



SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues **Numéro double 40-41** Trimestriel / 4 €

Édito / 40

CLAT 3 / 2

La RdR à l'heure de
l'institutionnalisation / 3

De la politique des drogues en général
et de la politique en particulier / 6

“Démocratie, villes & drogues”
un projet global pour
des réponses locales / 8

Les associations d'usagers
se cherchent un avenir / 11

Prescription d'héroïne
la voie orale fait ses preuves / 13

Instantané d'une salle de
consommation barcelonaise / 15

La réduction des risques
a aussi ses exclus / 18

US La parole aux substitués ? / 21

La substitution
Made in USA / 24

Repenser les messages
de prévention / 26

La **difficile** prise en charge
des usagers **précaires** / 28

L'influence de l'école
sur la consommation des élèves / 31

Irlande
sans tabac :
une bouffée d'Eire / 34

Multimédia / 36

Publications / 37

Brèves... / 39

CLAT 3

La 3^e Conférence latine de réduction des risques (Clat) s'est tenue du 30 juin au 1^{er} juillet à Hospitalet de Llobregat, dans la banlieue de Barcelone. Trois journées au cours desquelles les participants ont pu échanger informations, expériences et réflexions à un moment charnière de l'évolution vers une institutionnalisation de la réduction des risques (lire page 3). Une évolution reflétée par la sensibilisation progressive des médias (page 4) au thème de la RdR. Présenté lors de la Clat, le projet européen "Démocratie, villes et drogues", qui privilégie les démarches participatives, s'inscrit dans la réflexion générée par cette évolution (lire page 7), réflexion qui touche aussi la place des associations d'usagers (page 10). La prescription médicalisée d'héroïne par voie orale (page 12) ainsi que l'expérience des salles de consommation sont exemplaires de ces questionnements. *Swaps* a profité de la tenue de la Clat à Barcelone pour se rendre dans une de ces structures, qui n'ont pas d'équivalent en France (page 14). Mais, au moment où se pose avec acuité la question des étapes à venir de l'histoire de la RdR, une réflexion sur les nombreux exclus, ici et maintenant, de cette démarche paraît s'imposer (page 17).

La RdR à l'heure de l'institutionnalisation

Passés du militantisme au professionnalisme, les acteurs de la réduction des risques tentent de surmonter les affres de l'institutionnalisation. Simple changement de statut ou question existentielle, cette évolution était au cœur des débats à Barcelone. Un contraste certain avec la précédente édition de la Clat.

Qui eût cru, se souvenant des tensions de la Clat précédente à Perpignan, il y a deux ans, que l'inquiétude des acteurs de la RdR, cette année, à Barcelone, prendrait la forme de ce mot : institutionnalisation ? À l'époque, Didier Jayle, fraîchement nommé président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (Mildt), essayait les craintes de militants inquiets de voir leur légitimité aussi peu reconnue que leurs budgets approvisionnés.

Cette année, comme l'a souligné Lia Cavalcanti, présidente de l'association Espoir Goutte d'Or, ce ne sont pas des militants mais des "pros" qui méditent sur les difficultés qui les attendent à l'heure où la légitimité de la RdR est reconnue et institutionnalisée.

"La réduction des risques perd son statut d'exception, son caractère expérimental", estime Anne Coppel, de l'Association française de réduction des risques (AFR). Est-ce une bonne chose ? Dans les allées de la conférence,

ce sont les mérites comparés du "bricolage" passé et de la respectabilité nouvelle qui sont débattus. On se félicite de la reconnaissance tant attendue, mais l'on s'inquiète aussi

¹ Rapport AFR/Saje 2005. "Les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France", session 12 (S12)

² *ibid* du prix à payer pour ce confort inédit.

Question de statut

La première question, comme souvent, est financière. Une enquête sur "les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France"¹, coordonnée par l'AFR et par Safe et présentée par Anne Coppel et Catherine Duplessy, montre que les deux tiers des structures qui s'occupent de RdR sont polyvalentes. C'est même le grand mérite de la RdR que cette transdisciplinarité : *"La grande force de la réduction des risques a été de sortir du ghetto de la spécialisation en toxicomanie, avec des acteurs diversifiés, du médecin à l'élu local en passant par les acteurs de la lutte contre le sida ou contre l'exclusion"*². Ce qui inquiète, c'est que l'institutionnalisation, en l'occurrence la mise en place des Caarrud, *"loin de conforter le dispositif, risque de l'appauvrir"*.

Ces Caarrud (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), prévus par la loi de santé publique du 9 août 2004, ont pour objectif de sécuriser, de professionnaliser et d'institutionnaliser le dispositif de RdR. Aspect crucial, le financement des Caarrud, en tant qu'établissements médico-sociaux, est confié à l'Assurance maladie.



“Subventionnée en tant que telle et non plus sur les budgets sida, la RdR entre dans le droit commun”, note Anne Coppel. Certes, on ne peut que se féliciter de la pérennisation des budgets qui devrait en résulter.

Oui, mais... la question est de savoir quelles structures pourront prétendre au statut de Caarrud. La loi définit sept missions que devra remplir chaque établissement : l'accueil, l'accès aux soins, l'accès aux droits sociaux, le contact avec l'usager, la médiation, l'accès aux outils de prévention, et l'alerte sur les phénomènes émergents. Il est clair que certaines structures non-spécialistes de la RdR ne pourront satisfaire à toutes ces exigences. Sur quelle ligne budgétaire seront-elles alors financées ? Ruth Gozlan, représentante de la Mildt, affirme avoir pris note des inquiétudes récurrentes soulevées par ce dossier, tout en précisant qu'il est plutôt du ressort de la Direction générale de la santé. Gageons que des précisions devront être rapidement apportées, en réponse à la demande de création d'une Commission nationale pour la mise en place des Caarrud, portée notamment par l'AFR et Safe.

Question existentielle

Au-delà de la question budgétaire, c'est une question de philosophie de l'engagement qui hante les discussions. S'agit-il d'un “embourgeoisement” dans la légalité, d'une déperdition de l'esprit historique de la lutte pour la reconnaissance des droits des usagers de drogues ? Pour Fabrice Olivet, de l'association d'usagers Asud, *“l'institutionnalisation, c'est celle de la gestion des drogues. Le contenu humaniste de la RdR est zappé”*³. Il semble que la respectabilité ainsi acquise soit crainte pour son aspect administratif, éloigné de la richesse et de la diversité historique des acteurs de la RdR.

C'est pourquoi se pose avec tant d'acuité la question des prochaines étapes de l'histoire de la RdR. L'idée que l'on arrive *“au bout du chemin”* et qu'il est nécessaire de se mobiliser autour de nouveaux enjeux pour la RdR était récurrente à Barcelone. L'interrogation concerne notamment la portée à donner à cette légalisation des actions de RdR que figure le décret du 14 avril 2005 (voir *Swaps* 39). Prendra-t-elle le chemin de la mise en place de salles d'injection (lire article p. 15) ? Annie Mino a rap-

³ “Repenser el marco legal”, S11

⁴ A Mino, “Naissance de la réduction des risques en Europe, perspectives de santé publique : un témoignage”, plénière 1 (P1)

⁵ M Trace, “Future directions for national and international drug policy”, P2

⁶ J-M Costes, “Évolutions récentes du cadre légal de la réduction des risques en France”, S11

pelé tout le paradoxe de ces dispositifs, qui se distinguent de manière essentielle des dispositifs d'échanges de seringues et de traitements de substitution : *“Avec la méthadone, on restait dans le domaine thérapeutique strict. Avec les salles d'injection, il s'agit de donner des produits illicites. À ce stade, les limites des politiques de réduction des risques sont atteintes*

*si on n'a pas le courage d'une stratégie “anti-prohibitionniste”. La réflexion sur les dimensions légales est inévitable aujourd'hui, sans quoi il y a beaucoup à craindre pour la réduction des risques.”*⁴ Au fond, si l'histoire de la RdR consiste à flirter avec la loi, il semble qu'avec l'institutionnalisation on passe aux choses sérieuses : *“On arrive au bout du chemin si on ne se pose pas la question du lien entre réduction des risques et prohibition”*, estime Fabrice Olivet.

D'ailleurs, reconnaître l'efficacité de la RdR, n'est-ce pas au fond admettre l'inefficacité de la répression de l'usage – et, du même coup, que son maintien n'a d'autre finalité que morale ? *“En termes de prévention, rappelle Annie Mino, la loi n'a pas apporté les résultats attendus. La loi pénale redevient à présent purement morale : ce qui compte, c'est de dire l'interdit, quel que soit le résultat.”* Mike Trace, de la Beckley Foundation, note lui aussi ce tournant majeur : *“Le prétexte des gouvernants pour maintenir le statu quo de la répression, c'est de dire qu'on ne sait pas ce qui marche. Aujourd'hui ce n'est plus possible, il y a des évidences claires.”*⁵

Expertise

Pour autant, les données scientifiques sont-elles la clé pour faire avancer les politiques ? Non, à l'évidence, insiste Mike Trace, et il faut relever là une spécificité des politiques des drogues : *“Dans toutes les sphères de la politique, si l'objectif n'est pas atteint, la politique est abandonnée et on revoit ses stratégies. Pour les drogues, ça ne se passe pas comme ça.”* Un scepticisme à l'égard des processus décisionnels que partage Annie Mino : *“Quelle que soit la qualité des données, si le moment politique n'est pas venu, rien ne se passera.”* Jean-Michel Costes, directeur de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), confirme cette ambiguïté de la place de l'expertise dans les processus décisionnels. Il confie ne pas croire au *“modèle idéal d'une décision rationnelle éclairée par l'expertise”*, en vertu de la complexité des préférences qui entrent en jeu dans la décision, mais aussi en vertu de la complexité même des données⁶.

