

Discours du Président d'ELCS : « Droits de l'homme et réduction des risques» CLAT5



« Droits de l'homme et réduction des risques» CLAT 5

**Discours de Jean-Luc Romero
Président d'Elus Locaux Contre le Sida**

1er juillet 2009 – Porto (Portugal)

Mesdames,
Messieurs,
Chers amis,

Permettez-moi, avant d'entrer dans le cœur du sujet qui est le nôtre aujourd'hui : « Droits de l'homme et réduction des risques» de vous donner quelques chiffres, plutôt de vous les rappeler, car vous les connaissez déjà : le nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues dans le monde est de plus de 16 millions. 8% ont accès à un service de prévention VIH quel qu'il soit. Globalement, 10% de toutes les nouvelles infections à VIH à travers le monde sont attribuables à la consommation de drogues injectables. Si on exclut l'Afrique, ce chiffre monte carrément à 30%...

Face à cette situation, que faire ? Face à la pandémie de sida, aux hépatites, à la stigmatisation, comment agir pour aider les usagers de drogues ? Certains pays ont choisi la voie répressive. Ainsi, 50 pays dans le monde prévoient la peine de mort pour les usagers de drogue en violation flagrante des Pactes onusiens de 1966 qui réservent le champ d'application de la peine capitale aux crimes les plus graves. A mes yeux, rien ne justifie la peine de mort ! Juste une remarque : 9 pays condamnent aussi les homosexuels à la peine de mort. Cette approche qui promeut le « zéro drogue », la guerre aux drogués est inefficace et dangereuse.

Un exemple : les 2.500 exécutions extrajudiciaires en Thaïlande, terrible conséquence d'une guerre à la drogue sans limite... La vision d'une société sans drogues où seule la répression peut régler les choses n'est pas réaliste. La preuve : en 2009, jamais la production de drogues n'a été aussi importante et les problèmes de santé publique ne sont pas réglés pour autant.

Une autre approche s'est développée en même temps que l'apparition de l'épidémie de sida : la réduction des risques. On peut définir cette notion comme l'ensemble des mesures visant à réduire les problèmes socio-sanitaires de consommation de drogues : espaces d'accueil, programmes d'échanges de seringues et toute mesure permettant aux usagers de drogues de rester en vie.

Historiquement, au niveau international, le premier programme d'échange de seringues a été mis en place en 1984 aux Pays-Bas. La RDR s'est ensuite peu à peu imposée dans de nombreux pays. En France, nous avons pris beaucoup de retard et la prise de conscience ne s'est faite qu'en 1987. Mais on doit souligner le rôle moteur tenu successivement par Michèle Barzach, Simone Veil et Philippe Douste-Blazy qui ont peu à peu mis en place les programmes d'échanges de seringues et la délivrance de traitements de substitution. Je veux aussi mettre en exergue le rôle de certains acteurs du monde associatif comme ASUD ou Lia Calvacanti, directrice de l'association française Espoir Goutte d'Or qui travaille avec et pour les usagers avec une détermination inégalée et qui est une actrice particulièrement écoutée dans mon pays.

Revenons maintenant dans le vif du sujet « droits de l'homme et réduction des risques ». Je vais citer cette phrase de Navi Pillay, haut commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme, prononcée le 10 mars 2009 : « les individus qui utilisent des drogues n'abandonnent pas tous leurs droits fondamentaux ». Alors oui, nous sommes tous ici d'accord avec cette affirmation. Encore faut-il trouver les moyens de rendre les droits concrets ! Et ce n'est pas le moindre des défis ! La réduction des risques est sûrement un des moyens d'y arriver. Cette politique, outre une médicalisation de l'usage de drogues, permet de concrétiser et d'affirmer les droits inhérents aux usagers de drogues : droit à la vie et la santé, droit à la sûreté et à la dignité. Les usagers de drogues sont des citoyens à part entière.

La politique de réduction des risques : le droit à la vie et à la santé

La réduction des risques est avant tout une politique sanitaire, une politique médicale, une politique pragmatique, non idéologique et donc efficace comme en témoigne les résultats obtenus. Encore faudrait-il que tous les représentants politiques prennent le temps de considérer ces résultats incontestables.

1/ Une politique réussie de santé publique

Je ne vais pas vous énumérer une litanie de chiffres, nous connaissons tous ici les résultats de la politique de RDR. Juste quelques chiffres sur mon pays la France : chute du nombre de décès par overdose (divisé par 5 entre 1994 et 2002), diminution très forte des contaminations au VIH/sida chez les usagers de drogues (2% des nouvelles contaminations aujourd'hui contre 20% au début des années 90)... Ces résultats sont très comparables avec ceux des pays ayant mis en place une vraie politique de réduction des risques.

