



Livre

1997

Accepted version

Open Access

This is an author manuscript post-peer-reviewing (accepted version) of the original publication. The layout of the published version may differ .

Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue

Boggio, Yann; Cattacin, Sandro; Cesoni, Maria Luisa; Lucas, Barbara

How to cite

BOGGIO, Yann et al. Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue. [s.l.] : [s.n.], 1997.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171396>

APPRENDRE A GERER

LA POLITIQUE SUISSE EN MATIERE DE DROGUE

Des mêmes auteurs sur ce thème

Danielle Bütschi et Sandro Cattacin, *Le modèle suisse du bien-être, Coopération conflictuelle entre Etat et société civile : le cas de l'alcoolisme et du VIH/sida*, Lausanne : Réalités sociales 1994.

Maria Luisa Cesoni (éd.), *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève : Georg 1996.

Sandro Cattacin, Christine Panchaud, en collaboration avec Véronique Tattini, *Du risque à la normalisation. Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest*, Paris : l'Harmattan 1997.

Sandro Cattacin, Barbara Lucas et Sandra Vetter, *Modèles de politique en matière de drogue. Une recherche comparative sur six réalités européennes*, Paris : l'Harmattan 1996.

Rocco Vitali et Sandro Cattacin, en collaboration avec Martin Abele et Charles Landert, *La prévention du sida dans les cantons suisse : une analyse organisationnelle*, Muri : SGGP 1997.

INTRODUCTION

Il y a quelques années, la politique suisse en matière de drogue a commencé à aiguïser la curiosité internationale. Une mesure surtout a choqué les esprits. Ce pays à réputation de prudence, sinon de conservatisme qui prescrit des stupéfiants ? D'abord interloqués, les pays européens suivent aujourd'hui avec attention l'évolution de la situation helvétique.

Celle-ci en effet ne coïncide pas vraiment avec la dynamique prohibitionniste de l'Union européenne. Le débat sur l'harmonisation des législations nationales en matière de drogue croise en effet d'autres enjeux de contrôle : la gestion de l'immigration, la liberté de circulation des personnes, la reconversion des effectifs ou des activités des Douanes. La remise en question des lois pénales provoque des résistances notables : le droit de punir n'est-il pas un attribut essentiel de la souveraineté nationale ? Les gouvernements parviennent à s'accorder sur un point: la nécessité de rendre compatibles les dispositifs de contrôle... en s'alignant sur le plus répressif. C'est de cette manière, par exemple, que la question de la drogue a été intégrée dans la Convention de Schengen. Telle est l'attitude des pays de l'Union européenne : défendre le statu quo, limiter la tolérance ou inciter au renforcement de la répression (Cesoni 1997). On ne s'étonnera donc pas: les premières réactions, face au "modèle helvétique", sont souvent critiques.

Mais pas toujours. Car les efforts helvétiques pour inventer une nouvelle approche, tester des solutions innovatrices sont progressivement reconnues. Surtout dans les administrations des grandes villes d'Europe. Les zones urbaines en effet se confrontent directement aux problèmes de drogues. Certaines voudraient pouvoir

développer des initiatives analogues à celle de la Suisse. Francfort, par exemple, a demandé au gouvernement fédéral allemand l'autorisation nécessaire à la prescription d'héroïne. Refus du ministère fédéral de la santé en janvier 1994. En Italie, début septembre 1996, la municipalité de Turin a invité le gouvernement à suivre l'exemple suisse et à réviser la loi sur les stupéfiants, afin, là aussi, de permettre la prescription médicale d'héroïne.

Ce mélange d'intérêt et de réticence, d'adhésion et de critiques caractérise aussi le regard que les Suisses portent sur la politique menée par leur gouvernement. La majorité des partis soutient l'approche du Conseil fédéral. Toutefois, deux initiatives populaires, totalement opposées, une restrictive, une libérale, viennent aujourd'hui chahuter la politique fédérale. Il s'agit de "Jeunesse sans drogue" et de "Droleg", qui seront votées prochainement. Quant à la population, elle semble relativement mal connaître les enjeux nationaux, mais exprime une opinion très favorable vis à vis des différentes mesures promues récemment par le gouvernement - parmi lesquelles la prescription de stupéfiants (Bergman et al. 1997).

Dans ce contexte riche en innovations et en enjeux, ce livre cherche à diffuser une information dépassionnée, qui soit accessible aux non-spécialistes. Il devrait répondre aux principales questions des suisses et de nos voisins européens. L'approche helvétique ne se limite pas aux prescription d'héroïne. Elle est complexe, elle a une histoire. Elle suscite des débats, locaux, nationaux et internationaux ? Notre propos est de contribuer à nourrir les arguments, - même critiques - afin que la discussion se fonde sur une meilleure connaissance de la politique (qui cherche à développer un ensemble cohérent de mesures) mais aussi de ses origines.

Nous le verrons, la position du gouvernement fédéral a bien évolué depuis le temps des premières conventions internationales, de la première loi fédérale sur les stupéfiants adoptée en 1924. Près d'un siècle de remises en question. Aujourd'hui, la volonté de doter la politique des moyens d'apprendre véritablement, en cherchant à promouvoir les expérimentations et l'évaluation notamment.

En 1924, la drogue est abordée de manière simple, par la répression. La nouvelle loi n'a pas d'autre but que de respecter les engagements pris par la Suisse vis-à-vis de la communauté internationale. Depuis, les relations internationales ont continué de se révéler déterminantes. Du moins en ce qui concerne la lutte contre le trafic, qui parvient à canaliser les énergies occidentales vers plus de répression. Face aux problèmes liés à la consommation, en revanche, la Suisse va développer une approche relativement originale.

Certes, dans un premier temps, son parcours rappelle celui de ses voisins. La consommation de drogues illicites, cannabis et L.S.D. notamment, est constatée à partir des années soixante-dix. La loi de 1975, en réaction, criminalise l'usage, prévoyant tout de même des exceptions pour les cas bénins. L'injonction: Punir, guérir, prévenir! L'usager est aussi considéré comme un malade : il est possible d'éviter les poursuites ou l'emprisonnement par le recours au traitement thérapeutique. Mais concrètement, ni la prévention, ni les dispositifs médico-sociaux ne mobilisent le gouvernement ou les cantons. Les milieux associatifs et professionnels assument tant bien que mal.

Avec les années quatre-vingt, les modes de consommation se transforment. Des adolescents fument du cannabis, pour le plaisir, sans que cela pose trop de problèmes. La cocaïne est utilisée par nombre de personnes

parfaitement intégrées. C'est parfois le cas de l'héroïne. Mais de plus en plus, ce produit est associé à de graves difficultés personnelles : désinsertion sociale, criminalité, maladie. Le sida, par exemple, qui commence à se diffuser. C'est alors que les prémises de la future politique fédérale -de son caractère original- commencent à être discernables.

L'impulsion vient des villes, confrontées aux phénomènes des "scènes ouvertes". Situations incontrôlables sur la base des anciens modèles de référence. Des solutions pragmatiques s'imposent. Conséquence : le consensus autour de l'abstinence se fissure. Ne faudrait-il pas mieux aider certaines personnes à vivre, à survivre même, plutôt que de les forcer, le plus souvent inutilement, à renoncer à la drogue ?

Rapidement, les premiers dispositifs sont mis en place. Les cantons, progressivement, s'impliquent. Puis le gouvernement fédéral. Symboliquement, une conférence nationale est organisée en 1991. Elle aura des effets concrets. Pour la première fois, un nombre important d'organismes, privés et publics se confrontent. Tous sont concernés par les problèmes liés à la consommation. Le gouvernement profite de cette occasion pour présenter les grandes lignes de sa nouvelle politique. Il est vrai que le changement était dans l'air, depuis qu'en 1989 un rapport de la Commission fédérale des stupéfiants avait critiqué les anciens modèles et souligné leur échec (OFSP 1989).

