



Les cahiers de  
**PROSPECTIVE**  
**Jeunesse**

Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

*Cahiers - Volume 8 - n° 3 - 3ème trimestre 03*

**Cahier numéro 28**

**Dossier :**  
**“Drogues et réduction  
des risques”**  
**Tome 2**

Réduction des risques en péril ?

La réduction des risques : une  
approche non réductrice ?

RdR : services compris

Pour consommer propre, pratiquer  
l'échange !

Promouvoir la diversité des offres de  
services

### Rédacteur en Chef

●Henri Patrick CEUSTERS

### Secrétaire de Rédaction

●Claire HAESAERTS

### Relecture et corrections

●Danielle DOMBRET

### Comité de Rédaction

●Henri Patrick CEUSTERS  
●Claire HAESAERTS  
●Martine DAL  
●Emmanuelle CASPERS  
●Bernard DE VOS  
●Alain MICHELET

### Comité d'Accompagnement

●Philippe BASTIN, Directeur d'Infor Drogues, Bruxelles.  
●Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.  
●Jean-Marc BOUTTEFEUX, Médecin généraliste, médecin scolaire et membre du R.A.T.  
●Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.  
●Manu GONÇALVES, Assistant social, Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles.  
●Vincent GUÉRIN, Responsable de la collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.  
●Pascale JAMOULLE, Chargée de Recherche de la Cellule Toxicomanies du CPAS de Charleroi.  
●Tatiana PEREIRA, Attachée Direction Promotion Santé, Ministère de la Communauté française.  
●Renaud QUOIDBACH, Responsable de Projets, Modus Vivendi.  
●Micheline ROELANDT, Psychiatre, Bruxelles.  
●Gustave STOOP, Administrateur SOS Jeunes - Prospective Jeunesse.  
●Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.

### Illustration de couverture

●Etienne SCHREDER

### Illustrations

●Jacques VAN RUSSELT

### Maquette et mise en page

●Henri Patrick CEUSTERS et  
●Claire HAESAERTS

### Impression

●Nuance 4, Naninne

### Editeur Responsable

●Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

### Publication trimestrielle

#### Abonnement annuel

#### Frais d'envoi compris

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	22.31	24.79	27.27
Personnel	18.59	21.07	23.55
Etudiant	14.87	17,35	19.83

#### Prix au numéro: 6.20

Numéro de compte bancaire : 210-0509908-31

PROSPECTIVE  
Jeunesse  
ASBL

### Prospective Jeunesse asbl

27 rue Mercelis - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : [cahiers@prospective-jeunesse.be](mailto:cahiers@prospective-jeunesse.be)

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



# EDITORIAL

La réduction des risques en débat!... en péril!... en justice!

Nous avons choisi dans ces deux numéros des Cahiers d'interroger la complexité de cette approche que l'on nomme «réduction des risques», les différents articles mettent en avant la difficulté de parvenir à un consensus autour de cette démarche très contreversée.

A l'heure où nous mettons sous presse, nous apprenons que «**Le tribunal de Paris a renoncé à poursuivre Jean-Marc Priez<sup>(1)</sup> pour un vice de procédure !**» (Cfr. Edito du Cahier précédent) Ce «non-jugement», ne fait que confirmer le flou et les conflits de valeurs entourant la question des psychotropes et de leurs usages. Plutôt que de prendre position sur la qualité des faits en tant que délit, la justice a préféré se retrancher derrière la procédure pour éviter de trancher. Cela nous amène à craindre pour le futur de nos pratiques et de se retrouver de plus en plus face au «fait du prince» que d'une «position de justice» clairement définie par la loi.

Aussi, par solidarité et parce que nous travaillons dans une approche non jugeante de promotion de la santé, nous publions en place de notre éditorial le texte proposé par Techno + pointant du doigt certains paradoxes de notre société et remettant en débat la question des rôles et fonctions de la justice.

HenriPatrick Ceusters

«L'ancien Président de Techno +, Jean-Marc Priez, poursuivi pour avoir «facilité et provoqué l'usage de stupéfiants» par le biais de 2 de nos flyers: «Drug mix», et «Sniff propre», anciennement consultable sur le présent site web de l'association, à bénéficié lors de son jugement le 23 septembre dernier, d'une **annulation des poursuites pour un vice de procédure!**

**Il risquait pour cela 10 ans de prison sans parler des amendes...**

Cette attaque portait atteinte directement à la politique de réduction des risques liées aux drogues telle que la pratique Techno+ depuis 8 ans en diffusant des informations objectives et donc sans jugement sur les drogues et leurs usages sous forme de dépliants et sur le site web.

Ces informations issues de la communauté techno ont pourtant largement dépassé ce cadre et sont reprises et diffusées par des acteurs aussi bien institutionnels, professionnels et associatifs de la santé publique et ce sur différents supports.

Est-ce pour autant une victoire ?

Cette annulation est bien sûr un grand soulagement personnel, pour un acteur de la réduction des risques, accusé de commettre l'exact opposé de l'action militante de santé publique qu'il mène depuis des années.

L'absence de plusieurs pièces originales dans le dossier d'accusation est à l'origine de la décision du président de la 16ème chambre correctionnelle du tribunal de grande instance de Paris. Mais comme le stipule le code pénal, il aurait très bien pu poursuivre l'audience sur le fond du problème reconnu par l'accusé lui-même à savoir la diffusion et le contenu de deux brochures de réduction des risques. Le jugement aurait alors eu valeur de jurisprudence en tranchant entre l'incitation à la consommation de drogue et la protection par l'information des usagers, ce que tous les acteurs de la réduction des risques attendaient.

En utilisant la porte de sortie du vice de procédure, le tribunal a surtout rejeté le débat que nous voulions ouvrir publiquement sur la place de la réduction des risques dans la politique française en matière de drogue actuellement encadrée par la loi de 1970. Nous pouvons regretter l'absence de ce débat mais cette décision du tribunal, qui n'a même pas voulu entendre quoi que ce soit sur le fond de l'accusation, montre que ce n'est pas à la justice de se substituer au débat social sur les drogues qui doit un jour ou l'autre avoir lieu en France comme il a eu lieu chez la plupart de nos voisins européens.

(1) Jean-Marc Priez est l'ancien président de Techno+ ([www.technoplus.org](http://www.technoplus.org)), une association française de réduction des risques.

# LA REDUCTION DES RISQUES : UNE FORME DE PREVENTION COMME LES AUTRES ?

Dan KAMINSKI<sup>1</sup>

Le concept de la réduction des risques est déjà inscrit dans les modes de légitimation de politiques douteuses. A travers une analyse visant à situer la réduction des risques en matière de drogues dans le magma de la prévention, il s'agit, dans cet article, de soutenir la valeur de ce modèle d'action en liant son sort, si possible, à une utopie subversive toujours disponible dans l'action mais irréductible au management socio-sanitaire des déviances.

## Mots clés

- prévention
- réduction des risques
- normalisation
- pragmatisme
- utopie

1. Professeur à l'Ecole de criminologie de l'U.C.L.

2. Voir J. De Munck, "La toxicomanie dans le conflit des normes", Carnet n° 17 du Centre de philosophie du droit, U.C.L., 1995.

La réduction des risques n'est plus révolutionnaire. Aura-t-elle normalisé les usagers de drogues ? Avant de pouvoir répondre à cette question, elle sera elle-même normalisée. Les pratiques qui en découlent dans le domaine de l'usage des drogues ne sont pas encore suffisamment ancrées, acceptées et pourvues de moyens, mais le concept de «réduction des risques» sert de support de légitimation pour des réformes parfois douteuses, dont celle de la loi sur les stupéfiants de ce printemps 2003. Il s'inscrit de plus dans l'attirail hétéroclite de la prévention, sachant que ce terme fédère de manière idéologique toutes les entreprises médico-psycho-socio-pénales dans les matières pour lesquelles ils sont mobilisés. Malgré son parti-pris et ses propositions tranchées, mon discours ne sera aucunement moral et aucunement critique des pratiques dites de réduction des risques. Il n'en sera pas moins partial, intrigué par la contamination du concept de réduction des risques dans des lieux normatifs

dans lesquels on ne l'attendait guère il y a à peine dix ans.

Un débat, né avec l'instauration des premières pratiques de réduction des risques en Communauté française, portait sur la définition du bénéficiaire de cette stratégie : l'usager de drogues ou tout aussi bien le grand public. La réduction des risques devait-elle s'intéresser à l'insécurité ou à la seule santé des usagers de drogues ? Pour avoir participé à la création de Modus Vivendi, au moment même où s'installaient les contrats de sécurité, j'ai pris part à ce débat à la fois simpliste et nécessaire. Sans en reprendre les termes, je voudrais, dans cet essai, en élargir les enjeux éthiques en positionnant la stratégie de réduction des risques dans une typologie des formes de prévention. La problématique, ainsi posée, me paraît devoir avant tout être présentée par le biais des normes<sup>2</sup> explicites ou implicites, pénales ou sociales, pragmatiques ou morales, qui président à la «gestion» contemporaine des drogues.

## Du clivage normatif à la plurilégitimité

On se doit de resituer la question dans le clivage normatif fondamental qui divise les drogues : ce clivage est celui qu'instaurent l'illicéité de certains produits et la pénalisation corrélative des utilisateurs de ces derniers. Ce clivage est de plus en plus contesté, par le fait de discours militants certes mais aussi par le développement de pratiques tant pénales que sociales ou thérapeutiques qui semblent amenuiser «la» différence. Cet amenuisement de la différence se manifeste tant dans un mouvement de relative dépénalisation des usages de drogues illicites, que dans un mouvement de pénalisation croissante de l'usage des drogues licites.

Il semble bien que la manifestation légale de ce qu'est une limite, c'est-à-dire un arbitraire fixé consensuellement ou autoritairement (selon les marquages institutionnalisés de la limite), n'est plus guère supportable. Il est demandé à la loi de rendre des comptes, de se présenter sous son jour le plus rationnel. Cette exigence de rationalité de la loi, sommée de se justifier, nous fait glisser de plus en plus vers un impératif de rationalisation (au sens économique du terme) et/ou de remoralisation de nos comportements et de leurs réglages.

A cet égard, il apparaît nettement que plus on insiste sur le caractère artificiel de la dichotomie légale entre les drogues, plus la «liberté» d'en user sera réduite. Les pratiques nouvelles d'amenuisement de la différence normative entre les drogues sont :

1° L'interdiction de publicité pour le tabac, l'interdiction d'en user dans les lieux publics (universités, restaurants, hôpitaux), la fiscalisation extrême du

tabac, la réduction du taux d'alcoolémie acceptable au volant et l'aggravation des peines en la matière.

2° L'adoption d'un système de traitement policier autonome pour la gestion pénale de la consommation de haschisch, l'usage croissant de voies de diversion pénale (probation prétorienne, alternatives non privatives de liberté) pour les usagers de drogues illicites, la faveur donnée depuis 1992 en Communauté française à la prescription et à la délivrance de méthadone, le lancement d'une expérience de délivrance contrôlée d'héroïne à Liège (mise en veilleuse aujourd'hui), le développement de groupes d'auto-support d'usagers de drogues illicites, et, sous l'impulsion de la menace du sida, le développement public de stratégies de réduction des risques faisant de l'abstinence un des modes de réduction des risques sanitaires de l'usage des drogues parmi d'autres.

Tout ceci contribue à réaliser ce que Macquet et Kuty<sup>3</sup> appelaient déjà en 1987 la plurilégitimité. La société contemporaine tolère(ra)it plusieurs légitimités concurrentes. Cette tolérance n'est pas à entendre sur le versant magnifique de la haute valeur morale. Non, il faut l'entendre comme le corollaire d'un mode de contrôle social renouvelé qui impitoyablement exige de l'homme et de la femme qu'ils se comportent librement, en responsables, en évitant l'excès, en réduisant les risques. D'une époque où la loi exigeait une conformité toute de noir et de blanc, nous sommes passés perceptiblement à une époque où la gestion des écarts tolérés est confiée à l'individu lui-même, ce qui ne réduit en rien la vigueur du droit pénal. La norme contemporaine est celle de la gestion autonome de soi selon les exigences d'un choix rationnel.

