous l'angle de la santé publique

Les Pays-Bas mènent depuis des années une politique en matière de drogue axée prioritairement sur la santé publique. Cette politique repose sur cinq piliers :

Prévention de la consommation

Le premier principe est naturellement de parvenir à ce que les gens ne consomment pas de drogue. Au fil des ans, divers programmes d'information et de prévention ont été élaborés à cet effet à l'intention des jeunes et de leurs parents.

Prévention des risques sanitaires en cas de consommation

Les personnes qui décident malgré tout d'utiliser des stupéfiants doivent être informées au mieux des risques qu'elles encourent, autant pour leur santé que pour leur vie sociale. Cette approche est exceptionnelle au niveau international : dans la plupart des pays, la pénalisation de la consommation de drogue rend impossible une telle sensibilisation.

Signalement précoce et interventions de courte durée en vue d'éviter la dépendance

Ces interventions sont axées en particulier sur les groupes présentant des risques accrus de dépendance (par exemple les enfants de toxicomanes).

Traitement des toxicomanes

En cas d'échec de la prévention de la dépendance, il est nécessaire d'accueillir et de soigner les personnes concernées grâce à un système de soins accessible et de bonne qualité.

Réduction des risques

De nombreuses mesures dans ce domaine, comme la prévention ciblée des incidents sanitaires, le contrôle de la qualité des drogues synthétiques, l'échange de seringues, la délivrance combinée de méthadone et d'héroïne et les

salles d'injection, ont fait preuve de leur efficacité dans la limitation des dommages sanitaires, en particulier la réduction des risques de surdose ou de transmission de maladies infectieuses comme le VIH/sida. Cependant, ces mesures n'étant prioritairement axées ni sur la prévention ni sur l'arrêt de l'usage de drogue, elles sont controversées au niveau international.

Les Pays-Bas disposent d'un savoir étendu et d'une longue expérience en matière de réduction des risques comme partie intégrante de la politique de santé publique, et les mettent à profit notamment pour lutter contre le VIH/sida dans le cadre de la coopération au développement. Dans de nombreux pays, par exemple en Europe orientale et en Asie centrale, c'est l'usage de drogues par injection qui est le principal responsable de la propagation de cette épidémie. Pour y faire face, il est nécessaire que la notion de réduction des risques soit plus largement acceptée et appliquée. Vu leur compétence et leur expérience en la matière, ainsi que l'urgence de voir de nombreux pays adopter cette approche, les Pays-Bas s'attacheront en priorité à la promouvoir, avant et pendant l'UNGASS.

Garantir l'accès aux médicaments

Dans de nombreux pays, les médicaments contrôlés par les conventions sur la drogue, comme la morphine, sont insuffisamment accessibles et disponibles, et ce pour différentes raisons. Certains pays ne peuvent disposer de stocks suffisants du fait d'une interprétation trop stricte des conventions de l'ONU. Dans d'autres, c'est la complexité des règles d'import-export qui entrave l'accès aux médicaments. Enfin, il arrive que la prescription d'analgésiques soit à tort limitée par crainte de la dépendance. Pour remédier à cette situation, outre un effort de formation, un débat s'impose sur les possibilités, dans le cadre des conventions existantes, d'améliorer l'accès et l'usage de tels médicaments.

Dépénaliser la consommation de drogue

Si la consommation de drogue n'est pas interdite aux Pays-Bas, c'est le cas en revanche dans de nombreux autres pays, ce qui peut dissuader les utilisateurs de chercher de l'aide, et augmenter de fait les risques sanitaires. Au niveau international, la proportionnalité et l'efficacité de poursuites pénales contre les consommateurs sont de plus en plus souvent remises en cause.

Le thème de la dépénalisation est aussi lié à celui des droits de l'homme : non seulement ceux des utilisateurs (dans certains pays, de graves violations des droits de l'homme ont lieu dans les prisons et les centres de soins sous prétexte de traitement), mais aussi ceux de toutes les personnes dont le cadre de vie est ébranlé par la production de cocaïne et d'héroïne, leur commerce et leur



consommation, ou par l'approche disproportionnelle mise en œuvre pour maîtriser ces problèmes. Les Pays-Bas plaident pour une politique humaine en matière de drogue. C'est un point sur lequel, en tant qu'opposant à la peine de mort, ils continueront à insister en toute circonstance.

Partie caraïbe du Royaume

La partie caraïbe du Royaume est susceptible de subir les retombées de la criminalité organisée internationale, en particulier dans le domaine du trafic de drogue. Les inflexions de la politique en matière de drogue au Guatemala et au Mexique, par exemple, peuvent induire des changements dans les flux et la criminalité liée à la drogue, avec de possibles implications pour Aruba, Bonaire et Curaçao¹.

Rôles respectifs des Pays-Bas et de l'Union européenne

L'Union européenne (UE) a un statut particulier au sein de l'Assemblée générale: elle n'a pas le droit de vote mais peut intervenir, déposer des propositions et des amendements, et représenter le groupe des États membres de l'UE quand ceux-ci lui ont transféré leurs compétences.

L'UNGASS aura lieu au premier semestre 2016, durant la présidence européenne des Pays-Bas, qui devront à ce titre coordonner et défendre le point de vue de l'UE. Cela suppose que les Pays-Bas s'impliquent aussi dans la préparation – déjà en cours – de l'UE à la session extraordinaire. En vue de remplir ce rôle aussi efficacement que possible en 2016, le gouvernement s'efforcera:

- d'ancrer autant que possible les positions des Pays-Bas dans le point de vue de l'UE;
- de parvenir à un point de vue consensuel de l'UE sur un nombre maximum de points.

Il est nécessaire de se concerter avec les présidences européennes d'ici 2016 (successivement l'Italie, la Lettonie et le Luxembourg). Il ressort des premiers entretiens qu'elles attendent des Pays-Bas un rôle moteur.

En 2015, les Pays-Bas essaieront d'ores et déjà de se positionner dans ce rôle de coordonnateur en soutenant les autres présidences et en engageant le dialogue avec les principaux acteurs mondiaux (pays d'Amérique latine, États-Unis, Norvège et Suisse). Les enjeux de la SEAGNU feront l'objet d'entretiens bilatéraux avec nos homologues européens.

La présidence offre aux Pays-Bas la possibilité d'inscrire à l'ordre du jour des points qui leur tiennent à cœur, mais exige aussi la conclusion de compromis entre des points de vue divergents, le risque étant de déboucher sur des textes formulés en termes relativement généraux ou de voir certains États membres faire cavalier seul. Car la politique de drogue reste une compétence nationale.

La Stratégie antidrogue de l'UE, telle qu'adoptée par le Conseil en 2013, servira de fil directeur.

¹ La note stratégique sur la politique de sécurité en Amérique centrale et aux Caraïbes fournit les orientations concernant l'aspect sécurité de la politique en matière de drogue pour cette région.

Les conventions internationales sur les stupéfiants au XX^e siècle

Alexandre Marchant / docteur en histoire de l'ENS de Cachan

On oublie souvent que tous les régimes législatifs en matière de drogue trouvent leur origine dans les conventions internationales sur les stupéfiants. Ces dernières sont héritières d'un système de contrôle international des drogues qui a vu le jour au début du XX^e siècle pour circonscrire et réguler un marché légal de l'opium. Ce système devient un versant spécifique de la diplomatie de l'ONU à partir de 1946, avant de glisser progressivement vers le cadre offensif de la « guerre à la drogue » à partir de 1970-80. Les choses vont-elles changer lors de la prochaine assemblée générale exceptionnelle de l'ONU (UNGASS) en avril 2016 ? L'histoire de ce système de contrôle international, marqué par une tendance à la criminalisation du problème de la lutte contre l'offre et la demande de stupéfiants, ne plaide hélas pas en ce sens.

Premières conventions et naissance du système international de contrôle (1911-1945)

Au XIX^e siècle, le commerce et la consommation des produits stupéfiants n'avaient rien de criminel : en Europe, de nombreuses préparations médicamenteuses comme le laudanum contenaient un dosage élevé en opium tandis que l'Angleterre impérialiste fit à deux reprises la guerre à la Chine pour ouvrir son marché à la vente massive de l'opium produit dans ses colonies indiennes. Ce commerce était aussi au cœur des économies coloniales, les différentes métropoles ayant pris soin d'établir des monopoles commerciaux sur la culture, la production et la vente de kif au Maghreb français, d'opium en Indochine française ou de « Java coca » aux Indes néerlandaises. Toutefois, vers la fin du siècle, le discours médical commence en Occident à distinguer l'usage médical du non-médical et à sensibiliser le grand public au fléau de la « toxicomanie ». Tandis que les ravages de

l'opiomanie en Chine sont dénoncés à la Belle Époque par des ligues de vertus anglo-américaines qui progressivement imposent l'idée d'une réglementation internationale, une première réunion, très formelle, a lieu à Shanghai en 1909, à l'initiative de l'évêque américain de Manille, Charles Brent, entre les différents pays concernés, sur le principe d'un meilleur contrôle de l'économie de l'opium sur l'ensemble de leurs possessions territoriales.

Mais l'acte officiel de naissance du système de contrôle international est la conférence de La Haye qui se tint à la charnière des années 1911-1912. Les contractants s'engagent à encadrer la production et la circulation de l'opium, mais aussi de la morphine et de la cocaïne dont la démultiplication des usages non médicaux interroge les opinions occidentales, et à prohiber toute vente ou usage qui ne serait pas contrôlé par la profession médicale et les industries pharmaceutiques¹. La convention qui est adoptée sera la matrice de bon nombre de lois nationales. Le Congrès américain vote ainsi en 1914 le *Harrison Act* qui interdit au niveau fédéral les usages non médicaux des opiacés et de la cocaïne. En pleine guerre, la France vote la loi de 1916 qui prohibe le commerce non médical des

¹ Paules X. *L'opium, une passion chinoise (1750-1950)*. Paris, Fayard, 2011.

l'opiomanie en Chine sont dénoncés à la Belle Époque par des ligues de vertus anglo-améri-



mêmes substances : ces dernières provenant surtout du détournement des filières de la puissante industrie pharmaceutique allemande, la germanophobie ambiante explique l'empressement du législateur, alors que les usages toxicomaniaques sont encore assez marginaux et que le principal ennemi serait plutôt l'alcool (l'absinthe est interdite en 1915). La France introduit au passage dans la catégorie des stupéfiants le haschisch, dont seuls quelques écrivains ou administrateurs du monde colonial d'Afrique du Nord entretiennent la tradition baudelairienne des « paradis artificiels ». Cette intégration n'indique en rien une croisade française contre le cannabis, mais révèle simplement le flou d'une catégorie que les médecins commencent à manier avec peine². La preuve en est la mollesse avec laquelle la France s'attaque à réguler le commerce du cannabis dans ses colonies. Quarante ans plus tard, le commerce à finalité non médicale du cannabis dans les protectorats du Maroc et de Tunisie embarrasse le gouvernement français, comme l'atteste cet extrait d'une note de l'Office central de la pharmacie suggérant d'interdire au plus vite ce commerce avant d'avoir à le faire sous la pression de l'ONU : « Dans ces deux protectorats, les régies du tabac mettent en vente officiellement des produits dénommés *kif* et *takrouri*, qui sont à base de chanvre indien et fumés par les indigènes. Cette pratique a des conséquences sociales déplorable. De plus, elle est très mal vue par les autres pays et notamment par ceux d'entre eux qui luttent contre la consommation de cette drogue, plus connue sous le nom de « marihuana » [...] Le fait que nous tolérions encore cet usage est généralement attribué à des motifs financiers et nous risquons d'être accusés d'entretenir la dépravation des mœurs pour le profit que nous en tirons »³. Mais ceci témoigne du fait que certains pays prendront du temps pour démanteler leurs fructueux systèmes de monopoles dans leurs empires coloniaux.

Il manque encore un organe supranational de contrôle : il viendra en 1920 avec l'instauration de la Société des Nations (SDN), embryon de communauté internationale. Le système est ainsi renforcé par deux conventions signées à Genève, siège de la SDN, en 1925 et 1931. Les États signataires doivent communiquer l'état de leur production et/ou de leurs besoins à un *Comité central permanent sur l'opium* de la SDN. Le cœur du dispositif réside dans le contrôle bilatéral des quantités de stupéfiants importées et exportées entre États, via un système des certificats et de double comptabilité qui doit veiller à ce qu'aucune partie ne s'égare en route et ne se retrouve sur le marché clandestin. Une autre commission de la SDN, le

Comité consultatif de l'opium, dont le nom montre bien à quoi est réduit le problème international de la drogue, s'occupe d'harmoniser les législations nationales, mais toujours en sauvegardant les intérêts économiques des grands groupes pharmaceutiques. Le Comité est en droit de demander des explications aux États en cas de données douteuses, mais il n'est prévu aucune possibilité d'enquête de terrain, le Japon réussit ainsi à cacher entre 1929 et 1939 la production de sept tonnes et demie d'héroïne qui aurait ensuite été sciemment diffusée, à des fins d'asservissement des populations, dans les pays conquis pendant la guerre⁴.

