

Aide à la survie, réduction des risques: une introduction terminologique sur fond historique

Christian Moeckli, responsable du bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues, Fribourg

Aide à la survie, réduction des risques, services à seuil bas: trois termes pour caractériser les plus importants changements intervenus ces quinze dernières années dans la lutte contre les problèmes liés aux drogues. Le présent article vous propose de retracer l'apparition de ces termes et d'en clarifier la signification et l'utilisation. Il montre comment le travail social à seuil bas et la prise en charge médicale visant la réduction des risques ont été intégrés dans une politique de santé publique globale.

«On nous répète toujours qu'il faut avoir touché le fond pour remonter la pente. Quel blabla! Si je n'avais pas eu de perspectives ni de ressources, je n'aurais sûrement jamais arrêté de me shooter. (...) Dans le labyrinthe de Cnossos, sur lequel veillait la déesse du pavot, des jeunes gens étaient dévorés ou ne parvenaient plus à trouver la sortie. Seul Thésée a réussi l'impossible: grâce au fil que tenait son amie Ariane et qui le reliait au monde extérieur, il a pu sortir du labyrinthe après avoir tué le Minotaure.»
(Extrait d'un témoignage anonyme d'une amie, journaliste héroïnomane).

La réduction des risques au quotidien

La réduction des risques occupe dans notre société une place importante, plus particulièrement la réduction des risques liés à la **consommation**, puisque cette dernière est devenue un facteur identitaire de tout premier ordre. Réduire les risques est devenu pratique courante. Assurance maladie, fixations de ski, équipement routier, notre société laïque et utilitariste s'est dotée d'un ensemble hétéroclite de réducteurs de risques, pragmatiques et fonctionnels. Or, dans le domaine des toxicodépendances, cette même réduction des risques continue de susciter un tollé de portée internationale. Pourquoi?

Pour répondre à cette question, il est intéressant de retracer l'origine de ce concept de **réduction des risques**. Ce que nous allons faire en trois temps:

- Premièrement, nous aborderons le concept de **seuil bas**, qui caractérise une

approche particulière en travail social. Nous allons le discuter en lien avec les changements intervenus dans le champ où évoluent les professionnels du social.

- Ensuite, nous traiterons de la **réduction des risques** à proprement parler, un concept qui relève quant à lui de changements apparus dans le champ **médical**.
- Finalement, nous parlerons de la façon dont cette **aide à la survie** a été formulée comme concept de **santé publique**.

Le seuil bas, un outil de travail social

Avant que quiconque n'ait jamais parlé de **seuil bas** ou de **seuil** tout court en politique sociale, ce sont les pavés des seuils des boutiques chic qui volèrent dans les vitrines à Zurich. Au début des années 80, la jeunesse descend dans la rue. Une résistance spontanée et peu organisée s'enflamme au sujet des subventions mirobolantes que la Zurich bourgeoise s'auto-octroie pour son opéra de prestige. Au début sont scandés des slogans surréalistes et fantaisistes, tel le fameux «Plus de crème dans les mille-feuilles!». Rapidement, le mouvement se radicalise. Les «jeunes en colère» refusent la discussion et dénoncent de manière très militante l'inadaptation des services et des institutions qui leur sont destinés: les Drop-ins, les centres de loisirs et de quartier mis sur pied dans les années 70 travaillent principalement avec une orientation thérapeutique ou encore d'animation. Les jeunes protestataires les boudent en bloc.

C'est dans ce contexte-là que le travail social de proximité, le **Streetwork** ou **travail de rue**, voit le jour en Suisse. Inspirées par les concepts américains et européens¹, et très proches du mouvement de contestation, plusieurs personnalités du milieu social et alternatif commencent à s'approcher des scènes cachées et côtoient les populations marginales de la rue, au départ à titre individuel et sans être intégrées dans une institution. Leur action se résume alors à la simple présence dans le milieu. Très engagés, ces premiers travailleurs deviennent rapidement les porte-parole des revendications des jeunes en colère², revendications qui portent essentiellement sur des locaux, des espaces autonomes, des subventions culturelles octroyées sans condition étatique aucune.