Comment faire avancer la politique française des drogues ? Une piste est de rechercher une plus grande transparence à l'égard de la société civile. Pour Jean-Michel Costes, qui citait les données des enquêtes Eropp (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) de l'OFDT, *“les données ne s'adressent pas seulement aux décideurs, elles doivent aussi être vulgarisées pour être accessibles à la population”*. Car l'opinion publique à l'égard de l'usage de drogues est déterminante pour favoriser les évolutions politiques.

Ainsi, en Suisse, c'est l'ensemble des citoyens qui ont validé par référendum les avancées de la RdR.

Mais c'est aussi sur la façon dont les données de la recherche sont produites que des pistes intéressantes ont été avancées. À l'heure de l'institutionnalisation, c'est la question de la professionnalisation des acteurs de la RdR qui se pose avec acuité – la force du plaidoyer de Lia Cavalcanti en faveur de la recherche-action en témoigne⁷. *“Les mains sales de l'urgence ne sont rien si on n'a pas les idées propres ! Penser n'est pas un luxe !”* a-t-elle martelé, exhortant chaque acteur de terrain à se faire chercheur, et à s'efforcer, malgré la pression du quotidien, de recueillir des données sur sa pratique : *“Nous ne sommes pas des militants, mais des pros, qui produisons des résultats !”*.

Construire le réel

L'enjeu de cette professionnalisation est au cœur des inquiétudes liées à l'institutionnalisation de la RdR, car l'exigence est de taille. Comme le souligne Lia Cavalcanti, *“aujourd'hui, nous disons qu'il faut diversifier les actions. On ne va certes pas indéfiniment distribuer des seringues et des traitements de substitution ! Mais qui va dire quels sont les nouveaux enjeux et besoins, si ce n'est pas nous ? C'est à nous de continuer à nourrir les politiques publiques”*.

Selon le vœu de Serge Escots, chargé de recherches à l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées, la professionnalisation de la RdR, ce devrait être aussi la fin du *“soupçon toujours plus ou moins sous-jacent sur le terrain selon lequel l'observation des chercheurs sert à renseigner le pouvoir”*⁸.

Au contraire, seule la mutualisation des capacités permettra de définir de nouveaux enjeux. *“Une nouvelle pratique d'usage est un phénomène émergent, et un problème politique appelant une réponse de prévention, uniquement grâce à l'interaction des acteurs de terrain et des systèmes d'observation”*, rappelle ainsi Serge Escots. La professionnalisation de la RdR, ce sera donc aussi sa capacité à faire le lien entre les réalités du terrain et l'agenda politique. *“Construisons ensemble le réel !”*, concluait-il, rappelant qu'en politique un problème n'existe jamais en soi, mais seulement lorsque des experts le construisent en tant qu'enjeu politique, et qu'une action collective s'en saisit.

MÉLANIE HEARD

⁷ L. Cavalcanti, “La relation entre les pratiques d'attention et les informations produites par l'observation et l'évaluation”, P3

⁸ S. Escots, “Réduction des dommages et observations des phénomènes émergents : une interdépendance”, S36

La sensibilisation progressive des médias

Sandrine Fortunée, de l'association Coordination Toxicomanies¹, a présenté à Barcelone une étude sur la représentation des drogues et des usagers de drogues du 18^e arrondissement de Paris à travers la presse² qui met en évidence la sensibilisation progressive des médias grand public français à la réduction des risques. Petit résumé.

À partir de l'étude de 422 articles de presse parus de janvier 1995 au premier semestre 2005, Sandrine Fortunée a recherché les éléments qui déterminent la construction du discours médiatique sur les drogues – discours dominé par la question de la sécurité –, ainsi que la manière dont ce traitement médiatique va interagir avec les représentations des acteurs sociaux.

Elle fait d'abord le constat de la faible appropriation de ce thème par la presse grand public en dehors des mouvements populaires. Selon elle, *“les médias ne sont pas constructeurs d'une représentation mais suivent des représentations telles qu'elles sont données par le sens commun. Le thème de la toxicomanie est mis à l'agenda journalistique au gré des événements et sans grande continuité de traitement”*. Néanmoins, la presse s'efforce souvent de produire une analyse explicative à partir de faits de terrain, notamment en invitant des acteurs à s'exprimer³. Or, le choix de ceux-ci servant la mobilisation de l'opinion publique, les médias deviennent aussi *“un enjeu entre des groupes d'intérêts particuliers”*.

Après s'être penchée sur la médiatisation des mouvements d'habitants de 1995 à 2002 pour montrer comment les médias répercutent le discours dominant, Sandrine Fortunée note ensuite *“l'apparition progressive d'une autre manière d'appréhender les drogues, plus centrée sur la détresse des situations individuelles confrontées aux impasses de la gestion publique des drogues”*.

L'évolution des caractéristiques des personnes interviewées – spécialistes du champ de la toxicomanie, habitants, représentants de l'État, et enfin usagers eux-mêmes – en est un symptôme. Le registre lexical employé est un autre indicateur de cette évolution. Comme le note Sandrine Fortunée, *“on est passé d'un vocabulaire associé à la guerre et à la contamination (on parle de “pacification” et de “reconquête” des quartiers “gangrenés” par la drogue) à des descriptions plus nombreuses et plus fines du toxicomane. Au fur et à mesure que l'on avance dans la période, la presse reprend les grandes problématiques des acteurs socio-sanitaires dont elle intègre pro-*



gressivement la phraséologie : on parle de “populations marginalisées”, les termes “usagers de drogues”, “usagers de drogues en errance” apparaissent aux côtés de “drogués” et des “SDF toxicomanes”.

À partir de l'examen des courbes décrivant les thématiques développées par la presse, l'auteur décrit ensuite *“les moments-clés de la “désidéologisation” du discours sur les drogues, au sens de l'abandon des représentations abstraites et fantasmées”, et estime que “la complexification de l'analyse médiatique est une illustration concrète de la richesse qu'a apporté le traitement inédit du problème des drogues au moyen de la médiation sociale en toxicomanie”, celle-ci rendant possible, à travers l'objectivation du phénomène, la perception de sa multiplicité.*

L'émergence d'une réflexion sur la précarité et l'exclusion de l'utilisateur de drogues en errance à côté des représentations traditionnelles de la drogue en tant que phénomène insécurisant recueille un écho d'autant plus favorable, comme l'explique Sandrine Fortunée, *“qu'elle s'accompagne d'une plus grande attention au basculement de pans entiers de la société dans la précarisation”.*

En conclusion de cette riche étude, l'auteur pointe le glissement qui s'est opéré en l'espace d'une décennie dans le regard que porte la presse sur les usagers de drogues : *“Désormais, ces derniers ne sont plus uniquement désignés comme un danger qui menacerait la cohésion du corps social, ils incarnent aussi un des visages de la précarité et de la marginalité que produit la société. Parallèlement, la recomposition des représentations sociales sur les drogues devient de plus en plus marquée autour de la jeunesse, nouvelle figure de l'insécurité parce qu'elle serait davantage exposée à la marginalité.”*

PHILIPPE PÉRIN

¹ Coordination Toxicomanies,

87 rue Marcadet 75018 Paris, 01 53 28 08 89

² S Fortunée, *“Traitement médiatique des drogues et des usagers de drogues dans le 18^e arrondissement de Paris de 1995 à 2005”*, S2o

³ Sur l'ensemble de la période, les habitants représentent 35 % des acteurs interrogés, devant les acteurs socio-sanitaires (22 %), les élus locaux et la police (respectivement 11 %), l'État (10 %) et enfin les usagers de drogues (7 %).

De la politique des drogues en général et de la politique en particulier

C'était en 1997 ou 1998, dans le cadre du séminaire “Ehrenberg” animé par le groupement de recherche du CNRS “psychotropes, politique et société”. L'un des orateurs, Hans-Jörg Albrecht, du Max Planck Institut, soutint un matin que la RdR ne pouvait provoquer ou même accélérer une stratégie globale de changement. Elle pouvait, ce qui n'était déjà pas si mal, créer du lien avec des toxicomanes très marginalisés, développer la prévention, l'accès aux soins (en particulier du sida), voire le soutien social. Mais la RdR ne changerait ni les lois nationales ni les traités internationaux. Aide à la survie oui, politique : non. Cette thèse, bien qu'énoncée par un juriste compétent et “RdR friendly”, fut plutôt mal accueillie !