Si le cannabis figure dans les conventions depuis 1925, ce sont principalement les « drogues manufacturées » qui intéressent le système international. Mais certains États ont ici précédé la communauté internationale. Soucieux de mieux contrôler une main d'œuvre immigrée d'origine mexicaine qui le consomme traditionnellement, plusieurs États américains proscrivent l'usage de la marijuana (Utah : 1914 ; Wyoming : 1915 ; Texas : 1916 ; Nevada : 1923, etc.). Avant que l'interdiction ne soit reprise au niveau fédéral en 1937 par la *Marihuana Tax Act* qui taxe et punit sévèrement les différents acteurs des circuits de distribution afin d'en marginaliser l'usage. Et ce, grâce au climat xénophobe entretenu par la presse du magnat William Randolph Hearst qui fait l'amalgame entre crimes sexuels et consommation de cannabis chez les Hispaniques, les Noirs ou les Philippins⁵.

Institutionnalisation de la diplomatie de la drogue sous l'égide de l'ONU (1946-1971)

Jusqu'aux années 1960, le système des conventions a davantage l'objectif du contrôle d'un commerce légal plutôt que celui de la lutte contre le trafic. Ce dernier, nullement diabolisé, n'est assimilé qu'à un cas classique de contrebande. Considéré comme défaillant avant la Seconde Guerre mondiale, le système de contrôle passe sous l'égide de l'ONU en 1946, tout en étant refondu pour plus d'efficacité. La Commission des stupéfiants, comité technique du Conseil économique et social de l'ONU, se réunit désormais une fois par an pour examiner les résultats de l'application des conventions. Sont créés ensuite deux organes de contrôle dotés de pouvoirs exécutifs et judiciaires : le Comité central permanent, héritier du Comité de la SDN, et l'Organe international de contrôle sur les stupéfiants (OICS), institutions indépendantes des États et rétribuées par les Nations unies⁶. En 1948, un protocole, signé à Paris, élargit le champ des substances contrôlées en intégrant les opiacés synthétiques ; en 1953, un autre protocole, signé à New York, autorise

² Retillaud-Bajac E. *Les paradis perdus*. Rennes, PUR, 2009 : 32.

³ Note sur le kif, p. 2. *Dossiers préparatoires loi de 1953 ? Archives du Secrétariat général du gouvernement*, CARAN F6o 1277.

⁴ Jennings J. *The Opium Empire: Japanese Imperialism and Drug Trafficking in Asia, 1895-1945*. Westport, Praeger, 1997.

⁵ Blum B. *Cultures Cannabis*. Paris, Seali, 2007, chapitre 1.

⁶ Dudouet F.-X. *Le grand deal de l'héroïne*. Paris, Syllepse, 2009 : 140-60 ; 162 ; 136-7 ; 98-104.

les enquêtes de terrain. Le nombre de pays producteurs légaux d'opium est réduit : Bulgarie, Grèce, Inde, Iran, Turquie, URSS et Yougoslavie, plus la France, l'Espagne et l'Australie où l'opium est cultivé uniquement pour sa paille de pavot.

Le système a globalement porté ses fruits. Les flux légaux sont encadrés et diminuent rapidement : en 1952, on ne compte plus aucun système de monopole commercial non pharmaceutique de l'opium, y compris dans les économies coloniales dont l'heure est par ailleurs comptée ; la production mondiale annuelle de morphine est passée de 55 à 75 tonnes entre 1929 et 1952, mais 90 % de ce produit a été orienté vers la fabrication de dérivés (codéine) pour les besoins pharmaceutiques mondiaux ; la production légale annuelle de cocaïne est passée de 5 700 à 2 140 kg sur la même période, et les quantités annuelles d'héroïne (diacétylmorphine) sont passées de 3 621 à 120 kg. Les fuites seraient également en train de se tarir. Les bureaucrates onusiens et les délégations nationales, résolument optimistes, partagent alors le rêve d'un contrôle absolu des circulations des produits stupéfiants. Le Français Charles Vaïlle, deux fois à la tête de la Commission des stupéfiants (1954-1955), et qui influença la rédaction de tous les protocoles de l'après-guerre, estime qu'un régime de prohibition totale des stupéfiants (contrôle intégral de la façade légale, frontières imperméables entre le licite et l'illicite) pourrait être en place à l'horizon 1959⁷.

En 1961, la convention unique sur les stupéfiants unifie l'ensemble des règlements internationaux antérieurs et fusionne les deux organes de contrôle en un (l'OICS absorbe le Comité). Les textes, distinguant quatre listes de substances, sont également simplifiés pour rendre plus rapide la ratification par les différents États. Ces derniers appliquent les recommandations onusiennes : par exemple, l'introduction, en France en 1948, du carnet à souches pour les prescriptions médicales de produits classés stupéfiants, avait été une recommandation de la

Commission des stupéfiants pour ce qui relève du contrôle intérieur. Dans les années 1960, les besoins annuels de la France, enregistrés par l'OICS qui surveille les transactions, sont par exemple de 200 000 à 240 000 kg d'opium pour deux ans, puis de 150 000 kg à partir de 1978 grâce à la culture renforcée de pailles de pavots françaises⁸. Le nombre de manufactures productrices d'alcaloïdes est réduit de manière à éviter les fuites vers le marché clandestin, encore très importantes à l'époque de la *French Connection*. Par exemple, dans le cas d'investigations conduites conjointement entre

Américains et Français en 1963, des soupçons de détournement se sont portés sur l'usine Sempa, fabricant d'alcaloïdes en région parisienne. Un trafiquant corse, Henri Ordioni, a en effet été arrêté en possession du numéro de téléphone d'un responsable de Sempa. L'enquête menée par l'OCRITIS pointe rapidement le rôle joué par un fonctionnaire de la Santé, Patrice Giovannetti, ayant des liens avec Ordioni, lui-même lié à Samil Khoury, trafiquant libanais de morphine-base et grand fournisseur des clans de mafieux corses de Marseille à l'époque⁹... Pour améliorer le contrôle, dès la fin des années 1970, une seule société exerce ce monopole d'extraction et de fabrication des alcaloïdes : Francopia, filiale des laboratoires Sanofi-Aventis, cultivant par exemple du chanvre et le transformant dans son usine du Gard¹⁰. Elle devient ainsi l'équivalent des autres sociétés privées étrangères : Acaliber S.A. (Espagne), Glaxo (Grabde-Bretagne), Abbott laboratories (États-Unis)⁶...

La « guerre à la drogue » et ses trois piliers (1971-1988)

Cette économie contrôlée des stupéfiants reste en l'état malgré le tournant de la « guerre à la drogue ». Mais dans de nombreux pays, la toxicomanie cesse d'être principalement iatrogène pour prendre la forme inquiétante de poly-addictions pointées du doigt par d'autres organes de l'ONU comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'émeut en 1971 d'un problème qui « a pris les proportions d'une pandémie aux opiacés auxquelles se sont ajoutées toute une gamme de substances stupéfiantes ou non, auxquelles s'adonnent de très nombreux jeunes »¹¹, ou l'UNESCO qui pointe dans ses travaux la crise de civilisation qui semble affecter la jeunesse des pays industrialisés trouvant refuge dans la défonce¹². Mais, en réaction, la rhétorique guerrière imposée par Nixon contribue à occulter quasi complètement les aspects licites de la question des drogues. Comme le constate François-Xavier Dudouet : « La séparation entre offre licite et offre illicite devenait parfaitement nette. Or, c'est dans la poursuite de ce but que le contrôle international des drogues avait en grande partie fonctionné depuis ses origines. L'objectif étant atteint, on comprend que « l'attention générale » se soit reportée vers la répression, le traitement et la prévention des usages illégitimes »⁶. Dès lors, le système des conventions bascule lui aussi dans le paradigme de la guerre à la drogue, assise sur trois piliers : le texte de 1961 et deux autres textes fondamentaux s'attachant aux formes nouvelles du problème.

Convention de Vienne de 1971 sur les psychotropes

Sa conception vient du constat des nouveaux usages de drogues dans les années 1960 où, mise à part l'héroïne,

⁷ Vaïlle C. *Les Stupéfiants, fléau social*. Paris, *Expansion scientifique*, 1955 : 194.

⁸ *Correspondance Bureau PH5-OICS, classeurs 1961-68, 1978-79, Archives de la Santé, CAC 19900545/1.*

⁹ *Correspondance Bureau of Narcotics-OCRITIS, 1963, RG170/7, Archives du BNDD, NARA (États-Unis).*

¹⁰ Badou G. « Pavot, le « triangle d'or » français ». *L'Express*, 18 mai 1995.

¹¹ *Rapport OMS, Genève 19 mai 1971, Archives de la Santé, CAC 19900545/1.*

¹² *Exemple : rapport Les Jeunes et l'usage de drogue dans les pays industrialisés, Paris, UNESCO, 1974.*



les produits consommés ne sont pas des drogues traditionnelles issues des grands alcaloïdes : les amphétamines, dont beaucoup sont encore légales et même en vente libre en pharmacie, sont abondamment consommées (Maxiton™, Tonédrone™, Préludine™, etc.) ou les hallucinogènes comme le LSD, symbole de la contre-culture. Des laboratoires de production clandestine d'amphétamines sont démantelés, aussi bien aux États-Unis qu'en Europe. La communauté médicale internationale s'en émeut, comme lors d'un grand colloque sur les hallucinogènes organisé en septembre 1968 à la faculté de médecine de l'université de Laval au Québec : les représentants anglais, américains, canadiens et suédois, devant des Français encore un peu circonspects, pointent les dangers de l'injection par intraveineuse d'amphétamines comme la Méthédrine chez les jeunes¹³. Ces mêmes médecins plaident, au sein des institutions internationales, pour l'élargissement du champ du contrôle aux médicaments psychotropes. C'est chose faite avec la Convention de 1971. Le texte établit quatre nouvelles listes pour les hallucinogènes et les cannabinoïdes (liste I), les amphétamines (liste II) et les barbituriques (listes III et IV), permettant de soumettre à la vigilance du contrôle les nouvelles « *street drugs* », médicaments détournés et revendus par les dealers de Quaaludes® (méthaquealone) ou d'*angel dust* (phencyclidine). Le contrôle s'étend toutefois de procédures identiques à celles de la convention de 1961 (liste I) au simple régime de licence et d'ordonnances obligatoires pour la prescription (liste IV).

De même, les textes ne prévoient plus aucune évaluation obligatoire des besoins de la part des États signataires, ce qui était pourtant l'idée maîtresse du contrôle supranational depuis 60 ans, même si des résolutions plus tardives du Conseil économique et social de l'ONU, en 1981 et en 1991, mettront l'accent sur la communication volontaire des gouvernements sur leurs besoins. L'article 12 de la convention demande aux États de prendre également des mesures fortes afin de prévenir l'abus des substances psychotropes, ce qui témoigne d'un changement de regard : la toxicomanie n'est plus une question de contrôle défaillant d'une certaine économie internationale, elle devient un fléau qu'il faut combattre et d'autres

organes de l'ONU, – comme ici l'OMS dont les experts ont participé à la Conférence de Vienne qui a accouché de la convention de 1971 – sont incités à seconder l'action désormais jugée trop restreinte de la Commission des stupéfiants⁶. Les pays engagés dans la guerre à la

convention par l'Assemblée nationale en 1974, rappelant qu'il fut longuement attendu : « C'est alors qu'il devint évident [vers 1969-1970], à la lecture d'enquêtes et de statistiques, qu'à défaut de pavot ou « d'herbe », tout un arsenal de produits synthétiques – la « psychopharmacologie sauvage » selon l'expression du professeur Delay – pouvait faire échec, de façon spectaculaire, à cette convention imprudemment appelée unique »¹⁴.

Devant un problème dont les dimensions se modifiaient soudain, en 1971 également, les États-Unis firent accepter par l'ONU la création du fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD) et le dotèrent d'un versement initial de deux millions de dollars. Les États signataires alimentent dès lors ce programme : lutte contre le trafic international, programmes d'éducation et de prévention auprès des populations¹⁵, etc.

Convention de Vienne de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes

Une quinzaine d'années plus tard, la « guerre à la drogue » devait intégrer plus franchement le système international avec la convention (dite aussi de Vienne) contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, adoptée par l'ONU en décembre 1988. Le crime organisé international, qui franchit un degré d'organisation supplémentaire en cette décennie avec l'essor des cartels colombiens de la cocaïne, est désormais posé comme la nouvelle cible. Devant la complexification des économies criminelles, la convention préconise l'extradition entre États des grands criminels arrêtés. Afin de régler le problème à la source, deux listes sont adjointes à celles existantes, réglementant la production et la vente des principaux précurseurs intervenant dans le raffinage des drogues (anhydride acétique, acétone, etc.). De même, la Convention évoque les moyens légaux que les États sont invités à mettre en œuvre : opérations d'infiltration de policiers ou de douaniers au sein des réseaux criminels (en France, la loi sur les « livraisons surveillées » de décembre 1991 encadre légalement des pratiques que les services répressifs avaient déjà commencé à expérimenter sur le terrain) et surtout le fait de taper au portefeuille des trafiquants, en incitant à lutter contre le blanchiment d'argent (en France, sont créés en 1990 l'Office central, de police judiciaire, de lutte contre la grande délinquance financière et la cellule Tracfin, dépendante de Bercy).

Impossible tournant de la réduction des risques ? (1988-2016)

La convention de 1988 réoriente donc l'action de l'ONU vers la répression de la toxicomanie. En 1990, le FNULAD devient le Programme des Nations unies pour le contrôle

¹³ Utilisation des hallucinogènes chez les jeunes. Aspects médico-sociaux (compte rendu du colloque). Archives de la Santé, CAC 19760224/183.

¹⁴ Assemblée nationale, rapport parlementaire n° 1294, 1974.

