

# L'évolution des politiques drogues à l'ère de l'ultra-disponibilité : vers une réduction holistique des risques

Contribution d'**Alexis Goosdeel**, directeur de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)<sup>3)</sup>

<sup>3)</sup> En juillet 2024, l'Observatoire deviendra l'Agence des drogues de l'UE (European Union Drugs Agency, EUDA).

Le paysage mondial de la consommation de drogues a évolué rapidement au cours des dernières décennies. La prolifération et la disponibilité des substances – licites et illicites – suivent l'évolution des usages, des technologies, des chaînes d'approvisionnement et des marchés. Les politiques « drogues » modernes doivent non seulement s'adapter, mais aussi être proactives, souples et intégrées. Cet article vise à explorer le changement nécessaire des politiques en matière de drogues en considérant les nouveaux défis à relever et en proposant une définition révisée de la Réduction des Risques, fondée à la fois sur des perspectives de santé publique et de sécurité publique.

## L'augmentation exponentielle de la disponibilité des drogues illicites : partout, tout, tout le monde

### *Digitalisation des marchés*

L'essor de l'Internet clandestin, des plateformes digitales et des messageries numériques cryptées a facilité la vente de substances illicites au-delà des frontières, rendant la détection et la réglementation difficiles. Cette évolution a connu une accélération pendant la pandémie de la COVID-19 et adopte désormais les techniques de vente et de promotion en ligne les plus avancées.

### *La révolution des drogues de synthèse*

Le développement et la diffusion des drogues de synthèse, qui peuvent être fabriquées relativement facilement et en grandes quantités, compliquent encore davantage le contrôle et les mesures d'information et de protection des usager·ères. Les substances consommées sont bien plus nombreuses, elles sont plus accessibles, et n'ont pas la même image auprès des consommateur·ices que l'héroïne. Enfin, leurs mécanismes de fonctionnement dans

l'organisme humain et leur éventuelle toxicité restent largement méconnus, tant du côté de la prévention que pour les intervenant·es de première ligne dans le secteur de la santé.

### *Chaînes d'approvisionnement mondiales*

La facilité des transports et du commerce au niveau mondial, associée à l'essor de la corruption et du blanchiment des capitaux au sein des systèmes nationaux et internationaux, garantit que le trafic de drogue reste une activité plus lucrative que jamais. Cette dernière tendance a des conséquences néfastes pour l'état de droit comme nous le verrons un peu plus loin.

## Les principales réalisations des politiques anti-drogue nationales et de l'UE

### *Des progrès considérables*

Depuis l'adoption du premier « Plan Drogue européen » lors du Conseil européen de Rome en décembre 1990, l'Union européenne et ses États membres ont fait de grands progrès vers une politique plus équilibrée basée autant que possible sur la coordination et l'évidence scientifique. En particulier, ces dernières trente années ont vu une augmentation spectaculaire de l'offre de traitement de substitution aux opioïdes, et des dispositifs d'échange de seringues, avec un impact considérable sur les overdoses ainsi que les infections par le VIH/sida et le virus de l'hépatite C. Le progrès a été moins rapide pour d'autres dispositifs tels que l'adoption de la naloxone, les salles de consommation supervisée et l'analyse des substances (*drug checking*).

### *Cela s'est fait au prix de la perte d'un nombre considérable de vies humaines*

Depuis les premières initiatives au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et l'invention de la « Réduction des Risques », il a fallu trop de temps pour modifier les politiques, alors que nous aurions pu sauver davantage de vies. Et surtout, comme nous le voyons aujourd'hui avec le défi posé par les nouvelles substances, les nouveaux usages et les nouvelles conduites à risque, notre modèle reste largement inspiré par l'épidémie d'héroïne qui est apparue vers la fin des années 70. Ce modèle, s'il a emprunté certains de ses modes d'intervention à la Réduction des Risques, n'en a intégré ni la philosophie, ni les principes éthiques fondamentaux. C'est pourquoi un véritable *aggiornamento* est nécessaire pour tous les acteurs du système si l'on veut répondre de manière adéquate à ces nouveaux défis.