Nous fîmes alors quelques-un(e)s à développer ou reprendre une argumentation contraire. Anne Coppel le fit dans son livre *Peut-on civiliser les drogues?*¹, dont cette question est un des fils rouges. J'avais plus modestement et avec le soutien de Christian Sueur proposé à la revue *Psychotropes* un article intitulé “La RdR et l'esprit des lois”² dans lequel étaient développées quelques idées qui faisaient partie de notre “vulgate” : on peut donner trois définitions de la RdR, de la plus étroite à la plus large : la première dans laquelle on tente de nous enfermer : prévention du VIH chez les injecteurs + polytoxicomanes marginalisés. Nous devons pourtant faire ce travail crucial : *“Alors que les usages les plus destructeurs et les plus violents sont ceux qui sont le plus directement associés à la drogue dans la conscience publique, le travail en direction des toxicomanes les plus marginalisés est un préalable à tout changement.”*²

Dans la deuxième conception, la RdR devient nouveau paradigme, principe régulateur, nouvelle manière de faire, de dire et de travailler. La philosophie RdR doit irriguer tout le secteur médico-psycho-social. Enfin, troisième position, la plus radicale : la RdR doit limiter les

risques et les dommages y compris provoqués par les politiques de drogues elles-mêmes. La prohibition doit être frontalement combattue.

Certains soutenaient même, inversant la perspective habituelle, que la légalisation des drogues est l'un des nombreux outils de la RdR. Celle-ci deviendrait sinon la "rustine" de la prohibition, selon l'expression d'Erich Fromberg. La théorie des trois cercles permettait aux anti-prohibitionnistes engagés dans la RdR d'avoir une forte position médiane, politiquement vendable, tout en n'étant pas mécontents que des radicaux poussent à la roue.

J'avais pour ma part été très impressionné par l'idée de Ethan Nadelman selon laquelle il n'y a pas deux mais deux fois deux positions: la prohibition punitive, sorte de maccarthisme pharmacologique réticent à l'égard des échanges de seringues et des traitements de substitution, ensuite la prohibition progressiste, plus en faveur d'une prévention qui dit la vérité sur les produits, favorable à la RdR et souvent d'accord pour décriminaliser la consommation et la possession de petites quantités de drogues s'il n'y a pas danger pour autrui, mais qui s'arrête au seuil de la légalisation. Du côté de la légalisation, il y a aussi deux types de position: les "légalisateurs pragmatiques" qui veulent lentement légaliser le cannabis, la feuille de coca, l'opium et en évaluer en permanence les différentes conséquences. Enfin les libertariens purs et durs type Milton Friedman qui sont pour la libre production, distribution et consommation des drogues pour les personnes majeures.

Notre rêve, c'était que débattent prohibitionnistes progressistes et légalisateurs pragmatiques pour construire une politique moins contre-productive et plus humaine. Mais l'histoire a pris un tout autre chemin. Les groupes criminels sont devenus "multicartes" dans le domaine des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, speed ou XTC...) mais aussi dans les filières d'immigration clandestine, de prostitution ou de vente d'armes, suivant l'adage "ce qui compte, c'est le réseau, tout y circule". Les opinions publiques ont vu lentement s'éloigner la menace du sida par le contrôle de l'épidémie et les progrès dans les traitements. La prise en charge de populations volontiers vécues comme des "nuisances" a joué contre la RdR comme stratégie globale de changement.

Le désir de sécurité a augmenté après le 11 septembre 2001 et la longue liste des attentats survenus depuis autour du monde. Les Européens demandent plus de

logiste extrémiste plus ou moins fou. Moins fou était celui qui a récemment tué Théo van Gogh et menacé de mort la courageuse députée néerlandaise d'origine somalienne Ayaan Hirsi Ali³. Pourtant, la politique néerlandaise des drogues n'a pas changé, du moins en apparence: mais les possibles connections entre trafic et financement d'organisations créent des tensions de même que la présence de nombreux jeunes issus de l'immigration africaine ou du Surinam dans le deal de rue. En fait, le modèle hollandais est en cale sèche.

Le modèle suisse, lui, s'est brisé en même temps qu'un projet de loi qui contenait des avancées notables (consommation et production personnelle de cannabis dépenalisées, la santé publique réaffirmée comme l'axe fondamental de la politique, programmes de prescription d'héroïne et salles de consommation acceptés). Tout cela a volé en éclats avec le basculement de l'électorat suisse à droite, vers l'UDC de Christoph Blocher, principalement pour des questions d'insécurité, d'immigration et... de drogue. Depuis, la nouvelle loi est enterrée. La politique des drogues dépend d'abord de la politique tout court.

Les modèles hollandais et suisse, c'est du passé. À la Clat, l'Europe du Sud a montré qu'elle progressait dans les présentations académiques et que le mouvement restait vivace. Mais il nous faut remiser au magazine des accessoires nos incantations de rupture radicale avec la prohibition ou cesser, ce que nous avons trop souvent fait, de nous cacher la réalité. Il faut aborder les questions qui fâchent, celle de l'accès massif aux psychotropes avec les CMU ou les AME. La question de la violence, comme l'a vécue récemment la salle de consommation de Genève. Ou celle des squats en tenant compte aussi du point de vue des habitants...

L'Europe du Sud existe: c'est la contestation latine, sous le drapeau espagnol principalement, d'un refus du modèle anglo-saxon que l'on envie pourtant parfois – tout comme les Hispaniques américains éprouvent pour l'Amérique *wasp* une fascination mêlée de rejet. Mais le ping-pong catalan entre Barcelone et Perpignan ne peut plus durer. Miguel de Andrès doit pouvoir s'appuyer sur d'autres forces et ouvrir la conférence aux sujets gênants par exemple en invitant Sébastien Roché ou même Xavier Raufer pour que naisse une contestation de notre vulgate qui tourne un peu en rond. Il faut maintenant que les Italiens ou les Portugais organisent la prochaine Clat, car on voit mal la Suisse l'accueillir dans les circonstances actuelles (mais sait-on jamais!). À moins qu'il faille se rendre à Gibraltar, Malte, Chypre ou dans une autre île grecque. Après tout, le monde latin de la réduction des risques est très orthodoxe.

¹ Paru aux éditions de La Découverte en 2002, le livre – avec lequel j'ai par ailleurs certains désaccords – n'a pas reçu l'accueil qu'il méritait et devrait être relu aujourd'hui.

² Psychotropes, Vol 3, n° 4, décembre 1997

³ *Insoumise*, de Ayaan Hirsi Ali, Robert Lafont, 2005

contrôle de l'immigration. Cela n'est pas sans conséquences sur la politique des drogues. La population s'est mise à approuver en Autriche des slogans comme "dehors les dealers africains!" ou, aux Pays-Bas, le "la Hollande est pleine!" de Pym Fortuyn, assassiné par un éco-

“Démocratie, villes & drogues”

un projet global pour des réponses locales

Le projet européen “Démocratie, villes & drogues” était l’un des fils rouges de la 3^e Clat. Il vise à promouvoir des réponses locales face au phénomène de la consommation de drogues, en privilégiant les démarches participatives. Retour sur quelques initiatives intéressantes.

Pour en savoir plus :
www.democitydrug.org et
www.urbansecurity.org

Ici et là, en Europe, des expériences utilisant les méthodes de la démocratie participative ont démontré leur efficacité face aux phénomènes des usages de drogues. Le projet “Démocratie, villes & drogues”¹ se propose de réfléchir aux conditions nécessaires pour systématiser ce type d’expériences puis de les diffuser.

Le projet, subventionné à 50 % par la Commission européenne, repose sur l’alliance d’un réseau de 300 villes avec des organisations issues de sept réseaux européens de la société civile : Irefrea Italie, Itaca, T3E, Euro-TC, Alia, Basics Network, Integration Projects². Débuté le 1^{er} février 2005, il s’étale sur trois ans. Une première phase de diagnostic, jusqu’au printemps 2006, doit déterminer quelles expériences sont transférables et quelles sont les conditions de réussite. La seconde phase sera consacrée à la diffusion des pratiques par des formations, des jumelages entre villes, etc.

¹ Le coordinateur du projet est Thierry Charlois (charlois@urbansecurity.org)

² **Irefrea Italie** : réseau européen de professionnels pour la promotion et la recherche concernant la prévention de l’abus des drogues auprès des jeunes

Itaca : association européenne de professionnels travaillant dans le domaine des drogues

T3E : réseau européen développant des études et recherches dans 13 pays

Euro-TC : fédération européenne des centres de traitement des addictions

Alia : réseau latin de réduction des risques

Basics Network : réseau européen des associations de santé communautaire du milieu festif

Integration Projects : réseau européen pour l’intégration des ONG des nouveaux États membres dans la mobilisation européenne contre le sida

Un réseau d’échanges de savoir-faire

L’objectif est de créer un réseau de transfert de savoir-faire et de favoriser au niveau local l’implication de l’ensemble des acteurs concernés (élus, acteurs de la prévention, de la réduction des risques et du soin, autosupport, forces de police, justice, associations de résidents, gérants de discothèque, etc.).