¹⁵ FNULAD. Le fond des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues (brochure), Genève, 1989.

international des drogues (PNUCID), resserrant sa lutte sur la demande et œuvrant par exemple avec l'OMS à la prévention de la propagation du sida en Afrique chez les toxicomanes. Son administration, dont le siège est basé dans les locaux de l'ONU à Vienne, s'étoffe, employant près de 500 fonctionnaires. Mais, commission consultative, son action se borne essentiellement à la rédaction de rapports censés influencer les votes de l'Assemblée générale de l'ONU ou les initiatives des États en matière, par exemple, de promotion des cultures de substitutions pour les populations afghanes ou latino-américaines travaillant à la production d'opium ou de coca. Mais le PNUCID adopte une lecture du problème à l'américaine, ce qui n'est pas pour déplaire aux experts choisis dans les différents pays membres et qui sont connus pour leur posture répressive : à sa création, le PNUCID embauche ainsi comme chef du service d'assistance juridique le magistrat français Bernard Leroy, longtemps juge d'instruction à poigne du tribunal d'Évry, dans les années 1980, œuvrant auprès de la chancellerie pour une lecture répressive de la loi de 1970, notamment sur le statut ambigu de l'usager-revendeur, et qui fut le candidat (malheureux) de la droite sarkozyste à la direction de la MILDT en 2002¹⁶. Autre indice majeur de l'enfermement dans la voie répressive : en 1997, le PNUCID fusionne avec le Centre pour la prévention internationale du crime des Nations unies pour former l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Cet office, basé à Vienne, a pour directeur depuis 2010 Yuri Fedotov, représentant à poigne de la Russie, pays qui ne s'est guère illustré pour sa politique de réduction des risques (RdR). C'est bien le cœur du problème aujourd'hui : alors que la RdR s'est enracinée dans les pratiques thérapeutiques en de nombreux endroits du monde, l'ONU et le système conventionnel s'arc-boutent sur la logique prohibitionniste stricte. L'ONU organise depuis 1990 des UNGASS entièrement dédiées à la question des drogues. En 1998, la déclaration finale de l'assemblée prévoyait l'élimination totale de la drogue dans le monde dans un délai de dix ans (disparition totale des cultures de pavots et de coca, réduction drastique de celles de cannabis, etc.). Comme mal à l'aise avec la chronique d'un échec annoncé, l'UNGASS ne se réunit à nouveau que cette année. Si des objectifs aussi fous ne devraient plus être formulés, le ton risque malheureusement d'être

si l'organisation mentionnait dans ses publications la RdR « de façon positive »¹⁷. L'ambiguïté de la position américaine aujourd'hui, avec les expériences de libéralisation du cannabis mises en œuvre par plusieurs États de la fédération, changera-t-elle la donne ? Cependant, les détracteurs de l'UNGASS, comme l'*International Drug Policy Consortium* (IDPC), réseau international de professionnels et d'ONG engagés dans la RdR, continuent de pointer l'absence du terme même de *harm reduction* dans les documents préparatoires de la réunion¹⁸. Pourtant, si l'UNGASS changeait radicalement d'attitude, elle pourrait marquer l'entrée du système international des conventions dans une nouvelle ère que tout le monde attend avec impatience.

¹⁶ *Dossiers judiciaires « toxicomanie » de Bernard Leroy : Archives de la Justice, CAC 19950397/24.*

¹⁷ *Labrousse A. Géopolitique des drogues, Paris, PUF, 2004, p.119.*

¹⁸ *Exemple de texte critique (IDPC) : <http://idpc.net/alerts/2016/01/ungass-without-harm-reduction-no-way>.*

aussi martial, malgré la multiplication des rapports d'experts internationaux plaidant pour la sortie de la prohibition. En mars 2005, lors de la réunion annuelle de la Commission des stupéfiants, les États-Unis ont menacé officiellement l'ONUDC de suspendre leur financement

Plateforme interassociative française

pour une participation de la société civile dans les débats internationaux sur les politiques de drogues

Collectif constitué de l'Association française de réduction des risques (AFR) / Aides / Asud / Chanvre et Libertés / la Fédération des CIRC (Collectif d'information et de recherche) / Médecins du Monde / Principes actifs / Psychoactif / le Réseau français de réduction des risques / Safe / SOS Hépatites

Sans l'intégrer dans la délégation officielle, la MILDECA a soutenu la participation de la société civile française aux rencontres organisées par l'ONU à Vienne. Ce soutien a été le fruit de négociations sur plusieurs années. Désormais, une plateforme associative française sera consultée lors de chaque rencontre annuelle de la Commission des stupéfiants de Vienne.

Une meilleure reconnaissance de la société civile dans un contexte en mouvement

À l'ONU, la voix de la France sur les politiques en matière de drogues est portée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), par le ministère des Affaires étrangères et par la diplomatie française permanente auprès des instances onusiennes concernées. L'ensemble de ces acteurs forme une délégation officielle, qui se déplace et est en charge des négociations au sein des instances internationales. Cette délégation ne permet pas de place « officielle » pour les représentants de la société civile sur les drogues, comme cela peut être le cas dans les délégations nationales d'autres pays (le Portugal par exemple).

En 2012, les présidents guatémaltèque, mexicain et colombien ont fait part de leurs critiques du plan mondial de lutte contre la drogue qui, depuis 2009, organisait au travers de résolutions fortement répressives une « guerre à la drogue » dont l'Amérique latine et centrale commençait à constater largement l'échec. Les conséquences parfois dévastatrices de ce plan ont poussé 92 États à suivre ces trois premiers gouvernements, pour demander

à ce que l'évaluation du plan de 2009, initialement prévue en 2019, soit avancée en 2016.

Alors que plusieurs États expérimentent de nouvelles manières d'interpréter et d'appliquer les conventions cadres sur la politique mondiale en la matière, et suite à ces demandes, l'Assemblée générale de l'ONU a voté, en 2014, l'organisation d'une session extraordinaire de l'assemblée générale sur la politiques des drogues, qui aura donc lieu en avril prochain à New York.

Dans le même temps, la délégation officielle française suite au changement de présidence de la MILDECA et aux nouvelles sollicitations de nombreuses associations, s'est ouverte à la société civile. Des échanges ont lieu en amont de l'*United Nations General Assembly Special Sessions* (UNGASS) et au moment des débats.

Pour désigner ce représentant, l'Association française de réduction des risques (AFR), Aides, Asud, Chanvre et Libertés, la Fédération des CIRC (Collectif d'information et de recherche cannabique), la Fédération Addiction, Médecins du Monde, Principes actifs, Psychoactif, le Réseau français de réduction des risques (RdR), Safe et SOS Hépatites se sont donc réunis en plateforme.

En 2014, c'est l'AFR, qui a été désignée pour représenter

la société civile dans la délégation. Elle a ainsi été à la Commission des stupéfiants (CND) de l'ONU à Vienne, et a rencontré la diplomatie et le ministère des Affaires étrangères à cette occasion.

L'année d'après, c'est l'association Safe qui, à son tour, a été l'interlocuteur privilégié de la délégation officielle, et qui a pu, à nouveau, représenter la société civile à Vienne. Cette fois-ci, ce fut l'occasion de participer aux segments de débats spécialement dédiés à la préparation de l'UNGASS; segments durant lesquels les pays ont pu exprimer leur position en matière d'évaluation et de priorités pour le plan drogues de l'ONU, et l'interprétation des conventions internationales.

En 2016, année de l'UNGASS et d'un premier jalon possible vers une nouvelle orientation en matière de politique mondiale des drogues, c'est l'association Aides qui représentera la plateforme. Les échanges avec la MILDECA et, dans une moindre mesure, avec le ministère des Affaires étrangères ont commencé dès l'automne 2015, en cohérence avec les réunions publiques organisées par la mission interministérielle pour préparer l'UNGASS, et un premier volet de recommandations a été publié dès le mois de septembre.

La plateforme s'est notamment constituée autour d'une même volonté de demander une position française forte, à la fois au niveau national et international, mais aussi à l'échelle européenne, où se jouent de nombreux débats.

Un travail à plusieurs échelles : nationale, européenne et internationale

Cette plateforme s'est révélée décisive pour porter les expertises et revendications de la société civile auprès des décideurs et des représentants de l'État français, et faire peser l'expertise du monde associatif dans les débats politiques internationaux.

Regroupement de 12 associations, elle a œuvré principalement dans la perspective de la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS) sur la politique mondiale des drogues, prévue en avril 2016.

Dans ce cadre, la plateforme a reçu un important soutien opérationnel du Consortium international sur les politiques des drogues (IDPC)¹. Elle a multiplié les rendez-vous à Paris avec la MILDECA et le ministère des Affaires étrangères, et à la commission des stupéfiants de l'ONU à Vienne auprès de la diplomatie française permanente et de l'ambassade. Elle y a demandé une voix française forte sur la santé, la RdR, l'abolition de la peine de mort pour les crimes et délits, et la réorientation de la politique mondiale en la matière vers une approche équilibrée, qui

dépénalise l'usage et la possession de produits stupéfiants.

Ainsi dans la suite de ces rencontres, la plateforme a rédigé une note de plaidoyer respectant la structure du document final de l'UNGASS 2016, et demandant :

- l'abolition des sanctions pénales contre l'usage de drogues ;
- l'amélioration effective, évaluée et contraignante de l'accès aux médicaments contrôlés ;
- la promotion de la RdR en des termes forts et d'un traitement de la dépendance fondé sur des preuves scientifiques et sur la volonté du sujet ;
- le changement de posture pour s'éloigner d'une réponse centrée sur la sanction ;
- la réorientation des priorités vers une approche équilibrée entre maintien de l'ordre et réduction de l'offre de drogues ;
- l'abolition complète de la peine de mort pour les délits liés aux drogues ;
- une meilleure coordination des actions contre la criminalité organisée, le blanchiment d'argent et la corruption ;
- la promotion des droits humains et la fin des incarcérations des femmes pour des délits non violents liés aux drogues ;
- la promotion de dispositifs adaptés aux publics jeunes ;
- la révision du système de classification des produits stupéfiants, notamment des médicaments utiles et des nouveaux produits de synthèse ;
- dépénaliser la culture locale, traditionnelle, utilisée pour la production à petite échelle de produits classés stupéfiants ;
- la constitution de comité d'évaluation indépendant pour rendre un avis scientifique en 2019 sur les résultats de la politique actuelle en matière de drogues.

Un plaidoyer cohérent, qui vient nourrir la voix de la société civile

Traduit en anglais, ce document a été relayé auprès de l'ensemble des pouvoirs publics français et européens. Il a également accompagné et est venu compléter de nombreuses recommandations d'instances représentatives de la société civile – comme celles du groupe de la société civile dédié à la préparation de l'UNGASS auprès de la commission européenne (via le forum européen de la société civile sur les drogues), celles produites par la Civil Society Task Force auprès de l'ONU, celles des comités d'ONG de Vienne et de New York, celles de l'IDPC, celle d'associations internationales, nord-américaines, bulgares, sud-américaines, britanniques, etc.

Ce plaidoyer rejoint donc un corpus riche déjà porté par les associations partenaires à l'international, ainsi que les prises de position de certains pays comme le Vénézuéla ou la Colombie, ainsi qu'aux documents cadres

¹ Pour en savoir plus sur les activités de l'IDPC, rendez-vous sur leur site Internet idpc.net



déjà produits par l'ONU en perspective de l'UNGASS, et auxquels il fait régulièrement écho.

Il a également été construit à partir des comptes rendus des échanges à Vienne et de nos échanges avec les institutions publiques, réalisés par les représentants successifs de la plateforme. Ces comptes rendus donnent dans le détail la nature des prises de position, des lignes-forces et des points de débats entre pays présents à l'ONU.

Ainsi, les communications de la plateforme se fondent toujours sur les principaux points de débats que nos associations apprennent de leurs échanges lors des rendez-vous avec les institutions publiques, et observent dans les discours entre nations, à l'ONU comme au sein des instances européennes.

Cette plateforme a adopté une approche fondée sur la réalité des enjeux devant nous, et tournée vers un renouvellement des politiques sur les drogues que nous appelons de nos vœux, collectivement et de concert avec une large part de la société civile mondiale.

Nous ne sommes pas certains que la révolution tant attendue de l'UNGASS 2016 soit à la hauteur des espérances et de l'énergie déployée mais le travail se fait pas à pas et il permet de continuer à partager et à construire collectivement avec des histoires et des cultures associatives différentes, tournés vers un même objectif.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de **10 euros pour frais d'envoi** des quatre numéros annuels

À retourner à VIH.org / Swaps / Pistes, Chaire d'addictologie CNAM, case 216, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Prise en charge de l'hépatite C en détention

Mélanie Bouteille-Gaillet / Service de médecine, EPSNF, Fresnes

L'arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD), plus efficaces et plus courts, devrait révolutionner le traitement des personnes incarcérées. Opportunité de traitement pour une population précaire et très souvent désinsérée socialement, la mise en œuvre reste difficile du fait de moyens humains et matériels insuffisants. Mélanie Bouteille-Gaillet de l'Établissement pénitentiaire national de Fresnes (EPSNF) fait le point pour Swaps.

Particularités de la population carcérale

La population carcérale est précaire et compte un grand nombre d'usagers de drogues¹ où la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) y est majeure². Elle se compose également de migrants venant de région de forte endémie³.

La prévalence du VHC chez les adultes détenus en France est cinq fois plus élevée qu'en population générale: 11,8 % pour les femmes et 4,5 % pour les hommes.