La nouvelle politique, celle dont la communauté internationale s'est émue, est surnommée en Suisse: "La politique des quatre piliers". Elle se fonde en effet sur quatre idées directrices: la prévention, le traitement, l'aide à la survie et la répression. Il ne s'agit pas seulement d'une juxtaposition de "piliers", mais de la tentative d'élaborer un ensemble cohérent. Qui plus est,

l'intention est d'introduire de nouvelles mesures, de les tester et, lorsque les résultats se révèlent positifs, de les institutionnaliser. Il s'agit d'effectuer des choix sur une base pragmatique, en évitant les polémiques, les décisions émotionnelles ou idéologiques. L'implication et l'écoute des partenaires concernés doivent permettre de préciser les objectifs et d'adapter les solutions aux particularités du "terrain".

Depuis 1991, avec l'appui efficace de l'Office fédéral de la santé publique, des progrès importants ont été effectués dans le domaine de la prévention, de l'offre de traitement et de la réduction des risques liés à la consommation de drogue. Pour la première fois, la politique semble porter ses fruits. Le nombre de consommateurs gravement dépendants n'augmente plus, le partage de seringues ne se pratique plus que rarement, la prévalence du sida chez les usagers de drogue a nettement diminué. Des résultats obtenus notamment grâce aux fameux programmes expérimentaux de prescription de stupéfiants, mis en place depuis 1994. Les dernières évaluations en effet confirment la rumeur: nette amélioration des conditions de travail, de socialisation et de santé des individus admis aux programmes. Chute notable des activités illégales.

Pourtant, de nombreux problèmes subsistent, qui méritent d'être soulignés. La contradiction à la base de la plupart des politiques en matière de drogue n'a pas été résolue : les programmes de prévention, soins et réinsertion sociale ne sont simplement pas compatibles avec la criminalisation des usagers. Les commissions d'experts mandatées par le gouvernement fédéral ont déjà souligné cette difficulté, évoquant même, en guise de réponse, la dépénalisation de l'usage. La drogue circule dans les prisons. Les prescriptions de stupéfiants ne sont offertes, pour le moment, qu'à une minorité, triée

sur le volet, de ceux qui pourraient en bénéficier. Les associations d'usagers de drogue, présentes dans certains cantons, ne sont pas suffisamment intégrées au processus politique. L'information du public, enfin, pourrait être améliorée, afin d'éviter que des mesures originales soit mal comprises.

Malgré tout, la politique suisse est porteuse d'une valeur qui ne peut qu'être défendue : moins idéologique que dans la plupart des pays européens, elle se fonde sur la pratique et la concertation. Représentant ainsi l'ébauche d'un processus d'apprentissage volontaire qui, nous l'espérons, pourra permettre aussi bien la prise en compte des critiques que la défense des acquis.

1. DU LAUDANUM A LA PROHIBITION

L'interdiction légale des stupéfiants est récente. Il a y moins d'un siècle, les principales substances aujourd'hui condamnées, comme l'opium ou la cocaïne, ornaient encore les devantures des pharmacies et drogueries d'Europe et d'Amérique. Des publicités vantaient les mérites des médicaments miracles, d'autant plus efficaces que leur formule était tenue secrète. On pouvait se procurer toute sorte de substances par correspondance, en les commandant directement auprès des fabricants. La toxicomanie ? Des phénomènes d'abus ou de dépendance étaient certes déjà connus, mais ils ne semblaient guère concerner que les médecins curieux. En Angleterre et aux Etats-Unis, l'usage en est cependant répandu parmi les femmes et les ouvriers. Mais les opiacés sont aussi utilisés pour calmer les enfants.

"Nul ne mettait en doute qu'il existait des personnes dépendantes de l'opium, de la morphine et de l'héroïne, mais ce phénomène, dans son ensemble, aussi bien pour les consommateurs modérés qu'immodérés, attirait rarement l'attention de la presse et jamais celle des juges et des policiers. Il ne s'agissait pas là d'une affaire juridique, politique ou d'éthique sociale" (Escohotado 1995, p. 105).

Les enjeux étaient ailleurs. Dans la production, l'exportation et la distribution de ce qui deviendra - sous des formes certes élaborées - la drogue du XXe siècle : l'opium. Ce n'est qu'autour de la première guerre mondiale que les conventions internationales commencent à restreindre le marché des stupéfiants. La Suisse, bien que réticente, répercute alors les interdits dans sa législation.

La panacée ou "drogue parfaite"

Opium : suc d'une plante herbacée, le pavot indien, de la même famille que les coquelicots. Depuis 1773, la Compagnie des Indes Orientales gère pour la Couronne anglaise le monopole de la production. Les exportations, alimentant un fructueux marché, sont principalement destinées à la Chine. Comme le souligne l'historien économiste Paul Bairoch, l'important pour les Anglais, c'est le commerce :

"Dans les dernières décennies du XVIIIe siècle, la pression britannique pour effectuer des échanges avec la Chine s'intensifie. C'est là qu'intervient l'opium, principale monnaie d'échange de la Compagnie des Indes anglaises pour acheter des produits chinois se constituant essentiellement d'articles manufacturés, soie, textiles, porcelaine (...). En fait, l'Angleterre favorise les importations clandestines d'opium" (Bairoch 1997, p. 884).

Les quantités d'opium vendues à la Chine s'accroissent au début du XIXe siècle. Face aux manifestations de réticences chinoises, parfois violentes, l'armée anglaise intervient une première fois en 1839 puis en 1856, avec l'aide de la France. Sortie vainqueur des deux guerres de l'opium, la Grande-Bretagne obtient d'importantes réparations, la cession de Hong Kong, l'accès à de nouveaux ports comme Shanghai, le droit de faire circuler les canonnières sur le Yangtsé. Victoire commerciale. L'ouverture forcée de la Chine dope le trafic de l'opium : vers 1900, celui-ci représente près de dix pour cent de la valeur des importations chinoises.

Pendant ce temps, en Occident, les herbes miraculeuses et leurs décoctions suscitent un véritable engouement. Classes populaires, cours royales et milieux artistiques s'y adonnent allègrement. Goethe vante les louanges du laudanum, ancienne préparation à base d'opium, qu'il

qualifie de "délicieux breuvage narcotique". En France, Baudelaire, mais aussi Nerval, Delacroix, Rimbaud ou Hugo explorent *Les Paradis artificiels* que promet le chanvre indien : tous joignent le Club des Haschischins, sous l'œil investigateur du psychiatre Moreau de Tours. Plus tard, Alice découvre le Pays des merveilles, dans lequel, perchée sur son champignon, une chenille philosophe tête un étrange narguilé. Les fumeries se multiplient, inspirées des coutumes asiatiques. En Amérique, au moins une dizaine d'Etats Confédérés produisent leur propre opium.

Tout à sa politique coloniale, la Grande Bretagne ne s'inquiète que modérément de l'augmentation de la consommation sur son propre territoire. Pourtant, plusieurs commissions d'enquêtes médicales, et celle de 1843 sur le travail des enfants, ont déjà signalé les dégâts causés, notamment dans le milieu ouvrier (Blumir 1976). L'attention se porte plutôt sur une enquête menée aux Indes, où le pavot commence à supplanter les autres cultures. Les résultats de ce travail de longue haleine soulignent les aspects positifs d'un usage socialement intégré. La population indienne, conclut le rapport de la *Royal Commission on Opium* de 1896, ne fait face à aucun problème d'ordre sanitaire ou criminel, du fait d'une consommation locale régulière et modérée.