À ses débuts en 1980, le travail de rue est donc encore étroitement lié au mouvement des jeunes et n'a que très marginalement la vocation d'agir dans le domaine des toxicomanies. Malheureusement et bien malgré lui, il va y être confronté très rapidement. Le centre autonome (AJZ), haut lieu du mouvement pendant les années chaudes, devient rapidement un lieu de rassemblement des toxicomanes – non sans l'aide de la police qui en profite pour à la fois affaiblir le mouvement et faire disparaître les toxicomanes de l'espace public. Placés au pied du mur, les leaders du centre autonome décident d'y instaurer un local d'injection avec mise à disposition de seringues. Nous sommes en 1982 – quatre ans avant la levée de l'interdiction cantonale de la vente de seringues et à un moment où l'importance de l'épidémie du sida n'est pas encore comprise.

Dès les années 85

Pendant cette première moitié des années 80, plusieurs villes suisses vont mettre sur pied et institutionnaliser le travail de rue. Le travail social à seuil bas commence à s'établir, souvent porté par des institutions, notamment les Eglises, qui vont par la suite s'engager fortement dans l'aide à la survie pour toxicomanes. Dans la deuxième moitié des années 80, le Streetwork est de plus en plus mangé par le "problème de la drogue", principalement dans les villes alémaniques touchées par le phénomène et où se forment précisément les premières scènes ouvertes. Le travail de rue institutionnalisé se transforme en une partie spéciali-

sée de l'aide spécifique pour les toxicomanes – malgré les résistances des travailleurs concernés. Ils relèvent à juste titre que non seulement les problèmes qui se posent aux jeunes dans la rue ne se résument de loin pas aux problèmes posés par les drogues illégales, mais qu'en plus le problème de la drogue n'est que très marginalement un problème de rue, dans la mesure où seule une infime partie des drogues légales et illégales y est consommée.

Ces résistances restent vaines. Vers la fin des années 80, la situation se polarise: marginalisation et clochardisation des toxicomanes d'un côté, renforcement de la répression de l'autre. Les travailleurs de proximité ne peuvent se dérober à cette dynamique. En parallèle à leur intégration dans le dispositif d'aide aux toxicomanes, le concept du seuil bas fait son entrée officielle dans le travail social.

Par la suite, l'apparition des scènes ouvertes et la prise de conscience de l'épidémie du sida confirme la nécessité d'un travail de proximité qui se professionnalise. L'identification avec la scène, **l'acceptation**, voire la **revendication** de la consommation de psychotropes a cédé le terrain à une gestion institutionnalisée de la problématique, à un accompagnement et un encadrement professionnalisé. Dans la foulée, la quasi totalité des projets de proximité autogérés **de, par et pour** les toxicomanes disparaissent ou ne fonctionnent plus qu'en apparence sur le mode de l'autogestion, tel que revendiqué dans les années mouvementées.

Une grande partie des autres revendications du mouvement des années 80 se retrouve encore aujourd'hui dans les concepts institutionnels du travail de rue. Nous pouvons les regrouper en trois catégories, qui désignent en quelque sorte trois manières de tenir un fil d'Ariane pour échapper au piège du labyrinthe (cf. encadré, page 4). Ainsi se dessinent trois axes pour le travail social dans la marginalité.

La marginalité n'existe pas!

La marginalité est le fruit d'une multitude de facteurs, dont la consommation de drogues illégales peut être le plus décisif ou celui qui déclenche une rupture. Il est alors important de ne pas isoler un de ces facteurs, mais de les comprendre dans le contexte **global** de la personne. L'accent est systématiquement mis non pas sur la **personnalité** de l'individu qu'il

s'agirait de guérir, mais au contraire sur l'intégration de la personne dans un **contexte** donné. On cherche à comprendre ses réactions à l'intérieur de ce contexte et discute avec lui de possibilités pour augmenter sa marge de manœuvre.

Le marginal n'existe pas!

Les profils des hommes et des femmes marginalisés sont d'une grande diversité. Origine sociale, appartenance culturelle, formation, projet de vie, mode de consommation etc. sont autant de facteurs qui peuvent déterminer l'entrée dans la marginalité et la manière d'en sortir. La prise en compte individualisée des différents besoins est capitale pour augmenter l'utilisation et l'utilité des prestations sociales.

