



Article extrait de la revue
l'Observatoire, n°98,
Toxicomanies... Et si on en
parlait?, avril 2019

VOIR LE SOMMAIRE
www.revueobservatoire.be

Nous sommes TOUS des usagers de drogues

Développements, enjeux et défis vécus par les services spécialisés

Sébastien ALEXANDRE

Directeur
FEDITO BRUXELLES

s.alexandre@feditobxl.be
www.feditobxl.be

EN QUELQUES DÉCENNIES, ET EN PARTICULIER DEPUIS LES ANNÉES 80 ET L'ÉMERGENCE EN BELGIQUE DES PREMIERS SERVICES SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉS AUX PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX DROGUES, LES RÉPONSES À CELLES-CI ONT BEAUCOUP ÉVOLUÉ ET N'ONT CESSÉ DE SE DIVERSIFIER. À LA FAVEUR, NOTAMMENT, DE LA « RÉDUCTION DES RISQUES » QUI S'EST PEU À PEU IMPOSÉE COMME LE TROISIÈME PILIER FONDAMENTAL DE L'INTERVENTION EN FAVEUR DES USAGERS DE DROGUES, AUX CÔTÉS DU TRAITEMENT (ASSISTANCE ET SOINS AU SENS LARGE) ET DE LA PRÉVENTION. À CONTRE-COURANT DE CETTE TENDANCE, LA LOGIQUE PROHIBITIONNISTE ET PUNITIVE, AU NIVEAU LÉGAL ET POLITIQUE, PERDURE NÉANMOINS. ET SI ON CHANGEAIT DE PARADIGME ?...

Mots-clés: addictions, drogues, prohibitionnisme, réduction des risques, représentations

Il est pointé du doigt. Plaint, blâmé, voire criminalisé.

Dans beaucoup de pays du monde, il peut être emprisonné: en Belgique aussi. Dans certains pays du monde, il peut être mis à mort: à moins de 5000 km d'ici.

Et pourtant, qui est-il?

L'usager de drogues n'est pas, n'est plus, le «toxicomane»: peu à peu, les associations tournent le dos à cette dénomination trop lourde, trop intrinsèquement tournée vers la toxicité de produits, vers la manie comportementale. Les associations qui en font encore usage ne le font que pour insister sur la stigmatisation endossée par le «toxicomane».

L'usager de drogues n'est pas seule-

ment «l'addict», le «toxico-dépendant», le «consommateur compulsif»: l'usager de drogues n'est pas forcément «dépendant». L'usager de drogues peut en consommer de manière frugale, occasionnelle, douce, voire épicurienne. L'usager de drogues peut en consommer massivement, mais pendant un temps.

L'usager de drogues n'est pas seulement l'usager de stupéfiants, puisque le stupéfiant relève avant tout de l'illégalité. Or, l'usager de drogues recourt aussi aux drogues en toute légalité. L'usager de drogues est usager de drogues légales ou illégales: il consomme de l'héroïne, de la cocaïne, du cannabis, de l'alcool, du tabac, voire même du jeu, du travail, du sexe, ...

L'usager de drogues est désormais une figure multiple, diverse et difficile à classer.

L'usager de drogues, c'est vous, c'est moi, c'est nous.

Aux débuts, la prévention et le traitement, et puis ensuite, la réduction des risques

C'est principalement dans les années 80 que se sont constituées les premières institutions de ce qui constitue encore actuellement les «services spécialisés». Certains dispositifs existaient déjà, certaines initiatives répondaient à certains besoins, mais ce ne l'était que dans des perspectives généralistes. À partir des années 80 donc, on vit émerger des associations spécifiquement dédiées aux problématiques liées aux drogues, et ce dans des démarches soit de prévention, soit de traitement.

À l'époque en effet, il s'agissait de

répondre aux drogues, soit en prévenant l'usage, soit en accompagnant l'utilisateur dans une perspective qui se voulait encore, le plus souvent, à visée abstinente. L'essentiel de la solution résidait dans la non consommation...