Mais dans le sillage de la révolution industrielle, voilà que les vertus de la plante cèdent peu à peu la place à celles de ses principes actifs. Dans l'opium, les chimistes découvrent la morphine, puis la codéine et l'héroïne. Dans la coca, la cocaïne. Dans le peyotl, la mescaline. Seul le chanvre garde ses mystères, puisque le tétrahydrocannabinol, le fameux THC, ne sera isolé qu'en 1964 (pour des informations précises sur les substances et leurs actions, voir Richard 1995).

L'herboriste et le guérisseur battent en retraite, au profit du médecin et du pharmacien, sous l'impulsion d'une industrie en plein essor. La conjoncture s'y prête. Les matières premières médicinales sont importées des colonies asiatiques en quantité massive et à des prix dérisoires. Techniquement, l'amélioration du matériel d'injection par le perfectionnement de la seringue hypodermique dans les années 1850 permet la diffusion de produits de synthèse que seule l'industrie pharmaceutique est à même d'élaborer. Dans ce dédale industriel, attisant les espoirs de guérison les plus fous, le client s'en remet de plus en plus au spécialiste, à l'administrateur privilégié des médicaments injectables : le médecin, qui touche au passage un pourcentage. Les pharmaciens et commerçants divers, pressés de bénéficier à leur tour des fruits de la science et du progrès, assurent une diffusion encore plus large des nouvelles substances.

La frontière entre usage médical et récréatif n'étant pas encore tracée, c'est d'abord le mythe de la drogue parfaite, ou *panacée*, qui ressuscite avec les percées de la chimie. Le commerce des élixirs miracles progresse de concert avec la mise au point de médicaments industriels. La foi dans le progrès se veut illimitée. Les affiches publicitaires l'affirment : l'heure du remède universel a sonné. Si elles sont prescrites soigneusement par les autorités médicales, les drogues se vendent aussi librement, mêlant leur pouvoir à diverses eaux miraculeuses. Tandis que les chimistes égrènent le chapelet des nouveaux principes actifs découverts, des entrepreneurs s'ingénient à les valoriser et à les diffuser sous des formes originales. Rien qu'en 1843, un pharmacien de Nottingham parvient à écouler trois tonnes du Godfrey's Cordial, sirop doux et parfumé à base d'opium destiné surtout aux enfants (Blumir 1976).

Le sort des premiers produits industriels reflète cette symbiose originelle entre science, magie et commerce. De l'opium justement, le premier constituant psychoactif révélé (entre 1803 et 1817) est la morphine, qui tire son nom d'une référence au dieu grec du sommeil, Morphée. Quelques décennies plus tard, ses effets analgésiques indéniables sont encore renforcés par l'usage de la seringue. Commercialisée d'abord par la Grande-Bretagne et l'Allemagne, la morphine injectable apaise les blessés de la guerre de Sécession américaine et de la guerre franco-prussienne de 1870. Elle sera exportée aussi vers la Chine comme substitut à un marché de l'opium saturé par la production locale. Mais la morphine, ce sont aussi les morphinomanes, discrets dépendants appartenant, selon les statistiques de l'époque, à la classe moyenne : en majorité des médecins et membres de professions médicales ou leur famille.

Et, lorsqu'en 1874, un anglais du nom de Wright parvient à synthétiser l'héroïne à partir de la morphine, l'optimisme médical atteint son comble. Lancée à grand renfort de publicité en 1898, l'héroïne est vendue sous le même emballage que l'aspirine. Elle a, affirment les prospectus de la firme allemande Bayer, la vertu d'augmenter l'activité, de supprimer la peur, de faire disparaître la toux, y compris chez les tuberculeux... et de faire perdre aux morphinomanes leur intérêt pour la morphine.

Généreusement prescrite par le corps médical jusqu'aux années vingt, la cocaïne est elle aussi considérée comme un médicament. Le jeune psychanalyste Freud s'intéresse à ce nouveau produit, qu'il teste sur lui même et ses patients, avant de publier en 1884 un ouvrage de référence : *Sur la Coca*. Il y préconise l'usage de cocaïne dans un grand nombre d'indications, notamment en tant qu'analgésique local.

Au même titre que les opiacés, l'alcool, les amphétamines et les autres drogues qui agissent sur le système nerveux central, la cocaïne semblait soulager les symptômes d'un grand nombre de maladies et de troubles fonctionnels de nature pourtant très différente. Ces remèdes universels à effets centraux occupaient une place des plus importantes dans la pharmacopée (Grinspoon/Bakalar 1978).

Contacté par les laboratoires Parkes-Davis, Freud acceptera même de vanter les produits de la firme au détriment de ses concurrents, contre des paiements en nature. Nombreuses, ces publicités présentent la cocaïne comme "une manière inoffensive de soigner la tristesse" (Escohotado 1995, p. 100). Un pharmacien corse particulièrement commerçant, Angelo Mariani, reprend l'idée au vol et lance son fameux "vin médical", le vin Mariani, qui connaît un extraordinaire succès populaire ; renforcé encore par les élans élogieux des célébrités de l'époque, parmi lesquelles on compte quelques aviateurs ! De l'autre côté de l'Atlantique, John Smith Pemberton, pharmacien lui aussi, met au point une boisson à l'avenir prometteur : le Coca-Cola, "remède souverain" et "boisson désaltérante". Jusqu'en 1906, la formule de ce nouveau stimulant inclut de la cocaïne, comme d'ailleurs celle de ses nombreux concurrents.

Le contrôle des marchés

"Celui qui tue le corps d'un homme est un ange comparé à celui qui détruit son âme par l'administration, sans prescription, d'une drogue qui n'aura pas été achetée en pharmacie" (cité par Escohotado 1995, p. 108). C'est en ces termes qu'en 1903, les médecins et pharmaciens américains réagissent à ce qui apparaît comme une consommation débridée. Leurs associations respectives, montées tardivement au créneau, scellent une alliance et se rallient à la vague puritaine qui déferle sur les pays

anglo-saxons, cherchant de cette manière à s'assurer un contrôle sur les opiacés. En Europe, les médecins ont acquis plus rapidement le statut de prescripteurs de médicaments. Ils sont déjà l'objet des sollicitudes et sollicitations de l'industrie pharmaceutique.

De manière générale, le combat des médecins et pharmaciens occidentaux contribue à diffuser un discours alarmiste, selon lequel une diffusion non contrôlée des psychotropes s'avère dangereuse, non seulement pour l'individu, mais pour l'ensemble de la société. Les arguments sanitaires font le jeu d'une profession médicale en quête de statut.

"Le courant de pensée accusant la consommation anarchique des médicaments de constituer un danger pour la société (...) et qui paraît aller de soi est en fait la conséquence d'un processus social qui a vu les professionnels de la santé se rapprocher de l'Etat pour exiger et obtenir le monopole de l'acte médical et du contrôle sanitaire des populations" (Dudouet 1996, p. 17).

Côté international toutefois, la production et l'exportation des drogues sont encore libres. Les premières législations interdisant certains produits sont donc adoptées de manière unilatérale, par quelques Etats cédant à la double pression des mouvements de tempérance - dont l'influence ne cesse de croître - et des intérêts économiques et corporatistes, voire xénophobes. L'importation d'opium par les chinois est ainsi condamnée par le Congrès des Etats-Unis dès 1887. Mais au début du XXe siècle, l'opium est coté à la bourse de Londres. C'est encore autour de la Chine, bien que lointaine et si "exotique", que s'articulera l'histoire occidentale des drogues. Utilisant ce qui lui reste d'autonomie politique, l'Empire tente, dès la moitié du XIXe siècle, de résister à l'influence britannique en limitant les importations. Il investit dans la production de pavot,

luttant ainsi contre son déficit extérieur. Bientôt, les importations d'opium - pourtant considérables - ne représentent plus que la moitié de l'opium consommé localement (Caballero 1989).