Les *polymerase chain reaction* (PCR) sont positives dans la moitié des cas attestant de la chronicité de la maladie. La prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) y est de 2 % et nombreuses sont les co-infections VIH-VHC⁴.

Les lieux de détention, aux programmes de réduction des risques encore insuffisants, constituent des lieux à risque de transmission de l'infection⁵. Les détenus infectés par le VHC participent à l'entretien du réservoir viral alors qu'ils sont nombreux à être exclus des systèmes de soins classiques; 13 % sont sans couverture sociale⁶.

Il existe en Île-de-France onze établissements pénitentiaires (EP) fermés dont huit maisons d'arrêt (MA) ou centres pénitentiaires (CP). Les

MA et les CP accueillent les 10 970 détenus prévenus ou condamnés à des peines inférieures à deux ans, sur 12 854 personnes écrouées. La rotation y est importante: la durée moyenne de détention est de 10,4 mois, 78 % des peines sont inférieures à un an et 31 % à trois mois⁴.

Prise en charge difficile en milieu carcéral

Organisation des soins en détention

Depuis la loi de janvier 1994⁷, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu carcéral relèvent du ministère de la Santé et sont confiées au service public hospitalier et tous les détenus sont immatriculés et affiliés à la Sécurité sociale. Pour remplir leur mission, les centres hospitaliers ont créé des US dans chaque EP. Elles assurent les soins ambulatoires et dépendent d'un hôpital de proximité⁸. Un dépistage VHC est proposé systématiquement par les médecins des US à tout entrant⁹. En cas de sérologie VHC positive et d'une chronicité confirmée, un parcours de soins est proposé au patient après une annonce diagnostique.

Ce parcours n'est pas standardisé; si les bilans biologiques courants sont réalisés au sein des US, les bilans complémentaires d'imagerie sont le plus souvent réalisés dans l'hôpital de rattachement. Selon les ressources disponibles localement, les consultations spécialisées sont menées au sein des CP ou en consultation externe.

¹ Rapport sur la commission d'enquête sur les conditions de détention en France, créé en vertu d'une résolution adaptée par le Sénat le 10 février 2000.

² Enquête ANRS-Coquelicot 2011.

³ Chiffres clés de l'administration pénitentiaire, 1^{er} décembre 2015.

⁴ Enquête Prevaear 2010.

⁵ IDSA 2015. Published on Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C.

⁶ Conseil économique et social, données de la Direction de l'administration pénitentiaire, 2006.

⁷ Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C Juin 2015.

⁸ Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 - EASL.

⁹ Lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux d'action directe (29/12/2014).



Tableau 1. Addictions

Addictions		n	%
Tabac	actif	122	87,1
	sevré	1	0,7
	non consommateur	10	7,1
	non renseigné	7	5,0
Cannabis	actif	90	64,3
	sevré	2	1,4
	non consommateur	41	29,3
	non renseigné	7	5,0
Cocaïne	actif	71	50,7
	sevré	32	22,9
	non consommateur	31	22,1
	non renseigné	6	4,3
Héroïne	actif	61	43,6
	sevré	37	26,4
	non consommateur	36	25,7
	non renseigné	6	4,3
Alcool	actif	94	67,1
	sevré	5	3,6
	non consommateur	34	24,3
	non renseigné	7	5,0

Figure 1. Stade de fibrose hépatique

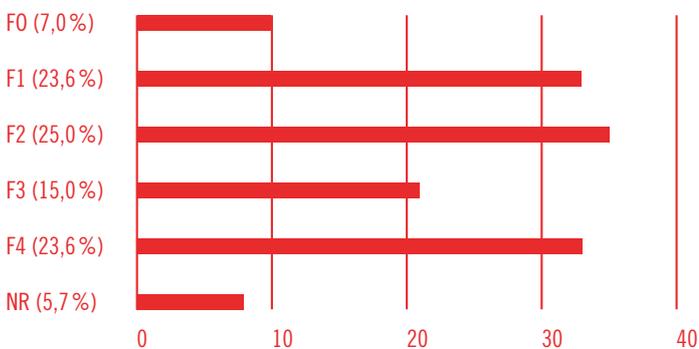
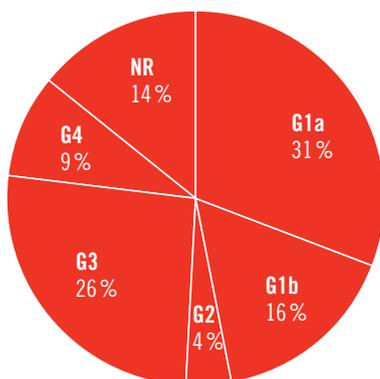


Figure 2. Distribution des génotypes viraux



Contraintes spécifiques aux transfèrements

Tout transfèrement de patients détenus, en consultation ou en radiologie dans l'hôpital de rattachement par exemple, impose des règles de sécurité strictes. Les patients sont extraits individuellement, menottés ou entravés, et accompagnés de surveillants pénitentiaires. Dans un contexte de moyens contraints, le temps de mobilisation de ces escortes est vecteur de retards de prise en charge.

En Île-de-France, sur les onze EP fermés pour adulte, quatre disposent d'une consultation spécialisée d'hépatologie ou d'infectiologie, un seul possède un Fibroscan® pour évaluer le stade de fibrose. Or, seuls deux établissements ont organisé un circuit coordonné avec l'hôpital de proximité impliquant l'extraction des patients pour des examens.

Dépistage insuffisant et freins réglementaires au traitement

Le dépistage systématique du VHC chez tous les entrants en détention est recommandé en France depuis plus de 20 ans. Le diagnostic est fait dans un cas sur cinq en détention⁵. Les experts français, européens et américains^{5,10,11} s'accordent sur l'importance de prendre en charge et de traiter tous les détenus présentant une infection chronique quel que soit le stade de fibrose hépatique, dans le but notamment de réduire le réservoir viral. Cependant, le taux de dépistage chez les entrants en détention reste insuffisant ; il était de 46,9 % en moyenne en Île-de-France (données non publiées).

L'application des recommandations est par ailleurs contrainte par le cadre légal de remboursement des NAAD, molécules très onéreuses. De plus, l'organisation réglementaire de la prise en charge de l'hépatite C a constitué un frein à leur prescription en détention¹². À titre d'exemple, la facturation par rétrocession des NAAD en détention n'a été autorisée qu'à partir du 29 avril 2015¹³.

Offre de soins centralisée par l'EPSNF en Île-de-France

L'EPSNF, établissement de santé unique sous double tutelle, à vocation nationale, réunit un plateau de consultation doté d'un Fibroscan® et d'un service de radiologie complet. Cet hôpital carcéral propose depuis 2014 une consultation d'infectiologie prenant en charge les détenus d'Île-de-France infectés par le VHC. En un seul transfèrement, le patient bénéficie d'une échographie abdomino-pelvienne, d'une évaluation de la fibrose et d'une consultation d'infectiologie. Au terme de cette prise en charge, une synthèse est proposée et les dossiers éligibles sont discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à l'hôpital Paul Brousse. La mise en place du traite-

ment et le suivi sont coordonnés avec les médecins des US à l'aide d'un cahier de suivi personnalisé.

Les traitements sont distribués quotidiennement et donnés sous surveillance infirmière. Cette prise en charge centralisée à l'EPSNF permet de grouper les transfère-ments par EP. De plus, l'EPSNF permet d'assurer une prise en charge dans le respect du secret médical et de la dignité du patient qui y circule sans entrave.

Origine des patients pris en charge

Entre juillet 2014 et fin septembre 2015, 140 patients ont bénéficié de cette prise en charge. La grande majorité des patients provenait des EP de Fresnes (44,3 %) et Fleury (43,6 %) qui représentent plus de 60 % de la population carcérale d'Île-de-France. L'EP d'Osny a adressé neuf patients. Les CP de Meaux, Melun, Réau, Villepinte et Nanterre ont envoyé peu de patients au regard de leur taille, en raison de l'organisation tardive du remboursement des NAAD en détention. Les MA de Versailles et Bois d'Arcy ont adressé les patients co-infectés VIH-VHC, les mono-infectés étant pris en charge localement.

Profil socio-démographique et carcéral des patients

Dans cette consultation, 92 % des patients étaient des hommes, âgés en moyenne de 42,9 ans. La durée moyenne de détention, lorsqu'elle était connue, était de 17,7 mois, soit presque deux fois plus que la moyenne et 43 patients (30 %) étaient prévenus. Parmi les 97 patients condamnés, 60 purgeaient une peine inférieure à 12 mois et 28 une peine inférieure à six mois. Cent cinq patients avaient déjà été incarcérés, et onze n'ont pas répondu à la question. Le diagnostic de l'infection a été fait en détention pour 77 patients, neuf dans un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), un en Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), 19 dans un autre lieu, 34 ne savaient pas répondre. Cela confirme le rôle clé de l'incarcération dans le dépistage.

Consommation de toxiques (Tableau 1)

Le mode de contamination était, dans la quasi-totalité des cas, secondaire à une toxicomanie. Une grande majorité de patients étaient tabagiques actifs, deux tiers fumaient quotidiennement du cannabis et/ou consommaient de l'alcool de manière excessive, cumulant ainsi des facteurs de risque d'évolution péjorative de la maladie. Trois quarts des patients avaient consommé de la cocaïne et de l'héroïne de manière régulière et un tiers se déclarait sevré au moment de la prise en charge.

Caractéristiques de la maladie hépatique (Figures 1 et 2)

Quatorze patients présentaient une co-infection VIH (10 %), deux étaient co-infectés VHB et

42 patients étaient guéris d'une infection virale B. Les patients présentaient des stades de fibrose élevés : 63,6 % de fibrose F2. Le génotype 1 était prédominant. Le génotype 3, d'évolution naturellement plus défavorable et plus difficile à traiter, représentait un quart des patients, soit plus qu'en population générale¹⁴.

Bilan de la prise en charge à l'EPSNF

Durant cette première année de prise en charge, 52 patients ont bénéficié d'une RCP sur les 55 éligibles à un traitement. En plus des patients présentant des stades de fibrose hépatique avancés et de ceux co-infectés par le VIH, un patient présentait un lymphome, un autre une cryoglobulinémie. Deux dossiers n'ont pas été présentés en raison d'une libération imminente. Un patient présentait des troubles psychiatriques graves de nature à compromettre la prise en charge immédiate. Deux patients ont rapidement été libérés et traités à l'extérieur, huit traitements ont été initiés en détention et terminés après la libération. Un patient a été transféré au CP de Lille où son traitement a été initié. Treize patients n'ont pu être traités malgré la RCP : deux ont refusé le protocole d'administration des traitements sous contrôle infirmier. Le traitement a été différé pour un patient traité par rifampicine. Dix patients dont la libération était proche ne réunissaient pas les conditions sociales suffisantes pour que le traitement puisse être poursuivi à leur libération. Vingt-huit patients ont été traités avec succès durant leur détention. À ce jour, aucun échec de traitement n'a été rapporté.

Conclusion

La prise en charge VHC en détention s'organise malgré les contraintes de la détention. En Île-de-France, l'EPSNF propose une solution efficace, adaptée aux détenus dans le respect de leur dignité. Les premiers résultats montrent que les patients sont souvent exclus des circuits de soins habituels et pris en charge de manière tardive alors qu'ils sont porteurs de nombreuses comorbidités risquant d'aggraver l'évolution naturelle de l'hépatopathie. Après une période initiale où l'absence de remboursement des NAAD en détention a retardé leur prescription, l'incarcération représente désormais une opportunité de prise en charge. Ce bilan laisse entrevoir des pistes d'amélioration au niveau du dépistage des entrants en incarcération. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC pourraient permettre d'améliorer le taux de dépistage. Il s'agit également de faciliter le suivi social des patients libérés rapidement afin de ne pas manquer l'opportunité d'un traitement.

¹⁰ Circulaire DGOS du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

¹¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹² Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

¹³ Guide méthodologique 2012. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous mains de justice.

¹⁴ Surveillance nationale de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires. 2001-2007 INV3.

Perspectives de soin pour les usagers d'alcool/drogues incarcérés : place des CSAPA référents pour la préparation à la sortie de prison

Pauline Lasserre / Assistante sociale, CSAPA Pierre Nicole, Croix-Rouge Française, Paris

Nombreuses sont les personnes condamnées pour des faits directement ou indirectement liés à leur situation d'addiction. La prise en charge addictologique des personnes incarcérées s'est améliorée au fil des années mais de nombreux obstacles se présentent encore au moment de la sortie. Le travailleur social du CSAPA référent se trouve à la croisée des temps judiciaires, pénitentiaires et sanitaires (intra et extra muros) et tente de favoriser une bonne coordination entre chacun des acteurs.

Près de la moitié des personnes entrant en prison ont des problèmes de consommations de substances psychoactives, licites ou non, et 60 % d'entre elles présentent à l'extérieur des difficultés sérieuses avec l'alcool¹.

Des parcours de vie très différents se côtoient en détention, beaucoup partagent cependant des fragilités sociales, professionnelles, psychologiques et familiales, difficultés qui se trouvent souvent creusées par la période d'incarcération.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014² relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice a proposé de renforcer la préparation de la sortie pour les personnes en situation d'addiction.