Et pourtant, déjà, émergeait d'autres solutions, comme le traitement de substitution. Hors de toute légalité, et même hors des recommandations de l'Ordre des Médecins, certains commençaient à prescrire de la méthadone, cet opiacé de substitution permettant d'accompagner différemment le consommateur d'héroïne. Pendant de longues années, ces traitements de substitution auront évolué dans l'illégalité: ce n'est qu'en 1994 qu'une conférence de consensus allait permettre de formaliser un tant soit peu ces traitements. Avec l'idée, pour beaucoup, que ces traitements de substitution avaient toujours un but d'abstinence: dans l'inconscient général, l'objectif était de substituer pour réduire et annihiler toute consommation.

Cela allait à l'encontre de la littérature, déjà parue une bonne vingtaine d'années auparavant aux Etats-Unis, qui soulignait que la substitution pouvait être prise sur des temps longs, avec une réelle plus-value pour le consommateur d'opiacés du point de vue de sa qualité de vie. Les premières institutions spécialisées ne faisaient encore qu'émerger, que déjà l'unique prisme de l'abstinence était questionné.

Il le fut davantage un peu plus tard, en fin des années 90, lorsque l'épidémie du SIDA faisait déjà des ravages. L'utilisateur de drogues, particulièrement par injections, était une cible facile du virus. Sa seringue, qu'il réutilisait et partageait avec des compagnons de galère, propageait le virus au sein de sa communauté, et donc, comme pour toute épidémie, potentiellement au sein de toute notre société. La peur a sans doute joué.

A la peur s'est développée une réponse par l'humanité et la promotion de la santé. A la peur a répondu une stratégie pragmatique et ouverte à l'utilisateur actif. A la peur de la société, mais aussi à la détresse des usagers de drogues, a

répondu la réduction des risques. Et concrètement, on a vu se développer l'accès aisé à des seringues stériles ainsi qu'à tout le matériel stérile d'injections, dès lors que certains virus survivent hors de la seringue; l'accès aisé à des informations; l'accès aisé à l'accueil humain de personnes qui ne répondaient pas aux principes de l'abstinence, ni même à celui de l'accompagnement par substitution.

Prévention, réduction des risques et traitement¹: les trois piliers fondamentaux de l'intervention étaient présents, et ce sont eux qui structurent encore aujourd'hui les réponses aux problématiques liées à l'usage de drogues.

Un secteur éminemment diversifié

Aujourd'hui, l'offre s'avère éminemment diversifiée. Si la FEDITO BXL dénombre 27 membres, il est en même temps presque impossible de lier deux services dans une approche qui se voudrait pleinement identique. Certains services de soins sont avant tout basés sur une approche psychosociale, alors que d'autres y intègrent le médical; certains sont résidentiels et d'autres ambulatoires; certains sont à «bas seuil d'accès» pour être facilement accessibles aux plus précaires alors que d'autres répondent aux besoins d'(ex-)usagers déjà inscrits dans un accompagnement visant à l'abstinence; certains s'adressent à des publics spécifiques, comme celui présentant le double diagnostic d'usager de drogues avec trouble psychique; certains sont inscrits dans le milieu hospitalier, dans le milieu carcéral, voire dans le milieu virtuel et en ligne; certains s'adressent à la poly-consommation, d'autres uniquement à l'alcool, d'autres encore seulement au tabac, d'autres enfin au jeu et aux consommations sans substance. Et ce n'est que pour le soin...

Du côté de la prévention, certains interviennent dans les écoles; d'autres par téléphone et internet; d'autres encore privilégient l'inscription durable dans certains «terrains» comme les campus universitaires; ...

Du côté de la réduction des risques,

certains interviennent auprès de l'injecteur de drogues, soit en comptoirs d'échange, soit en rue, en «squat», et à la rencontre de cet usager. Certains interviennent en milieu festif, en clubbing ou en festivals. Certains tentent d'intervenir en prison, mais les portes sont souvent encore lourdes à ouvrir.

Les réponses sont donc éminemment diversifiées, et elles répondent à cette figure de l'usager de drogues qui n'est pas une, qui n'est pas réductible à un profil type, mais qui est plurielle, puisque cette figure peut être ou pourrait être la vôtre, la mienne, la nôtre.