Trouver le sujet, le sujet agissant

Le style de vie et le mode de consommation de drogues légales ou illégales doivent être compris et acceptés – dans la mesure du possible – comme le résultat de décisions conscientes de la personne, même si le contexte ne lui laisse que très peu de marge de manœuvre. Ceci afin de la sortir de sa victimisation et de lui permettre, pas-à-pas, de regagner une autonomie de décision. Le sujet est responsable de ses actes. Il a des compétences propres et des besoins spécifiques qu'il définit lui-même. Le but du travail social est de créer des conditions qui permettent à la personne de recouvrer cette autonomie.

Ces trois axes nous montrent que le **travail de proximité** est un modèle global d'action sociale qui va bien au-delà de la simple aide à la survie – et dont ce fameux **seuil bas** ne désigne que les conditions d'accès à l'aide.

Les médecins retrouvent leur rôle de soignants

Contrairement aux termes de **seuil bas** et de **l'aide à la survie** dont la genèse est liée au travail social, le terme de **réduction des risques** est quant à lui tributaire des développements apparus dans la prise en charge médicale des toxicomanes. L'idée de la réduction des risques médicaux liés à la consommation de drogues illégales n'est en fait pas très nouvelle.

En 1926, le "Rolleston Report" préconisait la prescription d'opiacés par les médecins traitants. En 1977 encore, 4% des héroïnomanes anglais sont en traitement de maintenance à l'héroïne auprès de médecins privés (ce qui actuellement correspondrait à environ 1200 places de traitement en Suisse).

Ce n'est qu'à partir des années 70 que s'installe une nouvelle pensée unique fondée sur l'abstinence. Cette conception déterminera pourtant la politique en matière de lutte contre les problèmes de drogues pendant presque deux décennies et orientera toute démarche médicale et psychothérapeutique.

Dans une analyse qui situe implicitement les professionnels des traitements visant strictement et uniquement l'abstinence dans une position complémentaire et indispensable à la répression, Annie Mino n'hésite pas à qualifier rétrospectivement ces démarches thérapeutiques "d'exorcistes": «La "guérison" que nous leur offrons passait par la *souffrance* (du manque, mais aussi de la prison, de la maladie, de la misère) à laquelle nous trouvions normal de les livrer, *l'aveu* (seuls étaient dignes de guérir ceux qui venaient nous parler) et *l'abjuration* (les thérapies analytiques comme les postcures exigeaient de leurs patients un véritable retour sur eux-mêmes, semblable à une conversion)³.

A la base de ces concepts thérapeutiques des années 70 se cache une certaine conception du psychotrope: l'héroïne est vue comme une substance toute puissante, entièrement négative, qui aliène l'individu de sa liberté, de son individualité, somme toute de sa personnalité.

Le seuil à franchir pour bénéficier d'un traitement était alors extrêmement élevé. Il fallait, en dernier ressort et en réponse à cette prétendue aliénation conséquente à la consommation d'héroïne, à cette perte totale de liberté, que les patients renient la continuité de leur être. Ce seuil élevé représentait bien plus qu'une formalité d'entrée, qu'une condition administrative, qu'une liste d'attente. Il résultait de la frontière absolue posée entre le Bien et le Mal.

Les représentations du toxicomane qui prévalent alors se situent pour la plupart dans la lignée des travaux d'Olievenstein. Le toxicomane est vu – nous osons ici un grand raccourci – comme une personnalité asociale, perverse, dans un état de régression narcissique. Pas de limites, pas de loi, sans image structurée de lui-même, les jugements sous-jacents à cette

manière de voir apparaissent pour le moins discutables.⁴

Un autre point énoncé dans la citation d'Annie Mino qui nous paraît crucial est celui de la souffrance. En allemand, le terme de **Leidensdruck** (ou pression de la souffrance) désigne la théorie selon laquelle plus la souffrance est grande, plus la guérison est proche. Cette vision cynique prévalait encore largement au début des années 80. Sagesse populaire, elle servait largement de justification pour la répression musclée qui chassait les toxicomanes d'un point à l'autre de nos villes.