Dans le même temps, une campagne contre l'opium s'organise. Au début du XXe siècle, la consommation en Chine concerne quelque 27% des hommes adultes (Bairoch 1997). Mais dans ce cas aussi, les préoccupations sanitaires évoquées pour légitimer un contrôle accru recourent d'autres intérêts : en l'occurrence, les visées nationalistes des ligues contre l'opium et des partis réformistes. Comme le résume Adams, "l'opium apparaissait clairement comme le symptôme et le symbole de l'ingérence étrangère et de la décadence nationale" (cité par Glorie 1983). Rapidement, les négociations s'ouvrent avec le gouvernement anglo-indien. Elles aboutissent à un accord sur la réduction progressive des importations d'opium ; à la condition que la Chine diminue effectivement, et dans les mêmes proportions, sa production nationale.

A la demande des américains, dont les relations avec la Chine sont alors pour le moins tendues, la première Conférence internationale de l'opium se tient à Shanghai en 1909. A l'ordre du jour des délégués de treize pays : l'interdiction de l'utilisation extra-médicale. Mais l'heure n'est pas encore à l'efficacité. Les allemands, premiers producteurs mondiaux de morphine et de cocaïne, parviennent à éviter que la question de la production pharmaceutique de drogues ne soit abordée (Coppel/Bachmann 1989). Finalement, les recommandations adoptées - notamment celle d'interdire l'opium à fumer ainsi que l'exportation de l'opium vers les pays interdisant son importation - n'auront aucune valeur contraignante. Elles ne satisfont donc guère les stratèges américains dans leurs ambitions de mener, par le biais des pressions internationales, une croisade contre

la boisson et la drogue. "Dans l'intérêt du commerce et de la conscience", suivant le mot du haut fonctionnaire W. S. Craft (cité par Escohotado 1995, p. 109).

Conventions internationales : la Suisse suit le mouvement

Contrairement à ce que le bon sens pourrait laisser croire, ce n'est donc pas pour lutter contre les problèmes d'abus que la communauté internationale a fini par interdire la production et le commerce des drogues. Bien plus que le sort de quelques opiomanes ou morphinomanes, les intérêts économiques - soutenus parfois par les mouvements puritains - dictent les premières croisades contre les drogues, comme ils avaient dicté les guerres anglaises de l'opium.

En signant, de la Haye à Vienne, une succession de conventions, les pays européens, dont la Suisse, s'alignent progressivement sur la vision du premier des censeurs : les Etats-Unis. De l'autre côté de l'Atlantique, l'idée de tempérance s'est en effet transformée en prohibitionnisme moralisant, sous l'impulsion de partis accusant les drogues et l'alcool - associés aux communautés étrangères - d'être responsables de tous les maux de la société. Une nouvelle conférence est convoquée dans la foulée de Shanghai, à la demande des américains. Elle se tient à la Haye en 1912 et se clôt par l'adoption de la première *Convention internationale de l'opium*. A première vue, la communauté internationale vient de passer de l'affirmation de principes à l'adoption de normes. Toutefois, la portée réelle du texte se révèle encore "loin d'être proportionnée à l'ampleur de la mise en scène" qui entoure cette conférence (De Skoda 1944, p. 12). De négociations en compromis, les résolutions de Shanghai se sont quelque peu édulcorées.

Car l'opium est devenu à la Haye un véritable enjeu commercial international, qui ne concerne plus uniquement les gouvernements chinois et anglo-indien, comme du temps de Shanghai. Pour la première fois, la production pharmaceutique est mise en cause. Un petit nombre d'industries (anglaises et allemandes notamment) fabriquent des opiacés ou de la cocaïne et alimentent aussi le marché illicite (Dudouet 1996).

Les tractations sont ardues et les doubles jeux commencent. La Grande-Bretagne les amorce - prise en tenaille entre un fort courant puritain prônant l'interdiction de l'opium et une industrie pharmaceutique puissante, exportant de la morphine vers la Chine. Les délégués anglais à la Haye optent pour l'ambiguïté. Côté opium, ils ont reçu des directives : émettre des réserves contre toute disposition concernant le commerce et l'usage dans les possessions britanniques. Parallèlement, ils demandent que l'on réglemente la fabrication industrielle de la morphine et de la cocaïne. Une fois la proposition acceptée, ils redeviennent discrets, laissant l'Allemagne lutter pour la liberté de commerce des produits de son industrie, et, du même coup, de l'industrie anglaise.

Concrètement, la Convention de la Haye organise le contrôle de la production et de la distribution de l'opium brut ainsi que la suppression de l'opium à fumer. Les pays signataires adoptent aussi le principe - qui régira toutes les conventions successives - de la limitation de "la fabrication, la vente et l'emploi de la morphine, de la cocaïne et de leurs sels respectifs aux seuls usages médicaux et légitimes (...)" (art. 9). Mais cette première réunion ne suffit pas à convaincre la communauté internationale. Pour obtenir l'aval des Etats réticents, deux autres conférences sont convoquées en 1913 et 1914. C'est alors que la participation de la

Suisse, qui jusque là s'était tenue à l'écart, est officiellement requise. Le Protocole de clôture de la première Conférence insiste ouvertement sur l'utilité de son engagement :

"[La Conférence] émet le vœux que le Gouvernement des Pays-Bas veuille bien faire observer au Gouvernement helvétique qu'il est dans l'erreur en considérant sa coopération comme d'une valeur à peu près nulle. A l'encontre de ce qui est dit dans la lettre du Conseil fédéral du 25 octobre 1912, la Conférence estime que la coopération de la Suisse serait de l'effet le plus utile, tandis que son abstention compromettrait les résultats de la Convention".

La Suisse s'était jusqu'alors contentée de répéter qu'elle ne comptait pas d'industrie d'opiacés développée. Suite aux pressions internationales, elle finit par participer à la Conférence de 1914, mais ne ratifia la Convention qu'en 1924. On peut présumer qu'à l'origine de ce délai, on trouve tant le manque de sensibilité des cantons à la questions des stupéfiants (seuls Vaud et Genève ont alors établi un régime légal spécifique en la matière), que les pressions d'une industrie chimique et pharmaceutique, probablement plus importante que les affirmations officielles ne le laissaient entendre (Liniger 1995).

Suite à cette ratification et faute de réglementations cantonales, l'adoption d'une loi fédérale devient nécessaire pour harmoniser législation nationale et convention. C'est ainsi que le 2 octobre 1924 est adoptée la première loi fédérale sur les stupéfiants. Dépourvu de compétence générale en matière de santé publique, l'Etat fédéral, pour légiférer, doit s'appuyer sur l'article 69 de la constitution, qui lui accorde des prérogatives exceptionnelles en matière de lutte contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement

dangereuses. Pourtant, en elle même, la loi de 1924 ne prévoit pas de mesures médicales. Elle se limite à poursuivre pénalement la fabrication, la cession et la détention de stupéfiants. D'emblée, la politique suisse en matière d'usage est donc placée sous le signe de l'ambiguïté entre option sanitaire et pénale.

Entre 1925 et 1953, sept nouveaux accords internationaux viennent structurer et renforcer le contrôle sur les stupéfiants, sous l'auspice de la Société des Nations puis de l'Organisation des Nations Unies. Parallèlement, l'industrie des médicaments se développe et s'organise en cartel. La tendance n'est pas nouvelle. Dès le début du siècle, les grandes entreprises pharmaceutiques et chimiques ont commencé à s'entendre afin de se partager les marchés et de s'assurer un meilleur contrôle des prix. Or, les stupéfiants représentaient une partie considérable de leurs profits. Les premières à s'associer ont été les firmes allemandes productrices de drogues, suivies par les industries anglaises. Entre temps, leur production s'accroît considérablement. Face à la saturation de la demande et à l'augmentation du contrôle international, une alternative se présente : se regrouper en cartel ou investir dans le marché illicite.