A la diversité, l'inéquité des financements

A la diversité ne correspond néanmoins pas l'égalité des financements. On sait, depuis maintenant près de 20 ans et les premières recherches de la politique scientifique fédérale sur les «Drogues en chiffres», que la réduction des risques et la prévention ne bénéficient que de moins de 4 % des financements globaux, toutes entités financeuses confondues².

L'assistance, ou le soin, bénéficie d'une part beaucoup plus importante de ces financements: on peut y trouver certainement deux explications, en l'occurrence l'attention historiquement portée vers le soin, et d'autre part une structure des coûts intrinsèquement plus importante, notamment pour les institutions résidentielles.

Néanmoins, dans cette équation des financements, on ne peut certainement pas omettre ceux dévolus à la «sécurité», c'est-à-dire à la police et aux tribunaux. Effectivement, de la

1. Dans ce texte, il est utilisé de manière largement indistincte les notions de «soins», «assistance» et «traitement», et ce malgré les nuances qui peuvent y être amenées. Dans ce cas-ci, la notion de «traitement» est amenée en référence aux «piliers» suisses (mais applicables à la Belgique et à bien d'autres pays), en l'occurrence la prévention, la réduction des risques, le traitement et la répression.

2. VANDER LAENEN F. et al., *Drogues en chiffres III*, Politique Scientifique Fédérale (BELSPO), 2011.

somme globale dévolue aux drogues, toutes entités confondues, c'est plus de la moitié qui est destinée à la sécurité. Et cela va croissant: de 2004 à 2008, dernières années pour lesquelles ces données ont pu être récoltées, on est passé de 56,24 à 61,96%. Sur le même intervalle, l'assistance est passée de 39,58 à 34,05%; la prévention, de 3,72 à 2,91%. Parmi les options de santé, seule la réduction des risques a vu sa part de financement augmenter, mais pour un total minimaliste: de 0,1 à 0,59%...

L'absence d'attention suffisante à l'encontre des drogues légales

En terme de financement, c'est la sécurité, et la poursuite des comportements «délictueux», qui se taille la part du lion. L'attention est donc avant tout portée vers les drogues «illégales». Cela va pourtant à l'encontre de la structure des coûts sociaux liés aux drogues: on sait en effet que le tabac et l'alcool expliquent 70% des coûts directs (services de soins, dépenses judiciaires et accidents de la route) et 86% des coûts indirects (perte de productivité liée à l'incapacité, l'invalidité, la mortalité et l'incarcération) liés à la consommation de substances psychoactives.

Autrement dit, ce sont les drogues légales qui coûtent le plus cher à la société, et, dans une logique strictement économique, les investissements devraient porter prioritairement sur les réponses à ces problématiques, c'est-à-dire la prévention, la réduction des risques et l'assistance. Or, c'est sur la sécurité, et donc sur les drogues avant tout illégales, que se porte en priorité l'attention politique et l'allocation des budgets. Et la politique drogues en Belgique est loin de répondre au critère d'efficacité budgétaire: elle investit massivement là où cela s'avère le moins pertinent.

3. Loi du 24 Février 1921 «concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes».

En terme de financement, c'est la sécurité, et la poursuite des comportements «délictueux», qui se taille la part du lion. L'attention est donc avant tout portée vers les drogues «illégales». Cela va pourtant à l'encontre de la structure des coûts sociaux liés aux drogues: on sait en effet que le tabac et l'alcool expliquent 70 % des coûts directs et 86 % des coûts indirects liés à la consommation de substances psychoactives.

L'ultimum remedium ne l'est pas

Au-delà de l'efficacité budgétaire, la Belgique est aussi très loin des engagements politiques qu'elle se donne à elle-même. Ces engagements ont été pris en 2001 dans le cadre d'une note politique, et actualisés en 2010 dans le cadre d'une déclaration conjointe des entités fédérales et fédérées. La notion d'ultimum remedium y est centrale. Derrière cette notion se fonde l'idée que la poursuite judiciaire du simple consommateur ne doit constituer que la solution ultime, et que prioritairement, il s'agit de porter assistance à cette même personne. Dans cette même logique, la prévention doit être la toute première priorité, ce qui, comme on l'a vu, n'est pas du tout le cas...