Cette théorie de la "pression de la souffrance" se situe totalement à l'opposé de l'idée de la réduction des risques. C'est en grande partie avec la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie du sida vers le milieu des années 80 – et dans une moindre mesure la prévalence des hépatites – que le corps médical commence à remettre en question l'orientation de son travail. Le sida renverse finalement la certitude que l'abstinence est préférable à tout; pis, il montre que ce paradigme est devenu dangereux et mortel.

L'arrivée du sida

Au début – et pendant fort longtemps encore – les médecins sont impuissants face au sida: pas de traitements, pas de médicaments, seul domine l'impératif d'enrayer l'épidémie. Face à eux, les toxicomanes deviennent subitement des **acteurs** extrêmement importants. Imaginez: les toxicomanes qui auparavant étaient priés de se plier aux exigences thérapeutiques comme nous venons de le décrire, se retrouvent soudainement dans une position éminemment stratégique pour combattre l'épidémie du sida, car les pratiques d'injection par voie intraveineuse et la prostitution sont des vecteurs importants de transmission. Du jour au lendemain, les médecins ont donc besoin des toxicomanes pour pouvoir mettre en place une prévention efficace. S'ensuit une formidable remise en question, qui permet d'éclairer des zones d'ombre et d'écarter un certain nombre de préjugés. La révolution ne fait que commencer. Passons rapidement en revue ces "découvertes":

- Le produit: l'héroïne n'est pas aussi dangereuse que l'on croyait. Elle est très très proche d'autres produits normalement administrés telle que la morphine. Elle n'est donc pas cette sorcière abso-

lutiste et maléfique comme on a eu tendance à la considérer.

- La dangerosité: petit à petit, une autre vérité subversive fait son chemin dans le corps médical; ce ne sont pas tant les opiacés qui tuent, mais les conditions hygiéniques, les situations sociales et les perspectives de vie des consommateurs marginalisés et criminalisés qui les mettent dans cet état. Ensuite, l'échelle de la dangerosité qui condamnait l'héroïne illégale et le cannabis, tout en banalisant l'alcool et le tabac, est remise sur l'établi des experts.

- D'autres "certitudes" s'effritent par la suite, en matière de sexualité, rites d'injection, comportements de prise de risques et comportements de soins.

Lentement mais sûrement s'opère un changement fondamental dans la représentation des personnes toxicodépendantes que se fait le corps médical⁵. Il conduit finalement à l'abandon de cette sinistre théorie de la "pression de la souffrance" et ouvre la voie à la conviction qu'il faut faire exactement le contraire: soulager la souffrance, tant que cela est possible, à tout moment et de manière individualisée.

Au lieu de vouloir résoudre le problème de drogue et libérer les toxicomanes, les guérir au sens moral du terme, les médecins reviennent à leur tâche première: se préoccuper de l'état de santé des patients et l'améliorer. Pour paraphraser Annie Mino, les médecins retrouvent leur rôle de soignants.

Retournons à nos questions terminologiques. D'un côté, nous avons la notion de **l'aide à la survie**, qui – dans la pratique – va bien au-delà de ce que le terme de "survie" peut signifier. Elle désigne cette orientation du travail social de se concentrer sur la situation de vie de la personne avant d'exiger des changements du comportement addictif. A côté de cette orientation sociale s'est donc développée l'orientation médicale qui vise principalement à réduire les souffrances actuelles et réduire les risques liés à la situation d'existence et aux pratiques toxicomaniaques⁶: **la réduction des risques**. Le terme nous vient du monde anglo-saxon, où **la harm reduction**, la réduction des dommages, désigne les efforts consentis principalement dans le champ médical: distribution de matériel d'injection, programmes de substitution, soins de base. Mais, là aussi, la pratique va bien au-delà de ce que le terme de "dommage" ou même celui de "risques" peut laisser entendre. Il

s'agit non seulement de réduire les risques mais de reconstruire une base commune de travail, une entente entre le traitant et le patient, une compréhension différenciée de la réalité des personnes dépendantes et des nombreuses manières d'être dépendantes et de le vivre. La réduction des risques est finalement plus qu'une technique: elle est une philosophie. Elle comporte une vision de la personne toxicodépendante infiniment plus différenciée de celle qui prévalait dans les années 70. La réduction des risques a permis aux professionnels de développer une compréhension du phénomène de dépendance qui permette la coexistence de la substitution, de la réduction de la souffrance et du **projet individuel** de l'abstinence.

