La normalisation des politiques suisses de la drogue

Alexandre Pollien

▶ **To cite this version:**

Alexandre Pollien. La normalisation des politiques suisses de la drogue. Politiques des drogues, 2022, 2, pp.11-16. hal-03615801

HAL Id: hal-03615801
https://cnam.hal.science/hal-03615801

Submitted on 25 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA NORMALISATION DES POLITIQUES SUISSES DE LA DROGUE

Alexandre Pollien, sociologue, FORS / Université de Lausanne

Le cœur de la politique suisse en matière de drogues se caractérise par la stratégie des quatre piliers, soit la prévention, la réduction des risques, la répression et la thérapie (Boggio et al., 1997). Cette approche est citée en exemple (Beauchesne, 2007), son succès est remarquable : les scènes ouvertes ont été dispersées (Kübler, 2000), les atteintes à la santé ont été maîtrisées (Zobel et al., 2004, pp. 13-17), la criminalité a été réduite (Aebi et al., 1999). La méthode pragmatique développée en Suisse parvient à contrôler les manifestations les plus tragiques d'un phénomène avec lequel il faudra bien « apprendre à vivre » (Ehrenberg, 1996). Bien que le bilan soit globalement positif, il apparaît nécessaire de montrer ce que cette approche laisse dans l'ombre.

La politique actuelle trouve son origine dans l'émergence d'une panique morale (Cohen, 1972) face au mouvement de la contre-culture des années 60. La consommation de drogues illégales devenant le flambeau de l'opposition générationnelle à l'ordre de la société d'après-guerre, la réaction sociale adopte un train de mesures essentiellement répressives, bousculant la timide prévention déjà à l'œuvre et les thérapies naissantes. En 1975, la loi sur les stupéfiants datant de 1951 est révisée afin de punir non plus seulement le trafic, mais aussi la consommation (Cesoni et al., 1994, p. 14). Dans les années 80, les mouvements de jeunes revendiquent l'occupation d'espaces propres, des « centres autonomes » en marge des régulations étatiques (Roux et al., 1984, p. 204). Ces lieux se font rapidement déborder par des problèmes liés à la consommation d'héroïne (Béroud, 1982, p. 8). Lorsqu'ils sont évacués par la police ou par les occupants eux-mêmes, les consommateurs se retrouvent dans des espaces publics, formant des « scènes ouvertes », notamment à Berne, à côté du Palais fédéral, et à Zurich, dans le parc du Platzspitz.

Une étrange tolérance prévaut alors, la police essayant de circonscrire ces activités dans les espaces où elles s'étaient installées. Mais la consommation d'héroïne commence à poser de graves problèmes sanitaires : le sida d'abord, puis l'hépatite C, touchent particulièrement ces populations fragilisées. En 1986, le premier local d'injection est créé à Berne ; au même moment, la Ville de Zurich développe des programmes de distribution de seringues stériles (Geense et al., 1999, p. 35). Face à la pression croissante de l'opinion publique en prise avec ces scènes de détresse,

des initiatives voient le jour, élaborant sur le terrain un nouveau modèle appelé « aide à la survie ». Ces mesures innovantes – distribution de seringues, local d'injection, thérapie de substitution à la méthadone et traitement avec prescription d'héroïne – sont développées par des villes faisant face à des problèmes de sécurité et de santé publique (Kübler, 2000). Sur la base de ces premières expérimentations locales, la Confédération lance en 1994 un programme coordonné de mesures misant sur le concept de *réduction des risques* comme instrument prioritaire de sa politique en matière de drogues. Cette orientation met l'accent sur la santé des personnes dépendantes et l'enrayement de la propagation des maladies transmissibles. Les offres d'aide ne sont plus réservées aux personnes désireuses d'en finir avec leur dépendance. Cette philosophie du « bas seuil d'accès » s'étend rapidement du domaine de la santé à celui de l'hygiène et du logement (Samitca et al. 2001).