"Dès la deuxième moitié des années 1920, il apparaît nettement que le marché des stupéfiants légaux est saturé. Les études statistiques de la Société des Nations montrent très nettement une surproduction de stupéfiants par rapport aux besoins légitimes. Les seules solutions qui restent aux entreprises sont d'entrer massivement dans le marché illicite, à l'heure où justement s'instaure un contrôle international, ou alors d'éliminer les concurrents plus petits et récupérer leur part de marché" (Dudouet 1996, p. 96).

Le choix du cartel s'impose. En 1924, sept industries européennes s'unissent : quatre sociétés allemandes, une

française, une hollandaise et la suisse F. Hoffman-La Roche & Cie. Elles se partagent le marché de la cocaïne, fournissant à elles seules près de 60% de la production mondiale. Par la même occasion, elles s'engagent à ne pas vendre de la cocaïne à des fins illégitimes. Dans les années trente, un cartel international des opiacés verra le jour. La concentration du pouvoir des grandes firmes pharmaceutiques en fait un interlocuteur de poids dans la mise en place des stratégies internationales de contrôle du marché des stupéfiants. Elles sont mues par une double volonté : celle de s'intégrer aux marchés légaux formés par les conventions internationales et celle de s'en garantir l'exclusivité.

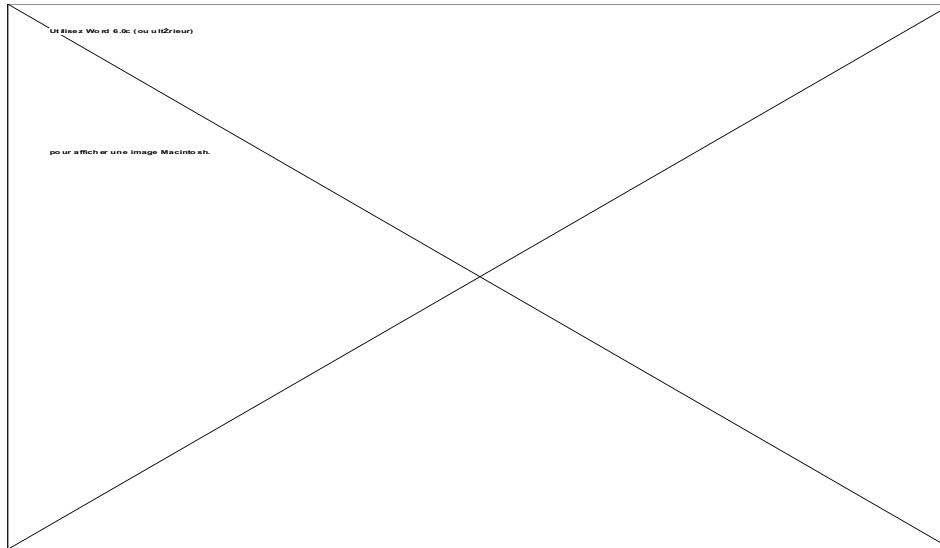
Dans ce nouveau contexte se tient à Genève, en 1925, une nouvelle Conférence sur l'opium qui ne donne que peu de résultats. Quelques acquis tout de même dans la Convention : le terme de *stupéfiant* fait son entrée officielle dans le vocabulaire international. On goûtera au passage la saveur de la définition : les stupéfiants sont des produits "auxquels la présente convention peut s'appliquer" (art. 4). Par ailleurs, le chanvre indien et sa résine sont soumis pour la première fois au contrôle international, sur proposition des britanniques : en Egypte, alors protectorat anglais, le haschisch est devenu le symbole de la lutte contre la colonisation. Enfin, dans un Accord, des monopoles d'Etat sont imposés pour gérer la production d'opium préparé.

Mais les Etats-Unis reviennent à la charge. C'est l'époque de la prohibition de l'alcool, la fameuse "noble expérience" comme elle est alors nommée outre Atlantique. Dans le souci constant de rendre efficaces les conventions adoptées, ils proposent la tenue d'une conférence visant une limitation quantitative de la production de stupéfiants. Celle-ci serait contrôlée par un système d'évaluation des besoins pour les usages

médicaux et scientifiques. Résultat : la *Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants* est adoptée à Genève en 1931. Un organe de contrôle est mis sur pied.

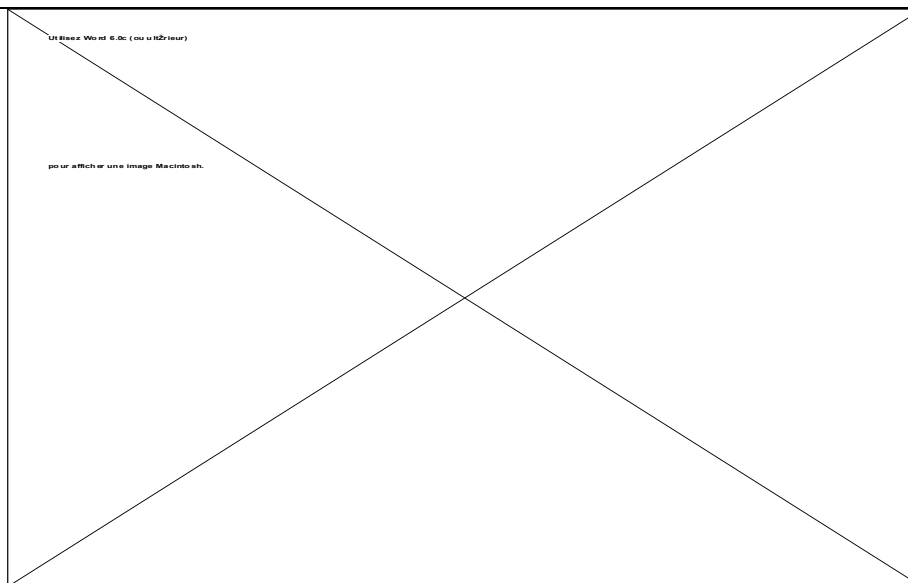
Le marché se réduit comme peau de chagrin. Phénomène particulièrement significatif dans deux des principaux pays producteurs, l'Allemagne et la Suisse (voir figure 1 et 2). En réaction, les industries se tournent vers les prescripteurs autorisés. La logique : la quantité des prescriptions - à savoir la quantité de produits utilisés légalement à des fins médicales - est non seulement importante en soi, mais elle l'est d'autant plus qu'elle influencera l'évaluation des besoins. Fondée à l'origine sur la production pharmaceutique. L'activisme des producteurs de médicaments dans la promotion de leurs produits est un phénomène aujourd'hui bien connu. A titre d'illustration contemporaine, il faut imaginer les conférences annuelles de la jeune Société suisse d'alcoologie, prises d'assaut par les représentants de l'industrie du médicament qui tentent d'accrocher l'attention du milieu médical sur les nouvelles substances susceptibles de vaincre la dépendance alcoolique.

Figure 1 : fabrication de stupéfiants par l'industrie allemande (déclarations des Etats à la Société des Nations - 1925-1938)



Source : Dudouet 1996

Figure 2 : fabrication de stupéfiants par l'industrie suisse (déclarations des Etats à la Société des Nations - 1925-1938)



Source : Dudouet 1996

Une étape décisive vers la prohibition est franchie en 1936. Pour la première fois, les Etats signataires passent d'une réglementation internationale de type administratif et commercial à une réglementation pénale. La première Convention, en 1912, se montrait plutôt

précautionneuse en la matière. Le texte prévoyait en effet que :

"les Puissances contractantes examineront la possibilité d'édicter des lois ou des règlements rendant passibles de peines la possession illégale de l'opium brut, de l'opium préparé, de la morphine, de la cocaïne et de leurs sels respectifs (...)" (art. 20).