Plus radicalement, et concernant le cannabis, on voit dans les statistiques policières, en tout cas en Région bruxelloise, une augmentation constante et depuis dix ans de la part d'infractions liées à la simple détention et au simple usage: de 2007 à 2016, le nombre d'infractions liées à la détention de drogues est passée de 2327 à 6198 (soit une augmentation de 266%). Sur le même temps, les infractions liées au commerce et à la vente de drogues sont passées de 565 en 2007 à 1188 en 2016 (soit une augmentation de 210%). Concrètement et de manière constante, ce sont près de 80% des

infractions liées au cannabis qui ne concernent qu'une détention; les 20% restants concernent le trafic, l'importation et la production. A nouveau, nous sommes contraints de remarquer que la priorité, qui devrait être à l'assistance de l'utilisateur de drogues, est mise à la répression de ce même usager.

Au jour le jour, les trajectoires socio-sanitaires de beaucoup d'utilisateurs de drogues, dont une part importante s'avère déjà être précarisée, sont coupées par des trajectoires judiciaires. Les orientations vers et au sein du secteur de la santé sont fréquemment interrompues par des déviations vers le secteur judiciaire. Et alors même que le secteur judiciaire tend à réorienter les mêmes personnes vers la santé, il ne peut le faire que par des moyens posant questions, voire difficultés aux intervenants du social et de la santé, puisque l'injonction thérapeutique (pour ne prendre qu'un de ces moyens) n'implique pas tout le temps, loin de là, une adhésion de la personne à un objectif thérapeutique.

Un changement de paradigme est nécessaire

C'est à l'image d'un changement de paradigme que la Belgique devra, tôt ou tard, opérer. En l'occurrence, il s'agira de passer résolument d'une logique prohibitionniste et punitive, à une logique pragmatique, humaine et d'assistance.

tions, il vaut intrinsèquement mieux les accompagner et les aider, plutôt que les punir et les condamner à la clandestinité. Car, tout comme pour les prostitués, et tout comme auparavant pour les femmes qui désiraient avorter ou les personnes qui désiraient mettre fin à leurs jours par euthanasie, la clandestinité est plus dangereuse que la légalité.

Un débat de société à venir

C'est en soi un débat de société qu'il faut et faudra avoir, prochainement. C'est un débat de société aussi important que celui de l'avortement et de l'euthanasie, déjà simplement parce qu'il s'agit de la liberté de disposer de son corps, et qu'à un certain moment, à un moment de basculement, la société a pensé qu'il valait mieux donner à ces femmes qui voulaient avorter, et à ces personnes qui voulaient mettre fin à leurs jours, un cadre légal.

Auparavant, les pratiques étaient clandestines. L'avortement se faisait chez des «faiseuses d'anges», avec du matériel rudimentaire. Les complications sanitaires étaient fréquentes. Quant à l'euthanasie, l'aidant était amené à la pratiquer hors de tout cadre légal, au prix d'une condamnation pénale lourde, et au détriment du confort du patient.

La campagne «STOP 1921» (www.stop1921.be) remet en question la loi de 1921, mais aussi plus généralement la politique drogues telle qu'organisée actuellement. Elle tend à organiser un débat de société, afin que l'usager de drogues ne soit plus blâmé ni criminalisé; qu'il puisse bénéficier de l'aide qui lui sied, dans toute sa diversité, c'est-à-dire en renforçant les logiques de préventions, de réductions des risques et de traitements.

Dépénaliser l'usage et la détention de drogues

Désormais, il est temps de dépénaliser l'usage des drogues, et a fortiori leur détention, cette dépénalisation devant s'étendre à la suppression de toute amende. Les professionnels en lien avec les usagers de drogues le voient tous les jours: les trajectoires judiciaires n'amènent rien de bénéfique à

des personnes parfois déjà fortement précarisées. Pire, la judiciarisation de ces personnes peut même approfondir leur chute et leur processus d'exclusion sociale.