L'activité « Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent » est dédiée à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. L'accompagnement

proposé pendant l'incarcération vise, en facilitant la mise en place de prises en charge médico-psychologiques, sociales et éducatives, à assurer la continuité des soins à la sortie de détention. Une attention particulière est portée

aux personnes primo-incarcérées, en situation de vulnérabilité et éloignées des réseaux de soin.

L'Agence régionale de santé (ARS) a désigné, pour chaque établissement pénitentiaire, un CSAPA qui assure cette mission en détachant un travailleur social de ses locaux à 0,5 éducateur chargé d'insertion du patient (ETP), cette dotation est cependant ajustée à la taille de l'établissement. En janvier 2014, le centre Pierre Nicole a été désigné CSAPA référent pour la population domiciliée à Paris et incarcérée à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (91) pour un ETP. D'autres postes ont été prévus pour les détenus originaires d'autres départements d'Île-de-France.

Cet établissement accueille principalement des personnes condamnées à de courtes peines, il comprend 2 855 places mais connaît le même problème de surpopulation que les autres maisons d'arrêt. Actuellement, près de 4 200 personnes sont incarcérées dans les quatre bâtiments pour hommes (le 5^e bâtiment est en travaux), la maison d'arrêt des femmes et le centre de jeunes détenus (mineurs et adultes en formation professionnelle). Les trois quarts des usagers rencontrés dans le cadre de l'activité font part d'« allers-retours » en détention, le plus souvent pour des faits en lien avec leurs consom-

¹ Données ARS Île-de-France, décembre 2013.

² Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés.

tions de produits licites ou illicites (conduite en état d'ivresse, vols, infractions à la législation sur les stupéfiants, violences, etc.).

Les missions du CSAPA référent

Le quotidien de l'activité CSAPA référent diffère fortement d'un établissement pénitentiaire à l'autre. La composition et le fonctionnement des unités sanitaires, la présence de partenaires extérieurs et la configuration du réseau partenarial local modèlent le champ d'intervention du travailleur social. De grandes lignes se détachent cependant de cette activité.

L'intervenant rencontre, dans le cadre de leur détention, les personnes présentant une consommation problématique de drogues licites ou illicites afin d'évaluer leurs besoins en termes de prise en charge médico-sociale à leur sortie (suivi ambulatoire, soins résidentiels, etc.). Les orientations proviennent principalement du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)³ et des unités sanitaires, mais la personne peut également solliciter elle-même le service et les structures de prise en charge en addictologie à l'extérieur.

Lorsque la personne avait un suivi avant son incarcération, la continuité de l'accompagnement doit être favorisée tout au long de la détention. Pour ce faire, le CSAPA référent doit avoir la possibilité de mettre le patient en lien avec les structures de soin, par téléphone, par le biais de parloirs et/ou à l'occasion de permissions de sortie.

Le travailleur social a également vocation à recevoir des personnes n'ayant jamais bénéficié de suivi addictologique. Dans ce cas, l'évaluation du projet de sortie permet, lorsque celui-ci inclut le soin, de proposer des orientations adaptées.

La mise à disposition d'un téléphone est déterminante pour répondre à ces missions mais elle n'est malheureusement pas toujours possible. Les démarches doivent alors être différées, ce qui freine considérablement la coordination avec les partenaires extérieurs. Des permissions de sortie peuvent également être envisagées pour un premier contact et un accompagnement est parfois nécessaire.

Tout au long du suivi, le travailleur social assure le lien entre les différents intervenants impliqués autour du projet de soin de la personne, les unités sanitaires, le SPIP et les partenaires extérieurs. Cette coordination est essentielle et déterminera la cohérence et la mise en place effective du projet de sortie.

En lien avec les unités sanitaires, le CSAPA référent a également pour mission d'éviter toute rupture de traitement à la sortie de détention en facilitant la mise en place de

relais, particulièrement pour les traitements de substitution aux opiacés. Il veille notamment à ce que les ordonnances médicales soient envoyées aux structures proposant le relais.

L'activité repose donc sur une bonne connaissance du réseau addictologique, tant ambulatoire (CSAPA, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues [CAARUD], etc.) que résidentiel (Centre thérapeutique résidentiel [CTR], Communauté thérapeutique [CT], Action communautaire et toxicomanie [ACT], Soins de suite et de réadaptation addictologique [SSRA], etc.) et sur une capacité à mobiliser les différents acteurs autour du projet de soin de la personne détenue.

Quel accompagnement sanitaire autour des addictions en prison ?

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a affirmé la volonté de garantir une qualité de soins en milieu carcéral équivalente à celle de l'ensemble de la population. Depuis, chaque personne détenue est affiliée à la caisse de Sécurité sociale de son lieu d'incarcération. De plus, les soins relèvent dorénavant du ministère de la Santé et non de la Justice. Pour chaque établissement pénitentiaire, un centre hospitalier de proximité est désigné pour organiser la prévention et la prise en charge sanitaire au sein de la détention. C'est aujourd'hui l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) qui dispense et assure la coordination des soins en prison⁴. Dans certains établissements, comme à Fleury-Mérogis, il existe également un service médicopsychologique régional (SMPR) pour la prise en charge psychiatrique et un CSAPA interne.

Un repérage des addictions est effectué dès le premier jour d'incarcération par un professionnel de santé. Des protocoles sont établis afin que la continuité des traitements médicamenteux soit assurée (contact avec les structures prescriptrices, analyses, etc.) et qu'une prise en charge médicale adaptée soit définie (rythme de délivrance des traitements de substitution des opiacés [TSO], initiation de traitements, etc.). Le CSAPA référent peut être sollicité à la suite de ce repérage, ce qui est d'autant plus nécessaire en maison d'arrêt où le temps d'incarcération est relativement court. Le travailleur social s'articule avec les unités sanitaires pendant tout le temps de l'incarcération afin d'évaluer les besoins et le projet thérapeutique du patient.

Dans le mois précédant la sortie, une consultation médicale doit être organisée⁵, lui sont alors remis ses résultats d'examen et son ordonnance de sortie. Des contacts peuvent être établis à cette occasion avec une pharma-

³ Entité de l'administration pénitentiaire à compétence départementale dont les missions sont définies par le code de procédure pénale.

Ce service assure le suivi des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert (dans le cadre de mesures alternatives à l'incarcération ou d'aménagements de peine), et en milieu fermé (incarcération).

⁴ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, ministère de la Justice, ministère des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2012.

⁵ Loi pénitentiaire du 25 novembre 2009.



cie, le CSAPA d'origine ou celui proposant un relais de traitement à la sortie.

Tout au long de l'incarcération, le SPIP est l'interlocuteur central pour toutes les questions relatives à l'exécution de la peine. Seuls ses conseillers (CPIP) ont accès au dossier pénal des détenus, ils peuvent ainsi connaître le nombre de jours de remises de peine qui pourront être accordés et estimer la date de sortie effective. Ils sont également sollicités pour les demandes de permissions de sortie et d'aménagements de peine (libérations conditionnelles, placements extérieurs, bracelets électroniques, etc.). L'articulation avec le SPIP se fait dans les limites imposées par le secret professionnel, limites qui doivent être intégrées par l'ensemble des intervenants et comprises par la personne détenue. Cette compréhension est essentielle pour la relation de confiance qui peut s'établir à l'occasion de l'accompagnement.

Ce travail de liaison s'inscrit dans le quotidien, des contacts réguliers sont nécessaires afin d'accompagner au mieux la personne dans les différentes étapes de son projet.

De nombreux obstacles viennent cependant freiner la continuité des soins

En Île-de-France, l'existence du CSAPA référent repose sur un tissu partenarial particulièrement dense et diversifié. D'une part, les structures de droit commun (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], Caisse d'allocations familiales [CAF], Maison départementale pour personnes âgées [MDPH], Centre d'hébergement et de réinsertion sociale [CHRS], accueils de jour, etc.) accompagnent depuis toujours des personnes sortantes de prison et, d'autre part, des associations spécifiquement dédiées à l'accueil de ce public sont progressivement apparues (Association réflexion action prison et justice [ARAPEJ], Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale [APCARS], Mouvement pour la réinsertion sociale [MRS], etc.). Ces structures restent malheureusement très insuffisantes en nombre, sous tensions budgétaires et sont, de fait, le plus souvent saturées.

Les CSAPA reçoivent fréquemment d'anciens détenus. Un accueil rapide à la sortie de détention est souvent nécessaire afin d'éviter toute rupture de suivi médical et de traitement. Un soutien administratif est également régulièrement sollicité à cette occasion car les démarches à effectuer à la sortie sont nombreuses (domiciliation, actualisation de la Sécurité sociale, demande de minima sociaux, etc.). Les CAARUD jouent également un rôle essentiel auprès des personnes sortantes de prison, ils sont souvent le seul lien qu'ont pu tisser les usagers les plus marginalisés.

De par leur histoire, certains CSAPA sont identifiés par les partenaires comme spécialisés dans l'accueil du public « justice », ils n'ont toutefois pas la capacité pour recevoir toutes les demandes et sont parfois contraints de refuser de nouveaux patients. La saturation de ces centres est problématique car ces personnes ont souvent beaucoup de difficultés à obtenir leur traitement directement en pharmacie.

En effet, leur droit à la Sécurité sociale est maintenu pendant un an après la sortie de détention mais les documents en leur possession ne leur permettent pas toujours d'obtenir leurs traitements en officine. Il reste par ailleurs difficile d'obtenir une Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en prison.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de réseaux de médecine de ville et/ou pharmacies sensibilisés à la situation des sortants de prison. Pourtant, l'absence de relais vers un CSAPA et les difficultés rencontrées en pharmacie peuvent parfois conduire à une rupture de traitement à la sortie de détention et il peut alors paraître plus simple d'aller acheter ses médicaments « dans la rue ».

L'articulation psychiatrie/addictologie reste, quant à elle, complexe et les structures adaptées à ce public insuffisantes. Dans les textes cadrant l'activité, le CSAPA référent n'est pas dédié à l'accompagnement des personnes en grande difficulté sur le plan psychiatrique or, en l'absence de référents en la matière, ces missions lui sont parfois confiées.

Il est important de souligner que parmi l'ensemble des partenaires, certains se montrent particulièrement attentifs au maintien du lien avec la personne incarcérée. Cette continuité de l'accompagnement, au-delà du soutien apporté pendant l'incarcération, est un réel moteur pour l'élaboration du projet de sortie. Le CSAPA référent doit faciliter ces contacts qui permettent par ailleurs une meilleure prise en compte par les partenaires des difficultés inhérentes au milieu carcéral.

L'hébergement au cœur des préoccupations de chacun

La plupart des personnes rencontrées dans le cadre de l'activité CSAPA référent n'ont pas d'hébergement à la sortie, or, c'est un besoin élémentaire qui conditionne la poursuite des soins.

La pénurie d'offre d'hébergement en Île-de-France n'est pas spécifique aux personnes sortantes de prison, néanmoins, on peut penser que les représentations d'un « public difficile » et d'une prise en charge plus coûteuse (difficultés liées aux ouvertures de droits sociaux) freinent considérablement les propositions. En effet, celles-ci semblent encore plus faibles lorsque les personnes

cumulent plusieurs difficultés (addiction, psychiatrie, pathologies lourdes, handicap, grande errance, prostitution, etc.). De fait, nombreux sont les usagers qui se retrouvent à la rue à leur sortie de détention et il n'est pas rare de voir une personne se faire réincarcérer quelques jours après sa sortie.

Les orientations en CTR, CT, SSRA, et appartements de coordination thérapeutique, parfois dans le cadre d'aménagement de peine, permettent d'offrir de véritables perspectives de soin, d'accompagnement global et de réinsertion à la sortie d'incarcération. Ce sont des partenaires précieux pour le CSAPA référent. Néanmoins, de multiples contraintes freinent ces orientations et il est souvent difficile de faire coïncider l'entrée dans ces structures avec la date de sortie de détention. Ce constat a permis la création de quatre Centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT). Le Mas Thibert à Arles (13), le centre Clémenceau à Gagny (93), l'ATRE à Lille (59) et le centre Pierre Nicole à Paris (75) prennent en charge spécifiquement, de manière rapide et inconditionnelle, des sortants de prisons.

Ces séjours de courte durée (trois mois) permettent une transition entre le milieu carcéral et une proposition de soin ou d'insertion adaptée. Pour certains, ce temps est nécessaire pour consolider ou stabiliser leur démarche. Pour d'autres, une orientation directe vers des soins résidentiels de plus longue durée peut être envisagée dès la sortie de détention. Face à la difficulté quotidienne que les travailleurs sociaux des CSAPA référents ont pour trouver des lieux d'hébergement, une augmentation de ces dispositifs paraît une nécessité.

Quelles limites, quelles perspectives ?

L'incarcération peut engendrer de multiples ruptures dans un parcours de vie (perte d'emploi, de logement, déstabilisation des liens familiaux, etc.) et la vie quotidienne en détention favorise une certaine perte d'autonomie, même pour les personnes les plus insérées. Dans l'esprit, le « dehors », l'« après », peut alors sembler lointain, pour certains il est idéalisé, pour d'autres source d'angoisses.

Un accompagnement tout au long de la détention est indispensable afin de réduire les risques de marginalisation et d'isolement. Au-delà du rôle punitif incarné par l'emprisonnement, cette période doit permettre à chacun d'envisager des conditions stables pour la suite de son parcours de soin et de vie.

Les intervenants en milieu pénitentiaire œuvrent en ce sens et la création des CSAPA référents a mis l'accent sur la nécessaire coordination des différentes instances afin de répondre au mieux aux besoins des personnes détenues en situation d'addiction.