Avec la *Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles* de 1936, le ton change. Définir comme illicite le commerce de stupéfiants qui viole la réglementation internationale ne suffit plus. Il s'agit maintenant d'en assurer la répression effective. Selon l'article 2, tout pays signataire "s'engage à édicter les dispositions législatives nécessaires pour punir sévèrement, et notamment de prison ou d'autres peines privatives de liberté" les activités de fabrication, détention, offre, achat, etc. de stupéfiants qui violent les conventions internationales. Est-ce le cantonnement progressif de l'industrie pharmaceutique au seul marché légal qui a joué un rôle décisif dans ce tournant restrictif ? C'est fort probable.

Les américains tentent sur la lancée de faire adopter un texte plus sévère encore, proposant de supprimer "l'abus". Mais il ne sont pas suivis, car le but de la Convention n'est pas encore d'interdire tout usage de stupéfiants n'ayant pas une fonction médicale ou scientifique - on en discutera lors d'une autre conférence, précise le représentant français. Il s'agit avant tout d'empêcher qu'un trafic clandestin ne mette en péril les intérêts officiels sur ces matières premières que sont l'opium et la coca. Et ne vienne perturber les profits dérivant des monopoles d'Etat issus de l'Accord de Genève de 1925. Ces montants représentent tout de même jusqu'à 20% des recettes générales de certains pays, notamment les Etats malais fédérés ou les Etablissements

du Detroit, tout deux protectorats anglais (De Skoda 1944).

La Suisse adhère à la Convention de 1936. Elle adopte aussi le Protocole de 1948, soumettant au contrôle international les stupéfiants synthétiques. Le gouvernement se dit préoccupé, d'autant que des études scientifiques relèvent que leur fabrication, "à l'étranger notamment", est en extension croissante (CF 1951). Pour permettre ces ratifications, la législation nationale doit être une nouvelle fois modifiée. C'est ainsi qu'est adoptée la nouvelle Loi fédérale sur les stupéfiants, le 3 octobre 1951. Un texte restrictif, qui punit la possession de drogue. Mais pas la consommation. Dans son exposé des motifs, le Conseil fédéral revient sur l'ambiguïté du statut du toxicomane : "malade" ou "délinquant" ?

"Au lieu d'essayer d'intimider le toxicomane par des sanctions très rigoureuses, il paraît indiqué de considérer la toxicomanie non pas comme un délit ou même un crime, mais comme une maladie. Celui qui s'adonne aux stupéfiants doit donc être soumis à un traitement médical ; des mesures préventives s'imposent alors, pour qu'il n'y ait pas emploi abusif de stupéfiants".

Concrètement, les seules dispositions prises à l'égard des usagers dans la loi de 1951 s'adressent aux médecins, qui ont le devoir de signaler les cas de toxicomanie aux autorités cantonales compétentes. Celles-ci sont alors chargées d'une tâche tout aussi vague : prendre les mesures nécessaires et éventuellement leur interdire de se procurer des stupéfiants (art. 12).

La Loi fédérale sur les stupéfiants de 1951 organise la "lutte" contre la drogue en Suisse jusqu'au milieu des années soixante-dix. Seules quelques modifications mineures lui sont encore apportées suite à la ratification de la *Convention Unique sur les stupéfiants*

de 1961. Ce texte fondamental rationalise et remplace toutes les conventions antérieures (sauf celle de 1936). Il étend à la culture de la coca et du cannabis les contrôles précédemment prévus pour l'opium. Des réserves temporaires sont accordées à certains pays, afin de leur permettre d'éradiquer des habitudes de consommation fortement enracinées (comme celle de mâcher la feuille de coca dans les pays andins). Mais, désormais, c'est clair : les drogues ne peuvent plus être utilisées autrement qu'à des fins médicales et scientifiques.

Les substances dites "stupéfiantes" sont maintenant réparties dans quatre tableaux et soumises à des régimes partiellement différents. Il est intéressant d'insister, avec le pharmacologue Denis Richard, sur la logique sous-jacente à ce classement :

"Clairement, cette classification hiérarchise les drogues en fonction de leur 'utilité médicale'. Elle introduit *ipso facto* une dichotomie entre drogues occidentales, réputées 'utiles' et donc légalisées (ce seront les 'médicaments') et drogues traditionnelles, du tiers monde, jugées 'inutiles' et donc prohibées. C'est ainsi que le cannabis sous forme de plante y voisine avec l'héroïne" (Richard 1995, p. 18).

Ainsi, ce sont bien les conventions internationales qui ont d'abord joué un rôle déterminant dans la genèse et l'évolution des lois nationales en matière de stupéfiants. Dans ses premiers pas en matière de lutte contre la drogue, la Suisse ne fait pas exception. Elle s'aligne sur la communauté internationale (pour un point sur la situation actuelle, voir encadré 1). Jusqu'à la fin des années soixante en effet, aucun problème manifeste d'abus de stupéfiants n'est perçu en Suisse, qui justifierait en lui-même une législation spécialisée. En 1971, les statistiques pénales ne mentionnent encore que les usagers de cannabis et d'hallucinogènes. Comme le

résume alors un message du Conseil fédéral, les motifs principaux justifiant les révisions législatives viennent de l'extérieur :

"La loi sur les stupéfiants de 1924 avait été édictée pour permettre à la Suisse de tenir les engagements qu'elle avait pris en adhérant à la Convention internationale de l'opium de 1912. L'évolution du contrôle international des stupéfiants, l'adhésion de notre pays à d'autres conventions (...) et les expériences recueillies lors de l'application de la loi de 1924 conduisirent à sa révision totale (...) et à son remplacement par la loi du 3 octobre 1951" (CF 1973).

Mais bientôt, la perception du problème va changer. La politique de la drogue n'apparaît plus seulement comme une question de régulation du marché des médicaments, mais comme un problème social. Dans l'élaboration de la politique helvétique en matière d'usage, les données intérieures commencent à prévaloir sur le seul respect des conventions internationales.

Encadré 1 : la Suisse et les Conventions internationales aujourd'hui

La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles de 1953 : Entrée en vigueur en Suisse le 31 mars 1953, elle engage les pays signataires à réprimer sévèrement la fabrication, offre, détention, etc. de stupéfiants en violation des conventions internationales. Elle prévoit des formes de coopération entre les polices nationales.

La Convention unique sur les stupéfiants de 1954 : Entrée en vigueur en Suisse le 22 février 1970, elle vise essentiellement un contrôle accru de l'offre de stupéfiants "classiques" : opium, morphine, héroïne,

cocaïne et produits cannabiniques notamment, dont elle limite l'usage aux seuls besoins médicaux et scientifiques.

Le Protocole du 24 mars 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 : Entré en vigueur en Suisse le 22 mai 1996, il définit essentiellement les fonctions de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), institution onusienne chargée de garantir la limitation de la culture, de la fabrication et de l'utilisation de stupéfiants aux seuls usages prescrits par la Convention unique et de coordonner les efforts nationaux et internationaux.

La Convention sur les substances psychotropes de 1971 : Entrée en vigueur par la Suisse le 21 juillet 1996, cette convention vise à prévenir les abus de consommation de psychotropes (hallucinogènes, tranquillisants, barbituriques, amphétamines) par le biais d'un meilleur contrôle de l'offre.