Une première dimension de cette transformation est axiologique : il s'agit non plus de tolérer une situation illégale circonscrite à un espace, mais de fournir au nom de motifs sanitaires une prestation dans un contexte d'actions illicites. Ce modèle de l'action sociale n'est pas introduit sans mal. Si les prémices ont été posées au milieu des années 80, il faut attendre dix ans pour que la distribution de seringues soit acceptée nationalement (Samitca et al., 2006). Après avoir mis l'accent sur la répression des trafics, puis sur la répression du consommateur-délinquant, la priorité qui fait jour porte sur le volet sanitaire. Cette politique, inscrite dans la loi en 2011 seulement, valide une vision pragmatique où l'aide n'est plus conditionnée à l'obéissance de l'aidé à la norme de l'aidant, mais à sa situation de détresse.

En inspirant tous les domaines de l'action sociale, la réduction des risques permet de surmonter la contrainte normative qui définissait les différentes dépendances, ce qui élargit l'horizon de l'intervention. Par souci d'optimisation des politiques publiques, les différents champs des dépendances sont intégrés (Wenger, 2014). À la consommation de drogues illégales est associé l'ensemble des comportements susceptibles d'être décrits dans les termes de l'addiction, impliquant les produits légaux de consommation comme le tabac et l'alcool, mais aussi les addictions sans substance, par exemple la pratique de jeux vidéo ou les jeux d'argent. Cette approche est conceptualisée dans le « modèle du cube », qui réunit les quatre axes de la prévention, de la thérapie, de la réduction des risques et de la répression, en tenant compte du fait que les mesures appropriées varient selon le produit et l'intensité de la consommation (Van der Linde, 2006). Suivant les préconisations de l'OMS (2010), le thème des addictions est associé à la lutte contre les « maladies non transmissibles », balayant l'ancienne conception morale et quasi épidémiologique d'une drogue qui « saute à la figure » du quidam au coin de la rue. Progressivement, les mesures concernant les drogues légales et illégales

sont associées au programme national de prévention *Alimentation et activité physique*, dans une stratégie globale visant à instaurer des conditions favorables à la santé comme variable déterminée par notre comportement et notre environnement. Ce rapprochement intègre parfaitement le modèle du « cube » mis au point dans le cadre de la lutte contre les addictions.

Une seconde dimension liée à cette compréhension plus nuancée de la consommation de drogue est ontologique, puisque la réduction des risques consacre une nouvelle approche que l'on peut qualifier de contextuelle. Le produit n'est plus considéré comme la finalité de l'action, mais comme l'objet autour duquel se structurent des usages (Couteron, 2015). La représentation de l'usager de drogues se transforme : de victime du produit, il devient un acteur placé au centre du dispositif institutionnel. Cette perspective introduit la notion de compétence, impliquant un déplacement du sens de l'intervention : ce n'est plus un éducateur qui prescrit les bonnes pratiques, mais un préventologue qui, idéalement, met à disposition un certain nombre de ressources et de conditions-cadres. Toutefois, les milieux de la prévention ont rarement les moyens politiques de s'attaquer aux conditions structurelles des conduites addictives (Graf, 2012). Ils concentrent leur stratégie sur la responsabilité individuelle, cherchant à renforcer la culture sanitaire et à informer sur les conséquences possibles de certains schémas de comportement. L'accent porté sur les compétences confronte l'action sociale à la diversité du champ d'intervention. Face à la complexité sociologique des pratiques en contexte, c'est le thème de la santé psychique qui émerge comme axe commun de travail. Cette orientation se révèle au centre de nombreux projets, comme par exemple la campagne « Comment vas-tu ? », mise sur pied en 2014 par la fondation Pro Mente Sana et par plusieurs cantons (Berne, Lucerne, Schwyz et Zurich) – voir : https://www.comment-vas-tu.ch/. La dépendance apparaît comme une réponse à une situation de la vie qu'il importe de repérer suffisamment tôt. C'est l'idée phare des principales mesures dites « d'intervention précoce ». L'identification de signes d'une possible altération psychosociale devient l'affaire de tous : enseignants, travailleurs sociaux, médecins traitants, policiers. Le programme cherche à reconnaître les « signaux d'alarme ». Mais la difficulté à évaluer son efficacité (Delgrande Jordan et al., 2021) est peut-être due à l'impensé culturel de la notion de risque. Certains comportements potentiellement problématiques restent valorisés lorsqu'ils bénéficient directement à l'économie ou s'insèrent dans un imaginaire de l'optimisation de soi, comme dans le cas de la consommation de stimulants.