3. C. Macquet et O. Kuty, "Approche sociologique des toxicomanies", in Nouvelles de la Science et des Technologies, Dossier «Drogue» : du neurone au code pénal ; Bruxelles, vol. 5, n° 3, avril 1987, pp. 51-54.

4. Voir les articles 2bis et 2ter de la loi sur les stupéfiants votée par la Chambre le 13 février 2003 et par le Sénat le 27 mars 2003. Le texte distingue le régime des peines pour le cannabis et ses dérivés d'une part, et pour les autres drogues d'autre part.

5. Voir par exemple le Rapport national sur les drogues, annuel, produit par le B.I.R.N. (Belgian Information Reitox Network). Voir aussi P. Demoulin et al., "Les dispositifs de prévention et le traitement des toxicomanies dans le Hainaut et l'arrondissement de Lille", *Psychotropes*, mars 1998, vol. 4, n° 1, pp. 9-30.

## Typologie de l'action préventive contemporaine

Avant de procéder à l'exercice typologique annoncé, il importe d'apporter un éclairage sur les sens multiples que peut prendre la notion de prévention. On percevra mieux alors en quoi la réduction des risques n'échappe pas aux pièges de la polysémie et en quoi le modèle prohibitionniste (dont l'abstinence n'est plus le seul horizon utopique) et le modèle du risque ne sont pas destinés à s'opposer fondamentalement.

*Prévenir* offre deux définitions évidentes : *avertir* (c'est l'action de faire savoir : «un homme averti en vaut deux»; «je vous avais prévenu») et *empêcher* (prendre des mesures destinées à empêcher un événement de se produire : le rôle préventif de la prison consiste à empêcher quelqu'un de récidiver; les chicanes sur les rues des quartiers résidentiels sont préventives en tant qu'elles empêchent de rouler vite). Le savoir et l'action sont donc intimement conjugués. Je voudrais ici mettre en évidence trois autres significations souvent oubliées et pourtant omniprésentes : la première qui renvoie à la *prévenance* consiste à satisfaire les besoins ou les désirs avant qu'ils ne se manifestent ouvertement (c'est une des fonctions de la drogue); la seconde est l'état d'un individu contre lequel il existe une accusation de délit ou de crime (c'est un des effets de la drogue); la dernière est l'opinion défavorable formée par quelqu'un sans examen, c'est-à-dire le *préjugé* (c'est l'attitude dominante - dont se démarque la réduction des risques - de l'action psycho-médico-sociale à l'égard des usages de drogues).

A la plurilégitimité des normes et des pratiques, examinée sous le titre

précédent, correspond la plurilégitimité des modèles d'action sociale destinés à prévenir l'usage des drogues, son abus ou les problèmes qui lui sont associés, parmi lesquels la réduction des risques. A cet égard la réforme légale adoptée ce printemps témoigne de façon caricaturale de l'absorption par la logique pénale d'une réduction des risques dont l'ambiguïté sociale est éclatante : selon les principes de cette réforme et selon les dispositions de la nouvelle loi, plus un usager apparaîtra comme problématique, au nom d'une pénalisation appelée à réduire les risques de l'abus des drogues, plus il sera passible de poursuites pénales; plus la loi attache aux drogues une dangerosité sociale, plus les peines comminées sont lourdes...<sup>4</sup>

Le domaine de la prévention de l'usage de drogues se décline aujourd'hui en de multiples perspectives. Ce domaine est entièrement couvert par les «interventions visant la réduction de la demande de drogues»<sup>5</sup>, supportées elles-mêmes par les trois niveaux de pouvoir belge (communautaire, régional et fédéral). On y trouve des interventions précoces auprès des jeunes enfants, dans les écoles primaires et secondaires, des programmes pour les jeunes en dehors de l'école, des campagnes mass media, des lignes téléphoniques d'aide, des programmes d'action relevant des pouvoirs locaux via les contrats de sécurité, la prévention du sida et des hépatites, des programmes de substitution et de maintenance, des programmes de désintoxication, du traitement ambulatoire et résidentiel, des réseaux de médecins généralistes, des groupes de self-help, des interventions spécifiques à la parentalité, des programmes carcéraux et d'entreprises...

Je proposerai ici une manière d'organiser l'ensemble apparemment

informe de ces pratiques afin de mettre en évidence les clivages éthiques qui les discriminent. L'opérateur de cette organisation sera la définition du problème à prévenir (constituée par un type de diagnostic et un type de «remède» proposé) qui fonde ces pratiques. La source du problème est soit la drogue soit autre chose que la drogue; l'agent de sa prévention est soit un savoir à dispenser, soit il est insu de celui qui en demande ou en offre le bénéfice.

La présentation du tableau ci-contre ne rend pas compte de la multi-dimensionnalité de certaines pratiques. Elle permet au moins une première approche de pratiques diversifiées et de positionner la réduction des risques non pas dans sa spécificité mais dans un environnement complexe.

## Un savoir à dispenser ?

Les deux premières formes d'action, lorsqu'on lit le tableau «en lignes», relèvent du partage d'un savoir et n'impliquent aucunement la demande d'action de la part de leurs destinataires. Elles se distinguent sur le diagnostic, sur la définition du problème et de la dimension du problème sur lequel il y a lieu d'agir.

La première forme (*information, sensibilisation et répression*) repose sur le présupposé (même dénié par ses promoteurs) que la consommation des drogues relève d'un défaut de savoir relatif aux dangers et/ou à l'illicéité des drogues. Cette forme de prévention repose sur l'idée qu'un homme prévenu en vaut deux, prévenu signifiant informé. A cet égard, on peut trouver des démarches très différentes : comme celle de la gendarmerie qui dispense une information clés sur porte aux élèves des écoles par exemple et construite en fonction des exigences

source du problème	drogue	« autre chose »
agent de prévention		
un savoir à dispenser sans demande	INFORMATION SENSIBILISATION RÉPRESSION	ÉDUCATION À LA SANTÉ RÉDUCTION DES RISQUES
un savoir insu (de qui?) sur demande	du « bénéficiaire »  SEVRAGE SUBSTITUTION	de l'agent  L'APRÈSVENTION

propres des missions policières en matière de drogues, ou la publication d'ouvrages ou de brochures de qualités parfois très inégales. Les pratiques de sensibilisation sont celles du marketing social (pièces de théâtre, autocollants, promotion par des vedettes...). Bien que la prohibition (fondement de moins en moins contemporain de la répression de l'usage des drogues) soit une activité d'une toute autre nature, elle partage les mêmes traits d'identification de la drogue comme agent du mal (pour tout participant à la chaîne de distribution ou de promotion du produit) et de la peine comme remède à infliger de manière contraignante (sans demande).

La prohibition des usages de drogues met elle-même en jeu trois formes de prévention différentes<sup>6</sup> :

1° Tout d'abord, la prévention a toujours servi de justification à la loi pénale (tant dans le sens de l'avertissement que de l'empêchement) : mieux vaut prévenir que guérir... et que punir;

2° Ensuite, la prévention de la délinquance est passée de ce registre strictement judiciaire vers le champ du travail social;

3° Enfin, les formes contemporaines de prévention relèvent plutôt de la techno-prévention (implication croissante des forces de police, privatisation de certaines formes de

6. E. Larrauri, "New Forms of Prevention", in P. Robert et F. Sack, eds, Normes et déviations en Europe. Un débat Est-Ouest, Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 299-329.

7. Les séquences causales de l'usage ou de l'abus de drogues reposent sur la prise de conscience des opinions, l'acquisition de la capacité de raisonner, la résistance à la pression des pairs...

8. J'emprunte ce néologisme paradoxal à Jacki Zielinski et à Anne Debaar qui l'ont inventé et mis en œuvre dans une pratique d'intervention (Aria) dans le Borinage.

9. Voir à cet égard les rapports d'activité d'Aria ainsi que P. Seunier, "La prévention des toxicomanies. Du prévu à l'imprévisible", U.C.L., mémoire de psychologie, 1996.

10. P. Seunier, "La prévention : du public au privé ?", Les Cahiers de Prospective Jeunesse, vol. 2, n°1, 1997, pp. 53-56.

contrôle, approche pluridisciplinaire de la prévention, tests d'urine).

Les activités de la deuxième forme (*éducation à la santé et réduction des risques*) se distinguent selon le moment d'intervention. L'éducation à la santé consiste en la dispensation d'un savoir global, non limité aux assuétudes (par exemple : apprendre à dire non dans des programmes éducatifs du type «clés pour l'adolescence» ou dans des pratiques de prévention par le sport) et vise un public présumé non encore touché par la consommation des drogues<sup>7</sup>, tandis que la réduction des risques consiste en la dispensation d'un savoir spécifique destiné à réduire les conséquences dommageables des usages ou des modes spécifiques de consommation, partant de l'idée que la consommation comme telle n'est pas le problème.

Les deux formes suivantes partagent un principe commun : la prévention de l'usage des drogues ne relève pas d'un savoir à dispenser. Mais elles s'opposent radicalement sur la nature éthique de cette absence de savoir. Ce savoir est insu de la «cible», du demandeur, du principal intéressé, dans le premier cas; il est insu de l'intervenant dans le second cas.

La troisième forme (*sevrage et substitution*) est spécifiquement médicale : le patient, demandeur certes, est l'objet de l'intervention; il se soumet à un savoir muet. Le savoir existe, mais n'est pas dispensé, et la drogue est l'agent contre lequel une intervention technologique est proposée. Cette forme relève du traitement symptomatique (sans interrogation sur les causes), de l'homéopathie chimique (la chimie est utilisée contre la chimie) et du soin palliatif (la réduction de la douleur et la remise en état de fonctionner). Cette forme d'action est étrangement

similaire à l'action propre du toxicomane dans l'automédication qui le caractérise.

La quatrième forme (*l'après-vention*<sup>8</sup>) repose sur la posture éthique suivante : il n'y a pas de savoir préalable à ce que peut dire quelqu'un et la seule attitude valable consiste à écouter un insu appartenant au sujet qui, par exemple, se plaint de sa consommation ou qui craint la réalisation d'un risque. Au contraire de toutes les autres formes, qui reposent sur un savoir préalable (programmable et objectivable) concernant les drogues ou les comportements problématiques, celle-ci laisse au sujet demandeur le soin de construire lui-même le savoir pertinent. Cette suspension du savoir objectif est la seule posture qui permette de reconnaître l'autonomie du sujet dans ses pratiques et dans les issues qu'il cherche à des situations qu'il a le pouvoir de définir ou de nommer. Attention, l'autonomie d'un sujet ne renvoie pas ici au contrôle conscient de soi, mais fait place à l'hypothèse de l'inconscient, c'est-à-dire à l'irréductible «irrationalité» (ou rationalité inconsciente) des pratiques individuelles. On ne peut pré-venir que dans l'après-coup et au cas par cas.<sup>9</sup>

## Du «mal» à la cause ?

Reprenons en colonnes la lecture du tableau. Les formes de prévention relevant de la première colonne sont fondées sur le modèle médical de la prévention né à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : la prévention des maladies consiste en une information portant sur les agents infectieux (que l'on découvre à la même époque) : le microbe est la cause et la maladie en est l'effet.<sup>10</sup> Le microbe est de plus dans le cas de la morphine puis de l'héroïne un médicament inventé par la technologie médicale : le caractère iatrogénique de la toxicomanie est

occulté dans ce modèle de prévention par l'idée qu'un meilleur produit de la technologie médicale pourra résoudre les effets définis comme pervers des utilisations «toxicomaniaques» de la morphine puis de l'héroïne. Paradoxalement, à mon sens, les formes de prévention véhiculées par ce modèle reproduisent cette dimension iatrogénique, dans laquelle le mal est produit par ce qui est conçu comme remède. Le savoir objectivé sur les drogues et le savoir objectivé dans l'acte médical reproduisent une attitude partagée avec l'attitude du toxicomane qui croit et fait croire au pouvoir objectif de la médecine comme sujet du savoir (médecine conçue comme le produit stupéfiant dans le premier cas, comme science de la soumission des corps dans le second cas).