### *Le démarrage du processus a été plutôt lent*

Après l'adoption du premier Plan Drogue européen, il a fallu attendre les années 2000 et l'adoption de la première stratégie et du premier Plan d'Action pour avoir des objectifs communs et des actions de mise en œuvre mieux définies. Progressivement, les États membres de l'UE ont pris l'habitude de se rencontrer tous les mois pour mieux se coordonner et pour échanger des informations sur une base plus scientifique. Ils ont également adopté des stratégies et des plans d'action nationaux alignés ou compatibles avec la stratégie de l'UE. L'évaluation externe, y compris du Plan d'Action européen, est devenue une pratique commune à tous les pays.

### *Une présence et une action internationale en devenir*

La relation entre l'Union européenne et le reste du monde en matière de lutte contre la drogue s'est développée en trois temps : à partir d'une approche de « coopération au développement », pour évoluer ensuite vers une politique concentrée sur l'élargissement et la nouvelle politique de voisinage, pour enfin aller vers la



« dimension externe » de la stratégie drogue de l'UE. Aujourd'hui enfin, la rapide évolution du trafic de drogue, et de la violence associée aussi bien à sa production qu'au contrôle du marché par le crime organisé, a pour effet de renforcer aussi bien la dimension interne que le pendant externe de la stratégie européenne en matière de drogues. C'est dans cette perspective qu'on situera et relira la première Recommandation du Conseil de 2003 sur la Réduction des Risques, la Déclaration de l'UE de 2016 à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) et les récentes initiatives de coopération européenne et internationale impliquant les grands ports mais aussi le secteur privé.

### *"Nothing about us without us"*

Ces dernières années, dans la plupart des pays de l'UE mais avec des modalités et des pratiques variées en fonction des priorités et des orientations nationales spécifiques, les usager·ères de drogues – et utilisateur·ices des services de soins et de Réduction des Risques – sont davantage reconnu·es en tant que partenaires dans le développement des services. Cette approche participative, et le dialogue qui s'instaure petit à petit avec la société civile, est reconnue dans l'Union et s'appuie sur la Charte des droits fondamentaux qui fait désormais partie intégrante du Traité de Lisbonne. Le fait

que les progrès restent inégaux et parfois inaboutis ne peut pas masquer l'importance de l'évolution et d'un acquis qu'il importe de conserver et de développer à l'avenir.

## **Nouvelles menaces et nouveaux défis**

### *De nouvelles vagues d'overdoses*

L'introduction du fentanyl et d'autres opioïdes synthétiques puissants, mais aussi de nombreux groupes ou familles de molécules (cannabinoïdes et cathinones synthétiques) a entraîné de nouvelles vagues d'intoxications et de décès par overdose un peu partout dans le monde. Même si les causes associées à ces nouveaux problèmes varient d'un pays ou d'un continent à l'autre, la nature extrêmement puissante de ces drogues, souvent mélangées à d'autres substances sans qu'on le sache, pose un grave problème de santé publique.

### *L'évolution des modes de consommation*

Avec l'essor des drogues synthétiques et des nouvelles substances psychoactives, mais aussi avec l'usage inhabituel ou jusqu'à présent inconnu de ces produits en combinaison avec d'autres plus anciens, les modes de consommation traditionnels ont changé, ce qui pose des problèmes en termes de prévention, de détection et de traitement, ainsi que de Réduction des Risques. En particulier, les risques associés à ces substances sont largement ignorés des intervenant·es de première ligne dans le domaine de la santé, et les réponses thérapeutiques restent à inventer.

### *Préoccupations en matière de sécurité, violence liée à la drogue*

Le trafic de drogue reste une des principales sources de revenus du crime organisé dont les activités ont connu une expansion sans précédent ces dix dernières années. Au même moment, les forces de l'ordre ont dû concentrer leurs efforts d'une part sur la lutte contre la vague d'attentats terroristes soutenus ou initiés par Daesh ou par Al-Qaïda, et d'autre part sur la gestion de la crise causée par les grandes vagues de migrant·es aux frontières externes et internes de l'Union. Pendant ce temps, les organisations criminelles ont développé leurs activités dans un



climat de mondialisation et de transformation digitale accélérées par la pandémie de la COVID-19, tout en s'affrontant au moyen d'armes et d'explosifs pour le contrôle de territoires urbains morcelés. La violence qui en découle a atteint un niveau qui jusqu'à présent était davantage rencontré en Amérique Centrale que sur le territoire de l'UE.