Trois groupes de travail thématiques ont été créés : un groupe pour l’intégration des services accueillant les consommateurs de drogues dans les quartiers, un autre pour la création de projets locaux de *safer dance* et un troisième pour réduire les distances entre professionnels du soin, universitaires et élus. À chaque fois, c’est la même démarche expérimentale : confronter des expériences exemplaires européennes, essayer d’en déduire des éléments de réussite afin de les transposer ailleurs, puis évaluer les nouvelles actions ainsi élaborées. Par ailleurs, quatre groupes transversaux se penchent sur l’adaptation de ces expériences aux nouveaux États membres de l’Union européenne, sur l’intégration des minorités, sur la méthodologie et sur l’élaboration d’un consensus.

L’intégration dans les quartiers

Les transformations urbaines des vingt dernières années ont eu une répercussion directe sur les structures d’accueil ou de prise en charge des usagers de drogue. Les couches moyennes devenues propriétaires, souvent dans des quartiers populaires, tendent à se désolidariser des exclus : “Je ne suis pas contre les sans-abri, les prostitué(e)s, les toxicomanes, mais pas en bas de chez moi ! Notre quartier connaît déjà trop de problèmes”. Les sociologues ont baptisé ce phénomène “Nimby” (*Not In My Back Yard*). Huit projets pilotes (portugais, espagnol, anglais, finlandais, allemand, néerlandais et français) ont été retenus

afin d'élaborer d'éventuelles "recettes" permettant de résoudre les conflits entre élus, populations et techniciens. Certaines conditions *sine qua non* ont d'ores et déjà pu être établies à partir de ces huit expériences:

- **Des principes éthiques:** notamment que les usagers de drogue disposent des mêmes droits citoyens que le reste de la population et que la structure soit elle-même dans son fonctionnement un modèle de démocratie;
- Quelques **principes pragmatiques:** comme la nécessité de répondre aux besoins fondamentaux des usagers de drogue ou de trouver une localisation pertinente pour la structure;
- La nécessité d'**associer toutes les personnes concernées** par la vie de quartier, de mélanger les usagers de drogue avec d'autres populations. Puis mettre en

place des plates-formes de confrontation régulières et pérennes, afin de "théâtraliser les conflits". C'est en fait promouvoir une véritable démocratie participative.

- **Que le processus d'implantation soit un processus de négociation:** "Cela peut prendre du temps!" s'exclame Jaume Serrano, qui explique que la négociation autour de l'implantation à Barcelone de la structure dont il est le directeur a duré 2 ans. Les voisins ont été informés et impliqués lors de réunions festives, les enfants par des concours de rédaction à l'école. "Il faut expliquer ce que l'on va faire, comment, pourquoi, les conséquences, même si elles sont désagréables" souligne-t-il.
- **Le principe de transparence est fondamental.** Les politiques ont la tentation d'ouvrir ces structures en catimini. Or le public se montre beaucoup moins réticent

La prévention entre dans les boîtes de nuit par la petite porte

Dans de nombreux pays européens des programmes de prévention sont réalisés depuis des années dans les boîtes de nuit. En France en revanche, la réduction des risques en milieu festif reste essentiellement cantonnée aux raves parties et aux milieux "underground".

La faute à qui? On dénonce souvent la frilosité des responsables d'établissements depuis la fermeture de cinq clubs en 1997 pour trafic de drogue. Il faudrait également évoquer le manque de volonté politique et les difficultés à mener une action locale originale dans notre pays centralisé. Ailleurs, ce sont souvent les gouvernements régionaux ou les villes qui prennent en charge ou se font les promoteurs de telles actions.

Mais la situation pourrait changer. Une expérience pilote est menée actuellement dans six discothèques parisiennes (trois clubs hétéros et trois clubs gais) en collaboration avec des projets similaires à Edimbourg et en Catalogne. Cette expérience est pilotée par la mission toxicomanie de

la préfecture de Paris et la mission de prévention des toxicomanies de la mairie de Paris.

Des formations sont proposées aux équipes des clubs afin de les sensibiliser sur leur rôle par rapport aux consommations de drogue et de créer une dynamique de groupe autour de cette thématique. Chacun est

informé et responsabilisé: le barman sert l'alcool, le service de sécurité gère les sorties, le DJ influence les consommations par le rythme de la musique, le patron est responsable des infrastructures (ventilation, chill out, eau fraîche disponible) et a un devoir d'assistance à personne en danger. Les formations sont dispensées par Techno+, Médecins du monde, l'Anpaa (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) et la Brigade des stupéfiants, la présence de cette dernière ayant un effet rassurant pour les patrons.

Le bilan des formations est positif, mais il faut dire que les clubs participants étaient déjà sensibilisés. "Ils faisaient déjà tout bien!", s'exclame Thierry Charlois, le responsable du projet, constatant la mise à disposition d'eau fraîche, la possibilité de s'aérer ou de se reposer dans un endroit calme, l'attention portée aux quantités d'alcool consommées, etc. Il se réjouit qu'un club ait, depuis la formation, rétabli la vente de snacks. La difficulté sera maintenant de généraliser le projet et d'impliquer des établissements moins sensibilisés.

À côté des formations dispensées au personnel, il manquait un support d'information pour les usagers de ces lieux, les dépliants réalisés par des associations comme Techno+ étant adaptés à un public très spécifique. Le manque semble réparé avec la réédition toute récente de la brochure "et toi, les drogues tu en sais quoi?", initiée par le Sneg (syndicat national des entreprises gais) en 2002. La nouvelle version vise également le public hétérosexuel et pourra donc être diffusée plus largement.

- L.D.



quand on fait la démarche d'aller vers lui. Toujours communiquer avec l'extérieur, donner à voir ce que l'on fait est essentiel. Ceci vis-à-vis des populations comme des médias. *"C'est en allant au-devant des médias qu'on peut les utiliser. Il faut avoir une stratégie médiatique offensive"*, juge Éric Labbé (président de l'association Stalingrad quartier libre) qui a interpellé les médias sur le problème humanitaire posé par la fermeture des squats du 18^e arrondissement pour bénéficier d'une couverture plus positive.

Les programmes *safer dance*

Le travail en milieu festif est un champ encore expérimental, qui a débuté au début des années 1990. Stéphane Leclercq, responsable du groupe de travail, estime que ce champ a aidé à renouveler le concept de réduction des risques en l'élargissant à la notion de gestion des risques. *"On ne pouvait pas toujours aborder les drogues du côté "problématique" car on n'aurait pas pu rentrer en contact avec les usagers."* Pour Joan Colom, responsable du programme "Nit segura" (nuit sûre) en Catalogne, cette période marque un changement radical dans la façon de faire de la prévention. Est apparue l'idée que l'information pouvait sauver des vies (par exemple sur les risques d'hyperthermie). L'environnement lui-même devenait vecteur de prévention (aération, etc.).

Les programmes *safer dance* favorisent l'intervention en milieu festif par la mise en place de plates-formes locales impliquant les administrations (transports, services d'urgence, sécurité), le secteur privé (propriétaires, organisateurs) et la société civile (ONG, associations de pairs, et si possible le public des lieux festifs). Les acteurs de santé n'ont pas l'habitude d'impliquer le secteur commercial mais celui-ci se laisse séduire par la nécessité d'offrir un service de qualité aux clients.

Une expérience pilote est menée actuellement dans six discothèques parisiennes (lire encadré p.9).

Santé publique *versus* sécurité

La question de la paix sociale et des nuisances publiques a longtemps été évacuée de la réduction des risques. À côté des nuisances fantasmagiques, il existe pourtant des nuisances réelles. Pour Anne Coppel, *"en France, on dissocie souvent l'aide aux usagers de drogue et le public. On pense qu'il faut choisir entre solidarité et sécurité. Cela tient au fait que la réduction des risques a été amenée par le sida, alors qu'en Europe du Nord et en Suisse elle a été amenée pas les scènes ouvertes. Les deux logiques, sécurité et santé publique, ont des objectifs différents mais ne sont pas contradictoires. Il faut sortir de cette construction du débat public"*. Elle propose par

conséquent de répondre à la demande sécuritaire par une démarche plus démocratique: *"Quand on négocie, on prend des risques, mais à partir du moment où c'est décidé, cela fonctionne sur des bases solides. Il faut accepter de négocier avec les gens quand on n'est pas d'accord."*

La ville, échelon-clé des politiques des drogues?

Pour Michel Marcus, délégué général du Forum européen pour la sécurité urbaine, les villes représentent le niveau stratégique pour agir sur les phénomènes des drogues. D'une part, elles sont le lieu de gestion de l'espace public et de cohabitation entre des catégories différentes de population, le lieu de confrontation entre les besoins de la population locale et ceux des usagers de drogue. D'autre part, elles sont un échelon approprié pour mettre en place des actions expérimentales. Les villes font ainsi figure d'élément moteur dans un paysage politique miné par la crise des États. *"Aujourd'hui les États européens n'ont plus rien à dire sur un certain nombre de problèmes et ils n'existent plus d'une certaine façon"*, souligne Michel Marcus.

Pour autant, leur action ne peut se passer d'une volonté politique plus globale, nationale ou internationale. L'Europe est à ce titre porteuse de beaucoup d'espoirs, bien que le plan d'action 2005-2008 de la Commission suscite une grande déception par rapport aux positions prises par le Parlement. Il semble que les solutions d'avenir pour les phénomènes des drogues doivent passer soit par les assemblées de quartier, soit par Bruxelles.