Les formes de prévention de la seconde colonne ont en commun la mise en suspens de la drogue comme cause du «mal». <sup>11</sup> Cette mise en suspens de la drogue n'est cependant pas identique dans les deux cases. Celles-ci se distinguent radicalement quant à la place du savoir dans la position préventive et au moment de l'intervention. <sup>12</sup> L'éducation à la santé et la réduction des risques prétendent connaître les problèmes et leurs solutions. Dans l'*après-vention*, on n'anticipe pas sur la manière dont les sujets construisent et inventent eux-mêmes la nature de leurs besoins et de leurs désirs, ainsi que le sens de leur histoire. <sup>13</sup>

## Le pragmatisme et l'utopie

La réduction des risques présente un trait pragmatique fondamentalement novateur dans le champ spécifique de la gestion des drogues. Elle est par contre éminemment conforme - et à ce titre inquiétante - si on la replace dans les

catégories dominantes qui fondent aujourd'hui la légitimité des politiques publiques. Le pari éthique que contient toute prise en considération contemporaine des déviances, même dans un souci dit de normalisation, consiste à ne pas séparer les exigences pragmatiques de l'action (comme la distribution de seringues par exemple) d'une utopie (celle de la quatrième case). Si l'action soutient ce pari, qui se joue sans recette sur un fil étroit, l'individu objectivé (la «cible» de la prévention) pourra se reconnaître, non seulement comme agent calculateur et rationnel de la production, de la réduction ou de l'évitement d'un risque, mais aussi comme sujet, c'est-à-dire comme énigme persistante, vivante et féconde dans l'après-coup de ses gestes et de ses paroles. Sans cette subversion *après-ventive*, et quels qu'en soient les bénéfices sanitaires, je crains que la réduction des risques ne puisse plus très longtemps se distinguer du «recyclage des déchets», c'est-à-dire d'une pratique écologiquement viable mais humainement irrespirable et structurellement illusoire.

11. Je ne nommerai pas plus précisément cette «autre chose», vu la diversité des théories auxquelles elle renvoie. Il peut s'agir, par exemple, d'un défaut d'assertivité, d'affirmation de soi ou de capacité à dire non (dans l'éducation à la santé) ou du mode et des conditions d'administration de la drogue, dans la réduction des risques.

12. Pourquoi pas dès avant la naissance, dans le premier cas? Seulement à partir de la demande de quelqu'un dans le second cas.

13. P. Seunier, "La prévention des toxicomanies...", op. cit.



# LA REDUCTION DES RISQUES, APPROCHE HYGIENISTE OU HUMANISTE?

Georges VAN DER STRATEN<sup>1</sup>

Qu'en est-il de la «réduction des risques»? Quelle place tient-elle dans notre société? Sa logique est-elle différente suivant la place que l'on occupe? Ses objectifs semblent en effet varier suivant que l'on soit consommateur, représentant de l'autorité publique ou éducateur,... Peut-on en conclure que cette démarche répond à des enjeux politiques de bonne conscience et qu'elle est influencée par «la» mentalité au pouvoir?

## Mots clés

- projet éducatif
- pyramide des besoins
- apprentissage de type 1 et 2
- anti-autoritarisme et culture consumériste
- les figures normatives dans la société post-moderne

1. Directeur du centre thérapeutique «Trempline» (Châtelet, Belgique) et auteur de «Eduquer face aux drogues et aux dépendances», Editions Labor (Bruxelles) et Chronique Sociale (Lyon).

## Y a-t-il opposition de logique entre réduction des risques et abstinence ?

Il n'y a pas nécessairement rupture logique entre «réduction des risques» (RdR) et «abstinence» ou «processus de rétablissement». Après tout, l'abstinence n'est-elle pas une forme radicale de réduction de risques? La RdR s'inscrit dans une palette de moyens permettant de rencontrer chaque toxicomane «au niveau où il se trouve» (motivé ou non pour le changement). La rupture éthique peut exister entre deux approches de RdR que j'appellerai, faute d'avoir trouvé un terme plus juste, l'approche hygiéniste et l'approche humaniste. Il y a rupture dans les cas où des intervenants ne visent pas un processus de développement continu et d'autonomisation des personnes, mais limitent leur objectif à des changements comportementaux superficiels afin de neutraliser les perturbations des toxicomanes sur l'environnement social. Bien souvent, les

discours sur la réduction des risques me semblent trop centrés sur des substances et techniques plutôt que sur les relations, les sentiments et besoins des personnes. Certains défenseurs ou intervenants en RdR revendiquent une position «a-morale» afin de respecter les choix individuels et de ne pas imposer les «valeurs de la société» aux toxicomanes : «après tout, ils sont majeurs et responsables du mode de vie qu'ils choisissent et nous n'avons pas à poser de jugement moral sur le fait qu'ils se détruisent, qu'ils détruisent leur famille ou qu'ils fassent tout pour mourir rapidement. Notre responsabilité c'est d'améliorer le niveau de l'hygiène et réduire les dommages collatéraux». «S'il m'amène 300 seringues sales, je lui en donne 300 propres sans discussion, car le règlement parle d'échange, sans limitation de nombre». Ils considèrent que leur mission se limite à l'hygiène et, s'il n'y a pas de demande explicite sur le plan psychologique et social, ces intervenants n'estiment pas devoir

intervenir, même si le client se met en danger de mort. Parler ainsi est compatible avec la déontologie d'un «agent de l'hygiène», mais pas avec celle d'un éducateur. Les clients perçoivent cela, et il n'est pas étonnant que des éducateurs soient interpellés par des clients qui leur disent : «tu sais que je vis dans un squat de merde et que j'essaie tous les jours de me faire une OD, mais tu me donnes des seringues propres, tu t'en fous si je crève». Le client perçoit ce message-là, et même si l'éducateur ne s'en fout pas, il est coincé, car son échange de seringues n'a pas d'autre objectif que de réduire la propagation du SIDA et de l'hépatite.

Pour être en accord avec notre déontologie d'éducateurs, il faut que l'intervenant inscrive l'objectif «hygiène» dans un projet psychopédagogique volontariste et global, centré sur l'apprentissage de la «prise de soin de soi et du respect d'autrui». Un intervenant qui a un projet éducatif humaniste va intégrer la RdR dans une approche éducative à «bas seuil d'accès» (et non à «bas seuil d'exigence»). Les équipes qui font une telle approche globale offrent, par exemple, aux toxicomanes un lieu ouvert toute la journée ou un autobus qui va de soirée en soirée et où ils peuvent recevoir, non seulement des conseils et articles en matière d'hygiène, mais également du temps pour être écoutés et conseillés sur l'ensemble des facettes qui motivent souvent l'usage de drogues : crise d'adolescence, carences en savoir-faire et en savoir-être, solitude, ennui, difficultés existentielles, dépression, problèmes familiaux, d'argent, de travail... Ces éducateurs créent le lien en offrant, par exemple, un petit déjeuner, du café à toute heure, des entretiens individuels et de groupe, ou en proposant des activités et des jeux de société dans lesquels les éducateurs s'impliquent avec les bénéficiaires sans

perdre de vue l'objectif principal qui est d'aider l'usager de drogues (surtout s'il est déjà toxicomane) à se développer et à retrouver l'estime de soi. La réduction des risques s'intègre alors dans un projet global, qui place la personne, sa détresse et sa dignité au centre des préoccupations et qui est sous-tendu par des valeurs indissociables du métier d'éducateur.

On peut parler de RdR de type 1 ou 2, tout comme Watzlawick<sup>2</sup> parle d'apprentissage ou de changement de type 1 ou 2 :

- Le «changement de type 1» correspond à l'apprentissage d'un comportement spécifique (par exemple : je me lave les mains avant de passer à table, je paye ma place en montant dans le bus).

- Le «changement de type 2» porte sur des changements d'attitude de vie (par exemple: j'apprends à bien m'occuper de moi ou à respecter les autres). La caractéristique de ces apprentissages est qu'ils sont transposables à de nombreux autres comportements et situations de vie.

2. Watzlawick, «Une logique de la communication», Point 1980.



3. Charles Winnick, «Theories on drug abuse», NIDA, 1984, USA.

4. A. Maslow, «Vers une psychologie de l'être».

Ces deux types d'apprentissage ne sont pas mutuellement exclusifs, au contraire, l'apprentissage de type 1 devrait s'intégrer et entraîner un apprentissage de type 2. Utiliser une seringue propre est un objectif louable à court terme, mais très insuffisant si cela ne s'intègre pas, dès le départ, dans un projet d'apprentissage global : prendre soin de soi et d'autrui (apprentissage de type 2).

Le type de changement (1 ou 2) dépend donc moins de l'outil utilisé (échange de seringues, pill-testing...) que des valeurs et du projet d'équipe.

Les outils de réduction de risques sont aussi respectables que d'autres, y compris la dissuasion et la contrainte, pourvu qu'ils s'inscrivent dans une approche qui fait la synthèse entre bienveillance et exigence.

### **La cohérence de la réduction de risques dans un contexte de prohibition**

Si la demande de drogues est liée aux «tensions de rôles» dans la société et dans les familles et aux carences relationnelles et éducatives (voir Charles Winnick<sup>3</sup>), la cohérence d'une stratégie de réduction de risques doit être recherchée au niveau d'un projet relationnel et pédagogique face aux carences éducatives et aux tensions sociales et familiales, et non au niveau des propriétés neurochimiques des substances ou de leur statut légal (solutions possibles à court terme). Mais il s'agit alors d'un travail beaucoup plus impliquant et sur le long terme, car la RdR est centrée sur un apprentissage qui tient compte des 5 niveaux de besoins de la pyramide de Maslow.<sup>4</sup> Au cas où la RdR se limite à responsabiliser les usagers au niveau des choix de substances et de techniques d'absorption, elle constitue un choix de non-changement social, même si elle se drape dans un discours sur les droits et

la dignité des usagers.

Les marchés noirs créent de grosses tensions sociales lorsqu'ils explosent, et les sociétés peuvent apaiser cette crise en introduisant de nouvelles substances ou en déplaçant les limites d'un type de marché à l'autre. Mais cela revient à déplacer les problèmes et à tourner en rond. Rester centré sur les produits et techniques d'ingestion ne peut amener qu'un changement dans la façon de se droguer (type 1), alors que le toxicomane a besoin d'une réponse à la racine du problème: «je ne m'aime pas», «je me sens seul», «je ne sais pas comment demander ce dont j'ai besoin», etc. Que peut-on attendre de l'invention de nouvelles molécules ou de techniques d'ingestion lorsqu'il s'agit d'apprendre à bien s'occuper de soi, à établir de bonnes relations avec autrui ou à construire un projet de vie épanouissant ? Peu importe qu'il s'agisse du marché noir (drogues prohibées), du marché libre («Bob» alcool, eaux additionnées de nicotine, etc.) ou du marché sous contrôle (médicaments), en restant centrés sur les «produits» et les techniques d'absorption (invention de nouvelles molécules ou changements de réglementation, etc.), on ne fait que traiter le symptôme et les effets secondaires, pas la personne.

### **Au nom de quoi interdire de soulager son stress par des drogues ?**

La consommation de drogues peut être considérée comme un «moindre mal» pour l'individu et pour la société si elle représente la seule solution trouvée pour gérer le stress et la souffrance sans amener au suicide, au meurtre ou à la guerre. Mais ce «moindre mal» comporte des coûts humains et financiers élevés pour les individus, leur entourage et la collectivité. De plus, nous ne sommes pas égaux face aux drogues (légales ou non). Certains ont

appris à s'occuper de soi, à résoudre leurs problèmes et à communiquer et d'autres non, les uns bénéficient d'un entourage familial, professionnel ou urbain soutenant, d'autres non, etc.