Un concept de politique en santé publique

Comme nous le savons, le domaine des toxicodépendances n'est pas à une contradiction près. Les exemples ne manquent pas, et les réponses des spécialistes en prévention sur le site www.ciao.ch nous illustrent parfaitement les acrobaties de bon sens qui sont nécessaires pour tenir un discours préventif cohérent, aussi bien sur les dépendances admises que sur celles illégales. La politique des quatre piliers en est un autre exemple, puisqu'elle intègre dans un seul concept de santé publique des éléments aussi contradictoires que la criminalisation de la consommation, les soins à seuil bas, l'abstinence et les projets d'intégration sociale pour consommateurs. En quelque sorte, elle tente de concilier l'esprit des jeunes révoltés des années 80 avec la doctrine de répression policière qui se base sur la Lstup de 1975, un modèle du genre, avec l'instauration de la pénalisation de la consommation et de ses actes préparatoires. Comment est-ce possible? C'est la dose qui fait le poison, disait déjà le vieux Paracelsus, et c'est visiblement également le cas pour la formulation de cette politique commune. Voyons rapidement la genèse de cette politique de santé publique en Suisse.

C'est dans la région zurichoise que se concrétise le premier concept de prise en charge des toxicomanes autre que thérapeutique. Les revendications d'institutions privées, caritatives et religieuses et des associations des médecins et des professionnels en toxicomanies (VSD) ainsi que les nombreuses interpellations parle-

mentaires l'emportent finalement en 86/87 sur la volonté du procureur général et celle du médecin cantonal: l'interdiction de la distribution de matériel stérile est enfin levée. Par la suite, les conditions d'accès aux programmes de prescription de méthadone seront assouplies. La ville de Zurich réagit rapidement avec la mise sur pied de structures d'accueil (logement, soins de base, travail, hébergement) à bas seuil et, en 89, débute le premier projet de distribution de seringues à très bas seuil, directement sur le Platzspitz.

En été 90, la ville de Zurich formalise cette nouvelle politique en publiant 10 principes pour une politique en matière de drogues. Ceux-ci incluent l'aide sociale à bas seuil, la réduction des risques médicaux, la substitution et le droit de toute personne, consommatrice de produits illégaux ou non, de recevoir une

La réduction des risques est finalement plus qu'une technique: elle est une philosophie



Photo Interfoto

L'arrivée du sida a modifié la perception des dépendances

assistance adaptée à ses besoins. Pour la première fois dans un document officiel, le principe de l'abstinence est relativisé dans la mesure où son atteinte constitue un objectif différé dans le temps. La priorité est que l'aide municipale atteigne le maximum de personnes concernées.

À son niveau, la Confédération reprendra cette politique avec un premier train de mesures fédérales en 91 qui définit quatre piliers: **répression, traitement, aide à la survie et prévention**. La politique fédérale définit d'emblée l'aide à la survie non pas comme l'opposé de l'abstinence, mais bien comme un complément aux autres mesures qui visent **toutes formellement tôt ou tard cet objectif**.

Si l'utilisation du terme de la "Überlebenshilfe" est discutable (il est étroitement lié à la situation des scènes ouvertes), sa traduction en français est franchement malheureuse. L'aide à la survie a rapidement été interprétée en Suisse romande comme l'expression d'un pragmatisme alémanique outrancier qui se contenterait d'assurer la seule **survie physique**. Suite à la confrontation avec la réalité de l'après-Letten et la sensibilité romande a été ajouté, très officiellement et à partir de 1995, le terme de **réduction des risques**. Ce pilier s'appelle donc depuis cette date **aide à la survie et réduction des risques**.

Depuis lors, l'usage du terme **réduction des risques** s'est généralisé en Suisse romande⁷. Celui-ci désigne de plus en plus cet ensemble de mesures sociales et médicales, à bas seuil d'exigence, qui s'appuient sur une acceptation provisoire de la consommation de substances psychotropes illégales – consommation qui est considérée comme une mauvaise réponse que donne la personne à sa situation de vie.