Jusqu'alors, y compris dans les débats de la précédente Clat, prévalait l'idée que les réponses aux phénomènes des drogues devaient être transdisciplinaires: médecins, psy, anthropologues, juristes, géopoliticiens, usagers de drogues avaient tous leur mot à dire, mais cela restait, malgré tout, une question de spécialistes. En 2005, la question des drogues devient l'affaire de chacun, y compris du citoyen lambda.

D'où la conclusion de Miguel de Andrés (groupe Igia, responsable de l'organisation de la conférence), lors de la séance de clôture: *"à l'heure actuelle, il est plus important de produire des processus que des idées"*.

Comme le souligne un acteur du projet Démocratie, villes & drogues, *"Tout a été inventé, mais tout reste à faire."*

LYDIE DESPLANQUES

Les associations d'usagers se cherchent un avenir

L'autosupport traverse une crise existentielle. Les associations d'usagers de plusieurs pays ont débattu à la Clat de leurs difficultés à s'organiser et parfois à s'intégrer dans les programmes de réduction des risques. Manque de reconnaissance, avenir incertain, problèmes de collaboration entre les structures... Tour d'horizon des maux d'usagers.

L'existence des associations d'usagers de drogue n'a jamais été facile. Certes, elles sont devenues incontournables dans le paysage de la réduction des risques, mais elles n'en connaissent pas moins de nombreuses difficultés. L'un des problèmes, c'est la mobilisation, la plupart des usagers cherchant avant tout à ne pas être repérés en tant que tels. C'est d'autant plus vrai pour ceux qui se trouvent en situation de grande précarité. Quant à ceux qui ont décroché, ils ne souhaitent souvent qu'une chose, tourner la page. Difficile pour eux de s'investir dans les associations.

D'autant plus en France, dans un contexte défavorable aux usagers de drogue (UD). Pour Jeff Favatier, d'Asud Nîmes, la stigmatisation des UD semble faire un retour en force dans l'hexagone: *"Depuis deux ans, il y a une évolution en France, liée aux préoccupations croissantes en matière d'insécurité. Il y a un contrôle social accru et une stigmatisation des usagers. Ainsi, on a de nouveau des incarcérations de personnes avec moins de 10 g de haschich sur elles."*

Associations en danger

Mais si les associations d'usagers françaises traversent une crise, c'est peut-être aussi parce qu'elles n'ont pas su évoluer et se fédé-

rer: *"En ce qui concerne les groupes locaux d'Asud, nous n'avons pas su former une dynamique d'échange, explique Jeff Favatier¹. Il aurait fallu trouver un mode de fonctionnement proche de celui d'un syndicat. Du coup, de 16 groupes dans 16 villes différentes il y a quelques années, nous sommes passés à 6 aujourd'hui. On a peut-être trop axé notre approche sur la première ligne, en négligeant l'aspect politique."* D'ailleurs, Asud Nîmes est en train d'évoluer vers cette nouvelle orientation. À sa création en 1994 (deux ans après la création d'Asud), l'association était essentiellement un lieu d'accueil avec un programme d'échange de seringues. Aujourd'hui, Asud Nîmes élargit son objectif, et s'attèle à défendre l'accès à la prévention, aux soins et aux droits sociaux. En Espagne en revanche, les associations d'autosupport semblent réussir à se fédérer. Là-bas, la première association d'usagers est apparue en 1992 en Catalogne. Elle avait pour but la réinsertion sociale des ex-consommateurs d'héroïne. Puis elle a proposé un programme d'échange de seringues, un bus méthadone, des interventions dans les lycées... D'autres associations ont suivi. Aujourd'hui, elles se sont regroupées au sein d'une fédération nationale des associations d'usagers de drogue, Fauna. Mais, comme le précise Julian Montalvo², éducateur à Barcelone, ce fonctionnement "exemplaire"

¹ J Favatier, "Autosupport et première ligne: l'exemple de Nîmes", S23

² J Montalvo, "Autoapoyo entre usuarios de drogas en España?", S23



cache des difficultés. *“À Barcelone, les associations d’usagers suivent les exigences de la société et s’institutionnalisent pour survivre. Du coup, on assiste à une dérive, avec des associations qui initient des projets uniquement pour plaire aux élus locaux. Le risque est réel de perdre le côté activiste, pourtant essentiel.”* Un problème récurrent évoqué lors de plusieurs sessions de la Clat (lire aussi page 3).

Manque de relais

Toutes les associations s’accordent sur une difficulté majeure : le manque de place accordée aux usagers dans les structures de réduction des risques. Comme le souligne Fabrice Olivet, d’Asud, *“il suffit d’observer ce qui se passe à la Clat : on n’a vu aucun usager intervenir en séance plénière, la seule session consacrée à l’autosupport est rejetée à la fin des débats... Au départ, l’un des objectifs de la Clat était pourtant de proposer des rencontres moins élitistes que celles organisées par les Anglo-Saxons, en donnant la parole à tous les acteurs. Aujourd’hui, elle a perdu cet objectif. C’est très bien de dire qu’il faut mettre l’usager au centre du dispositif. Mais maintenant, il faut vraiment le faire !”*

Jeff Favatier enfonce le clou : *“Si les intervenants en matière de RdR ne font pas un effort, alors qu’ils sont les plus proches des usagers, comment espérer que la société nous accorde plus de place ?”*

Pour Christine Caldéron, consultante en actions sociales, il est en tout cas essentiel que les groupes d’autosupport parviennent à faire entendre leur voix. Elle a ainsi souligné dans son intervention³ la nécessité de *“la construction d’un véritable espace de confrontation”* permettant *“l’élaboration d’un modèle de valorisation et de prise en compte de la parole des usagers sur les questions liées à la drogue”*. Mais elle pointe deux écueils à éviter. D’une part, elle évoque le risque d’enfermement dans une *“posture d’usager”* que peut entraîner cette reconnaissance. D’autre part, elle insiste sur la nécessité d’inscrire dans le temps ce mouvement. Car *“rien ne garantit aujourd’hui la pérennité d’une réelle prise en compte du savoir des usagers”*.

Mariage mixte

Cette intégration des usagers au sein des programmes de RdR s’accompagne de plusieurs problèmes et interrogations, comme l’ont d’ailleurs souligné plusieurs interventions. Un exemple est celui du projet Paritox mené à Milan par Susanna Ronconi⁴. Cette étude a recueilli l’expérience et le degré de satisfaction de personnes travaillant au sein d’un programme d’autosupport

dans six régions italiennes. Globalement, les usagers enrôlés portent un jugement positif sur leur travail, qui a influencé leur vie personnelle en modifiant leur usage, en améliorant leurs contacts sociaux et en les rendant plus stables et plus actifs. La moitié déclarent n’avoir pas de difficulté à concilier travail et usage de drogues. Mais, même si la majorité d’entre eux estiment entretenir des relations égalitaires avec leurs collègues, ils font part d’un certain manque de reconnaissance de leur rôle par les autres professionnels et demandent plus de formations et, pour deux tiers d’entre eux, un statut spécifique. Dans le même ordre d’idée, la présentation d’une étude belge de Maryse Degraen a lancé le débat sur la question de la rémunération des UD dans le cadre de collectes de données, d’études ou de questionnaires⁵. À contre-courant des représentants d’associations de RdR présents, Fabrice Olivet a plaidé contre une telle rémunération, incompatible selon lui avec une prise de position citoyenne des usagers. Le débat reste ouvert...

Les associations françaises d’usagers réussiront-elles à se fédérer et à surmonter la crise ? L’autosupport espagnol pourra-t-il évoluer sans “vendre son âme” ? Les usagers italiens continueront-ils à faire de la réduction des risques malgré le manque de reconnaissance ? Les UD belges seront-ils payés ? Les réponses à toutes ces questions seront peut-être à l’ordre du jour de la Clat n°4...

ALAIN SOUSA ET PHILIPPE PÉRIN

³ C Caldéron et O Maquet, *“Le point de vue des usagers”*, S16

⁴ S Ronconi, *“Ricerca “operatori pari e consumatori esperti: autoritratto di gruppo”*”, S25

⁵ M Degraen, *“Des outils de réduction des risques : processus d’élaboration et méthodologie participative”*, S17

Prescription d'héroïne

la voie orale

fait ses preuves

Dans les rares pays où ils existent, les programmes de prescription d'héroïne consistent en des traitements individualisés dans le cadre d'une approche médico-psychosociale. Dans cette optique, une nouvelle avancée est aujourd'hui expérimentée: la diacétylmorphine (DAM) par voie orale, pour les usagers dépendants. Le point sur ce dispositif, et notamment les protocoles menés en Suisse.

La prescription d'héroïne sous forme de diacétylmorphine orale est un traitement destiné aux usagers non injecteurs, à ceux dont le système veineux est très dégradé ainsi qu'à tout ceux qui ont abandonné la voie parentérale. Cette approche est encore en cours d'expérimentation: en Suisse, un essai clinique évalue sa tolérabilité et à Barcelone, une étude randomisée essaie d'en déterminer l'efficacité par rapport à la méthadone et à la morphine orale.