Le manque de moyens humains et budgétaires rencontré par l'ensemble des services concernés limite pourtant l'investissement de chacun et peut occasionner une perte de sens.

Par ailleurs, pour un travailleur social habitué à exercer à l'extérieur, intervenir en prison remet en question certains fondamentaux de la pratique professionnelle. Le travail autour de l'autonomie est particulièrement mis à mal par les conditions de détention et par le manque d'outils à disposition du CSAPA référent ; difficulté d'avoir un bureau, un téléphone, un accès Internet, et donc difficulté pour la personne de faire les démarches.

De plus, les demandes des personnes détenues et les attentes des partenaires, internes et externes, se révèlent très souvent irréalisables face aux possibilités d'accompagnement à la sortie, particulièrement en ce qui concerne l'hébergement. Ce décalage entre les demandes formulées et la réalité du terrain peut être source de nombreuses frustrations de la part des intervenants et des personnes détenues. Ces tensions sont régulièrement adressées au travailleur social du CSAPA référent, désigné comme l'interlocuteur privilégié pouvant résoudre cette question, il souhaiterait pourtant lui-même pouvoir apporter les réponses adéquates.

En effet, comment parler de soins lorsqu'il n'y a aucune perspective d'hébergement ? Comment envisager l'accompagnement tout en sachant que la situation de la personne ne correspond pas aux dispositifs existants ? Devant toutes ces difficultés, l'intervenant devra souvent justifier de sa légitimité professionnelle, rendant ce travail difficile sur le long terme.

Malgré les dispositifs innovants et l'amélioration de l'accompagnement des personnes détenues, leur situation à la sortie reste, encore aujourd'hui, extrêmement précaire et préoccupante. Il est essentiel que l'ensemble des institutions en addictologie s'investisse auprès de ce public car la prison fait souvent partie du parcours des personnes en situation d'addiction et un accompagnement dès la sortie de détention peut permettre de repartir sur de nouvelles bases.

A., 50 ans et un long passé carcéral

Il est connu par l'association Gaïa depuis près de cinq ans. Il se réinscrit sur notre programme de substitution à chaque sortie de prison. Assez réservé et peu demandeur, la prise en charge s'arrête à la délivrance du traitement, dans un premier temps. Suite à la création du poste CSAPA référent de prison, une visite est organisée à la maison d'arrêt de Fresnes pour formaliser le partenariat avec le CSAPA pénitentiaire (au sein du SMPR). Je le rencontre par hasard au détour d'un couloir (il est « auxi » ménage), il m'interpelle et nous improvisons un entretien dans un bureau disponible. Sa sortie est prévue moins d'un mois plus tard. Le projet d'intégrer le Centre thérapeutique résidentiel (CTR) de Gagny est en cours d'élaboration avec un travailleur social du CSAPA pénitentiaire. À sa demande, je récupère A. à sa sortie de prison pour l'accompagner dans la structure de soin. Durant le trajet, il disparaît en me laissant son sac. Trois jours plus tard, il revient s'inscrire au CSAPA de Gaïa pour prendre son traitement de substitution aux opiacés (TSO). Il a repris sa consommation de crack et son activité délinquante (pickpocket) pour la financer. Il accepte d'en parler au cours de différents entretiens. Il évoque le besoin d'intégrer une structure de soin, mais ne se sent pas encore prêt à se mobiliser, dépassé par ses habitudes de vie (usage de drogue, délinquance). Moins de quatre mois plus tard, il est incarcéré à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis pour une durée de six mois. Je lui rends visite régulièrement au parloir avocat pour maintenir et resserrer le lien tissé durant les mois précédents. Afin de réunir les conditions d'une prise en charge adaptée, nous définissons ensemble un projet de sortie, en partenariat avec le SPIP et l'UCSA. Il souhaite intégrer une structure de soin assez cadrante pour l'accompagner dans ses démarches administratives. Sa candidature est acceptée au CTR Mas Thibert à Arles pour trois mois. L'association accepte de lui financer son billet de train et il rejoint la structure le lendemain de sa libération après une nuit à l'hôtel. Il me donne des nouvelles très régulièrement par téléphone ou par courrier, ravi de son séjour. Il obtient sa carte d'identité, le RSA, la CMU. Il fait le choix d'embrayer sur un nouveau centre thérapeutique à plus long terme afin de continuer à « se soigner ». Quelques jours avant son départ, sur un coup de tête, il abandonne tout et revient sur Paris. Désespéré, il me demande de lui retrouver une structure de soin. En urgence, il intègre le CTR de Gagny moins d'une semaine après. Il y reste deux mois, puis finit par partir, ne trouvant plus sa place dans une structure d'accueil rapide pour sortants de prison. Je l'oriente alors vers le service du PASS (passerelle sanitaire et sociale) Justice du CSAPA Pierre Nicole qui l'héberge actuellement à l'hôtel. A. a repris ses consommations de stupéfiants, mais semble mieux les gérer. Il n'est pas retourné en prison depuis près d'une année, ce qu'il annonce comme un record dans son parcours. Nous réfléchissons avec lui à l'éventualité d'intégrer une communauté thérapeutique.

Activité du « CSAPA référent » des établissements pénitentiaires d'Île-de-France

Vincent Follet / Association Gaïa Paris

Au cœur de l'activité du CSAPA de l'association Gaïa, le « bus » délivre quotidiennement des traitements aux patients, souvent très précarisés, inscrits dans le programme de substitution. Sur cette unité mobile, un grand nombre de personnes défilent dont le parcours est émaillé de séjours dans l'univers carcéral, elles sortent de prison ou disparaissent le temps d'une période de détention. Certaines même vont et viennent régulièrement au gré de leurs différentes incarcérations. Vincent Follet nous dévoile le quotidien de ces nouveaux « CSAPA référents ».

Les semaines sont ponctuées d'appels téléphoniques des unités de soins pénitentiaires (Unité de consultation et de soins ambulatoires [UCSA] ou Service médicopsychologique régional [SMPR]) pour confirmer le traitement d'une personne qui entre ou pour nous envoyer quelqu'un qui sort. En effet, de par son fonctionnement sans rendez-vous et sept jours sur sept, près d'une personne sur dix incluse dans le programme est sortie de prison dans les trois derniers mois (pour une file active de près de 800 personnes par an). De plus, près de la moitié des patients déclarent avoir été incarcérés par le passé.

Ces périodes de détention complexifient énormément le suivi des personnes concernées car elles les précarisent à chaque fois un peu plus. Toutes les démarches médico-sociales (soins, hébergement, droits sociaux) entamées avortent à chaque entrée en prison et il est nécessaire de tout reprendre à leur sortie. C'est pourquoi, lorsque la candidature de Gaïa pour le projet « CSAPA référent de prison » a été retenue par l'Agence régionale de santé (ARS), nous y avons vu l'opportunité de proposer à ces personnes un accompagnement plus adapté à leurs problématiques. L'objectif du projet CSAPA référent est d'améliorer la continuité des soins des détenus présentant des conduites addictives à leur sortie de prison. Pour cela,

des CSAPA ont été désignés pour intervenir au sein des prisons qui leur ont été attribuées, afin de mailler le territoire carcéral régional. À l'intérieur de ce dispositif, l'association Gaïa a une place particulière. Elle a été choisie pour maintenir le suivi en cas de sortie non programmée et le week-end pour l'ensemble des établissements pénitentiaires d'Île-de-France. À partir de cette orientation un peu floue quant à la marche à suivre, nous avons proposé deux formes d'interventions, pour répondre au mieux à notre mission :

- en sortie de prison : proposer un accompagnement médico-social des personnes orientées ou non vers notre structure ;
- en détention : maintenir le suivi des patients de Gaïa pendant leur période d'incarcération mais également pour rencontrer en amont des personnes susceptibles de nous être adressées à leur libération.

La position de l'association Gaïa au sein du projet CSAPA référent se situe donc souvent en aval de la libération, quand un projet de sortie n'a pas pu être finalisé (voire même entamé) durant la détention. C'est le cas pour la majorité des nouveaux patients que nous accompagnons à leur libération, condamnés à des peines souvent courtes dans un environnement carcéral surpeuplé. La



sortie de prison est une période de grande vulnérabilité, principalement pour les personnes présentant des conduites addictives problématiques. Celles-ci ont été plus ou moins sevrées de force par leur incarcération et vont se retrouver dehors face à leur envie de consommer. Cette période est d'autant plus difficile à gérer qu'elle n'a pas été préparée. Elle constitue alors un risque majeur de récurrence et de retour à la consommation. Notre intervention est donc primordiale à ce niveau car elle offre une grande réactivité de prise en charge. Elle permet d'intervenir dès la sortie, avant la reprise des mécanismes de désocialisation, pour monter ou poursuivre un projet médico-social initié ou non en prison.

La possibilité d'intervenir aussi bien en détention qu'à la libération permet de proposer une meilleure continuité du suivi de nos patients, en maintenant le lien à l'entrée comme à la sortie de prison. Ces phases sont moins vécues comme des ruptures qui obligent à recommencer tout projet amorcé, ce qui limite l'aspect précarisant de l'incarcération. L'accompagnement (et le lien qui en découle) va ainsi pouvoir se construire progressivement le long du parcours de la personne, avec ses réussites et ses échecs. Cela permet également de travailler avec les différentes facettes que la personne laisse percevoir dans des contextes si différents que la rue et la prison, que la consommation et l'abstinence. Un projet plus global peut ainsi être construit qui intègre les périodes de réclusion. Cependant, la difficulté de trouver des solutions d'hébergement constitue un obstacle majeur dans la prise en charge des personnes sortant de prison. C'est pourtant la première demande d'accompagnement émanant de nos patients suivis dans le cadre de ce projet. Les structures d'hébergement sont trop peu nombreuses et se retrouvent vite saturées. Elles peuvent ainsi se permettre d'élever leur niveau d'exigence qui se révèle en conséquence inadapté face à un public qui cumule les problématiques (pratique addictive, délinquance, trouble psychiatrique). Les délais d'attente deviennent régulièrement inappropriés face à l'urgence des situations. Bien souvent, quand la solution d'hébergement trouvée n'est pas concomitante à la sortie d'incarcération, elle est mise en échec durant cette période d'attente d'avant le début de la prise en charge pendant laquelle la personne se retrouve à la rue.

Les structures d'hébergement (de type Centre d'hébergement et de réinsertion sociale [CHRS]) spécialisées dans l'accueil des sortants de prison sont réticentes à prendre en charge les usagers de drogues illicites, du fait du manque de formation des équipes et donc de leurs représentations sociales négatives de ce public. Il est pourtant largement représenté dans les établissements péniten-

tiaires. De même, les structures de soin (de type CTR) spécialisées dans l'accueil des usagers de drogues sont réticentes à prendre en charge les personnes avec des troubles psychiatriques, du fait de la séparation des dispositifs de soins consacrés à la santé mentale et à l'addiction. La comorbidité psychiatrique est pourtant prégnante parmi les usagers de drogues.

Face aux nombreuses demandes d'hébergement, nous devons donc souvent composer avec des réponses inadaptées (délai, niveau d'exigence), voire inexistantes. Il manque cruellement de structures à accueil rapide mais à long séjour, qui fonctionnent dans une dynamique de réduction des risques (gestion des consommations et des problèmes judiciaires) dans un objectif de limiter la récurrence des personnes pas encore prêtes à entrer dans un processus d'abstinence complète. Sans cela, il devient de plus en plus difficile de casser le cycle d'alternance rue-prison dans le parcours des personnes suivies, avant qu'il en structure le déroulement.

Naloxone par voie nasale

Une nouvelle arme contre les overdoses

Laurène Collard / chargée de projet, Fédération Addiction

La naloxone par voie nasale devrait bientôt bénéficier d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Laurène Collard revient sur le séminaire partenarial « Contextes, expériences et pratiques » organisé le 7 octobre 2015 à Paris.¹

¹ La Fédération Addiction, l'APSEP, ELSA France, le RESPADD, Asud et Psychoactif, ont organisé un séminaire sur l'usage de la naloxone en addictologie, en France et en Europe. Après un tour d'horizon de la situation française et de la nature du médicament, trois professionnels européens sont venus présenter leur expérience et leurs manières de former les usagers. Ce temps d'échange a été suivi d'une session de formation à l'utilisation de ce médicament en cas de surdose, animée par un médecin membre du réseau danois Antidote. Pour en savoir plus : www.federationaddiction.fr

² Chiffres EMCDDA 2014 - Rapport européen sur les drogues 2014 Tendances et évolutions. 2014.

³ Plusieurs recherches ont montré que « pendant les deux premières semaines après la sortie de prison, les anciens détenus ont 129 fois plus de risques de mourir d'une overdose de drogue que la population générale. Et l'Office des nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a publié des chiffres qui sont sensiblement les mêmes pour les personnes qui sortent des programmes de désintoxication. » tiré de l'article « Mise à disposition de naloxone pour prévenir les overdoses. De quoi avons nous peur ? » du blog Un monde 100 drogues de Pierre Chappard et Jean-Pierre Coutron drogues.blog.lemonde.fr

⁴ Retrouver l'avis de la Commission addictions en ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_narcan.pdf

⁵ Coffin PO, Sullivan SD. Cost - effectiveness of distributing naloxone to heroin user for lay overdose reversals. *Ann Intern Med* 1 janvier 2013;158 (1):1-9. « Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality » Discussion paper l'ONUDC /WHO. 2013 www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf

Fonctionnement du médicament

La naloxone est un antagoniste des opiacés qui fonctionne comme une antidote aux morphiniques et morphinomimétiques (héroïne, oxycodone, etc.). Administrée en cas de surdose, elle se fixe sur les récepteurs opioïdes et déplace les opiacés, empêchant donc leurs actions et leurs effets.