Cela n'est pas du tout utopique; c'est une évidence factuelle depuis que le Portugal a franchi le pas, en 2001, il y a près de vingt ans. A cette époque, le Portugal connaissait une épidémie de consommation de drogues. Voyant que la punition n'avait aucun effet sur cette prévalence, pas plus qu'en Belgique ou dans tout autre pays du monde (mises à part les dictatures, pour lesquelles les données sont très peu publiques), les autorités portugaises ont voulu adapter leur régime afin que l'usager de drogues puisse détenir une certaine quantité de drogues. Pour chaque produit, une quantité maximale a été définie, et tant que l'usager n'en détient pas plus, il n'encourt aucune poursuite. Dans le cas contraire, son premier contact avec le monde judiciaire peut être suivi par une orientation vers des dispositifs de traitement.

Suite à cette dépénalisation, le pays lusophone n'a remarqué aucune augmentation des prévalences de consommation: mieux, l'épidémie de consommation a été drastiquement diminuée, grâce à la mise en place d'accompagnements répondant bien davantage que la justice, aux besoins des personnes consommatrices de drogues.

Au-delà de la dépénalisation de l'usage, la légalisation des dispositifs

En Belgique, il ne s'agit pas seulement de se limiter à dépénaliser l'usage: l'enjeu est aussi de légaliser certains dispositifs. Car toujours au nom de la loi de 1921, certains d'entre eux sont encore parfaitement dans l'illégalité.

C'est le cas par exemple de la première salle de consommation à moindre risque, en place depuis septembre dans le centre de Liège⁴. Au

Disons-le tout net: le chemin que devra prendre la Belgique et ses entités fédérées (certaines plus que d'autres) s'avère très long, sachant le retard pris sur ces questions. La première étape sera certainement celle de l'abrogation de la loi du 24 février 1921³ qui, malgré son grand âge et malgré des remaniements à la marge, est encore celle qui prohibe les drogues et organise la logique punitive, à l'encontre du trafiquant mais aussi à l'encontre de l'usager.

Cette loi du 24 février 1921 est tellement restrictive qu'elle empêche même le développement de certains dispositifs sanitaires tels que les salles de consommation à moindre risque. Ces salles, effectivement, peuvent être perçues comme «facilitant la consommation», ce qui est explicitement contraire à la loi de 1921. Et pourtant, il s'agit de dispositifs existants depuis les années 80 en Suisse; approchant désormais la centaine de par le monde; et en place dans tous les pays limitrophes de la Belgique. Plutôt que «faciliter la consommation», ces dispositifs visent d'abord à faciliter l'accès à un dispositif socio-sanitaire pour des personnes grandement précarisées et peu en contact avec les structures déjà en place.

La logique se veut pragmatique: les personnes visées ont fait le choix de la consommation, que cela soit réprouvé ou non. Dans ces condi-

4. Au sujet de cette salle de consommation à moindre risque, voir dans le présent dossier de l'Observatoire l'interview de son coordinateur général, Dominique Delhateur.

sens de la loi de 1921, cette salle de consommation de drogues est parfaitement illégale puisque il s'agit de la mise à disposition d'un local facilitant la consommation. Pourtant, s'il y a une chose que nous démontre la centaine de salles de consommation de drogues présentes de par le monde, dont certaines existent depuis plus de trente ans, c'est que la seule facilitation dont il y est question, c'est celle de la reprise de contact avec le secteur socio-sanitaire, pouvant aboutir à un nouveau projet, une nouvelle orientation au sein du réseau spécialisé, une stabilisation de l'existence et une amélioration de la santé de l'utilisateur.

Si ce nouveau dispositif a pu apparaître et accueillir des usagers de drogues actifs, c'est donc parce que le bourgmestre et la police se sont entendus pour ne pas poursuivre ces personnes. Mais en soi, les salles de consommation à moindre risque sont encore, à ce jour, parfaitement illégales en Belgique.