La diacétylmorphine, la méthadone et le sulfate de morphine sont utilisés comme des agonistes complémentaires. Ils ont en effet des propriétés pharmacodynamiques similaires (ils sont tous agonistes sur les récepteurs opioïde μ) et des propriétés pharmacocinétiques différentes notamment en ce qui concerne la demi-vie, la liposolubilité et les voies de métabolisation. De plus, avec la diacétylmorphine, l'intérêt est d'obtenir l'effet subjectif souhaité par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine qui ont eux un effet opioïde soutenu.

De nombreux précédents

La prescription d'héroïne par voie orale a des précédents en Grande-Bretagne, pour le traitement de la douleur et du cancer en phase terminale. Les avantages potentiels de l'utilisation de l'héroïne orale par rapport à la morphine ont été observés: les délais d'action sont plus courts, il y a moins d'effets indésirables et une sédation accrue. Cependant, l'efficacité de la diacétylmorphine

orale par rapport à la morphine n'a pas été démontrée par des études.

Dans l'analgésie post-opératoire, une étude comparative entre la morphine et l'héroïne a été réalisée par Robinson en 1991¹. Il n'est pas apparu de différence notable: les effets analgésiques, euphorisants et indésirables tels que les nausées ou les vomissements étaient comparables. Il est à noter que la dose d'analgésique nécessaire pour une période de 24 heures pour la morphine est de 44 mg alors qu'elle n'est que de 20 mg pour l'héroïne orale.

Dans le cadre des traitements de substitution, une étude a été réalisée par Ghodse et coll. en 1990². Les résultats montrent que la stabilisation des patients était similaire avec l'héroïne orale et la méthadone. D'ailleurs les patients n'arrivaient pas à faire la distinction entre les deux. L'héroïne était administrée lorsque les symptômes de manque apparaissaient avec une dose moyenne de 55 mg. Il n'y a pas de données sur les effets à long terme, ni à des doses plus élevées.

Pharmacologie de l'héroïne orale

Aujourd'hui, il existe deux formes galéniques de diacétylmorphine, une à libération immédiate avec un pic plasmatique de 1 heure et une demi-vie de 6 à 8 heures, et une forme retard avec un pic plasmatique allant de 1 à 4 heures avec une demi-vie de 8 à 12 heures. Leur administration combinée permet un effet initial de meilleure

¹ Robinson SL et al., "Morphine compared with diamorphine. A comparison of dose requirements and side-effects after hip surgery", *Anaesthesia*, 1991, 46 (7), 538-40

² Ghodse AH et al., "Comparison of oral preparations of heroin and methadone to stabilise opiate misusers as inpatients", *BMJ*, 1990, 300 (6726), 719-20



qualité avec un effet soutenu. La biodisponibilité de l'héroïne orale est d'environ 62-72%. Entre 1/2 et 3/4 de la dose administrée est absorbée. Il n'y a pas d'euphorie marquée, ni de flash mais une légère montée avec une sensation de plénitude et d'apaisement 20 à 30 minutes après la prise des comprimés, une tranquillité subjective plus importante qu'avec le sulfate de morphine ou la méthadone.

Une étude réalisée par Girardin à Zurich a démontré l'intérêt de l'utilisation de la diacétylmorphine orale par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine. L'absorption de l'héroïne est rapide et étendue par rapport à celle de la morphine, la biodisponibilité de la morphine après ingestion de l'héroïne orale est plus élevée (62-72%) que celle du sulfate de morphine retard (20-40%).

Ce phénomène provoque des concentrations plasmatiques de morphine stables et soutenues. En outre, dans la cinétique de l'héroïne orale, il existe un pic d'absorption rapide qui expliquerait la sensation subjective de légère montée et d'apaisement que les patients rapportent. Les résultats de cette étude corroborent donc les dires des patients. Enfin, l'étude conclut que les voies orale et intramusculaire sont des alternatives faisables et sûres par rapport à la voie intraveineuse pour la prescription médicale de diacétylmorphine.

Minimiser les symptômes d'abstinence

Le docteur Miguel Maset, responsable du Programme expérimental de prescription de stupéfiants (PEPS) à Genève, a présenté lors de la Clat l'intérêt de diversifier les prescriptions d'opiacés et a précisé les spécificités de la prescription d'héroïne par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine³.

Les objectifs de la diversification de ces prescriptions sont d'obtenir une stabilité physique et émotionnelle, de minimiser les symptômes de l'abstinence, d'adapter les traitements de substitution aux caractéristiques bio-psycho-sociales des individus et enfin d'être une alternative vers une voie thérapeutique normalisée.

³ M. Maset, "La diacétylmorphine orale comme alternative pour les dépendants non injecteurs à l'héroïne", S2

Sur l'ensemble des patients du PEPS, 52% ont une prescription d'héroïne, 8% de méthadone et 40% ont une prescription combinée d'héroïne avec un autre traitement de substitution.

Ces combinaisons se décomposent ainsi :

héroïne IV + méthadone	15%
héroïne IM + sulfate de morphine	25%
héroïne IV + héroïne orale	4%

Pour l'ensemble de la Suisse, 1275 patients bénéficient d'une prescription d'héroïne, ce qui représente 91% du total des places autorisées. Sur ce total, 191 (15%) reçoivent un traitement combiné héroïne IV et oral, 108 (8,5%) uniquement oral et 976 (76,5%) uniquement IV.

Une initiative critiquée

La prescription d'héroïne par voie orale en Suisse s'adresse aux patients pour lesquels la détérioration veineuse est importante et qui n'ont plus la possibilité de s'injecter ni en IV ni en IM. Elle doit s'inscrire dans un processus thérapeutique vers l'abandon de l'injection et/ou vers l'abstinence. Elle apparaît aussi comme alternative pour les inhaleurs et les fumeurs.

Pourtant, l'initiative est controversée. Ses détracteurs s'appuient sur des arguments d'ordre pharmacologique: la dégradation de la diacétylmorphine en monoacétylmorphine puis en morphine avant le passage de la barrière hémato-encéphalique élimine l'effet euphorique; le premier passage hépatique induit une faible biodisponibilité qui nécessite des doses élevées et qui rend donc le traitement coûteux, alors que la cinétique est finalement la même que celle de la morphine.

L'avis des patients est différent. Ils perçoivent une sensation subjective nettement meilleure qu'avec la méthadone ou le sulfate de morphine. Ils rapportent une baisse de l'anxiété, un meilleur sommeil, une légère montée et une sensation de chaleur une demi-heure après la prise du comprimé.

Pour le docteur Maset, la diacétylmorphine orale constitue une alternative thérapeutique intéressante pour une population cible. Il juge l'expérience satisfaisante sur le plan clinique, tout en soulignant que la tolérabilité, la faisabilité et l'efficacité sont en cours d'expérimentation. Enfin, il souligne une donnée à prendre en compte dans l'évaluation de ce traitement: "Très souvent, les patients ont raison!".

Évolution des prescriptions au PEPS

héroïne (diacétylmorphine)	en 2000	en 2005
en intraveineuse (IV)	43	31
en intramusculaire (IM)	5	1
orale	0	7

Instantané d'une salle de consommation barcelonaise

Au cœur de Barcelone, se trouve une salle de consommation à moindre risque de drogues : la Sala Baluard. Encore récente, celle-ci attire pourtant plusieurs centaines d'usagers jour et nuit. Visite nocturne, à l'heure où, en France, plusieurs associations tentent de relancer le débat sur l'ouverture de telles structures.

Une petite place de la vieille ville de Barcelone, vers 5 heures du matin, une nuit de juillet. Tandis qu'on finit de remballer dans les camionnettes d'un traiteur les restes d'une soirée culturelle dans les jardins du Musée maritime, un jeune couple à l'apparence banale s'assoit sur un banc pour ranger les seringues qu'il vient d'échanger à la Sala Baluard.

Adossée au prestigieux musée, à quelques dizaines de mètres de la grande place surmontée de la statue de Christophe Colomb où la Rambla vient déverser son flot de touristes, la plus grande structure d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues de Barcelone est ouverte 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

La fermeture en juillet 2004 de Can Tunis, la grande scène barcelonaise de consommation de drogues¹, a entraîné la dispersion des usagers dans plusieurs quartiers de la capitale catalane et de sa périphérie, une bonne partie d'entre eux investissant la vieille ville. Confrontée à cet afflux dans un de ses sites les plus touristiques, la municipalité a ouvert en décembre 2004 la Sala Baluard, un centre de réduction des risques doté

d'une salle de consommation. L'établissement accueille en moyenne 430 usagers de drogues

par jour, avec un nombre de consommations sur place qui tourne autour de 160, réparties entre héroïne, cocaïne et "speedball" (un mélange des deux produits).

Aménagement minimaliste

Une fois la porte franchie, le contraste entre la beauté du mur de façade aux pierres plusieurs fois centenaires et l'atmosphère confinée du local est frappant : 60 m² sans fenêtre où se concentrent tant bien que mal un espace d'accueil, une infirmerie, un local administratif, une salle de douche, une pièce "chaleur et café" et l'espace de consommation proprement-dit, la salle EVA pour "espacio de venopuncion asistida". Comme l'explique Jordi, un des membres de l'équipe, l'exiguïté des lieux empêche un minimum d'intimité et de calme, et "cela génère des problèmes de violence".