En fait, on peut désigner à l'avance des quartiers et des familles où le risque de toxicomanie est multiplié par 5 ou par 10. Les citoyens les plus fragiles sont les premiers menacés par l'usage de produits porteurs de plaisir, de soulagement et de dépendance. La collectivité doit alors choisir entre une approche «libérale» ou «protectrice» des plus défavorisés. Permettre l'usage de drogues aux citoyens qui sont capables de gérer ces plaisirs sans en devenir victimes, c'est exposer les autres à des risques accrus de dépendance, alors que protéger les groupes les plus fragiles implique une limitation des droits des plus aptes à gérer responsablement cette consommation. Ledermann a mené une telle étude sur la corrélation entre l'ouverture ou la fermeture des marchés de l'alcool et le taux d'alcooliques dans les pays respectifs. Il en a déduit qu'il y a un lien de solidarité entre le groupe de consommateurs modérés et celui des alcooliques : au moins le groupe de consommateurs modérés met des limites à sa propre consommation d'alcool, au plus le taux d'alcooliques dans cette même société sera élevé. Faut-il refaire cette même expérimentation à propos des autres drogues?

### La réduction des risques au profit de qui ?

La notion de réduction des risques comporte une ambiguïté fondamentale en fonction du point de vue où on se place :

- Le consommateur qui veut généralement limiter les effets

secondaires liés à sa façon de gérer son stress sans vouloir investir beaucoup d'efforts dans un changement de mode de vie.

- L'autorité publique qui subventionne les activités de réduction des risques afin de réduire les dommages financiers et sociaux auprès des contribuables et électeurs et semble douter qu'il soit réaliste de viser le rétablissement des personnes toxicomanes.

- Selon qu'ils croient ou non au changement de type 2 pour leurs clients, les intervenants des services de réduction de risques vont viser soit un simple «moindre mal», soit un développement global et continu des personnes dépendantes.

Que se passe-t-il s'il y a divergence entre les objectifs visés par l'usager, par l'intervenant et par le pouvoir subsidiant ?

Dans quelle mesure un intervenant peut-il atteindre un objectif plus ambitieux que l'objectif visé par ses clients et par son pouvoir subsidiant ? Dans quelle mesure peut-il viser un résultat plus ambitieux que ce qu'il croit accessible ? Si on n'y croit pas, on n'y parvient pas, et vice versa. Pour briser ce cercle vicieux, il faudrait qu'il y ait une concertation permanente et des ponts entre les intervenants du bas et du haut seuil afin que les intervenants en RdR voient des résultats tangibles en matière de rétablissement des personnes dépendantes. Mais il faut également que les intervenants du haut seuil fassent preuve de flexibilité et de modestie et rendent les cures abstinentes plus accessibles et transparentes.

Il faut enfin que les autorités publiques fassent des études comparatives coûts-bénéfices et voient que le rétablissement complet est non-seulement possible, mais préférable sur le plan financier (Chris Vander Meer<sup>5</sup>).

5. Voir l'étude du Dr. Chris Vander Meer, Parnassia, NL, site : [www.parnassia.nl](http://www.parnassia.nl).

**«Bob» et échange de seringues, mêmes valeurs ?**

Alors que l'approche classique vise à dissuader ou à réprimer l'usage de drogues et renvoie vers d'autres solutions ceux qui veulent soulager leur ennui, leur souffrance ou leur solitude, les valeurs de la post-modernité nous invitent à libéraliser la prise de risques par chacun et à mettre en place des outils de régulation des dommages pour les sous-groupes qui en deviendront victimes.

Chacune de ces politiques est sous-tendue par une vision de l'homme, par des choix de société et par des rapports coûts/bénéfices.

Nos sociétés se montrent incapables de répondre efficacement à la question «comment donner à nos enfants ce dont ils ont besoin pour devenir des adultes à la fois autonomes et intégrés dans la société ?». C'est ainsi qu'elles fabriquent de la dépendance, et derrière les personnes dépendantes, il n'y a pas seulement une co-dépendance à l'échelle familiale, mais une co-dépendance à l'échelle de toute une société. Ces systèmes co-dépendants peuvent éviter de se remettre en question en recourant aussi bien à une répression rigide (écrasement/abandon) qu'à une tolérance complice (assistantat, etc.). Or, ce dont les jeunes et les adultes immatures ont besoin, c'est d'avoir en face d'eux des adultes bienveillants et porteurs de normes et de limites claires.

Si les autorités publiques n'assument pas la responsabilité de poser ces normes, il faudra s'en remettre au bon sens et au courage des parents. Dans ce cas, une ligne de fracture sociale sépare les enfants des milieux culturellement défavorisés et les autres. En effet, le vrai «savoir-être» et le «savoir-vivre heureux» ne sont pas l'apanage d'une catégorie économique. On en revient à la sélection, non pas naturelle, mais

culturelle. La suppression de garde-fous dans une société «ouverte», où manque un projet éducatif solide, crée un environnement où il faudra être «résilient» ou privilégié sur le plan relationnel et éducatif pour survivre dans de bonnes conditions. Ceux qui n'auront pas ces privilèges seront très exposés aux risques liés à l'usage de drogues et occasionneront des coûts élevés pour la collectivité. Quel peut être l'avenir d'une société prise dans ses contradictions et incapable de répondre au stress social par un projet éducatif et un projet de société cohérents et courageux ?

**Responsabilisation ou bonne conscience hypocrite ?**

En vieux soixante-huitard «échaudé», je me souviens des slogans anti-autoritaires auxquels je me joignais : «à bas le capitalisme», «CRS, SS», «il est interdit d'interdire», «solidarité avec les opprimés», «mon corps est à moi», «libération sexuelle», «tout, tout de suite !», etc., et je constate que le capitalisme de papa n'est pas sorti affaibli de '68, mais renforcé et s'est mué en capitalisme de masse, entraînant plus de consommation, plus d'individualisme, plus de droits au plaisir, et moins de limites, moins de liens dans les familles et les quartiers, moins de références morales. Nous avons remis le système en question et voulions le changer sans devoir nous remettre en question ni faire d'efforts pour nous changer nous-mêmes. En renversant les anciennes normes, traditions et liens familiaux qui gênaient le développement du capitalisme de masse, les contestataires de '68 n'ont pas seulement fait le jeu du capitalisme qu'ils combattaient, ils ont affaibli les rôles parentaux et les références éducatives dont la génération suivante avait besoin pour pouvoir assumer, à son

tour, les nouvelles libertés et affronter la société de consommation. Résultat : encore plus de consommation pour noyer encore plus de détresse. Mes convictions de '68 ont été particulièrement «échaudées» lorsque j'ai constaté auprès de nos résidents que beaucoup d'entre eux avaient manqué de ces normes et de cette autorité parentale contre lesquelles je m'étais tellement révolté, et qu'ils pouvaient se libérer de leur dépendance lorsque nous assumions le rôle ingrat de leur donner, non seulement de l'écoute bienveillante, mais aussi des normes, de la structure et de la discipline.

Je retrouve, à présent, les thèmes de '68 dans certains discours antiprohibitionnistes ou de réduction des risques. D'accord, la répression, à elle seule, ne peut être éducative, mais revendiquer la suppression des limites et contraintes pour apaiser les tensions sociales liées à l'usage de drogues revient à vouloir éteindre un incendie qui couve en débranchant des alarmes qui nous énervent. Ceux qui prônent aujourd'hui le renversement de certaines limites et tabous doivent se demander à quel projet global et à long terme va servir leur combat, car ils pourraient être, une nouvelle fois, instrumentalisés dans un tour de passe-passe où le système dominant utilise l'énergie de ses adversaires pour parvenir à ses propres fins. Ils seraient alors co-responsables, malgré eux, de l'avancée d'un système économique hyper ouvert, hyper angoissant et qui asservit l'homme, mais également d'un appauvrissement de l'héritage culturel, des valeurs et des traditions que nous avons reçus et sommes supposés transmettre à la génération suivante pour qu'elle soit capable de se mouvoir dans la post-modernité sans que celle-ci se mue en barbarie ou en «Meilleur des Mondes».

Mon équipe a visité une petite «shooting

gallery» de province en Suisse allemande, où 60 héroïnomanes défilent chaque matin et soir pour s'injecter de l'héro propre et gratuite sous le regard attentif d'infirmières protégées par une vitre blindée. L'héro est amenée au dispensaire par fourgon blindé encadré de policiers à moto. Tout est parfaitement organisé, scientifique, propre et sous contrôle et le médecin directeur nous explique que l'héro c'est mieux que la métha parce que ça leur donne un coup de «peps'» le matin et le soir, comme pour chacun de nous avant et après le travail. Et pour les toxicomanes qui ne sont pas retenus parmi les 60 sous «protocole scientifique», la ville (50.000 habitants) a même acheté un restaurant en centre ville où ils peuvent s'injecter l'héroïne illégale sous les yeux d'équipes sociales payées par la ville. Les citoyens semblent satisfaits de ne plus voir des toxicos affalés sur le parvis de l'église et l'opération semble politiquement bonne. Les gêneurs se neutralisent ou s'éliminent eux-mêmes, librement, avec l'aide de la médecine et de l'Etat, sans qu'il y ait répression et sans faire de taches. Qui aurait pu penser, voici quinze ans, qu'un Etat moderne accepterait cela ? Quels autres tabous tomberont encore d'ici dix ans ? L'Etat helvétique doit déjà faire face aux accusations de discrimination envers les autres sortes de toxicomanes, mais aussi les alcooliques, les fumeurs de tabac et les pharmaco-dépendants qui réclament que l'Etat leur fournisse aussi gratuitement l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes dont ils ont besoin. Pourquoi pas ? L'approche de la RdR en Suisse allemande mélange la médecine et les enjeux politiques et je ne peux m'empêcher de me souvenir que certains systèmes totalitaires ont instrumentalisé des médecins pour des enjeux politiques. Au risque de faire hurler certains, le risque est réel de voir les sociétés post-modernes

inventer une variante soft et démocratique de la «solution finale».

Face à l'accumulation de nuages noirs, à «l'insécurité» et à la détresse des gens, les réflexes les plus simples et les plus confortables sont d'accuser autrui et de se déchaîner sur les marginaux (exemple : le «tout répressif» américain) ou de se voiler la face (exemple : la tendance au «tout permissif» en Europe). Mais cela ne résout rien, pas plus que d'attendre et d'hésiter éternellement. Les seules solutions efficaces sont celles qui attaquent le mal à sa racine : les tensions sociales d'une part et les carences éducatives d'autre part. Cela nous demande de changer, non des lois et des molécules, mais notre façon de vivre, de rechercher ensemble des solutions responsabilisantes et solidaires, et de cesser de considérer les toxicomanes comme des victimes irresponsables, mais de les aborder comme des personnes adultes et immatures qui ont besoin de limites et de confrontation pour pouvoir se développer. Utopie ? C'est vrai, aller à

contre-courant de la culture de la consommation, d'individualisme et de facilité, c'est l'approche la moins simple et la moins confortable à court terme. Il n'y a pas de chemin confortable et rapide pour amener les toxicomanes ou le système social à un changement de type 2. Pour emprunter cette voie, il faut d'abord reconnaître que le soulagement du stress par l'usage de drogues n'est pas une solution et nous mène à contresens d'un projet éducatif centré sur les besoins des enfants, ados et adultes, mais aussi d'un projet de société humaniste. Il ne reste alors que la piste la plus difficile et la plus prometteuse : rechercher ensemble un mode relationnel et des solutions compatibles avec un projet qui donne de vraies chances aux générations montantes. Ce type de changement implique beaucoup d'efforts, d'amour et de conflits constructifs, des contraintes éducatives et des relations authentiques, autant de signes immatériels dont eux et nous avons plus besoin que de confort, de produits et de techniques. ■

### Au centre de documentation de Prospective Jeunesse

#### La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues

Christine Guillain, CRISP, Courrier hebdomadaire, 2003, n° 1796, 49 pages

En 1999, le gouvernement arc-en-ciel avait annoncé son intention d'approcher la problématique de la drogue sous l'angle éthique, amorçant peut-être un tournant dans l'histoire belge des drogues. Cependant, le compromis entre la composante favorable à une forme plus ou moins poussée de dépénalisation de l'usage de cannabis (les socialistes, les écologistes et, dans une moindre mesure, les libéraux francophones) et la composante libérale flamande soucieuse de maintenir l'interdit de l'usage de toutes les drogues, fut difficile. Les deux lois élaborées en la matière furent promulguées à l'extrême fin de la législation, respectivement le 4 avril et le 3 mai 2003.