D'autres dispositifs relevant le plus souvent de la réduction des risques sont eux aussi freinés dans leur développement par la loi. C'est le cas par exemple du testing de drogues, qui vise à aider le consommateur à savoir si le produit qu'il s'apprête à consommer n'est pas frelaté outre mesure et si les quantités de produit psychoactif ne sont pas démesurées. Dans le cadre d'un marché noir tel que celui des drogues, c'est le seul moyen pour les usagers de connaître le contenu du produit qu'ils ont acheté. Concrètement, cela implique l'ouverture d'une permanence où peuvent se rendre les usagers et s'y sentir accueillis; cela nécessite un test rapide sur place ou/et un envoi en laboratoire. Mais encore une fois, cela implique une certaine illégalité, puisque le transport et la détention de drogues sont interdits. Il est dès lors nécessaire de recourir à des autorisations ad hoc.

Dans le secteur spécialisé, aider des personnes entraîne parfois de facto de frôler l'illégalité. Ce n'est pas acceptable et cela ne pourra jamais l'être.

La légalisation des drogues, par nécessité

La prohibition a fait son temps et à l'instar de pratiques telles que l'avortement et l'euthanasie, la pénalisation entraîne la clandestinité, qui elle-même majore les dommages sociaux et sociétaux de l'usage de drogues.

Pire, la clandestinité implique des produits frelatés, dont le contenu n'est défini que par les producteurs et leurs intermédiaires tout au long de la chaîne du trafic. Aucune autre personne n'a un quelconque regard sur la manière dont est produite, coupée, transportée et conditionnée une substance qui pourtant sera fumée ou inhalée, voire ingérée, ou même injectée. A chaque maillon de la chaîne, le risque est grand de voir le produit gagner en dangerosité.

Par ailleurs, cette même clandestinité implique aussi le développement d'une économie noire, alimentant des réseaux de corruption, de banditisme, des mafias voire des non Etats. De par le monde, des pays entiers sont sous la main mise de cartels de drogues. Le Mexique est devenu un des pays les plus violents au monde à cause du narco-trafic, après la Colombie qui a été ravagée par une guerre de longues années.

Légaliser les drogues, les sortir de la clandestinité, est donc désormais une nécessité.

La régulation des drogues, pour les contrôler

On pourrait néanmoins alors tomber dans un autre travers, à savoir la légalisation dans une visée largement mercantile. D'après le secteur spécialisé, c'est l'extrême dans lequel nous sommes tombés avec l'alcool et le tabac: le but des producteurs est de vendre et pendant des dizaines d'années, notre société a été la cible de publicité visant à maximiser les consommations (c'est encore le cas de l'alcool; ce n'est plus le cas du tabac, sauf à l'intérieur des devantures). Même la vente dans un cadre médical a pu poser question, dès lors que certaines entreprises pharmaceutiques ont pu développer diverses stratégies

afin de développer de manière conséquente les ventes de médicaments, dont certains sont psychotropes et basés sur les mêmes plantes originelles que des drogues illégales (on pense par exemple à la morphine, aux fentanyl, et à d'autres opiacés, issus du pavot dont on produit l'héroïne).

Légaliser ne suffit pas; il s'agit de contrôler. Et en l'occurrence, de tirer les leçons de ce que nous avons laissé faire pour l'alcool et le tabac, et de créer des cadres au sein desquels la vente de drogues pourrait être acceptée.

Encore une fois, cela n'est pas du tout utopique; c'est une évidence factuelle depuis que certains Etats américains ont régulé le cannabis, c'est-à-dire institué divers modèles de contrôle de la production, de la vente et de la consommation de cannabis. On peut s'intéresser à ces différents modèles et adapter celui qui s'avérerait le plus proche de nos réalités européennes.

On en est là...

Et de l'utilisateur au méta-politique, on aura tenté d'établir la longue mais bien solide chaîne de ce que recouvrent les drogues. Quelque part au milieu de cette chaîne, le secteur spécialisé tente de se développer. C'est à dire qu'il tente, du côté du traitement, de renforcer ce qu'il a pu acquérir; c'est à dire qu'il tente, du côté de la prévention, de recevoir davantage de financements; c'est à dire qu'il tente, du côté de la réduction des risques, de recevoir ces mêmes financements mais aussi de faire reconnaître la légalité de certaines de ses stratégies et de certains de ses dispositifs.

Au jour le jour, le secteur spécialisé doit donc préserver l'acquis et insister pour rénover la politique drogues.

C'est loin d'être une mince affaire, mais c'est une affaire de société.