Ces résultats démontrent deux choses : d'une part, la RDR est une politique de santé qui marche partout où elle a été mise en place, d'autre part, cela rend incompréhensible la position d'Etats comme la Russie ou les Etats-Unis qui refusent l'application de cette politique.

2/ Un droit à la santé contesté

La RDR, malgré ses succès incontestables, fait l'objet de nombreuses attaques récurrentes qu'elles soient politique ou institutionnelle.

Prenons le cas de la France. Les attaques de certains parlementaires français sont régulières. Je vais taire les noms car ils n'ont que peu d'intérêt mais on lit à chaque débat sur les drogues que la RDR serait une « politique de gestion de la toxicomanie » mieux encore une « politique d'encouragement à l'usage des produits stupéfiants » ! Et cela toujours en 2009 contre toute évidence. Autre exemple : le 25 janvier 2006, 78 parlementaires écrivaient une lettre au Premier ministre. Ils s'interrogeaient « sur les alliances que la MILDT développait avec les associations revendiquant la légalisation des drogues, telles ASUD et Technoplus, ou bien le maintien dans une toxicomanie supposée "plus propre", telle SOS Drogue International. » Ils dénonçaient l'ancien président de la MILDT, Didier Jayle, pour avoir justifié « la création de salles de distribution d'héroïne au nom, une fois encore, du dogme de la « réduction » des risques ». Dernier exemple d'attaque parlementaire : un rapport UMP du 4 février 2009 sur la question des drogues qui proposait le classement du Subutex au tableau des stupéfiants. Proposition heureusement écartée, notamment grâce à la réaction du Conseil national du sida, mais déjà formulée en 2006. Décidemment, les mauvaises idées ont la vie dure ... Les attaques viennent aussi, et c'est je crois assez grave, de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et notamment de son actuel président. Sous les présidences de Nicole Maestracci et Didier Jayle, la politique de RDR a été soutenue. Sous la nouvelle présidence d'Etienne Apaire, le moins que l'on puisse dire c'est que la RDR ne fait pas partie des priorités, de ses priorités. Ses premières déclarations lors de sa prise de fonctions ne laissent pas planer le moindre doute puisque son objectif est de « renforcer l'idée selon laquelle la substitution n'est pas une fin en soi et qu'il faut en sortir ».

Au niveau international : la politique de réduction des risques est attaquée assez vigoureusement par l'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants). Même si l'OICS a, en 1993, reconnu la RDR comme élément d'une stratégie globale de lutte contre la toxicomanie, l'institution a plutôt une vision trop répressive des choses. Citons pour exemple la proposition de reclassifier la buprénorphine sur la liste des stupéfiants, la non-condamnation du gouvernement thaïlandais dans sa lutte meurtrière contre les usagers de drogues ... Globalement, on peut dire que l'OICS est plutôt le tenant d'une politique de tolérance zéro. Une politique dont on sait, au-delà des slogans, l'inefficacité.

3/ La RDR : un droit pour tous ?

La réduction des risques doit être un droit pour tous, un droit universel. Mais la question se pose : quand une politique de RDR est mise en place, est-ce qu'elle englobe tous les usagers de drogues ? La RDR a-t-elle aussi ses exclus ?

Aujourd'hui une politique de RDR qui fonctionne doit obligatoirement prendre en compte les dommages collatéraux de la toxicomanie. Ce faisant, la RDR sort du strict cadre sanitaire pour s'intéresser au champ social. En 2009, oui, la RDR a ses exclus ! Citons par exemple : les sans papiers, les femmes enceintes, les prisonniers. Détaillons un peu cette liste.

- RDR dans les centres de rétention

En France, la prise en charge médicale n'est un droit dans les centres de rétention que depuis 2003. C'est donc très récent ! Concrètement, le manque de moyens empêche aux acteurs de santé d'aller au-delà de la simple prise en charge des soins primaires. La politique de prévention ne peut être mise en place, les consultations médicales spécialisées n'existant pas dans les centres de rétention. Les sans-papiers toxicomanes n'ont pas, le plus souvent, accès aux dispositifs de RDR et sont renvoyés dans leur pays d'origine sans traitements.

- RDR et parents usagers de drogues

Un autre groupe exclu de la RDR est constitué par les parents usagers de drogues : le lien parentalité et RDR est une problématique très délicate. En effet, les femmes enceintes ont peur de se voir enlever l'enfant et, globalement, peur de la stigmatisation. Il faut savoir passer outre ces peurs. Le programme « Parentalité addiction » mis en place au sein du service

d'abus de substances à l'hôpital de Genève tente de concilier ces deux notions et l'a réussi : l'usage de drogues est bien évidemment un danger pour l'enfant à naître mais la grossesse peut aussi constituer pour les personnes un vrai espoir de sortie de la toxicomanie et peut permettre de se projeter dans le futur. A nous en France de développer de tels programmes.