L'auteur analyse d'abord la situation avant la réforme intervenue en 2003. L'application des lois de 1921 et de 1975 avait connu une évolution à travers des directives ministérielles. En 1998, à la suite des conclusions d'un groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue, la directive De Clerck enjoignait aux parquets "d'accorder la plus faible des priorités" aux usagers simples de cannabis sans pour autant modifier la loi sur les stupéfiants.

L'auteur se penche ensuite sur le processus par lequel le gouvernement arc-en-ciel a tenté, mais sans y parvenir, de sortir de l'insécurité juridique créée par la directive De Clerck. Vu l'absence d'accord gouvernemental sur une proposition du ministre de la Justice Marc Verwilghen dans le cadre de son Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire, une Note politique du gouvernement fédéral en matière de drogue fut élaborée par un groupe de travail dirigé par l'ancienne ministre de la Santé Magda Aelvoet. Les réactions à cette note, au Parlement lors de sa discussion à la Chambre et dans le monde associatif, pointèrent les ambiguïtés des mesures envisagées, que ne levèrent ni la traduction du contenu de cette note en projets de loi, ni les débats parlementaires, ni l'adoption d'un arrêté royal d'application et d'une directive ministérielle.

# L'ECHANGE DE SERINGUES A CHARLEROI: UNE EXPERIENCE PRATIQUE DE REDUCTION DES RISQUES

Laurence PRZYLUCKI<sup>1</sup>

La réduction des risques est une approche qui permet de rentrer en contact avec des usagers dans la vérité de leur réalité quotidienne.

A Charleroi, suite à l'opération «Boule de neige», un dispositif d'échange s'est mis en place. Il permet d'observer que la consommation intraveineuse est encore bien présente et met donc en avant la nécessité d'en prendre compte dans la problématique «toxicomanie». La réduction des risques permet de faire du lien avec ceux qui vivent à la marge.

Pour parler des développements récents en matière de réduction des risques dans la région de Charleroi, remontons aux années 80, années qui révélèrent au grand public les dégâts occasionnés dans le monde par le virus du sida.

Le sida s'étend et il fait peur. C'est pourquoi des campagnes de prévention sont réalisées, mais elles visent essentiellement la population générale. Certaines catégories de la population nécessitent une approche et des messages spécifiques. Tout comme les immigrés ou les homosexuels, les usagers de drogues vont faire l'objet d'une attention particulière.

C'est par le biais d'un projet piloté par l'asbl Modus Vivendi et appelé opération "Boule de Neige" que la prévention du Sida en milieu toxicomane s'organise.

Boule de Neige est né de l'idée du Docteur J.-P. Jacques (Psychanalyste, Médecin-Directeur du Lama) et a été imaginé à partir du modèle des «médecins aux pieds nus», c'est-à-dire

des auxiliaires sanitaires formés dans les pays du tiers monde pour faire passer dans la population des régions éloignées des centres urbains des messages d'éducation à la santé, de prévention et de soins. Ces personnes sont des personnes vivant dans ces villages et bénéficiant d'une certaine reconnaissance parmi leurs pairs.

L'idée de Boule de Neige est donc de recruter des usagers ou ex-usagers de drogues qui auront un statut de «jobiste» pour réaliser un travail de prévention, afin qu'ils parlent avec leurs collègues de la rue, du sida et de la manière de s'en protéger quand on est usager de drogues.

La non-remise en question de l'usage de drogues est un pré-requis indispensable pour que l'on puisse parler des conduites à risques avec des usagers qui soit sont en-dehors du système de prise en charge, se trouvent dans une situation d'exclusion sociale ou continuent à consommer à des fréquences variables.

## Mots clés

- opération "Boule de Neige"
- échange de seringues
- santé publique
- responsabilisation
- citoyenneté

1. Responsable du Comptoir d'Echange de Seringues de Charleroi.

Le principe du projet Boule de Neige est de former un groupe de jobistes qui auront pour mission de :

- participer à des séances d'informations sur le sida
- diffuser des informations sur le virus, le dépistage, l'utilisation du préservatif et du matériel d'injection dans le milieu des usagers
- participer à une enquête sur le terrain

Cette enquête vise à récolter des données qui serviront à établir différentes descriptions des usagers de drogues : données socio-économiques, données sur les modes de consommation et données sur les connaissances, attitudes et comportements des usagers face aux risques.

Dans la région de Charleroi, le projet Boule de Neige a démarré en 89 avec un groupe composé d'une dizaine de jobistes. Cette première opération a permis de faire quelques constats :

- les usagers étaient peu ou mal informés par rapport au sida
- leurs pratiques de consommation font apparaître des prises de risques élevées
- le message «Utilisez une seringue stérile sans la partager» n'est pas répandu
- l'accès à la seringue en pharmacie reste difficile

La parole autour des risques liés à la consommation a pris place, tout doucement, à cette époque.

D'opération Boule de Neige en opération Boule de Neige, l'idée de sensibiliser les pharmaciens au rôle primordial qu'ils avaient à jouer était incontournable.

C'est ainsi qu'est née la pochette Stérifix qui allait être proposée aux pharmaciens pour faciliter l'accès à la

seringue via la vente en pharmacie.

La pochette Stérifix est fournie aux pharmaciens qui le souhaitent et contient :

- deux tampons alcoolisés
- deux flampules d'eau stérile
- un préservatif
- une brochure d'information sur le bon usage du matériel d'injection

Le pharmacien y ajoute 2 seringues et vend la pochette au prix de 0,50 .

Les jobistes ont fait la promotion de cette pochette dans le milieu des usagers et les travailleurs sociaux ont rencontré les pharmaciens pour leur proposer d'investir dans la réduction des risques liés à l'usage des drogues.

Nous sommes en 1993 et une vingtaine de pharmaciens de la région manifestent de l'intérêt pour la vente du Stérifix. Cette année-là, on recense 1.800 seringues vendues via la pochette Stérifix.

Les années qui suivent montrent l'évolution du comportement des usagers qui sont de plus en plus attentifs à réduire les risques liés à leur consommation :

En 1994, 6.000 seringues vendues  
 En 1995, 18.000 seringues vendues (année de relance de la promotion du Stérifix auprès des pharmacies de la région)  
 En 1996, 19.000 seringues vendues  
 En 1997, 10.900 seringues vendues  
 En 1998, 13.500 seringues vendues  
 En 1999, 15.000 seringues vendues  
 En 2000, 9.600 seringues vendues  
 En 2001, 14.000 seringues vendues

A ce jour, nous comptons une petite vingtaine de pharmacies qui collaborent au projet Stérifix. Les plus sollicitées se situent au centre ville et vendent plus

de la moitié des pochettes distribuées.

En parallèle, l'évolution du travail mené dans le cadre de l'opération Boule de Neige nous amène à de nouveaux constats :

- les jobistes et les usagers contactés parlent de plus en plus de l'hépatite, des problèmes d'overdose et des traitements méthadone
- la consommation par injection demeure fréquente et les croyances véhiculées dans le milieu par rapport aux modes de contamination sont encore loin du savoir scientifique
- les usagers ne sont pas tous enclins à acheter le matériel d'injection en pharmacie. En effet, depuis l'apparition des traitements méthadone, le pharmacien occupe une place dans le système thérapeutique, ce qui, pour certains usagers, représente un frein dans l'achat de seringues
- les horaires des pharmacies ne collent pas toujours avec le mode de vie et d'organisation des usagers (depuis 1995, nouvelles mesures de sécurité par rapport au système de pharmacie de garde dont les pharmaciens se disent satisfaits).

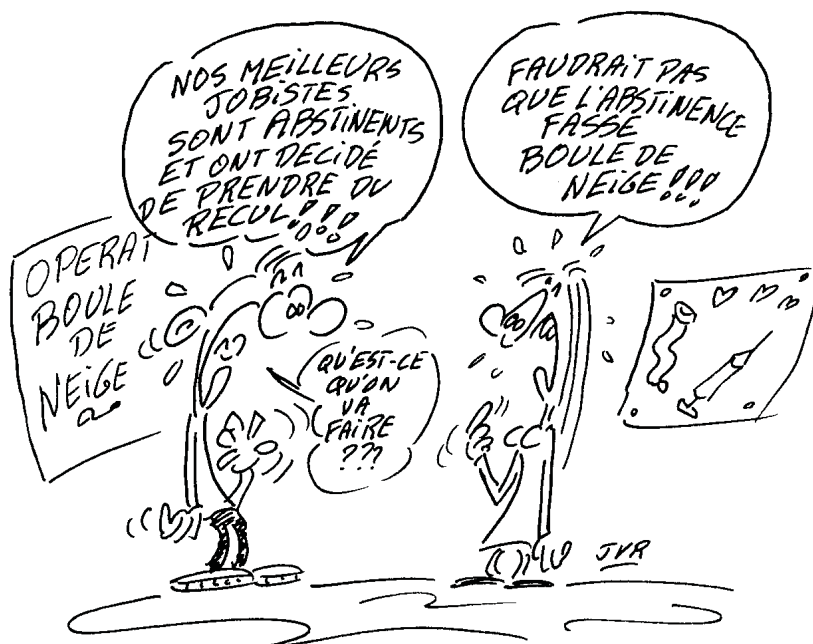
Ces différents constats nous poussent à envisager la mise en place d'un programme d'échange de seringues à Charleroi. Différents services locaux en contact avec des usagers de drogues se rassemblent pour évaluer la faisabilité de ce projet à Charleroi. Deux enquêtes sont réalisées, l'une auprès des pharmaciens de la région, l'autre auprès des usagers afin d'évaluer l'accessibilité à la seringue et les besoins en la matière. Les résultats ont montré la nécessité de mettre en place un dispositif d'échange de seringues et ils ont également servi d'appui à l'élaboration d'un projet conçu dans le cadre d'un partenariat local.

Différents objectifs ont ainsi été

pointés :

- des objectifs sanitaires : faciliter l'accès au matériel stérile d'injection, pratiquer l'échange de seringues, éviter la propagation des virus du sida et des hépatites B et C et promouvoir des pratiques à moindre risques tant en ce qui concerne l'usage des drogues qu'en ce qui concerne les autres aspects de la vie quotidienne
- des objectifs sociaux : toucher les publics inaccessibles via le réseau socio- sanitaire, rentrer en contact avec les usagers qui ne suivent pas de traitement ou qui sont en situation de marginalité, favoriser le maintien des liens avec le réseau sanitaire et social et détecter les principaux besoins

L'arrêté royal du 5 juin 2000 fournira le cadre légal nécessaire à la mise en place d'un dispositif d'échanges. Des demandes de subsides ont été introduites auprès de la Région wallonne afin que les partenaires impliqués dans la mise en place du dispositif disposent des moyens suffisants pour assurer la viabilité du projet.



C'est ainsi que :

- l'asbl AJMO reçoit une subvention pour la mise en place d'un comptoir fixe à Charleroi
- le service Carolo Rue reçoit une subvention pour la mise en place du comptoir mobile via son équipe d'éducateurs de rue
- le service Toxicomanies du Centre de Santé Mentale reçoit une subvention pour assurer la coordination de l'ensemble du dispositif

En septembre 2001, le comptoir fixe ouvre ses portes en proposant des permanences en soirée entre 19h00 et 22h00. Le comptoir mobile attendra novembre 2001 pour démarrer ses activités d'échange en rue. L'équipe a toutefois réalisé un travail de promotion du dispositif auparavant.

La complémentarité des deux approches permet une couverture plus large des besoins.

En effet, le comptoir fixe est accessible en soirée, après la fermeture des pharmacies, tandis que l'échange en rue est proposé le matin et l'après-midi dans une optique de dépannage.