### *Menaces pour l'état de droit*

Les décideur·euses ont commencé à réaliser à quel point le crime organisé s'est infiltré dans l'ensemble de la société, et dans certains États membres l'on s'inquiète du risque de voir le pays devenir un « narco-état ». Certaines localités ou certains territoires semblent en effet risquer de devenir des zones de « non-droit ». Dans cette perspective, les approches et les discours se radicalisent, et l'on peut entendre ici et là des propositions de revenir à des politiques plus répressives, de « cibler » les usager·ères considéré·es comme la cause du problème (« il n'y aurait pas de problème de drogues s'il n'y avait pas d'usager·ères »). Certaines situations durent depuis des années et semblent difficilement récupérables, en raison de tous les facteurs de vulnérabilité accumulés, y compris en termes de sécurité.

## **Repenser la Réduction des Risques et les interventions**

Pour répondre aux défis contemporains de la prolifération des drogues, de l'expansion des substances et de leur usage, une nouvelle définition de la Réduction des Risques est proposée, basée sur les faits et sur l'évidence scientifique :

*La Réduction des Risques fait référence aux politiques, stratégies et pratiques qui visent à minimiser à la fois les effets néfastes de la consommation de drogues sur la santé des individu·es et les menaces plus larges que la production, la distribution et la consommation de drogues font peser sur la sûreté et la sécurité publiques.*

### *Approches axées sur la santé*

Il s'agit de stratégies inclusives basées sur une analyse des données au niveau national et local, et qui s'adressent, en fonction des substances consommées, aux risques qui y sont associés, et aux besoins des populations concernées, en offrant des réponses existantes ou innovantes centrées sur le ou la client·e. Ces stratégies peuvent inclure par exemple, en fonction des besoins, des projets de prévention communautaire, des salles de consommation supervisée, des services d'analyse des drogues et la disponibilité accrue de traitements à bas seuil<sup>4)</sup>, de services d'hébergement sans condition (*Housing First*<sup>5)</sup>) et d'interventions psychosociales intégrées. Nous proposons ici de parler de « système de Réduction des Risques » pour indiquer qu'aucune de ces interventions prise isolément ne peut offrir une solution au problème, s'agissant de risques par définition pluriels.

### *Stratégies de sécurité publique*

Il s'agit d'interventions ciblées contre les principaux réseaux de trafic de drogue, d'une surveillance innovante des marchés numériques et d'une collaboration avec des partenaires internationaux pour endiguer le flux mondial de substances illicites, le détournement des précurseurs et le blanchiment des capitaux illicites. Lorsque la population générale se retrouve exposée en première ligne à cette violence et aux risques qu'elle représente pour leur sécurité et parfois pour leur survie, rétablir la sécurité publique est un devoir, une obligation incontournable. Cependant, les moyens nécessaires pour y arriver doivent viser à restaurer la capacité de résistance et de résilience de la communauté, prévenir le recrutement des jeunes dans les bandes organisées, et la récupération de la dignité socio-économique de quartiers vuln-

<sup>4)</sup> NDLR : « Le concept de bas seuil renvoie à la notion anglo-saxonne « step by step » (« marche après marche ») qui propose un accueil des usagers qui ne fait pas de l'élaboration d'un projet cohérent une condition préalable, mais une possibilité ouverte. » – Trémintin J., « L'accueil de bas seuil en protection de l'enfance », in *Le Lien social*, n°1141, 15/05/2014. <https://tremintin.com/joomla/articles/78-articles-de-2011-a-2015/338-bas-seuil-protection-de-lenfance>, consulté le 16/01/2023.