- RDR et monde carcéral

Les prisonniers font également partie des exclus de la RDR. Partons de ce constat : quoi qu'en disent les autorités, l'utilisation de drogues injectables existe en prison avec des modes de consommations particulièrement risqués. Dans tous les pays, on fait ce constat : la prévalence du VIH et du VHC en prison est beaucoup plus importante dans la population incarcérée que dans la population générale. Ce qui démontre d'autant plus la nécessité de programmes de RDR en direction de ces populations ! Que nenni ! De nombreux pays refusent pour des raisons diverses la RDR dans le monde carcéral. Pourtant, aussi bien la loi que les institutions poussent à la mise en place de tels programmes.

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades reconnaît dans son article L110-1 que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». L'article continue en des termes non équivoques : « les autorités sanitaires (...) contribuent à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé » et ainsi « assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Ce droit fondamental à la santé qui, selon moi, comprend donc l'accès aux dispositifs de RDR trouve-t-il ses limites quand on entre en prison ? Concrètement oui. Pourtant les incitations des institutions sont nombreuses ! Juste deux exemples : en 2004, l'OMS et l'ONUSIDA demandaient aux gouvernements de mettre en place des programmes de RDR (mise à disposition de préservatifs, traitements de substitution, programme d'échanges de seringues) dans les prisons. De même, encore en 2004, la Commission nationale consultative des droits de l'homme demandait « les mêmes conditions de traitement qu'à l'extérieur ». En outre, les évaluations faites dans les pays ayant mis en place des programmes d'échanges de seringues au sein du monde carcéral sont très positives : prévention du VHC et VIH, aucune augmentation des injections, sécurité accrue. Alors à quand une vision pragmatique de la santé également en prison, vision largement partagée dans notre Europe du Sud ? Cela doit être une priorité politique.

Le droit à la sûreté, à la sécurité et à la dignité

S'il faut bien sûr comprendre et entendre les inquiétudes des autorités et de la population face aux usagers de drogues et face à certains dégâts liés à la consommation de stupéfiants, il faut aussi assurer le droit à la sûreté et à la dignité de l'utilisateur que l'on doit considérer comme un patient, une victime potentielle, un acteur de sa prévention mais certainement pas comme un criminel.

1/ Le droit de ne pas être considéré comme un délinquant

Je vous ai déjà donné ce chiffre en introduction et vous le redonne car il fait réellement froid dans le dos : 50 pays prévoient la peine de mort pour les usagers de drogue. 50 ! Globalement, l'utilisateur de drogues est perçu comme une menace potentielle et symboliserait, à lui seul, l'insécurité. On ne compte plus, quand la RDR est acceptée dans un pays, les conflits larvés avec la police. Un exemple symbolique et significatif nous est donné avec les pressions policières sur la structure « Insite » à Vancouver.

Pourtant, les études le démontrent : un traitement exclusivement pénal de la toxicomanie a pour conséquence de graves atteintes aux droits humains (arrestations arbitraires, détentions prolongées, harcèlement policier, fichage des consommateurs...) et des résultats médiocres sur le plan sanitaire, mais aussi au niveau de la sécurité.

En France, la répression pénale est très importante. Ainsi, le nombre de condamnations pour elcs.fr/Discours-du-President-d-E...

simple usage est passé de 1494 en 2002 à 11210 en 2006. C'est très grave d'autant plus que, comme on l'a vu, la RDR n'existe pas en prison !

Les contrôles d'identité sont de plus en plus nombreux de la part de la police à proximité des structures bas seuil, alors qu'ils disparaissaient depuis quelques années. Ces pratiques sont bien sûr à mettre en parallèle avec la position de la MIDLT sur la RDR ...

Les lois votées récemment en France posent problème : les nouvelles peines planchers en cas de récidive font que les usagers de drogue vont de plus en plus en prison. Quand on voit les critiques très dures à l'encontre des prisons françaises formulées aussi bien par le Conseil de l'Europe que par les parlementaires français, on ne peut être que très inquiets ! Ces peines planchers obligatoires sont totalement inadaptées pour les usagers de drogues et ce pour plusieurs raisons. Les peines minimales obligatoires sont inefficaces car, sur le plan individuel, elles n'ont aucune influence sur la dépendance des usagers aux drogues et, sur le plan collectif, elles n'influent pas sur la consommation de stupéfiants. Pire elles ont un coût sur le plan de la santé publique très important.