Les usagers du comptoir fixe ne sont pas forcément les usagers du mobile. Les éducateurs de rue prospectent essentiellement les lieux de deal et de consommation.

C'est principalement par le biais du bouche à oreille que les usagers apprennent l'existence des comptoirs (70%). Les opérations Boule de Neige restent un canal d'information.

Les pharmaciens informés de la mise en place des comptoirs et principalement ceux qui travaillent avec le Stérifix distribuent un folder d'information aux usagers.

Dès les six premiers mois, le dispositif prend sa vitesse de croisière et une enquête réalisée auprès des usagers du dispositif permettra d'évaluer l'adéquation du service proposé.

La grande majorité des usagers se disent satisfaits du dispositif. Les raisons de satisfaction le plus souvent évoquées sont la qualité de l'accueil, la qualité des informations reçues et du matériel (la gratuité du matériel n'est pas évoquée, même si 88% d'entre eux vivent d'une allocation de remplacement).

Ils proposent toutefois de modifier les heures de permanence du comptoir fixe, ce qui correspond aux observations faites par les éducateurs à propos des heures de fréquentation. Depuis, les permanences se font de 17h30 à 21h00 et une plage horaire est également proposée en après-midi le lundi.

Au terme de la première année de fonctionnement, nous avons réalisé une évaluation sur base des fiches de contact établies lors de chaque échange, au comptoir fixe comme lors des échanges en rue. Ces fiches sont anonymes, mais chaque usager porte un numéro d'identification personnel. Un total de 450 usagers se sont adressés au dispositif pour des échanges : 312 pour le fixe et 138 pour le mobile. 30.000 seringues ont été distribuées et le taux de récupération est plus ou moins équivalent. Les tampons alcoolisés, les Stéricup (cuillère), l'eau et l'acide ascorbique sont aussi largement distribués, surtout aux usagers qui n'ont pas de domicile (48% d'entre eux). Le travail de récupération résulte de la constance des éducateurs à responsabiliser les usagers face au matériel souillé. Nous souhaitons, en effet, impliquer ces derniers dans la dimension de protection de la santé publique visée par le projet.

La population qui fréquente les comptoirs est très mouvante, son taux de renouvellement est important. Elle se compose en majorité d'hommes (78%). Les contacts établis lors des échanges permettent, au fur et à mesure, d'entendre des demandes d'aide dans bien des domaines :

recherche d'un emploi, d'une formation, recherche d'un logement ou d'un hébergement,...

Par le biais des différentes brochures d'information sur les produits, les maladies et les structures de soins, nous touchons au domaine de la santé des usagers. C'est ainsi que beaucoup formulent des demandes à propos des tests de dépistage et des possibilités de soins des lésions occasionnées par la consommation (plaies, hématomes, abcès,...). Dans un premier temps, les éducateurs ont travaillé à orienter les usagers vers les structures existantes. Ils ont très rapidement fait le constat que peu d'usagers donnent des suites à ces orientations. Dès lors, nous avons envisagé d'organiser les choses autrement. Les éducateurs de rue peuvent concrètement accompagner les usagers dans leurs démarches pour faciliter les relais. Une infirmière en stage assure quelques permanences au comptoir fixe et peut ainsi apporter des petits soins et en assurer le suivi.

Une collaboration a été établie avec le centre Sida MST de Charleroi afin qu'un médecin pratique le dépistage au comptoir fixe une fois par mois.

Avant cela, les demandes de dépistage enregistrées (41) n'avaient pas abouti. Depuis que le test peut se faire au comptoir, sur trois mois, nous avons enregistré 25 demandes dont 11 ont abouti. Depuis la mise en place du dispositif, les observations faites permettent de confirmer que ce type de programme répond à un besoin réel.

Les éducateurs du fixe comme du mobile sont sur un terrain qui présente d'autres besoins à couvrir : besoins d'espaces d'accueil, besoins de lieux pour consommer, besoin de couvrir des quartiers plus éloignés géographiquement.

Pour terminer, il faut sans doute évoquer les difficultés à articuler

l'action sanitaire du dispositif d'échanges à l'action policière répressive. Des réunions de concertation ont été organisées avec la police et le Parquet en vue d'ouvrir un débat sur la place et le sens d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Charleroi. Il semblait, en effet, indispensable d'informer les autorités de l'existence du dispositif, des objectifs poursuivis et de la méthodologie développée.

Ces informations ont soulevé des questions de leur part :

- quel est l'impact du projet auprès de la population générale ? Et auprès du public toxicomane ?
- comment est prise en compte la sécurité des travailleurs ?
- quelle est l'influence du dispositif sur la consommation ?

C'est sans doute cette dernière question qui constitue la préoccupation majeure du Parquet. L'hypothèse que la mise à disposition de matériel d'injection incite à la consommation est latente. Des données scientifiques issues de recherches multiples sur l'impact des dispositifs d'échange ont permis d'écarter cette hypothèse et de rassurer les autorités. Néanmoins, nous avons eu à leur communiquer les résultats mis en avant au travers de l'évaluation du dispositif au terme de la première année de fonctionnement. Les retombées sanitaires et sociales de l'action ont, vraisemblablement, permis aux autorités de cautionner les activités du comptoir comme complémentaires à celles développées par le réseau socio-sanitaire carolo.

Cette expérience nous a appris la nécessité de communiquer autour des pratiques de réduction des risques, trop souvent assimilées à des méthodes purement hygiénistes ou encore, trop permissives. ■

# VERS LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE D'AIDE ET DE SOINS : LA DELIVRANCE CONTROLEE D'HEROINE

Alex NEYBUCH<sup>1</sup>

Cela fait 10 ans que le groupe Réseau de Liège, réunissant une part importante des intervenants en toxicomanie de la région, planche sur un projet d'élargissement et de diversification de l'offre d'aide et de soins à travers la mise en place de dispositifs de délivrance contrôlée de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique). Entre temps, en 1994, nous avons développé le projet d'échange de seringues qui a obtenu et continue à avoir beaucoup de succès. Ce projet a pu s'implanter de façon harmonieuse au niveau local grâce à l'association permanente des autorités locales, notamment dans le cadre de l'atelier toxicomanie mis en place par la Ville de Liège.

## Mots clés

- diversification de l'aide et des soins
- délivrance contrôlée d'héroïne
- citoyenneté
- participation

1. Président du CLAP, Administrateur-délégué de l'asbl Revers.

Le fondement du projet d'échange de seringues est le même que celui du projet de délivrance contrôlée d'héroïne. La référence commune devenue la plus immédiate est celle faite aux nouvelles pratiques de réduction des risques. Celles-ci ont en effet pris leur place dans l'offre de services aujourd'hui disponibles. Ce qui ne fut pas simple.

En rester à ce niveau nous ferait cependant prendre le risque d'une nouvelle réduction technocratique, même si déjà beaucoup plus respectueuse des personnes directement concernées et de leur entourage.

Là ne réside pas le fondement essentiel de ces différents projets.

L'enjeu pour nous est de remettre au centre de toute réflexion, action, les personnes qui subissent les consé-

quences néfastes de choix idéologiques qui les dépassent...toutes les personnes! Cela passe inmanquablement par une remise en question radicale de l'idéologie dominante en vigueur en matière de drogues.

Cette idéologie dominante construite sur la prohibition et la culpabilisation des usagers de drogues illicites, des personnes qui en sont dépendantes et de leurs proches, qui crée une séparation artificielle entre les drogues en fonction de leur statut juridique, qui édicte comme norme unique l'abstinence et qui stigmatise, rejette, criminalise tout qui s'écarte de cette ligne.

Cette idéologie dominante, construite et alimentée par ces "agences" qui vivent à coup de milliards de la guerre à la drogue et qui ont intérêt à sa poursuite, produit continuellement des mensonges, des faux-semblants, des

illusions. La guerre à la drogue coûte très cher.

Parmi ses résultats nous trouvons le désastre humain, social enduré par toute la population à des niveaux divers. L'enfermement de générations entières de personnes n'a contribué, ne contribue qu'à accentuer le problème et à rendre nécessaire la poursuite d'une politique fondée sur la cécité, l'ignorance, le mensonge, la peur, ....

C'est à ce niveau-là que se trouvent les véritables fondements des projets que nous essayons de mener à bien. Il s'agit bien de déconstruire le discours de la guerre à la drogue, d'en relever les mensonges, les contre-vérités,... pour que chacun soit plus à même de jouer son rôle de citoyen. Et les personnes aujourd'hui discriminées violemment ne doivent certainement pas rester en rade d'un tel processus, elles doivent en être, en devenir des acteurs essentiels.

Le fondement central est donc de contribuer à rendre à toutes ces personnes un droit de cité!

Sur base des résultats (94 % de récupération des seringues) des comptoirs d'échange de seringues mis sur pied à Liège, avec tellement peu de moyens supplémentaires, nous constatons 10 ans après leur mise en place, que nous avons eu raison de miser sur la participation active des consommateurs injecteurs et que ceux-ci donnent régulièrement une réponse positive à une attention positive à leur égard.

L'élément central de tout projet d'élargissement, de diversification de l'aide et des soins se situe donc bien plus à un niveau politique et social que technocratique : la préservation et/ou le recouvrement des droits et de la dignité de ces personnes qui se trouvent sans conteste possible dans une

situation de souffrance importante!

Il est bien davantage question de rendre à toutes ces personnes une place dans la société qui est la leur et dont ils ont été indûment, à l'encontre de toute raison, expurgés ! Il s'agit donc d'établir une véritable alliance pour lutter contre les multiples injustices subies par ces personnes.

Ces projets se pensent et s'organisent dans un contexte inchangé, celui de la prohibition. Ce contexte les détermine, leur fixe des limites.

L'effort le plus important réside probablement dans la prise de distance par rapport à la moralisation importante de toute opinion dans ce domaine (d'autant plus quand celle-ci n'est pas conforme à la désinformation généralisée en vigueur), pour pouvoir entendre des éléments de l'ordre de la réalité se situant aux antipodes des pseudo-vérités qui nous sont servies depuis un siècle, pour pouvoir s'appropriier ces nouveaux enseignements, et par là, retrouver une dimension d'acteur.

Non plus ce pseudo-acteur aliéné, mais un acteur libéré du devoir de reproduire toujours les mêmes absurdités, ignominies contre-productives pour l'ensemble des citoyens de la ville, de la région, du pays,...

Nous poursuivons dans ce sens une information permanente de tous nos interlocuteurs et nous recherchons par tous les moyens de multiplier les contacts et leur diversité.

Au lendemain de l'ouverture des comptoirs d'échange de seringues, qui a suivi la mise en place quelques années plus tôt (1991-1992) d'une large offre de traitements avec la méthadone sur toute la province de Liège, nous avons organisé, avec le soutien des autorités

locales, deux journées d'étude sur le thème «Toxicomanies - Vers la diversification de l'offre d'aide et de soins - La délivrance contrôlée d'héroïne» (06.1995).

Nous avons pu rendre publiques à cette occasion des expériences parfois anciennes d'utilisation des «drogues» dans la prise en charge de personnes dépendantes (système Rolleston en vigueur en Angleterre depuis un vote au Parlement en 1926). Tout en prônant l'abstinence comme un objectif primordial à atteindre, ce système autorisait tout médecin à prescrire à leurs patients les drogues dont ils étaient dépendants dans le cadre de sevrages progressifs à celles-ci, dans l'hypothèse où ceux-ci présentaient des symptômes de sevrage graves rendant l'arrêt de leur consommation problématique ou encore lorsque ceux-ci étaient jugés inaptes à mener une existence normale sans une prise régulière (minime et non progressive) de produit.

De même, déjà à l'époque, il existe d'autres expériences plus récentes, telles les suisses. Il s'agissait de mettre sur pied un programme d'offre diversifiée de stupéfiants afin d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles approches pour le traitement de toxicomanes que les méthodes thérapeutiques classiques ne pouvaient retenir ou atteindre ainsi que de définir si oui, et dans quelle mesure, une telle offre s'avérait, pour cette population, plus adaptée que les méthodes de traitement traditionnelles.