<sup>5)</sup> Il s'agit d'une méthode innovante visant à favoriser l'inclusion sociale de certain·es sans-abri les plus vulnérables (qui ont un long passé de vie dans la rue et des problèmes de santé physique/mentale et/ou de toxicomanie). Le processus d'insertion est souvent un parcours long et ardu pour ces personnes (trop de conditions, trop d'étapes). Le logement d'abord marque un changement de logique : la première étape commence par le logement et celui-ci est accessible sans aucune condition (autre que celles qui s'appliquent à tout·e locataire : payer le loyer et respecter les termes du contrat de location). Une équipe est présente pour accompagner le locataire dans

rables. Bien plus que faire la « guerre à la drogue », il s'agit de faire la guerre à la pauvreté, aux problèmes causés par la grande vulnérabilité.

### *Éducation et sensibilisation : élaboration de savoirs collectifs*

Les types de drogues et les risques qu'elles présentent évoluant, les campagnes de prévention doivent être mises à jour et adaptées à ce paysage changeant. L'irruption de tant de substances et de nouvelles conduites addictives invite à reconsidérer le cadre de référence des addictions sur base a) des leçons tirées de l'expérience des trente dernières années, b) de l'évidence scientifique et des faits liés aux substances actuelles, et c) d'une approche participative des assuétudes qui reconnaisse une place centrale aux usager·ères et à ce qu'ils peuvent nous apprendre de leurs pratiques et de leurs souffrances. Il s'agit bien de « déspecialiser » les addictions et de réinventer le champ des savoirs qui y sont associés mais n'en ont aucune exclusivité.

### *Opposition santé/sécurité : politique holistique ou régressive ?*

Face à la violence grandissante liée au(x) marché(s) de la drogue et à l'insécurité qu'elle génère, la tentation est grande de récupérer et de transformer le débat en une « guerre » entre, d'une part, ceux qui s'instituent les défenseur·dresses de la sécurité des citoyen·nes, et, d'autre part, ceux qui incarneraient la cause même de cette violence du fait de leur revendication du droit à consommer et à réduire les risques qui y sont liés.

Pendant trente ans au moins, la question de l'insécurité, de ses causes et des réponses qu'elle appelle a fait l'objet d'un tabou dans de nombreux pays, elle n'était pas jugée politiquement correcte. En parler risquait même d'alimenter le discours des extrêmes. On a vu ce qu'il en est advenu, et la violence bien présente parmi nous, bien visible, marque le retour d'un refoulé non-pensé. À cet égard, on ne peut que sourire a posteriori de l'ostracisme dont a été

victime pendant des années une institution comme Transit<sup>6)</sup>, qui est justement à la pointe aujourd'hui dans la recherche et l'offre de nouvelles réponses plus adaptées aux besoins actuels, et qui s'appuient sur la reconnaissance de la citoyenneté des usager·ères de drogues/substances.

Il n'en reste pas moins que l'opposition ainsi présentée, outre qu'elle nie la citoyenneté de chacune des parties en prétendant affirmer celle de l'une au détriment de l'autre, repose sur une fausse définition du problème qui appelle une prise de position et une proposition alternative.

## **Conclusion**

Chercher à apporter une réponse adéquate aux nouvelles addictions et aux nouveaux usages, ainsi qu'aux nouveaux risques qui les accompagnent, ne peut se faire qu'en incluant dans l'analyse tous les risques, y compris ceux associés à la violence liée au marché des drogues, à leur production, à leur trafic et à leur consommation.

Cette Réduction des Risques ainsi renouvelée, pour ainsi dire « élargie » à de nouveaux domaines et à de nouvelles populations, est déjà à l'œuvre dans de nombreuses villes un peu partout dans l'Union européenne. Elle est faite tous les jours par des décideur·euses politiques, des professionnel·les de tous bords, des citoyen·nes et parmi ceux-ci des usager·ères, qui s'engagent ensemble pour répondre à la complexité par la solidarité, la fraternité, et la mise en commun des idées et des moyens.