2/ Le droit à la dignité via un contexte de consommation tranquilisé

Au-delà du droit de ne pas être considéré comme un délinquant, la RDR consacre le droit à la dignité via un contexte de consommation tranquilisé. Concrètement, les salles d'injection à moindre risque et la prescription d'héroïne sous contrôle médical sont deux exemples de ce droit à la sûreté et à la dignité.

Commençons par les salles d'injection à moindre risque. Rappelons avant tout quelques données chiffrées : historiquement, la première salle a été créée à Berne en 1986. Aujourd'hui, dans le monde, on dénombre plus de 70 salles d'injections à moindre risque réparties dans 45 villes de 9 pays dont 6 européennes. Même si récemment j'ai eu le plaisir de revoir, à Genève, Christophe Mani qui fait un travail extraordinaire à la tête du Quai 9, mon propos n'est pas de décrire le fonctionnement d'une salle ni de donner des résultats chiffrés sur le succès de ces structures. Je voudrais juste dire que les avantages individuels et collectifs des salles d'injection à moindre risque sont nombreux et concourent à la dignité de l'utilisateur mais également à l'ordre public en général.

Sur le plan individuel, elles constituent un facilitateur d'accès aux soins et un tremplin vers l'abstinence. Ce faisant, elles permettent d'entreprendre une démarche concertée via la présence de personnels de santé et sont ainsi un tremplin vers la réinsertion.

Sur le plan collectif, elles permettent une meilleure acceptation des usagers de drogues, à la condition que ces structures respectent une condition fondamentale : celle de la transparence. Je m'explique. Les drogues véhiculent bien des fantasmes et des préjugés, vous imaginez alors ce que ça peut donner pour ces structures ! Il est donc absolument nécessaire d'intégrer au mieux les structures dans la Cité. Concrètement cela passe par une collaboration avec les conseils de quartier et par des réunions d'information et de concertation régulières avec les riverains. L'exemple de l'action Espoir goutte d'or dirigée par Lia Calvacanti est un exemple fort de l'insertion d'une structure dans la ville. Les efforts d'information et d'insertion d'EGO sont exemplaires. Plus largement, une meilleure information sur la RDR en direction de la population permet une meilleure acceptation des usagers de drogues. Ils ne sont plus considérés ni comme des dangers ni comme des pestiférés mais bel et bien comme des citoyens à part entière. Ce faisant, c'est leur dignité que l'on restaure.

Le même raisonnement peut être appliqué aux programmes de prescription d'héroïne sous contrôle médical. Il y a quelques semaines, j'ai visité le PEPS, programme expérimental de prescription de stupéfiants, service dirigée par le docteur Daniele Zullino. Ce dernier fait un travail remarquable et novateur auprès des usagers de drogues qui sont le plus souvent dépendants depuis de nombreuses années (16 ans en moyenne).

Au même que les salles de consommations à moindre risque, les programmes de prescription d'héroïne sous contrôle médical ont bien évidemment des avantages pour l'utilisateur mais également pour la collectivité. Un exemple nous est donné via une étude effectuée par deux professeurs de droit suite à l'ouverture en 2005 de la clinique offrant de l'héroïne sous contrôle médical à Montréal dans le cadre du projet NAOMI (North American Opiate Medication Initiative). Les conclusions du rapport sont sans appel : l'ouverture de ce programme n'a pas fait augmenter les actes criminels et incivils, ni la présence de divers débris ni l'intervention des services d'urgence. En somme, toutes ces conséquences que le voisinage pouvait redouter.

Juste une remarque concernant la prescription d'héroïne sous contrôle médical. L'extension de ce programme fait son chemin puisque, en février 2009, l'académie française de pharmacie s'est dite attentive à d'autres options thérapeutiques comme l'héroïne comme traitement de substitution en milieu médicalisée. En juin 2009, les députés allemands ont adopté un projet de loi qui autorise la prescription médicale d'héroïne pour les malades les plus dépendants.