L'infirmerie est utilisée pour les consultations médicales, pour les petits soins ainsi que pour la délivrance de méthadone. De l'héroïne par voie orale y est aussi dispensée, mais uniquement lors de cures de sevrage, donc hors du cadre de la substitution.

Dans l'espace "chaleur et café", des dépliants informant sur le sida, les hépatites ou les surdoses sont à la disposition des visiteurs. Aux murs, dessins, recommandations et affiches peinent à égayer l'aménagement minimaliste

¹ lire Swaps n° 28, p 2 et 3, "Can Tunis", scène ouverte espagnole", Isabelle Célérier



du local. Une carte du monde permet d'engager la conversation sur le pays d'origine ou ceux traversés au gré des voyages. Des photos appuient les explications sur les risques liés à la consommation de rue. Une campagne du ministère de la santé met en garde contre le risque d'emprisonnement à l'étranger en cas d'usage ou de trafic de drogues.

On pénètre ensuite dans la salle de consommation. Le lieu aux allures de cybercafé bas de gamme est pourvu de six box (les deux autres salles de Barcelone ne disposent que de deux places chacune), d'une table pour un membre de l'équipe d'accueil et d'un lavabo.

Les règles du jeu

Constituée de médecins, d'infirmier(e)s, d'éducateur(rice)s sociaux, d'auxiliaires cliniques et d'agent(e)s de santé, l'équipe se démène pour compenser par un accueil chaleureux l'aspect rébarbatif de l'endroit. À l'entrée, une infirmière enregistre les coordonnées d'un arrivant (les usagers sont tous répertoriés anonymement) et lui distribue du matériel : seringues bien sûr, mais aussi papier alu pour "chasser le dragon", bicarbonate et tampons alcoolisés, sans oublier des préservatifs. Un tiers des seringues distribuées sont utilisées sur place, les autres sont emportées. L'équipe a noté une augmentation très nette de la consommation de cocaïne.

Le teint un tantinet blafard (dû à l'éclairage au néon ou à une nuit déjà longue?) mais l'œil vif et le sourire accueillant, Jordi explique les "règles du jeu" : *"Quand quelqu'un paraît trop 'clair", on lui fait passer un test, car certains font semblant d'être usagers de drogues pour obtenir de l'aide. Et on ne peut pas accueillir tout le monde.*" L'espace offre en effet vêtements et alimentation de base (lait, gâteaux...) et propose un soutien socio-sanitaire. Avant de consommer, les usagers doivent prendre connaissance des règles d'utilisation de la salle d'injection, par exemple ne pas se shooter les uns les autres. Ils doivent aussi se laver les mains. Après usage, le nettoyage de l'espace utilisé est de règle.

L'équipe dispose d'un matériel de réanimation et tient un registre précis des surdoses. En six mois d'existence, elle en a répertorié 70, la plupart liées à une polyconsommation. Points positifs, leur nombre est en régression et aucune à ce jour n'a été fatale.

"Où sont passés les autres?"

Si la Sala Baluard n'a que quelques mois d'existence, l'équipe d'EVA a commencé à intervenir dans la réduction des risques il y a

12 ans auprès des usagers de drogues de Can Tunis, tout d'abord sous une simple tente démontable.

Présentant la Sala Baluard à la 3^e Clat², le docteur Manel Anoro a d'ailleurs tenu avec un humour ravageur et grinçant un discours rejetant toute autosatisfaction. N'hésitant pas à appeler Primo Levi à la rescousse pour stigmatiser la déshumanisation et la dépersonnalisation dont sont frappés les usagers de drogues, il a mis en avant les difficultés rencontrées par son équipe, insistant sur le caractère indispensable d'une motivation totale. Après avoir rendu hommage au courage de la municipalité pour l'ouverture d'un lieu de consommation au cœur de la ville, Manel Anoro s'est inquiété de la forte baisse du nombre de seringues échangées à Barcelone depuis un an, terminant son intervention sur une question : *"Où sont passés les autres de Can Tunis?"*. Il soulignait ainsi une des principales limites de ce type de dispositifs qui, s'ils ont réussi à éviter certains aspects caricaturaux de la première expérience madrilène³, ne touchent qu'une faible minorité d'usagers. Une équipe de la Sala Baluard est pourtant spécifiquement chargée de parcourir les rues et de tenter de convaincre les usagers de l'intérêt d'utiliser la salle de consommation.

La Sala Baluard ne serait-elle qu'un exemple supplémentaire de structures faites *"pour le peuple, mais sans le peuple"*, comme l'a exprimé Soraya Donoso lors d'une autre session de la Clat⁴? *"Comme rêver ne coûte rien"*, elle a tenté de *"donner la parole aux sans-voix"* à travers ateliers, dessins et enquêtes, *"comme si les UD créaient une nouvelle salle Baluard à partir de leurs idées, de leurs besoins et de leurs inquiétudes"*...

Des expériences contrastées

Un rapide tour des autres expériences de salle de consommation présentées à la Clat est plutôt contrasté: si l'équipe de Médecins du monde de Bilbao s'est félicitée de l'ouverture d'une salle d'injection et d'inhalation⁵, une équipe italienne est revenue sur la tentative avortée d'une "narcosala naturelle" – une salle de consommation autogérée – dans la banlieue de Turin, prématurément fermée par les autorités⁶. Quant à l'équipe de Quai 9, à Genève, elle a fait le bilan d'un essai de mise en place d'un atelier d'injection n'ayant guère attiré les UD⁷ et s'est inquiétée d'une montée des pressions politiques visant à sa fermeture.

Il est presque 6 heures Sala Baluard. La nouvelle équipe vient prendre la relève. Fermeture une demi-heure, le temps de faire un peu de rangement et de nettoyage. Le dernier visiteur quitte les lieux, la démarche incertaine, à l'image du nouveau jour qui pointe.

PHILIPPE PÉRIN

² M Anoro, "Una sala de consumo en Barcelona: mucho ruido y pocas nueces?", S4

³ lire Swaps n° 23, p. 11-12, "Narcosala: 'succès' ou bonne conscience?", Isabelle Célérier

⁴ S Donoso, "Otra Sala Baluard es posible", S17

⁵ José Julio Pardo, "Una sala de consumo supervisado en el corazón de Bilbao", S4

⁶ Paolo Jarre, "Una narcosala naturale in Italia", S4

⁷ Laetitia Aeschbach, "Les ateliers d'injection 'incitation à la consommation de drogues ou réduction des risques'?", S7

Quid de la France ?

“La France, avec l’Italie, reste le pays le plus réactionnaire en Europe dans son refus idéologique de toute expérimentation de lieux d’accueil pour usagers de drogues.”

C’est en ces termes que l’association Act Up-Paris juge l’absence de salles d’injection dans l’hexagone, alors que le Luxembourg a annoncé cet été l’ouverture d’un tel lieu d’accueil pour usagers. Comme le souligne l’association dans un communiqué publié le 14 septembre, sept pays européens proposent aujourd’hui des salles de consommation de drogue : l’Allemagne, l’Espagne, les Pays-Bas, la Belgique, la Norvège, la Suisse et le Luxembourg. La France est donc pratiquement encerclée par des pays ayant adopté ces structures. L’association conclut son communiqué par un appel : *“Dans les sept pays européens sus cités, ainsi qu’au Canada et en Australie, les études et réflexions menées ont abouti à la création d’espaces de ce type. Combien de temps la France pourra-t-elle éviter de se poser sérieusement la question ?”*

Mais la mobilisation associative n’est pas réservée aux partisans de l’ouverture de telles structures. Un groupe issu du Collectif anti-crack vient de se constituer autour de François Nicolas pour s’opposer à la création de *“droguatoriums”*. Dénonçant *“un plan de longue haleine”* orchestré par la mairie de Paris avec la Mildt et Ego, le collectif *“Stalingrad contre les salles de shoot”* s’insurge contre ce *“développement prévisible de la désastreuse politique de “réduction des risques” menée depuis 1995”*. Une vaste étude menée par Bernard Bertrand de l’association Ludic, à Mulhouse, vient justement d’enrichir la réflexion sur l’ouverture de tels espaces. Elle présente un état des lieux de 87 structures de ce type en service autour du monde. Titrée *On peut franchir le pas, faire un essai*, l’étude est accessible sur le site www.ludic-mulhouse.org. Parmi ses mérites, celui de se pencher sur la jungle des appellations utilisées en la matière – signe du caractère expérimental de l’entreprise. Car du large mais éluif *“salle de consommation”* au *“droguatorium”* cité plus haut, avec ses résonances nauséabondes, il y a un monde, où la concision québécoise (pîquerie) croise la précision anatomique catalane (espacio de venopuncion asistida), mais aussi l’utopie italienne (narcosala naturale) ou la rigueur allemande (fixpunkt)... sans compter une demi-douzaine de déclinaisons anglo-saxonnes.

La plus précise – mais non la moins longue – restant celle proposée par l’auteur de l’étude : *“structures d’accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues”*. - P.P. et A.S.