Le pragmatisme de la politique des dépendances tend à se resserrer sur la « gestion de la visibilité » (Savary, 2014), réintroduisant une dimension idéologique tout en renonçant à la dynamique de l'abstinence. Les actions ciblées pour renforcer les compétences de santé visent à donner aux personnes des pistes simples pour

« améliorer leurs performances tant physiques que mentales » (Salveter, 2017, p. 3). Les campagnes de sensibilisation diffusent le message que prendre les escaliers ou manger une pomme sont porteurs d'une promesse de qualité de vie. La stratégie de prévention cherche à normaliser le fait de ne pas fumer en mettant l'accent sur la liberté que procure une vie sans tabac. La prévention en matière d'alcool se concentre sur la maîtrise de la consommation (https://www.mobile-coach.ch). La campagne ascendante « Je parle d'alcool » incite chacun à trouver une réponse personnelle.

Le modèle du cube est abandonné en 2016, attestant de la fusion des différents domaines de la politique de santé dans une stratégie globale orientée par la réduction des risques. L'idée directrice est que la prévention devienne « un geste aussi naturel que se brosser les dents avant d'aller au lit » (Salveter, 2017, p. 2). Le concept de réduction des risques est appliqué à l'ensemble de l'activité quotidienne, l'objectif étant de donner aux gens les moyens de maîtriser les risques inhérents à la vie contemporaine. « Lire en chemin sur son smartphone, courir cinq fois par semaine, passer une soirée au casino, trinquer à l'occasion d'un évènement… Plaisir, bénéfice, jeu ou rituel social, les comportements susceptibles de créer des dépendances appartiennent au quotidien. » (Jann et al., 2017). En évacuant la perspective en termes de substance, qui soutenait le principe moral de souillure (Douglas, 1971), le risque d'addiction se dilue dans la ritualité quotidienne. La stigmatisation, loin de disparaître avec la normalisation des produits réputés malfaisants, est réintroduite : la personne souffrant d'addictions comportementales est toujours désignée comme responsable de sa faiblesse.

La nature immatérielle des conditions de la dépendance dissimule le caractère bel et bien irréversible de certains dommages : les dettes du joueur compulsif suivent la personne toute sa vie. La réduction des risques, en développant l'idée du bas seuil, a permis de dépasser l'obstacle de la non-adhésion aux normes, qui posait des problèmes d'efficacité de l'action sociale. Mais elle reste soumise au contexte normatif environnant, comme lorsque l'on dénonce le non-paiement des amendes pour consommation de cannabis, que l'on refuse de distribuer des seringues stériles dans certaines prisons ou qu'il est exigé une abstinence de six mois avant de pouvoir être pris en charge. Certains prérequis pour obtenir de l'aide sont nécessaires au bon fonctionnement de l'institution mais s'opposent au principe fondamentalement dynamique de la réduction des risques.

Le « problème drogue » occupe moins l'opinion publique en Suisse aujourd'hui, peut-être parce qu'il ne questionne plus frontalement les normes dominantes. On ne se soucie pas des difficultés que peuvent éprouver certaines personnes à réguler leur utilisation du téléphone portable. En abordant l'individu dans sa globalité, cette nouvelle approche risque de perdre de vue le caractère toujours spécifique

d'une dépendance. Une perspective non liée aux substances implique pour les professionnels d'abandonner certains positionnements. Le risque étant que l'échange interdisciplinaire efface le fait que les comportements appartiennent à des registres sociaux. Confondre la stratégie avec la réalité du terrain, c'est oublier que les politiques ne transforment pas les représentations sur les drogues et risquer de perdre de vue le contexte qui fonde l'addiction. À l'heure de plaider pour une approche pragmatique qui reconnaît les droits des personnes dépendantes, il s'agit de rappeler la nécessité de l'insérer dans les domaines concrets de la politique sociale, comme la famille ou l'emploi.