Commercialisé sous la marque Narcan®, le médicament se présente actuellement sous la forme d'une ampoule de 1 ml (0,4 mg/ml) de classe 1. Il peut être administré par voie intraveineuse, en sous-cutanée, ou en intramusculaire; un mode d'administration par voie nasale est actuellement à l'étude en dans différents pays. Les kits existants comme ceux testés permettent une administration relativement simple, qui doit s'accompagner d'une formation minimale aux premiers secours.

Cette simplicité d'utilisation et son délai d'action très rapide (de 30 secondes à 3 minutes suivant son mode d'administration, la quantité et la puissance des produits pris) en font une antidote très efficace, et donnent un aspect spectaculaire à son effet – la personne peut reprendre

connaissance en quelques secondes. Sa durée d'action (45 minutes) étant inférieure à celle des morphiniques, de nouveaux symptômes de surdose peuvent réapparaître si les produits pris sont encore présents en trop grande quantité dans l'organisme. Enfin, l'effet antagoniste de la naloxone peut générer une sensation de manque, au risque d'une reprise trop rapide de produits. D'où la nécessité d'appeler les secours avant tout autre geste.

Contexte mondial et situation française

À l'échelle mondiale, 69 000 personnes meurent chaque année d'une overdose d'opioïdes. En Europe, ce chiffre est en hausse constante² et les facteurs de risque de surdose (notamment en sortie de périodes de sevrage³) sont documentés.

En France aujourd'hui, la naloxone ne peut être administrée que par un professionnel de santé, excluant un accès communautaire. Le groupe dédié aux traitements de substitution aux opiacés de l'ancienne Commission addictions recommandait dès 2008 une modification de l'AMM de la naloxone⁴. Puis le groupe « Traitements et réduction des risques » a repris ce dossier en vue d'obtenir une ATU. Dans son article 8, la loi de santé votée en 2015 souligne l'utilité d'un accès au médicament de prévention des OD, permettant, dans les textes réglementaires qui suivront, d'envisager l'élargissement recommandé de ce médicament. Déjà longtemps utilisée en médecine d'urgence⁵, la



naloxone fait l'objet de plusieurs recommandations internationales⁶. Elle est déjà également utilisée et administrée par les usagers dans d'autres régions d'Europe, dont le Danemark, la Catalogne et l'Écosse, avec d'excellents résultats en termes de RdR, et de valorisation des savoirs expérimentiels et des personnes.

En pratique : Danemark, Barcelone et Écosse

Éléments de contexte

Au Danemark, c'est sur l'initiative du réseau de médecins « Antidote » que la naloxone a fait l'objet des premiers programmes de distribution. L'accent est surtout mis sur la formation des personnes consommatrices et sur la délivrance à grande échelle de kits de secours. Les médecins bénévoles du réseau vont à la rencontre des personnes consommatrices d'opiacés devant les salles de consommations, dans les consultations généralistes, dans les salles d'attente des centres spécialisés, et en équipe mobile sur les lieux de consommations et/ou de résidence des personnes.

Depuis les années 2000, face à des hausses records des décès par surdose⁷, le gouvernement écossais a mis en place le programme « Take Home naloxone »⁸ qui a permis de former des centaines de personnes susceptibles d'être

témoins d'une overdose. En une année, la délivrance de kits dans la communauté a augmenté de près de 70 %⁹. Ce programme a ciblé les personnes les plus à risque d'être témoins et/ou victimes d'OD. Depuis 2011 l'ensemble des prisons écossaises délivrent des kits de naloxone à la sortie d'incarcération, et les taux de décès par surdose suite à un sevrage baissent fortement¹⁰.

Formation

Les médecins danois proposent des formations individuelles d'une demi-heure pour les usagers, et de deux heures et 30 minutes pour les professionnels¹¹⁻¹⁴.

À Barcelone, les formations sont communes entre intervenants et usagers de la structure d'accompagnement et de supervision des consommations qui les pilote. Ces « ateliers » de 45 minutes sont organisés deux fois par mois pour un maximum de quatre usagers à chaque session.

À l'issue de ces formations, la personne reçoit une trousse comprenant une dose de naloxone et le matériel pour l'administrer, ainsi qu'un brevet attestant de sa capacité officielle à sauver des vies.

Ce dernier joue aussi un rôle de valorisation de la personne et son intégration dans la société.

Réduire les risques au-delà de l'overdose – valorisation, insertion et échanges de savoirs

Ces lieux et ces temps d'échanges permettent également de redessiner le rapport entre l'usager, les intervenants et la population générale.

Avec un format prévu pour la valorisation des savoirs et un objectif de reconnaissance et de montée en responsabilité, ces formations vont au-delà d'une réduction pragmatique des décès, et permettent également de favoriser l'intégration des personnes dans la citoyenneté.

Parce qu'ils sont formés aux premiers secours, les usagers diplômés sont en mesure de répondre à une situation d'urgence, au-delà de l'overdose.

Celui qui était tour à tour malade ou délinquant dans l'imagerie sociétale se voit désormais reconnu dans sa capacité à sauver une vie, et à assumer des responsabilités.

Cet aspect de la formation à l'usage de naloxone en cas d'urgence est illustré de manière emblématique par la législation danoise. Celle-ci prévoit, au travers de la « Doctor's aid Law », la possibilité pour un médecin de déléguer la compétence médicale pour un acte précis à un citoyen non formé à la médecine.

Cette délégation partielle du pouvoir médical passe par la remise d'un certificat, reconnaissant officiellement la compétence pour ce geste médical, à vie. Il est remis aux personnes formées à l'usage de la naloxone par les médecins du réseau Antidote.

Ces formations sont donc un véritable levier de responsabilisation des personnes, d'insertion sociale et de changement des représentations sur l'usage. Elles contribuent également à réduire les barrières entre intervenants de santé et consommateurs de drogues.

C'est le cas aussi à Barcelone, où les usagers apprennent aux intervenants qui les accompagnent les conditions favorisant la surdose de produits, en partageant leurs expériences au fil de la formation. C'est encore le cas à Glasgow, où la délivrance et la formation à l'usage de naloxone font partie de la pratique courante des médecins, qui partagent savoirs et compétences avec leurs patients.

Par ces deux aspects, la formation à la naloxone permet non seulement de sauver des vies ; elle favorise un mieux-être et va dans le sens d'une meilleure prise en compte de la citoyenneté des personnes.

⁶ Depuis 2014, l'OMS recommande de permettre, par voie légale et tarifaire, l'élargissement de l'accès à la naloxone au-delà des seuls services d'urgence, notamment sous une forme permettant aux personnes de l'avoir sur eux et à leur domicile. www.who.int/substance_abuse/en/

⁷ 545 décès par surdose en 2009, soit le double des chiffres enregistrés en 2000. En 2011, on en recensait 584. Chiffres OMS 2014. www.who.int/substance_abuse/en www.who.int/features/2014/naloxone/fr

⁸ Pour se renseigner sur ce programme : www.naloxone.org.uk

⁹ 6 472 kits de naloxone ont été délivrés en 2013/14 contre 3 878 en 2012/13. Chiffres NHS et OMS 2014.

¹⁰ Chiffres NHS 2014.

¹¹ Autour d'une centaine d'usagers et 250 professionnels sont formés chaque année par le réseau.

¹² Tobin KE et al. Evaluation of the staying alive programme: Training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *Int J Drug Policy* 2009;20:131-6.

¹³ Wheeler E et al. Opioid overdose preventing programs providing naloxone to laypersons – united states 2014. *Morp Mortal Wkly Rep* 2015;64:631-5.

¹⁴ Strang J et al. Overdose training and take home naloxone for opiate users: Prospective cohort study of impact on knowledge and attitude and subsequent management of overdoses. *Addiction* 2008;103:1648-57.

Analyse de produits circulants sur le marché noir : retour sur la dernière journée thématique de l'AFR

Vincent Benso / Technoplus/TREND

Pour sa dernière journée thématique, l'Association française de réduction des risques (AFR) a choisi l'analyse de drogue comme fil conducteur. En effet, la nouvelle loi de santé publique qui officialise cette mission des intervenants de réduction des risques (RdR) remet l'analyse de drogue au goût du jour. Une excellente raison pour Swaps de vous proposer un compte-rendu de cette journée d'échange.

Nous l'avons appris en fin d'année 2015, l'AFR vit actuellement ses derniers jours. Cette structure n'est pas la première à faire les frais des réductions budgétaires post-crise financière, loin s'en faut : bien qu'inscrite dans la loi, et malgré ses avancées, la RdR demeure fragile. Le recul idéologique, qu'on peut mesurer à la proposition « lycées sans drogue » (LSD) de Valérie Pécresse, montre que « convaincre l'opinion publique » est un enjeu dont l'actualité n'a pas diminué depuis son inscription dans le texte fondateur de l'AFR en 1998.

À travers ses différents projets, ses formations et ses rencontres qui ont catalysé les compétences de générations d'intervenants, l'AFR a poursuivi ses autres objectifs initiaux : réunir les acteurs du champ professionnel, consolider leurs acquis et favoriser les innovations. Pari tenu pour cette dernière journée résolument tournée vers l'avenir.

Ezra Daniel (Direction générale de la santé) a ouvert la journée en apportant quelques précisions juridiques : « Dans sa décision [sur les salles de consommation] le conseil d'État a expliqué qu'une norme juridique ne pouvait être contredite que par une norme juridique de même niveau. Désormais, la RdR intègre le niveau législatif, elle est donc au même niveau que la loi de 70 ». L'introduction d'une mission de « participation au recensement des substances

usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées » ouvre donc une fenêtre de changement. Un changement qui doit répondre à une évolution de contexte sur laquelle sont revenus plusieurs intervenants : diffusion des nouveaux produits de synthèse (NPS) (cf. *Swaps* 72), de produits surdosés et d'arnaques diverses aux conséquences sanitaires non négligeables. Pour Ezra Daniel, dans ce contexte, « même la question des réactifs colorimétriques mérite d'être reposée ».

C'est justement ce à quoi s'est attelé Anthony Beauchet (Interaktion), présentant les résultats d'une étude réalisée auprès de plus de 300 consommateurs et montrant l'intérêt du testing, nominement interdit dans le décret de 2004 entourant la RdR. Les réactifs colorimétriques demeurant autorisés pour les particuliers, on trouve sur le Net des dizaines de tests censés détecter à peu près toutes les substances possibles. Le marketing de ces sites n'insiste généralement pas sur le risque de faux positifs (ou négatifs comme ça a été démontré récemment¹). Cela conduit Jamel Lazik (Technoplus) à plaider pour la promotion de l'outil mais aussi de ses limites. En effet, si ces dernières sont bien intégrées, le testing permet d'exclure certains produits non conformes sans induire l'impression de fausse sécurité qui a conduit à son interdiction.

¹ « Home pill testing doesn't show up PMA in a pill », *Global drug survey*, Youtube, 2013.





Panneau d'information pour le public sur l'héroïne.

Chromatographie liquide à haute performance (HPLC) mobile du groupe de travail Safer Nightlife suisse (SNS) en milieu festif.

D'autres techniques plus performantes existent, comme le montrèrent les interventions de Sandrine Sabini, pharmacien principal à l'institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale et de Nicolas Authier et Damien Richard (pharmacologie médicale, CHU de Clermont-Ferrand) : d'abord la chromatographie gazeuse (GC) ou liquide (HPLC), associée à la spectrométrie de masse (MS), technique de référence qui apporte des données qualitatives et quantitatives, mais aussi la chromatographie sur couche mince (CCM), les tests immunochimiques, l'ionscan, le raman et la spectrographie infrarouge.

La CCM est une technique « séparative » : elle permet de distinguer tous les composés actifs d'un échantillon, même ceux qui ne sont pas identifiés, contrairement aux quatre dernières qui sont en revanche mobiles, plus simples et plus rapides mais qui demandent un investissement matériel important tandis que c'est surtout le coût logistique de la CCM qui est important.

Noter qu'il n'y a pas pour l'instant de technique idéale, Nicolas Authier et Damien Richard plaident donc pour des combinaisons de techniques.

Un tour d'horizon des pratiques développées à l'international a été présenté par Émilie Coutret, ancienne coordinatrice du projet inter-européen NEWIP. Les Suisses de Saferparty et les Autrichiens de Checkit semblent les plus en avance avec des analyses par HPLC-MS ou GC-MS réalisées en grand volume (1 000/an pour Checkit), sur lieu d'accueil fixe mais aussi directement sur les sites d'événements festifs. Et avec des résultats d'analyse diffusés

sans restriction (sur Internet et, via des panneaux, sur site). Le coût d'un tel dispositif est malheureusement prohibitif pour d'autres pays, ainsi les Espagnols d'Energy Control propose des analyses par HPLC-MS mais font porter les coûts par les usagers : 50 euros par analyse, réglable en bitcoins pour préserver l'anonymat. Ce service ouvert à l'international et pensé pour répondre à la problématique des produits vendus sur le darknet rencontre un franc succès avec 500 analyses/an.