En faisant ce choix de prendre le problème à bras-le-corps, ces décideur·euses prennent un risque politique, iels en rendent compte vis-à-vis de leurs électeur·ices. De la même manière, les professionnel·les, les usager·ères et les autres citoyen·nes prennent elleux aussi le risque d'innover, de s'engager dans de nouvelles pratiques, d'explorer ce qui a fonctionné, et d'ajuster les actions selon les obstacles rencontrés et les résultats recherchés.

<sup>6)</sup> NDLR : L'asbl bruxelloise Transit est un centre d'accueil non-médicalisé pour personnes majeures, dépendantes aux drogues (stupéfiants, alcool, médicaments). Depuis 2016, elle joue notamment le rôle d'Opérateur Régional Bruxelles Assuétudes (ORBA) dans le cadre du Plan Global de Sécurité et de Prévention (PGSP) de la Région de Bruxelles-Capitale. Site web : <http://fr.transitasbl.be/>

Paradoxalement, l'avenir de la Réduction des Risques, ainsi revisitée, serait conditionné à une nouvelle prise de risque de tous les acteur·ices concerné·es. Il nous faudrait pour ainsi dire reprendre le risque d'écouter les « nouveaux·elles usager·ères » pour se laisser interroger par leur vie, leur(s) usage(s) et leurs besoins, et réinventer des nouvelles réponses.

Trente ans après, il s'agit de reprendre la lecture du « Bon usage » pour à la fois s'imprégner de sa démarche et éviter de s'accrocher à des certitudes passagères. Il nous faut réinventer, plutôt que reproduire du « même ».

Le parcours auquel la Réduction des Risques nous invite est celui de l'écoute, du respect, du

non-jugement de l'autre, de la rencontre de celui-celle-ci dans sa singularité et dans son humanité.

À une époque marquée par une disponibilité sans précédent des drogues illicites, les décideur·euses politiques sont confronté·es à des défis qui exigent des solutions innovantes, flexibles et globales. En redéfinissant la Réduction des Risques pour qu'elle englobe à la fois les questions de santé publique et de sécurité, on obtient une feuille de route qui reconnaît la nature complexe et multiforme de la question. Ce n'est qu'en évoluant et en s'adaptant au paysage changeant que les sociétés peuvent espérer atténuer efficacement les dommages causés par les drogues.

Article extrait des Actes de la journée d'étude « 30 ans de Modus Vivendi - Aller jusqu'au bout du rêve »

## La place des usager·ères de drogues dans la Réduction des Risques : perspectives historiques

*Allocution de Miguel Velasquez, secrétaire général de l'association Auto-support et Réduction des Risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues (ASUD) · Restitution : Pamela Ciselet*

Miguel Velasquez a commencé son allocution en remerciant Modus Vivendi pour cette tribune offerte aux usager·ères, trop souvent absent·es des conférences sur les drogues. Il a ensuite dressé l'historique de l'association ASUD et de la Réduction des Risques en France, en rendant hommage aux pionnier·ères.



ASUD, l'association d'Auto-support et Réduction des Risques parmi les usager·ères et ex-usager·ères de drogues, est née en France entre 1991 et 1992. Le point de départ est un groupe d'ami·es usager·ères de drogues par voie injectée<sup>7)</sup> qui furent très inspiré·es par le Rotterdam Junkie Bond, syndicat d'usager·ères créé aux Pays-Bas en 1980.

En France dans les années 90, cela fait vingt ans que la loi de 1970 sur les stupéfiants réprime durement l'usage de drogues illicites. La justice exige souvent de l'usager·ère inculpé·e qu'il se soigne, ce qui signifie alors d'atteindre l'abstinence. Dans ce contexte surgit la figure tutélaire du docteur Claude Olievenstein sur l'hôpital Marmottant, un des premiers médecins à s'être intéressé avec beaucoup d'empathie au traitement des usager·ères. D'abord opposé au traitement par méthadone et aux échanges de seringues stériles, il a changé radicalement d'opinion face à l'épidémie de VIH/sida. Le groupe ASUD en devenir fait alors face au même défi, et « voit tous ses potes mourir d'overdose, de suicide et du sida, surtout du sida ». Miguel Velasquez estime qu'on peut

<sup>7)</sup> Parmi elles Gilles et Phuong Charpy et Jean-René Dard