3/ Le droit d'être acteur de sa propre prévention

- Le droit au libre arbitre

La RDR doit être un droit pour tous mais pas une obligation. Il s'agit de respecter le libre arbitre de l'utilisateur de drogue, de reconnaître sa capacité à être acteur de sa prévention et par là même de respecter sa dignité de citoyen. Pourtant dans certains pays se pose le respect de ce droit avec le problème des traitements forcés. Ce système ne fonctionne pas. Un exemple ? Celui du système thaïlandais qui, depuis sa mise en place en 2003, est assez significatif : l'idée de base est que les personnes ayant une dépendance à la drogue soient traitées comme des patients et non des criminels. L'idée générale est que, au lieu d'une incarcération, les usagers soient « orientés vers la réhabilitation ». Cette belle affirmation de principe se voit contredite par le système mis en place du traitement forcé de la toxicomanie : période de détention trop longue, sevrage sans l'aide de médicaments pour gérer les effets secondaires, nonaccès aux traitements de substitution en prison, problèmes de violences et de torture, impossibilité de choisir ni même de discuter son traitement, pas de suivi régulier etc.

La RDR doit être un droit. Pas une obligation. C'est bien l'utilisateur qui doit agir, aidé par les acteurs de la RDR, mais le système ne doit pas le contraindre. Au-delà du fait que, sans motivation personnelle, la rechute est très importante, il faut savoir respecter la dignité de l'utilisateur. C'est un droit fondamental ! Mais c'est aussi une question d'efficacité.

- L'éducation aux risques liés à l'injection

Le droit d'être acteur de sa propre prévention est une bonne idée, encore faut-il en avoir les moyens ! Une des solutions qui semble la plus efficace serait la mise en place de programmes d'éducation à l'injection. De tels projets devraient voir le jour très rapidement mais beaucoup de questions concrètes se posent. En tout cas, ces programmes permettront peut-être de relever le défi de l'hépatite C qui touche 60% des usagers de drogues en France dont 9 usagers sur 10 ayant plus de 40 ans. Le plan français « Hépatites 2009 – 2012 » a été publié et les associations ont été très déçues par ce plan : manque de financement, manque total d'audace dans les innovations, etc.

En France, le débat sur l'éducation aux risques liés à l'injection ne se confond pas avec celui sur les salles de consommation.

Le Conseil de Paris a adopté un vœu, il y a quelques jours, demandant qu'un « large débat soit engagé afin de déterminer dans quelles conditions une expérimentation sur des salles de consommation à moindre risque pourrait être menée, et une adaptation du cadre légal et réglementaire engagée ». Ce vœu fait suite à la mise en place d'une salle de consommation de drogues à moindre risque, le temps de la journée mondiale des hépatites du 19 mai, par 6 associations.

Globalement, pour le moment, même si décret du 14 avril 2005 ouvre la possibilité de création de structures expérimentales, l'ouverture de salles de consommation se heurte à un refus politique.

Les avancées pourrait être plus rapides sur l'éducation aux risques liés à l'injection : le 23 juin 2008, la ministre de la santé française, Roselyne Bachelot, annonçait la prochaine organisation « des séances d'éducation aux risques liés à l'injection (...) dans certains Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue ». Elle annonçait également la création d'un comité de pilotage, nommé par la Direction générale de la santé (DGS), (qui) évaluera ces expérimentations, et accompagnera éventuellement leur mise en œuvre. »

Ce qui est très positif dans ces programmes d'éducation à l'injection, c'est que les usagers de drogues seront les acteurs de leur propre prévention. L'idée n'est pas d'opérer une éducation hiérarchique mais plutôt de mettre en place un vrai échange entre usagers et accompagnants. L'utilisateur serait au cœur de la RDR, place que certains ont pu avoir l'impression qu'il perdait du fait de la trop forte institutionnalisation de la RDR suite à la loi de santé publique du 9 août 2004 et mise en place des CAARUD.

Conclusion

Je vais maintenant conclure mon intervention. Une société sans drogues n'existe pas, une société sans usagers de drogues non plus. Il existe un lien évident entre droits humains et RDR, un lien très fort qui permet à l'utilisateur de drogues de revenir dans la Cité. La RDR est une politique créatrice de lien social et refuser la RDR, en soi, constitue une atteinte aux droits de l'homme.

Le politique doit prendre ses responsabilités. Mais, nous le savons que trop bien, en matière de drogues, la décision politique ne se fait pas, comme dans d'autres domaines, via un processus rationnel guidée par une expertise. En matière de drogues, la décision politique est très liée à l'opinion publique : il faut donc informer le grand public sur la politique de RDR et vulgariser les résultats des enquêtes. C'est aussi l'opinion publique qui favorisera les évolutions politiques. C'est donc aussi aux acteurs de la RDR de créer le moment politique propice à la prise de décision.

Globalement, il est essentiel que la RDR soit autre chose qu'une stratégie sanitaire. Elle doit impérativement être une stratégie sociale et une stratégie politique. Aucune substance n'enlève à l'homme son humanité. La RDR permet de la réveiller.

Je vous remercie

Mercredi 01 Juillet 2009

Source :
<http://www.elcs.fr>