La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 : Cette dernière Convention renforce la répression du trafic et prône la criminalisation de la possession de stupéfiants et substances psychotropes pour usage personnel. La Suisse ne l'a pas ratifiée à ce jour, mais a déjà introduit certaines dispositions dans le droit fédéral, concernant notamment la réglementation en matière de blanchiment d'argent et le contrôle des "précurseurs" (produits de base nécessaires à la fabrication des substances visées).

—fin de l'encadré—

2. PUNIR, GUERIR, PREVENIR : LE TEMPS DES ILLUSIONS

Assimilée aux délires d'artistes, mise en scène dans les romans noirs, la consommation de stupéfiants comme la morphine ou la cocaïne relève, dans l'Amérique des années cinquante, plus de fantasmes que de préoccupations collectives. Et, brusquement, une réalité sociale s'impose : la jeunesse bien élevée, supposée à l'abri des tentations, fume de l'herbe ou du haschisch, s'essaie au L.S.D., aux amphétamines. Pire, elle s'exporte : les idéaux de la Beat Generation, du Flower-Power, des Hippies traversent l'Atlantique, franchissent les Alpes. En Suisse, la rumeur du début devient réalité, incontournable : consommer une drogue reflète une quête existentielle et une revendication politique. Pour certains, cette initiation passera par l'Orient, les Indes et ses voyageurs parfois égarés, ses communautés enfouies dans la nature. Pour d'autres, le malaise est sur place. Il faut lutter contre le conformisme bourgeois et la société de consommation. L'homme unidimensionnel dénoncé par Marcuse est en proie aux assauts d'une jeunesse révoltée.

Mais tardivement. En Suisse, mai 68 date des années soixante-dix. Les problèmes de drogue associés dans les esprits à la révolte parisienne aussi. Qu'importe le retard : c'est avec stupeur que la société helvétique, habituée aux ivresses alcooliques, découvre la consommation de drogues et sa démocratisation. Pour la première fois, ce ne sont plus uniquement les conventions internationales mais des préoccupations d'ordre intérieur qui vont être à l'origine de la nouvelle loi sur les stupéfiants. Une législation entrée en vigueur en 1975 et sur laquelle se base encore, plus de vingt ans après, la politique suisse en matière de drogue.

L'espoir d'un retour à l'ordre

Fin des années soixante. En Suisse, consommer des drogues n'est pas punissable en soi. Pourtant, le ton est clairement à la répression et c'est précisément ce qu'un jeune homme va découvrir bien malgré lui, à l'occasion d'une soirée entre amis. Le traitement de son cas pourtant fort banal, porté devant le Tribunal Fédéral en 1969, est à l'origine d'une vague répressive sans précédent dans le pays : 521 personnes ont été poursuivies cette année-là pour infraction à la loi sur les stupéfiants. En 1971, elles seront plus de 3'600, soit un accroissement du nombre des poursuites de quelque 700% en deux ans ! (Journal de Genève, 3/4.2.1973).

Le problème se pose ainsi : l'inculpé avait fumé avec une camarade d'études des cigarettes de marijuana qu'elle confectionnait soigneusement. Ils s'étaient passés le joint. Y a-t-il, dans ce cas, infraction à la loi sur les stupéfiants ? En d'autres termes, s'agit-il d'une "acquisition illégale" ? L'"arrêt Michel" conclut positivement, le Tribunal Fédéral estimant que :

"L'acquisition comprend tous les actes par lesquels on se procure des stupéfiants, fût-ce à titre gratuit. Elle peut être distincte de la consommation ; elle est alors punissable comme telle, alors même que la consommation seule ne l'est pas" (ATF 95 IV, p. 179).

Un verdict qui ouvre alors la voie à la répression indirecte de l'usage. Les tribunaux cantonaux s'appuient sur cette jurisprudence pour poursuivre les usagers, dans un réflexe répressif. Cette réaction, que l'on peut caractériser comme essentiellement défensive, reflète la tentative de maîtriser par la force les comportements jugés déviants et qui se manifestent avec une fréquence accrue. Pourtant, l'offensive policière et judiciaire à l'encontre des consommateurs de drogues suscite de

virulentes critiques : les milieux médicaux attaquent l'hypocrisie de la loi de 1951, qui permet cette punition de l'usage par voie détournée ; les autorités juridiques, hérauts de la fameuse "doctrine helvétique", martèlent eux que l'autodestruction ne saurait être pénalisée.

L'attention se tourne maintenant sur l'héroïne et la cocaïne, dont on commence seulement à parler. Nouvelles substances, nouvelles inquiétudes : le trafic international se structure, les conséquences sanitaires de la consommation de drogues débordent le cadre discret des cabinets médicaux. Premières saisies en 1972, première mort attribuée à l'injection de stupéfiants aussi. En réaction, l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants est mis sur pied tandis que dans les cantons, des brigades spécialisées tentent de maîtriser un marché illégal en constante transformation.

Mais, à défaut d'être résolus, les problèmes de santé liés à la consommation de drogue doivent aussi être pris en compte. Les groupes d'entraide, les communautés, les centres d'accueil et de conseils fleurissent un peu partout. Les organisations traditionnellement en charge des alcooliques élargissent leur offre. C'est le cas par exemple de la "Ligue Valaisanne d'action antialcoolique", qui dès 1970 se rebaptise "Ligue Valaisanne contre les toxicomanies". Des initiatives particulièrement originales sont parfois promues par les autorités. A Genève par exemple, les pharmaciens s'engagent en 1972, avec l'aval de l'Office de la jeunesse et sous l'égide de leur association professionnelle, à analyser gratuitement la qualité des produits qu'apportent leurs clients. Le but : éviter une consommation malencontreuse. Mais l'opération ne durera pas.

C'est dans cette atmosphère à la fois tourmentée et innovatrice, caractérisant le début des années septante,

que la Commission fédérale des stupéfiants suggère une révision de la loi de 1951. Tandis que le Service fédéral chargé de l'hygiène et le Ministère public de la Confédération examinent cette possibilité, une pluie de postulats, petites questions et pétitions vient stimuler les débats, tant au niveau cantonal que national.

Un projet de loi est soumis à consultation en 1972. Vingt-trois cantons et dix-huit organisations prennent position. Tous se rejoignent sur la volonté de maîtriser les problèmes sociaux et sanitaires liés aux abus de drogue.

Le Conseil fédéral prend acte et, dans son message adressé à l'Assemblée fédérale, exprime ses intentions : la révision de la loi devra servir à clarifier le statut juridique de la consommation, à développer des mesures d'assistance médicale et sociale et à renforcer la lutte contre le grand trafic. Elle servira surtout à donner une colonne vertébrale à une politique, jusque-là, éparpillée.

Toutefois, reste à s'accorder sur quelques thèmes épineux. A cette époque, en Suisse comme dans les autres pays européens, deux enjeux sont en tête de toutes les préoccupations : faut-il pénaliser l'usage ? Faut-il distinguer entre les drogues dites alors "majeures" (comme l'héroïne) et les drogues "mineures" comme le cannabis ?

La question la plus controversée est celle de la pénalisation de l'usage. Indéniablement, la répression indirecte de la consommation qui se pratique depuis l'arrêt Michel est une solution bancale nécessitant une clarification. Au Parlement fédéral, deux camps se déchirent. D'un côté, la répression est prônée au nom de la lutte contre le trafic, de la protection de l'ordre public, mais aussi de la prévention. De l'autre, les tenants de la décriminalisation complète de l'usage

pointent les contradictions du Gouvernement : on ne peut pas chercher à la fois à soigner un consommateur de drogue et le condamner pour sa consommation.