La réduction des risques a aussi ses exclus

La réduction des risques a ses oubliés: sans domicile fixe, détenus, clandestins, femmes enceintes, etc. Plusieurs intervenants de la Clat sont revenus sur ce constat et les initiatives qui peuvent améliorer la situation.

Comment s'occuper de réduction des risques (RdR) sans aborder la question de l'exclusion? Alberto Torres, de l'association Espoir Goutte d'Or (Paris) a ainsi souligné le manque de réponses sanitaires et sociales pour les exclus¹: *"Même lorsqu'il existe une prise en charge, il existe des formes d'exclusion! Le cadre médical ne veut pas voir les dommages collatéraux de la toxicomanie. Son seul but est de traiter la dépendance."* Une opinion partagée par Artur Sarda, psychologue à Barcelone²: *"Lorsque les programmes de réduction des risques échouent, c'est souvent parce que l'on n'a pas pris en compte les problèmes concomitants. Il y a de nombreux exclus sociaux parmi les toxicomanes. Et il est impératif d'améliorer la situation de ces personnes si l'on veut voir baisser l'usage de drogues."*

En Italie, Ombretta Turello, du service de toxicodépendance d'Alessandria (Piémont), a insisté sur cette nécessité de dépasser le cadre de la RdR dans les cas de précarité³. L'équipe du Drop-In dont elle fait partie attire

régulièrement l'attention des autorités locales sur les problématiques sociales liées à la toxicomanie, indispensables à prendre en charge: clandestins en situation irrégulière, adultes de plus de 40 ans qui ne parviennent pas à retrouver un travail, femmes qui ne peuvent pas accéder à des solutions d'hébergement. En attendant, l'équipe italienne commence déjà à s'occuper de ces questions, flirtant souvent avec l'illégalité pour mener à bien sa mission: soutien de squats d'immeubles par les sans-

logis, accès au soin pour les personnes en situation irrégulière.

Cristina Sanclemente, psychologue de l'association barcelonaise *Ambitprevencio*, estime que le premier pas est d'aider la réinsertion des usagers de drogues (UD) sans domicile fixe. Elle a mené une étude auprès de cette population à Barcelone⁴. Il s'agit d'hommes jeunes (33 ans en moyenne), dont près de la moitié sont porteurs du VHC ou du VIH. 59% ont déjà été traités à la méthadone, et 43% le sont toujours actuellement. Quelles sont les difficultés rencontrées? D'abord, il leur est beaucoup plus difficile d'accéder aux centres d'hébergement (d'autant plus s'ils sont étrangers). De plus, les services sociaux ne leur proposent que rarement des projets de réinsertion.

Pour Cristina Sanclemente, il est essentiel de traiter ces problèmes d'exclusion et de précarité, préalable indispensable pour garantir le succès d'une démarche de RdR. Mais lorsque l'on voit que la municipalité de Barcelone a rasé Can Tunis, lieu squatté par les UD⁵, pour laisser la place à un projet immobilier... on s'aperçoit que les UD ne sont pas la priorité des autorités locales.

Les clandestins à la porte

Il existe une autre catégorie de personnes qui n'ont pas accès à la réduction des risques: les étrangers en situation irrégulière.

La présentation de André-Jean Rémy, médecin au centre de rétention administrative de Perpignan, était particulièrement éloquent⁶. Un centre de rétention, c'est l'en-

¹ A Torres, "L'atelier "pieds et mains" d'Espoir Goutte d'Or", S42

² A Sarda, "Terapia o control", S8

³ O Turello, "Adulti in poverta estrema: la sfida di un piccolo drop in", S42

⁴ C Sanclemente, "Usuarios de drogas "sin techo": una realidad", S42

⁵ lire *Swaps* n°28 et page 16 de ce numéro

⁶ AJ Rémy, "Étude nationale sur le dépistage et la prise en charge des addictions, du VIH et des hépatites virales en centre de rétention administrative en France", S14

droit où sont logés les “sans-papiers”, en attendant leur expulsion. Il y a 22 centres de rétention en France, mais la prise en charge médicale y est assez récente. Elle est arrivée depuis que, fin 2003, le délai maximum en centre est passé d’une semaine à 32 jours. En matière de santé, il n’y a pas de consultations médicales spécialisées sur le site, et les consultations systématiques d’entrée portent mal leur nom : elles ne sont pas toujours réalisées. Comme le précise le Dr Rémy, *“les moyens sont insuffisants pour aller au-delà des soins primaires, malgré la volonté de faire de la prévention”*.

En ce qui concerne l’usage de drogue, une enquête menée récemment dans 12 des 22 centres a montré que 8 d’entre eux proposaient une prise en charge de consommation de produits illicites. Au moment de l’étude, on recensait ainsi dans ces centres 19 personnes sous méthadone et 120 sous buprénorphine. Les personnes substituées n’étant pas considérées comme souffrant de maladie grave, elles sont systématiquement expulsées, et ce, même s’il n’existe pas de programme de substitution dans leur pays d’origine. Dans la plupart des cas, elles sont tout simplement renvoyées chez elles avec deux jours de traitement, dans le simple but d’éviter les crises durant le trajet.

La parentalité en question

Autres oubliés de la RdR, les parents usagers de drogues, mais aussi leurs enfants. Diana Canovas a exposé un programme créé en 1992 au sein du service des abus de substances de l’hôpital de Genève : “Parentalité addiction”, pour venir en aide aux femmes enceintes dépendantes aux drogues⁷. Le but est de prévenir les risques pour la santé du fœtus durant la grossesse, mais aussi d’agir après la naissance, pour contrôler les risques de carences affectives, d’abandon, de négligences voire de maltraitance. Comme le souligne Diana Canovas, *“il y a de plus en plus de mères cocaïnomanes en Suisse. Celles suivies à Genève sont souvent polytoxicomanes et totalement désocialisées. Mais paradoxalement, la grossesse est un événement positif dans leur vie. C’est un véritable levier qui peut faire sortir de la toxicomanie. C’est la possibilité de retrouver un statut social, de sortir de l’isolement et de se projeter de nouveau dans le futur”*.

Certes, de nombreux usagers sont réticents à entrer dans le programme : ils appréhendent la stigmatisation et surtout ont peur de se voir enlever l’enfant. Le protocole de suivi proposé à Genève prévoit à la fois des soins médicaux et relationnels, avec un suivi psychologique du couple, une évaluation des addictions et de la parentalité (investissement des deux parents, écoute de l’enfant...). Et

cela semble fonctionner pour réduire les comportements à risque et protéger la mère et l’enfant. Le centre a lancé plus récemment le programme “Trait d’union”, lieu d’accueil et d’écoute des parents UD et de leurs enfants.

La RdR entre quatre murs

Pour la majorité des pays représentés à la Clat, le constat est le même : difficile de faire de la réduction des risques en prison, où le simple usage n’est même pas reconnu.

La situation est loin d’être aisée en Italie par exemple, comme le soulignait Tamara Izzi, du service de réduction des risques de la communauté de Venise⁸. Sur 59 000 détenus en 2005, 30 % sont des toxicomanes ou sont substitués, 38 % sont séropositifs au VHC et 7,5 % au VIH. Or la RdR a encore du mal à se développer, et se limite principalement à la distribution de méthadone. Mais les professionnels vénitiens font preuve d’initiatives originales en matière de prévention. Ils ont ainsi mis en place un atelier de tatouage au henné !

Le tatouage est une véritable institution dans les prisons italiennes, à tel point qu’il a été interdit par les autorités carcérales. Proposer ainsi un atelier de tatouage non permanent offre l’avantage de satisfaire les autorités et d’attirer les détenus. *“Cela a permis notamment de faire diminuer le nombre de tatouages artisanaux, souligne Tamara Izzi. Et surtout d’aborder les questions de santé : hygiène, promiscuité, risques d’infections VIH et VHC.”* Difficile toutefois de dire si ce genre d’initiative pourrait être exporté dans d’autres pays latins...

En Catalogne, la réduction des risques en prison est tout aussi difficile à mettre en place, comme le souligne Xavier Majo, responsable des questions de toxicomanie au sein du ministère de la santé de la région. Certes, des programmes de RdR ont débuté en 1997 dans certaines prisons catalanes. Et en 2000, le gouvernement de la province espagnole a fait passer une loi obligeant les prisons à mettre en place un programme d’échange de seringues. Mais dans les faits, rien n’a réellement bougé jusqu’en 2002.

Si le programme a en effet du mal à décoller, il faut en chercher la raison du côté des autorités pénitentiaires. Malgré le feu vert du gouvernement, celles-ci sont plus que réticentes. À Tarragona par exemple, dès qu’un détenu participe au programme d’échange, il est aussitôt soupçonné de dealer et transféré dans une autre prison. Difficile dans ce cas de mettre en place des programmes de prévention. Mais il faut noter que la situation est plutôt hétérogène en Espagne. Dans d’autres régions, certaines prisons planifient ainsi de mettre en place des projets expérimentaux de distribution d’héroïne !

⁷ D Canovas, “Programme parentalité-addiction : le modèle genevois”, 89

⁸ T Izzi, ““Questione di pelle” — interventi di riduzione del danno in carcere. Laboratorio di tatuaggio all’ henné nel carcere maschile di venezia”, 814