La population-cible que le programme cherchait à atteindre se caractérisait par une forte dépendance aux drogues illégales, une situation sociale et un état physique extrêmement fragiles.

Les objectifs principaux assignés au projet étaient : analyser l'action des divers stupéfiants prescrits, leurs

effets sur la santé, l'intégration sociale, le comportement addictif et la délinquance des patients ainsi que l'adéquation et l'efficacité de ce type de programme pour la population-cible par rapport aux traitements précédemment engagés.

Certes, si les premiers résultats présentés étaient à relativiser du fait du manque de recul de l'expérience suisse, ils étaient déjà prometteurs.

L'ampleur du changement culturel qui était demandé à tous dans une matière aussi sensible d'un point de vue moral et politique nous a imposé et continue à nous imposer un rythme d'évolution très lent à notre projet.

Suite à ces journées d'étude, les contacts avec les autorités locales se sont poursuivis et nous en avons entamé d'autres au niveau universitaire. Nous avons également développé des contacts d'échanges très intéressants avec le groupe Delco-H de Bruxelles et avons même commencé à travailler sur un protocole clinique commun.

La Ville de Liège, en tout cas les partis démocratiques, s'est très rapidement et unanimement déclarée favorable à la poursuite de l'étude du projet. C'est ce que nous avons appelé «le consensus liégeois». Sur cette base s'est constitué un Comité liégeois d'accompagnement du projet expérimental de délivrance contrôlée de diacétylmorphine : le CLAP. Le CLAP réunit l'ensemble des forces travaillant à la mise sur pied d'un tel projet : des représentants de chaque parti démocratique de Liège, différents services de l'Université de Liège et les représentants du Réseau, initiateurs de ce projet.

Un premier protocole a été rédigé et présenté à l'ensemble des autorités

académiques, médicales, judiciaires et politiques durant l'année 1998. Il a recueilli un accord général.

Aujourd'hui, il est question de réactualiser ce protocole à la lumière des résultats bien plus fiables de l'expérience suisse, mais également des enseignements que nous livre l'expérience hollandaise.

## Quels sont les principaux enseignements ?

### 1. Au niveau des substances testées

- En comparaison avec la méthadone injectable et la morphine administrée par voie intraveineuse ou per os, le recrutement des patients, le taux de rétention dans l'étude et la compliance au traitement seraient meilleurs avec la prescription d'héroïne injectable.

- L'héroïne injectable provoquerait moins d'effets secondaires que la morphine et la méthadone injectables (réactions de type histaminique, réactions toxiques locales autour des zones d'injection).

- Il n'y aurait aucune contre-indication absolue à la prescription d'héroïne, même si certaines précautions sont à prendre.

A ce niveau, l'étude conclut donc que de toutes les substances injectables, l'héroïne présente la meilleure adéquation thérapeutique et, que parmi les préparations orales, la méthadone aussi bien que la morphine retard sont bien acceptées comme médication de base en combinaison avec l'héroïne injectable.

### 2. Au niveau des patients

- Le programme rencontre parfaitement le public-cible visé, à

savoir des usagers fortement dépendants et résistant aux traitements thérapeutiques classiques.

- Le taux de rétention dans l'étude (89% après 6 mois, stabilisés à 69% après 18 mois) serait supérieur aux taux de rétention observés dans d'autres programmes thérapeutiques pour héroïnomanes.

- On note une amélioration considérable de l'état de santé général des patients (plus particulièrement au point de vue nutritionnel, gastrique et dermatologique) et, au niveau psychiatrique, une forte diminution des symptômes dépressifs, des troubles anxieux et des comportements agressifs.

- On constate une diminution significative de la consommation d'héroïne illégale, de cocaïne et de benzodiazépines, une meilleure intégration sociale (logement et emploi), et une baisse importante de l'activité criminelle.

Les résultats positifs obtenus ont amené le Conseil fédéral suisse à confirmer comme option thérapeutique le traitement avec prescription d'héroïne dans le pilier «thérapie» de sa politique en matière de Santé publique (voir l'Arrêté fédéral du 9 octobre 1998 et l'ordonnance<sup>2</sup> sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999).

Le projet a donc été étendu au-delà de la phase expérimentale sans limitation du nombre de patients et se poursuit toujours actuellement.

En 2002, 21 centres de traitement avec prescription d'héroïne étaient en activité (principalement en Suisse alémanique) et l'ouverture de nouveaux centres de traitement est déjà planifiée dans d'autres cantons et régions.

2. <http://www.admin.ch/ch/f/as/1999/1313.pdf>.

## Références

<http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00615/index.html?language=fr&dir2=&schriftgrad=?schriftgrad=&language=fr>

<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues/f-idu/prescription.html>

<http://www.ccsa.ca/docs/harmredf.html>

<http://www.reseauvoltaire.net/article6802.html>

<http://www.heroiestudie.de>

<http://www.sumeria.net/politics/abcdrugs.html>

[http://www.ccbh.nl/rapport\\_engels\\_html/VI\\_references/VI\\_references.html](http://www.ccbh.nl/rapport_engels_html/VI_references/VI_references.html)

<http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/drogen/hegebe/7.pdf>

<http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/docautres/bulletin canadien/Vol6nos1-22001/f-heroine.html>

<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Comf/ille-f/presentation-f/ucht1-f.html>

<http://heroin.suchtmedizin.info/tagung-99/brink.html>

Depuis 1997, d'autres évaluations ont été menées confirmant les résultats positifs déjà obtenus en 1997.

Une autre expérience de délivrance d'héroïne sous contrôle médical pour laquelle nous disposons à présent de données complètes est l'expérience néerlandaise.

Les résultats montrent qu'après 12 mois de traitement, le traitement expérimental était significativement plus efficace que le traitement à la méthadone seule.

Les chercheurs ont également relevé que chez les patients «répondants» du groupe expérimental (recevant de l'héroïne), la réponse au traitement se traduisait de façon générale par une amélioration dans les divers domaines de fonctionnement pris en compte dans l'étude, alors que la réponse au traitement dans le groupe de contrôle (ne recevant pas d'héroïne) se manifestait presque exclusivement dans un seul domaine.

Le groupe expérimental présentait également un nombre plus élevé de répondants stables.

Notons qu'après 6 mois de traitement, la différence entre les deux groupes se marquait déjà de façon significative. Aucun incident clinique grave (psychose, overdose, crise d'épilepsie) directement imputable au traitement expérimental ne fut enregistré.

Enfin, on constate que l'arrêt du traitement expérimental (après 6 ou 12 mois de traitement) entraîne chez la majorité des patients une détérioration considérable de leur état. Plus de 80% d'entre-eux, 2 mois après l'arrêt du traitement, répondaient à nouveau aux critères de base d'inclusion dans l'étude.

## Les conclusions

Sur base de ces résultats, les chercheurs conclurent donc que :

- Pour la population-cible, à savoir des héroïnomanes chroniques ayant, de manière répétée et sans succès, bénéficié de programmes de maintenance à la méthadone et présentant un faible fonctionnement physique, mental et social, la co-prescription sous supervision médicale de méthadone orale et d'héroïne (sous forme injectable ou inhalable) s'avère être considérablement plus efficace qu'un traitement de maintenance à la méthadone seule.

- Sur le plan clinique, la co-prescription sous supervision médicale de méthadone orale et d'héroïne (sous forme injectable ou inhalable) entraîne une amélioration considérable de l'état de santé physique et mentale ainsi qu'une meilleure intégration sociale (diminution de la délinquance et de la consommation de drogues illégales) des patients.

- Les effets bénéfiques du traitement sont liés à sa continuité dans le temps.

La co-prescription de méthadone orale et d'héroïne peut donc être introduite comme option thérapeutique ultime pour des héroïnomanes chroniques ayant, de manière répétée et sans succès, bénéficié de programmes de maintenance à la méthadone.

D'autres expériences sont en cours en Allemagne, en Espagne et ailleurs.

En conclusion, arrêtons-nous un moment à cette notion de l'effet du temps dans les résultats des différentes études dont nous avons des données chiffrées.

L'expérience suisse semble démontrer

que, plus la proposition de traitement avec l'héroïne devient une proposition parmi d'autres, plus les personnes qui en bénéficient souhaitent en sortir rapidement. En effet, la proportion de demandes pour passer soit à des traitements méthadone exclusivement soit à d'autres formes d'interventions centrées sur le sevrage, est beaucoup plus importante et rapide qu'au début de l'expérience.

Il est vrai que cette proposition de traitement incluant la diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) est assez lourde pour les usagers. Il faut en effet se rendre à plusieurs reprises (de 1 à 3 fois) au centre de traitement par jour. Dès que les premiers éléments de réinsertion sociale apparaissent, cette lourdeur devient excessive et constitue un frein à la poursuite de l'évolution personnelle.

L'expérience hollandaise confirme que les apports positifs de ce type de dispositifs de soins ne tardent pas à apparaître. L'arrêt brutal de l'expérience en rapport à la situation politique particulière que connaissent actuellement les Pays-Bas fait apparaître que ces effets s'estompent très rapidement lorsqu'il est mis fin à cette proposition de traitement indépendamment de l'évolution des bénéficiaires.

La richesse des données dont nous disposons aujourd'hui et leur qualité nous amènent à constater que le niveau strictement expérimental de ce type de traitement est désormais dépassé. Cette offre d'aide et de soins incluant la diacétylmorphine a démontré ses multiples intérêts. Qu'il faille l'entourer de protections, de sécurités est évident, d'autant plus que la prohibition continuera à sévir et que le détournement de l'usage de ces produits à des fins marchandes est un risque à ne pas écarter. Mais peut-on

continuer à tergiverser, à tourner en rond ? Peut-on se passer d'un traitement qui a montré sa supériorité à l'égard d'autres traitements largement en vigueur aujourd'hui ? Vaut-on encore subir longtemps l'empêchement, l'interdiction de garder la raison, de penser en fonction de la réalité tangible des faits imposée par un siècle de guerre à la drogue, de prohibition ?

L'ajout de ce nouvel élément dans le dispositif d'aide et de soins existant constituerait certainement aujourd'hui un nouveau pas important de plus vers la paix dans ce domaine qui en manque cruellement !

Un pas de plus vers la restitution à toutes les personnes concernées du droit de cité !

Paix dont bénéficieraient rapidement tous les citoyens !



## Revue de presse sur les drogues et les problèmes liés aux toxicomanies et aux assuétudes

En quelques lignes, un compte rendu succinct des informations parues dans la presse francophone ces trois derniers mois

Le 10 juillet, Libération titrait "L'état se resserme autour des fumeurs". Une proposition de loi a été présentée à l'Assemblée nationale française visant à interdire la vente de cigarettes et de papier à rouler aux moins de 16 ans. En attendant, une augmentation de 5% des taxes sur le tabac a été décidée. C'est la deuxième cette année en France qui vient de signer la convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac dans laquelle il est affirmé que "les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes." De plus, le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, s'est dit prêt à augmenter chaque année le prix des cigarettes de 17% à 25% pour décourager la consommation.

Dans le même élan, Joëlle Milquet et Josy Arens, cdh, ont déposé une proposition de loi visant à interdire la vente de tabac aux mineurs réclamant un débat sur cette thématique dès la rentrée et appelant le reste de l'Europe à suivre le mouvement. Le cdh a déclaré vouloir: "prendre le problème à la base afin d'enrayer ce fléau. Si une politique d'interdiction n'est pas a priori adéquate lorsque l'on entend responsabiliser les citoyens à l'égard de leur santé, elle s'avère néanmoins nécessaire pour freiner un tabagisme ravageur chez les jeunes. Cette proposition de loi se veut donc un moyen de protection des jeunes contre le tabagisme. Ce ne sont pas les mineurs d'âge qui seront sanctionnés mais bien ceux qui leur vendront du tabac." Il semble que le ministre fédéral de la Santé, Rudy Demotte, soit sur la même longueur d'onde que ses confrères car il s'est dit résolu à enrayer la progression alarmante du tabac chez les jeunes. Il peaufine "un plan de lutte globale et intégré contre le tabagisme [qui] sera soumis à la concertation avec les Communautés et les Régions, avant d'être traduit sous forme de loi et d'entrer en application très rapidement" (Le Journal du Médecin, 12.09.2003. Lire également La Libre Belgique et Le Soir du 04.09.2003, La Dernière Heure du 05.09.2003 et La Libre Belgique du 06.09.2003).