Un autre dispositif de collecte d'échantillons par voie postale, Wedinos, a été développé au Pays de Galle. Les résultats (quantitatifs ici aussi) sont disponibles sur Internet.

Les deux principaux dispositifs français étaient aussi représentés. Thomas Nefau, coordinateur national du Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES), a présenté le fonctionnement et les évolutions du dispositif d'analyse de l'OFDT. Répondant par avance à un certain nombre d'interrogations concernant la cessation des bulletins semestriels d'information, il a annoncé la création d'une lettre d'information publique reprenant l'ensemble des analyses, les cas marquants, les NPS détectés et les échanges européens avec l'OEDT. Il a de plus affirmé la fonction de RdR du dispositif et sa volonté d'améliorer les délais de rendu des résultats. Un partenariat avec le dispositif de CCM qui devrait entrer dans le dispositif de veille nationale a aussi été annoncé.

Le fonctionnement des dispositifs d'analyse par CCM a été présenté par Sandra Nordmann et Yann Granger, du



Spectromètre infrarouge Bruker.



Kits de dépistage de drogues EZ.

Bus 31-32. Initiés vers 2000 par la mission XBT de Médecins du Monde (MDM) qui depuis les transfère progressivement vers des structures porteuses, ces dispositifs sont actuellement les plus développés en France. Le bilan du Bus 31-32 est positif avec un nombre important de produits analysés, de bons retours des usagers et surtout une augmentation des conversations traitant du contenu des produits en circulation. Cependant, leur dispositif est peu financé et tourne avec moins de 0,2 ETP (équivalents temps plein), ce qui impose un rythme lent (deux sessions d'analyse/mois). Cela pose la question de la formation à l'analyse de bénévoles non chimistes ou pharmaciens (possible, comme le montre l'expérience de Technoplus), ainsi que celle de l'utilisation de nouvelles techniques, plus simples, plus mobiles et éventuellement quantitatives. Des changements de protocoles dans le rendu des résultats qui se fait à l'heure actuelle uniquement de manière personnelle à l'utilisateur et par oral pourraient aussi être envisagés.

Cet angle a surtout été développé dans la présentation de Technoplus : cette structure ne disposant pas de lieu d'accueil et l'analyse étant réalisée de façon différée, le rendu de résultat à l'oral suppose de recontacter par téléphone l'utilisateur, ce qui s'avère souvent problématique. Cette question de l'assouplissement des protocoles de collecte d'échantillon (voie postale) et de rendu des résultats (sur Internet) a suscité de nombreux débats. Avec l'intervention de Nicolas Baldovani, l'assistance médusée a découvert l'existence en France d'un dispositif d'analyse par HPLC-MS par correspondance développé de

manière totalement bénévole et autonome par une association d'un genre nouveau (cf. *Swaps 72*). Fort d'une cinquantaine d'analyses réalisées sur des produits suspects repérés via les *trip reports* et les échanges de consommateurs de NPS sur les forums, Not For Human a déjà lancé plusieurs alertes sur des produits au contenu non conforme et parfois dangereux.

Le représentant de la société Narcocheck, qui produit des réactifs colorimétriques et immunochimiques, a expliqué le fonctionnement de ces derniers, moins connus, qui sont façonnés pour détecter une molécule donnée. On retiendra qu'élaborer de nouveaux tests détectant par exemple un produit de coupe dangereux est possible bien qu'onéreux.

Le représentant de Bruker a fait la démonstration, très attendue, du spectromètre à infrarouge. Présent tout au long de la journée sur un stand, il a pratiqué une dizaine d'analyses d'échantillons apportés par le public. La simplicité d'utilisation de l'appareil et la qualité des informations délivrées ont impressionné l'assistance. Le coût de l'appareil en revanche (plus de 25 000 euros en comptant l'environnement logiciel et la base de donnée « Tictac » développée par les services de toxicologie judiciaire anglais) demeure prohibitif pour beaucoup de structures.

En bref, une esquisse des développements possibles d'un service qui, comme l'a confirmé Delphine Vilain (ARSIF) dans son intervention, intéresse grandement les pouvoirs publics. Les vidéos des interventions sont en ligne sur le site de l'AFR.

« L'Ombre du monde Une anthropologie de la condition carcérale »

Florence Arnold-Richez / Journaliste, Paris

La prison n'est pas « un monde à part », un lieu vide, hors du temps, séparé du monde social. « La vie au dedans est traversée par la vie du dehors (...): elle en est l'inquiétante ombre portée », écrit Didier Fassin, dans le prologue de son « Anthropologie carcérale ». L'anthropologue, est professeur de sciences sociales à l'Institut for Advanced Study de Princeton, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Il fut aussi vice-président de Médecins sans frontières (MSF) de 2001 à 2003. Il est l'auteur, en 2011, d'une enquête sur une équipe de policiers de la brigade anti-criminalité qui dressait le portrait d'une police, parfois ouvertement raciste, « en guerre » contre les jeunes des quartiers (La Force de l'ordre: une anthropologie de la police des quartiers. Paris, Éditions du Seuil, coll. « La Couleur des idées », 2011)

Le comment et le pourquoi

Pour réaliser cette enquête de terrain très « costaud », de près de 600 pages, il a multiplié, de 2009 à 2013, les entretiens avec les détenus et les surveillants, dans une maison d'arrêt de la région parisienne, qu'il ne nomme pas. Il en démonte les rouages, en décrit, avec beaucoup d'humanité – plus: d'empathie –, les scènes de vie, pittoresques mais surtout désolantes. Il « problématise » et met en perspective ses observations avec l'histoire de l'institution carcérale et des politiques répressives. Et il explique, comment et pourquoi la prison, une invention récente qui n'a guère plus de deux siècles, est devenue la peine de référence, en France comme partout dans le monde. Même pas la peine de le démontrer, les chiffres parlent d'eux-mêmes! La population carcérale a, en effet, doublé au cours des trois dernières décennies en France (qui comptait plus de 68 000 détenus en 2014 pour 57 000 places!) et presque quintuplé aux États-Unis!

Comment comprendre cette place que la prison occupe désormais dans la société d'aujourd'hui? Et comment

expliquer que le tournant punitif affecte aussi lourdement certaines catégories de personnes?

C'est bloc-notes en main que Didier Fassin montre, à travers l'ordinaire de la prison, comment la banalisation de l'enfermement a renforcé les inégalités socio-raciales et comment les avancées des droits se heurtent aux logiques d'ordre et pratiques sécuritaires.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants surpénalisées!

Résultat: les prisons débordent de prévenus, très majoritairement masculins, appartenant aux minorités ethniques – maghrébines, sub-sahariennes, roms –, non parce qu'elles sont plus « toxiques » que les représentants des classes sociales moyennes et « gauloises », mais parce que le droit répressif concerne des actes majoritairement commis dans les classes populaires, décrypte-t-il: délits routiers, infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et atteintes à l'autorité publique, comptent pour les tiers des incarcérations, explique-t-il. « En 20 ans, le nombre des condamnations a augmenté



*L'Ombre du monde
Une anthropologie
de la condition carcérale
Seuil, La Couleur des idées,
612 pages, 25 euros,
janvier 2015*

de 58 % pour les premiers, 128 % pour les deuxièmes et 74 % pour les derniers. Par contraste, les condamnations pour homicides et vols avec arme qui constituaient chacun un peu plus d'un emprisonnement sur cent, reculaient respectivement de 16 et 48 %. Évolution remarquable : alors que les crimes les plus graves régressent (...), les délits qui progressent le plus spectaculairement sont en réalité ceux, souvent mineurs, dont la pénalisation relève d'un double mécanisme : le durcissement de la loi et le ciblage de son application ».

Les ILS sont d'ailleurs les délits dont la pénalisation a connu, en France, la progression la plus spectaculaire : depuis le vote de la loi de 1970, le nombre des interpellations pour usage et trafic a été multiplié par 60, atteignant près de 150 000 et celui des interpellations pour usage simple a augmenté deux fois plus vite que celles pour revente ou trafic. Le nombre des condamnations a doublé au cours des deux dernières décennies, mais a triplé pour les seuls usages, jusqu'à en constituer plus de la moitié. « Quant aux peines d'emprisonnement, si elles demeurent minoritaires par rapport aux peines de substitution, on constate néanmoins leur doublement en 30 ans et, là encore, la progression récente la plus rapide concerne l'usage simple » (surtout de cannabis aujourd'hui).

À cela s'ajoute le fait que ces délits donnent massivement lieu au déferrement au Parquet par la police en procédure de flagrance, dispositif particulièrement défavorable parce que pourvoyeur de peines de prison ferme : sept fois plus en comparution immédiate, et dix fois plus lorsque le prévenu se présente détenu que dans le cadre de la procédure correctionnelle traditionnelle.

Vacuité et sorties sèches

Enfin, la plupart des personnes incarcérées dans les maisons d'arrêt sont des prévenus en attente d'un procès et des condamnés à des courtes peines. Compte tenu de la faiblesse de l'offre de travail (environ un poste pour six à sept détenus), de formation, d'enseignement et de sport, et donc des délais bien supérieurs à six mois pour accéder à ces diverses activités, ces prévenus et « les courtes peines » ne sont pas prioritaires. De toute façon, ils n'ont pas le temps d'en bénéficier, juste celui, bien trop long, de vivre dans des cellules surpeuplées, de subir (et exercer aussi) des violences incessantes, d'essayer les mesures de surveillances tatillonnes et vexatoires... Pour eux, le seul moment hors de la cellule, sont les deux heures quotidiennes de promenade !

Ils ne seront pas non plus pris en charge par les services d'insertion et de probation qui concentrent leurs efforts et leurs moyens sur l'aménagement de peine des condam-

nés à des emprisonnements plus longs, explique Didier Fassin. Alors, ils n'ont pas grand chose pour « meubler » la vacuité de leurs journées entre ces murs, évidemment plus « criminogènes » que « réhabilitatrices », malgré l'effort des surveillants et de la direction pour normaliser leur prison (par exemple, en instaurant un « quartier arrivant » pour éviter le choc carcéral, en ouvrant les commissions de discipline aux avocats, etc.). Au final, sept détenus sur huit de la maison d'arrêt dans laquelle l'auteur a enquêté la quittent en « sortie sèche », sans préparation ni transition.

L'Ombre du monde de Didier Fassin, résultats d'une très belle enquête ethnographie critique, va bien au-delà d'une étude fouillée et « empathique » sur la vie derrière les barreaux, sur le monde de l'ombre. C'est sur l'ensemble de la société, qu'il fait la lumière.

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer†
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Philippe Périn†
Pierre Poloméni
Brigitte Rebolot

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims

Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
case 216
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : 01 58 80 87 31
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec le soutien financier de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Swaps poursuit sa route. Avec bientôt 20 ans d'existence au compteur...

Une route qui atteste de l'ancrage dans la réalité et l'actualité. Ainsi, pour cette nouvelle édition, un dossier sur la prochaine session spéciale des Nations unies consacrée à la question des drogues (UNGASS 2016). Dossier qui trouve son point d'orgue avec l'interview (page 2) de Werner SIPP, président de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) et celui, par Michel Gandilhon, de Michèle Ramis, ambassadrice chargée des menaces criminelles transnationales qui fera partie de la délégation française à New York. Une session extraordinaire qui devait avoir lieu initialement en 2019 et dont le calendrier a été bousculé à la demande de trois pays : la Colombie, le Mexique et le Guatemala. Pays où la réduction des risques est une litote et où les lois répressives n'arrivent pas à endiguer le trafic ou la production des drogues et les violences qui lui sont associées. Rappelons au passage que la dernière session date de 1998 (voir *Swaps* n° 54) et avait prévu d'éradiquer ou de diminuer substantiellement la production et la consommation des drogues dans le monde. En 2008, les résultats n'étant pas à la hauteur des ambitions, une UNGASS n'a pas été organisée et c'est un peu en catimini que l'ONU a confié en 2009 à la Commission des stupéfiants, qui se réunit discrètement chaque année à Vienne, le soin de tirer les leçons de la décade écoulée. Les délégations s'étaient félicitées des progrès accomplis et avaient décidé de poursuivre la même politique sans même évoquer la réduction des risques, au grand dam des associations.

Le rapport de mars 2016 de l'OICS marque un changement de ton par rapport aux précédents. Tout en défendant les conventions, l'OICS précise qu'elles « ne préconisent aucune guerre à la drogue », insiste sur la nécessité de respecter les droits de l'homme, déconseille l'incarcération des usagers de drogues, fait le plaidoyer des traitements de substitution et de la réduction des dommages, recommande de mettre la priorité sur la prévention. Pas sûr que les États valident toutes ces propositions, les négociations qui ont commencé à Vienne et qui vont se poursuivre à New York ne semblent pas aller dans le sens d'une décriminalisation de l'usage de drogues, encore moins d'une légalisation du cannabis.

Les quatre États américains qui ont légalisé et l'Uruguay, vivement critiqués par l'OICS, pèsent peu au regard des 180 États signataires des conventions de l'UNGASS.

Si la question de l'incarcération ne sera peut-être même pas évoquée à New York, *Swaps* livre à ses lecteurs un nouveau dossier sur les enjeux de la gestion des drogues en milieu carcéral ici en France. Avec les comorbidités qui lui sont associées, à commencer par l'hépatite C (page 19), avec les difficiles problématiques des sorties d'incarcération qui sont loin d'avoir été réglées par la désignation de « CSAPA référents » pour chaque établissement pénitentiaire.

DIDIER JAYLE, GILLES PIALOUX