Bibliographie

Aebi, M. F., Ribeaud, D. & Killias, M. (1999), Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : résultats des essais suisses, *Criminologie*, 32(2), pp. 127-148.
Beauchesne L. (2007), « Une légalisation des drogues inscrite en promotion de la santé : les conditions », *Criminologie*, vol. 40, no. 1, pp. 135-154.
Béroud G. (1982), « Valeur travail et mouvement de jeunes », *Revue internationale d'action communautaire*, no. 8, pp. 5-30.
Boggio Y., Cattacin S., Cesoni M. Lucas B. (1997), *Apprendre à gérer : politique suisse en matière de drogue*, Genève, Georg.
Cesoni M. L. et Robert, C-N. (1994), *Étude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies*, Genève, CETEL, 1994.
Cohen S. (1972), *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers*, London, McGibbon and Kee.
Couteron, J. (2015), « *La réduction des* risques »*, Vie sociale et traitements*, 126, pp. 52-58.
Delgrande Jordan, M., Notari, L., Schmidhauser, V., Mathieu, T. et Stucki, S. (2021). *Expertise sur l'efficacité de l'approche d'Intervention précoce et l'étendue des groupes concernés en Suisse*, Lausanne, Addiction Suisse.
Douglas, M. (1971), *De la Souillure*, Paris, Maspero.
Ehrenberg A. (1996), « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, 62, pp. 5-26.
Geense R. et Thomas, R. (1999), *Conditions d'injection en Suisse romande : situation et pistes d'amélioration*, Yverdon/Fribourg, GREAT/OSEO.
Graf M. (2012), « Quelles approches de prévention structurelle faut-il implanter pour protéger la jeunesse ? » in P. Jaffé et D. Lachat (dir.), *Adolescents et alcool, un cocktail détonnant*, Sion, Institut Kurt Bösch, pp. 78-83.
Jann, M. et Weber M. (2017), « Les bases de la nouvelle Stratégie nationale Addictions sont posées », *Spectra*, n° 118.
Kübler D. (2000), Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé, Paris, L'Harmattan.
OMS (2010), *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Genève, WHO.
Roux P. et Pedraza A. (1984), Lausanne bouge : le tournant obscur, *Revue suisse de sociologie*, No. 10, pp. 197-211.
Salveter R. (2017), « Un style de vie sain, c'est payant », *Spectra*, no. 116.

Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. (2001), *Évaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et Le Point d'eau*, Lausanne, IUMSP, 2001.
Samitca S., Jeannin A, Arnaud S., Dubois-Arber F. (2006), *Remise de seringues et de traitements à la méthadone pour les personnes toxicomanes*, Lausanne, IUMSP.
Savary, J.-F., (2014) « La politique de la drogue en Suisse, entre solidarité et ostracisme » in Voélin, S. Eser Davolio M. , Lindenau, M. (dir.) *Le travail social en résistance et innovation*, Genève, IES éditions, pp. 287-295.
Van der Linde, F. (2006) « Les perspectives ouvertes par "psychoaktiv.ch" », *Dépendances*, no. 29, pp. 2-4.
Wenger J., Surber, M., Lanzi, L., Gantenbein, F., Kübler, D., (2014), *Analyse de la politique en matière des addictions en Suisse : les coalitions de cause dans les domaines de l'alcool, du tabac et des drogues*, Zurich, Institut für Politikwissenschaft.
Zobel F., Dubois-Arber F. (2004), *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*, Lausanne, IUMSP.