De fait, l'interdiction de la cigarette est de plus en plus une réalité dans différents pays européens. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, il sera interdit aux Irlandais de fumer sur leur lieu de travail ainsi que dans les 7.000 bars et restaurants de l'île. La Norvège sautera le pas au printemps 2004 et les Pays-Bas en janvier 2005, alors qu'aux Etats-Unis quelques grandes villes (Boston, New-York) ont déjà interdit l'usage de l'herbe à Nicot sur les lieux de travail. En Irlande, évidemment, les tenanciers de pubs crient au scandale prétextant que la nouvelle loi provoquera la perte de plus de 10.000 emplois (Le Courrier International, 09.09.2003).

Quant à Thierry Detienne, ministre régional de la Santé, il a trouvé une solution pour aider les fumeurs wallons qui souhaitent en finir avec leur dépendance tabagique : la mise à disposition gratuite, fin octobre, de patchs nicotiques aux Wallons désireux d'arrêter de fumer. La distribution se fera par l'intermédiaire des médecins généralistes qui voudront participer à l'opération. Les substituts nicotiques facilitant le sevrage sont très coûteux : il faut compter 150 euros pour un traitement de 3 mois. Le ministre estime que : "En attendant un hypothétique financement par l'Inami, [il est] important de garantir l'accès à ce type de traitement à toutes les personnes" (Le Journal du Médecin, 09.09.2003. Voir aussi les journaux du groupe Vers L'Avenir et Le Soir du 06.09.2003 et Le Vif/L'Express du 12.09.2003).

Tous les moyens sont bons pour effrayer les fumeurs, surtout les jeunes, et les mener sur la voie de l'abstinence ! Dès le 30 septembre de cette année, la Commission européenne imposera d'agrandir la taille des avertissements relatifs à la santé, ils devront couvrir au minimum 30% de la face avant des paquets de cigarettes et au moins 40% de la face arrière. De plus, "la Commission européenne veut inciter les fabricants de tabac à imprimer des avertissements visuels percutants, montrant par exemple des poumons malades ou des personnes atteintes de cancer à l'agonie, sur tous les paquets de cigarettes vendus dans l'Union, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2004. Décision cependant non contraignante pour les Etats membres" (Le Journal du Médecin,

12.09.2003). Pour ce faire, la Commission est à la recherche de photos choc, comme cela se fait déjà au Canada et au Brésil, et qui viendraient soutenir les slogans tels que "Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse". La Commission propose de mettre à disposition une bibliothèque dans laquelle les Etats membres seront libres de puiser photos et graphiques, prétendant que "des études [qui] montrent que les avertissements assortis d'images sont nettement plus efficaces que les messages comportant uniquement du texte" (Les journaux du groupe Vers L'Avenir, La Libre Belgique, La Meuse, Metro du 09.09.2003).

Cependant, il semble qu'une pirouette ait déjà été trouvée afin de soustraire ces photos effrayantes au regard des irréductibles accros à la cigarette : la Fun Box. Le fabricant la décrit comme étant un étui de carton "de qualité", imprimé en quadrichromie et vernis qui "épouse parfaitement les formes du paquet de cigarettes, qu'il enveloppe en quelques instants comme une seconde peau, ajoutant qu'il "transforme ainsi un emballage banal en un objet original et attrayant mais surtout personnalisé" (La Libre Belgique du 02.09.2003). Le ministre de la Santé Rudy Demotte n'entend pas en rester là. "Nous avons entendu parler

de ce nouveau phénomène. Nous ne savons pas pour l'heure qui se trouve réellement derrière la société et ce qu'il faut penser de la démarche commerciale. On peut cependant se poser des questions au niveau éthique. Nous avons remis le dossier dans les mains d'experts juridiques. En termes de santé, on ne peut pas être pour cette démarche qui va à l'encontre de la prévention et de la campagne qui a été mise en place pour expliquer aux jeunes les méfaits du tabac. En cette matière, il faut avoir des gestes cohérents et responsables et cette initiative est malheureuse notamment en termes d'information." Il est toutefois difficile d'interdire purement et simplement les étuis à cigarettes : "Au stade actuel, la démarche est difficile à mettre en place. Comment voulez-vous que l'on interdise tous les étuis à cigarettes en métal, en plastique,... Ce n'est pas réaliste. Chaque personne garde une liberté évidente en la matière" (La Dernière Heure du 02.09.2003).

Affaire à suivre !

Si l'un ou l'autre de ces articles vous intéresse, n'hésitez pas à nous en demander une copie.

Danielle Dombret, Documentaliste.

## Au centre de documentation de Prospective Jeunesse

### **Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage**

Expertise collective, Les Editions INSERM, 1997, 345 pages, 22,00

L'ecstasy (MDMA) est un produit de synthèse qui s'est répandu en Europe depuis les années 1980, tout d'abord en Angleterre et plus récemment en France. Elle est le plus souvent prise par des jeunes adultes lors de soirées festives, pour ses propriétés psychostimulantes et empathiques. Mais l'ecstasy (MDMA) est une substance qui peut entraîner des désordres graves pour la santé. Hyperthermies s'accompagnant de défaillances viscérales multiples et encéphalopathies hyponatrémiques peuvent apparaître dès la première prise chez certains individus, et conduire rapidement au décès. Des hépatites et des troubles psychopathologiques sont également décrits chez les consommateurs réguliers d'ecstasy.

Un groupe multidisciplinaire d'experts réunis par l'INSERM s'est livré à une analyse critique de la littérature scientifique et médicale pour déterminer l'imputabilité de l'ecstasy (MDMA) dans les différentes manifestations pathologiques et pour mettre en lumière les mécanismes d'action de la molécule au niveau du système nerveux central. Le groupe d'experts a également tenté d'évaluer, à travers les données disponibles, l'importance de la consommation d'ecstasy en France et d'en préciser les contextes d'usage.

Si l'utilisation d'ecstasy chez les jeunes s'inscrit bien dans le contexte plus général de consommation de substances psychotropes, elle prend néanmoins une dimension particulière par le fait que le simple usage, indépendamment de tout abus, constitue à lui seul un risque pour la santé.

### **La réduction des risques**

Swaps, bimestriel, n° 31, juin-juillet 2003

Dans le numéro 31 de la revue SWAPS (Santé, réduction des risques et usages des drogues), vous trouverez plusieurs articles sur la réduction des risques. En voici les titres :

- Deuxième Conférence latine sur la réduction des risques liés aux usages de drogues, Jimmy Kempfer
- La réduction des risques se cherche une définition, document collectif
- La réduction des risques en France : comment gérer la crise ? Bertrand Lebeau

## **Les Cahiers de Prospective Jeunesse**

### **Titres parus depuis 1996**

#### **1996**

Cahier 1 : pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites (épuisé)

#### **1997**

Cahier 2 : privé ou public : quels espaces de liberté ?

Cahier 3 : école et prévention (tome 1) (épuisé)

Cahier 4 : école et prévention (tome 2)

Cahier 5 : situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)

#### **1998**

Cahier 6 : école et prévention (tome 3)

Cahier 7 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)

Cahier 8 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)

Cahier 9 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)

#### **1999**

Cahier 10 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)

Cahier 11 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)

Cahier 12 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)

Cahier 13 : drogues et prison (tome 1)

#### **2000**

Cahier 14-15 (numéro double) : drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)

Cahier 16 : drogues et prison (tome 2) et Economie souterraine ou économie des exclus (tome 3)

Cahier 17 : drogues et cultures

#### **2001**

Cahier 18 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)

Cahier 19 : les alicaments : entre nutriments et médicaments

Cahier 20 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)

Cahier 21 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)

#### **2002**

Cahier 22 : la famille (tome 1)

Cahier 23 : le secret professionnel

Cahier 24 : la famille (tome 2)

Cahier 25 : radioscopie du monde enseignant

#### **2003**

Cahier 26 : monde du travail et psychotropes

Cahier 27 : la réduction des risques (tome 1)

Cahier 28 : la réduction des risques (tome 2)

Pour commander l'un de ces numéros ou vous abonner, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse (tél. : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : [claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be](mailto:claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be)).

A qui le tour maintenant ?

La nullité de l'affaire nous replace aujourd'hui à la case départ et nul n'est à l'abri d'une nouvelle accusation remettant en cause le fondement même de la réduction des risques. Sans entrer dans les détails politiques, l'absence de clarté de la ligne directrice nationale de la santé publique laisse le champ libre au répressif et à la tolérance zéro menés par le Ministère de l'Intérieur, laissant ainsi entendre à la justice un unique son de cloche qu'elle s'empresse de suivre. Il existe en France environ une quinzaine d'associations similaires à la notre et plus encore si l'on dépasse l'univers de la techno. Sont-elles les prochaines sur la liste? C'est en tous cas ce que l'on peut facilement imaginer dans le contexte actuel. C'est pourquoi l'ensemble des acteurs doit se mobiliser contre cette volonté de retour en arrière. Des actions communes viendront prochainement pour demander clairement la reconnaissance légale de notre travail et dénoncer le tort que peut causer le cadre actuel à des structures déclarées mais surtout à des individus isolés.

Le paradoxe de la situation

Alors que le Ministère de la Santé, certaines Régions, certaines Municipalités, la Commission Européenne... soutiennent ouvertement notre démarche et nos actions, nous sommes depuis toujours, en France, exposés à la fameuse loi de 1970 (art. L3421-4 code de la santé publique, ex-L630) qui régit les infractions sur les stupéfiants et qui notamment interdit la présentation sous un jour favorable de produits illicites sous peine d'inciter à la consommation.

Or mettre en garde sur des pratiques et des effets récréatifs dus aux drogues laisse évidemment sous-entendre que, d'une part, se droguer n'est pas un acte masochiste et que l'on peut y prendre du plaisir malgré les risques encourus, et, que, d'autre part, ces risques varient selon différents facteurs et qu'ils peuvent être abaissés à un niveau tout autant acceptables que ceux que l'on encoure en pratiquant des activités légales comme fumer du tabac, boire de l'alcool ou tout simplement faire du sport.

Nous militons pour la liberté

Autrement dit, sur ce point, la loi exclut le droit à une vraie information pour tous ceux qui ont fait un choix de vie différent et qui pourtant n'engage qu'eux-mêmes.

Nous trouvons cela anormal et c'est pourquoi, malgré cette loi, les volontaires de Techno+, tous bénévoles, sont allés au delà du cadre habituel par respect des choix de vie de chacun, par souci du droit à l'information pour tous, consommateur ou non, par conviction réelle que la liberté s'acquiert par la responsabilisation des individus et non en leur imposant une conduite à tenir.

Pour toutes ces raisons mais aussi parce que tout simplement nous aurions ou avons aimé être informés de la sorte nous continuons nos actions de réduction des risques." <sup>(2)</sup>

(2) texte publié sur le site de Techno+

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L

S

Editorial

Henri Patrick CEUSTERS

1

O

**DOSSIER : DROGUES ET REDUCTION DES RISQUES  
TOME 2**

M

- La réduction des risques :  
une forme de prévention comme les autres ?  
Dan KAMINSKI

2

M

- La réduction des risques,  
approche hygiéniste ou humaniste ?  
Georges VAN DER STRATEN

8

A

- L'échange de seringues à Charleroi :  
une expérience pratique de réduction des risques  
Laurence PRZYLUCKI

15

I

- Vers la diversification de l'offre d'aide et de soins :  
la délivrance contrôlée d'héroïne  
Alex NEYBUCH

20

R

Le centre de documentation de Prospective Jeunesse

14-28

La revue de presse de Prospective Jeunesse

27

E



Avec le soutien de la Communauté française  
de Belgique et de la Commission communautaire  
française de la région de Bruxelles-Capitale.