Cette définition de la «réduction des risques» n'en est pas une. Un certain flou terminologique a certainement contribué par le passé à ce que des positions très différentes voire contradictoires puissent être réunies dans une même politique.

Des propositions

Pour conclure, nous formulons trois exigences qui nous paraissent fondamentales pour le développement des concepts de la réduction des risques:

1. Les concepts doivent orienter avec rigueur et précision à la fois le travail quotidien et de terrain, la formation et la recherche.

2. Les concepts doivent définir les informations, les ressources et les outils que nous devons donner aux personnes concernées afin qu'elles puissent décider d'elles-mêmes de leurs manières de réduire les risques.

3. Les concepts doivent tenir compte et promouvoir la subtile dialectique entre ce qui relève du savoir-faire et savoir-être propre au champ des dépendances et ce qui relève de la sphère de l'opinion et de la gestion publique.

Références

1. En Allemagne, Hollande et en Grande Bretagne, des travailleurs de proximité tentaient déjà vers la fin des années 60 de nouer des relations constructives et solidaires avec les groupes de rockers.
2. La sociologie allemande a forgé le terme fleuri de jugendliche Subkultur (sous-culture des jeunes) pour désigner ce monde alternatif.
3. Annie Mino, Sylvie Arsever, 1996, p. 92
4. L'article cité de Louis-Pierre Roy donne un excellent aperçu du domaine passionnant des représentations sociales des toxicomanes.
5. Ce changement ne concerne évidemment pas que le corps médical, ni tout le corps médical. Il est par contre certain que le corps médical avait et continue d'avoir un très fort rôle de "opinion leader".
6. Horrible terme dont la forme adjectivale ne fait que renforcer le poids du jugement moral: maniaque. Pourquoi donc parlons nous d'alcoolisme, mais de toxicomanie?
7. Une évolution semblable a actuellement lieu en Suisse alémanique, où le terme de Schadenverminderung (réduction des dommages) a tendance à remplacer celui de Überlebenshilfe.

Bibliographie

- ARUD, "Rapport annuel 1998", Arud Suisse, Zürich, 1999
- Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (éd.), "Manuel pour la mise sur pied de projets d'aide à la survie" OSEO, Fribourg, 1997
- Josef Estermann, "Zum Erfolg der Drogenrepression in der Schweiz, eine zeitgeschichtliche Betrachtung", in *Abhängigkeiten* n° 1, SFA / ISPA, Lausanne, 1996
- Mark Hunyadi, "Un stupéfiant fétichisme, arguments éthiques en faveur de la liberté thérapeutique", Université de Genève, 1998
- Ernst Jünger, "Annäherungen, Drogen und Rausch", Verlag dtv/Klett Cotta, 1990
- Jimmy Kempfer et Marie Jauffert, "Helvet Underground, tour d'horizon du Congrès HIT de Genève '99", in *SWAPS* n° 12, Paris 1999
- M. Kressig, B. Nydegger, C. Schumacher, "Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit", Gesamtevaluation Stadt Zürich, ISF, Forschungsbericht n° 10, Zurich 1996
- Renato Maurer, "Alles wird gut, Gassenarbeit in der Schweiz 81-91", Gruppo Verlauto, c/o Infopub, Bern, 1992
- Annie Mino, Sylvie Arsever, "J'accuse, les mensonges qui tuent les drogués", Calmann-Lévy, 1996
- Michael de Ridder, "Heroin, Geschichte, Legende, Fakten" in *Recht auf Sucht*, Rotbuchverlag, Berlin, 1991
- Bernard Roques, "Problèmes posés par la dangerosité des 'drogues'", Rapport au Secrétaire d'Etat à la Santé, Mission interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie, Service Doc., Paris 98
- Louis-Pierre Roy, "A la recherche des représentations sociales des drogues", in *Cahiers du GREAT* n°1, 1994
- Jakob Tanner, "Aspekte der aktuellen Drogenpolitik, Überlegungen aus historischer Perspektive", in *Drogen und Alkohol* n° 7, Ladewig (éd.), SFA / ISPA, Lausanne, 1994
- G. Weber, W. Schneider, "Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen", Westf. Universität, Münster, 1992