Pour le Conseil fédéral, la création d'un délit d'usage de drogue a pour but de "réaliser une certaine dépénalisation de la consommation", ce qui peut sembler paradoxal. Il s'agit en fait de différencier la consommation des autres pratiques liées aux stupéfiants : auparavant, les usagers de drogues tombaient sous le coup de l'interdiction d'acquérir et écopaient de peines sévères. Dans le cadre de la nouvelle loi, ils pourront certes être poursuivis directement, mais leur peine sera comparativement réduite et des possibilités d'exemptions seront prévues (CF 1973). Ce point de vue s'impose et la loi est adoptée.

Depuis la révision de 1975, la Suisse considère donc que la consommation de stupéfiants est en soi illégale - rejoignant en cela la France, pas les Pays-Bas. En revanche, tous les produits restent traités de la même façon : le nouveau texte ne fait aucune différence entre héroïne et cannabis par exemple - une fois encore, à l'exemple de la France et à l'encontre de l'option néerlandaise.

L'échafaudage se veut cohérent (voir encadré 2). La logique d'intervention repose sur trois "piliers" : réprimer, guérir et prévenir. La punition seule ne suffisant pas, des alternatives à la poursuite sont prévues pour les "toxicomanes" acceptant de suivre un traitement médical. Quant aux personnes fortement dépendantes, elles pourront aussi être envoyées d'office, par le juge, dans une maison de santé. Les compétences des cantons en matière d'information et d'assistance sont précisées.

Tout est en place, semble-t-il, pour faire face sur le terrain à ce qui émerge comme un nouveau phénomène de

société : "la toxicomanie". Même si le gouvernement fédéral a précautionneusement rappelé dans son message introductif que la loi en elle-même ne saurait venir à bout des problèmes.

Encadré 2 : ce que dit aujourd'hui la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

Définition des stupéfiants. Sont considérées comme stupéfiants les "substances et les préparations ayant des effets de type morphinique, cocaïnique et cannabinique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie)" (art. 1). Depuis mars 1995, sont assimilées aux stupéfiants les substances psychotropes engendrant la dépendance. La liste des substances est établie par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Production et distribution. Les stupéfiants et substances psychotropes ne peuvent être produits ni commercialisés sans une autorisation des cantons, selon les conditions arrêtées par le Conseil Fédéral (art. 4). Ils ne peuvent être ni importés ni exportés sans un permis spécial de l'OFSP (art. 5)

Certains produits sont soumis à un contrôle plus strict : la culture, l'importation, la fabrication et la commercialisation de l'opium à fumer, l'héroïne, les hallucinogènes (comme le L.S.D.), le chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants, sont frappés d'interdiction absolue (art. 8).

Celui qui cultive, fabrique, importe, achète ou vend des stupéfiants en dehors des cas autorisés, mais aussi celui qui finance un trafic illicite ou qui incite à la consommation encourt une peine de trois jours à trois ans d'emprisonnement ou une amende pouvant atteindre 40'000 francs suisses. Dans les cas graves, la peine de prison est d'une année au minimum, pouvant être cumulée avec une amende jusqu'à un million de francs (art. 19).

Les programmes expérimentaux de prescriptions de stupéfiants menés en Suisse depuis 1994 se basent sur l'article 8 (al. 5), qui prévoit que des autorisations exceptionnelles peuvent être accordées par l'Office fédéral de la santé publique pour la production, l'importation et la distribution de ces substances, si elles sont destinées à des fins scientifiques ou de lutte contre les stupéfiants mais aussi, en ce qui concerne l'héroïne et les hallucinogènes, en vue d'une application médicale limitée.

Le développement, dans les cantons, des *traitements à la méthadone* est rendu possible par la loi, qui autorise les médecins à prescrire les stupéfiants qui ne sont pas mentionnés à l'article 8. En revanche, et cela explique que l'on puisse noter de grandes différences régionales, les cantons ont la possibilité de réglementer la prescription directe par les médecins (art. 9).

Consommation. La consommation de stupéfiants est interdite et passible d'une peine de prison jusqu'à trois mois ou d'une amende pouvant atteindre 40'000 francs suisse. L'offre, la distribution, la vente, l'achat et tout autre forme d'acquisition, la détention sont également interdits et soumis aux mêmes peines que celle concernant l'usage, si ils ont été commis pour assurer sa propre consommation (art. 19a).

Diverses exceptions sont prévues : Il est possible de renoncer à toute sanction et de prononcer un éventuel avertissement lorsque les faits sont de peu de gravité (art. 19a). Si la quantité est minime, la préparation pour soi-même de la consommation de stupéfiants ou leur cession gratuite pour consommer en commun ne sont pas punissables (art. 19b).

Poursuites et thérapies. Il est également possible de renoncer à poursuivre les usagers qui suivent une thérapie ou acceptent de s'y soumettre. Les consommateurs

dépendants de stupéfiants peuvent d'ailleurs être obligés à suivre un traitement (art. 19a), qui peut remplacer totalement ou partiellement la peine, selon la décision du juge. Dans le cas où d'autres délits (vols, escroquerie, etc.) ont été commis du fait de la toxicomanie, le Code pénal (art. 44) permet aussi que la peine soit suspendue et la personne soumise à thérapie.

— FIN DE L'ENCADRE—

Les échos des cantons

La Suisse est une Confédération qui compte aujourd'hui 26 politiques en matière de drogue. Plus ou moins élaborées, plus ou moins adaptées aux problèmes. Les compétences en matière de justice et de santé que la Constitution confère aux cantons leur permettent de développer leurs propres stratégies.

La nouvelle loi sur les stupéfiants de 1975 laisse explicitement aux autorités cantonales le soin de mettre en place les mesures préventives, médicales ou de réinsertion qui s'imposent en matière de toxicomanie. Le rôle de l'Etat fédéral se limite à offrir ses services, tant aux autorités locales qu'aux organisations privées et à soutenir les activités de recherche. Jusqu'en 1990 environ, l'Etat se manifestera surtout en renforçant la coopération des services de police et en essayant de favoriser les échanges entre cantons.

Cette diversité cantonale, qui sonne pourtant si "helvetically correct", a parfois été occultée - aux regards extérieurs du moins - par la fascination exercée par les scènes ouvertes zurichoises. Or, la politique de la drogue en Suisse ne se résume évidemment pas aux péripéties du Letten. Elle ne se réduit pas non plus aux fameuses prescriptions d'héroïne promues aujourd'hui par la Confédération, comme le laissent entendre quelques

opposants à ces mesures, dans leur dénonciation de "l'Etat dealer".

Il faut alors comprendre le développement récent de la politique fédérale en matière de drogue comme une tentative d'harmoniser les différentes stratégies cantonales. Cela en tirant parti de la multiplicité des expériences que le fédéralisme permet et dont il est toujours possible de retenir les résultats concluants. Mais aussi en cherchant à réduire, du point de vue organisationnel, les inadéquations entre la sphère de compétence des autorités (locales et cantonales notamment) et le territoire réel des enjeux (local, mais aussi inter-cantonal, national ou international).

Durant les premières années suivant la révision de la loi sur les stupéfiants, la toxicomanie est considérée en Suisse comme un problème à résoudre au niveau cantonal. Parfois, comme celui de quelques centres urbains. Ceux que la question de la jeunesse préoccupe. Mais que la drogue puisse concerner *tous* les cantons, même de manière différente, que toutes les municipalités, des plus imposantes aux plus minuscules, puissent être impliquées, cela n'est pas encore une question envisagée.

Même si, dans l'ensemble, tout le monde réagit de manière similaire à l'évolution du problème. Malgré leur autonomie et au delà d'indéniables différences d'ordre organisationnel, les cantons visent le même but : une société sans drogue. Les moyens choisis sont comparables. La législation est claire. Elle dit : prévention, guérison et répression. Les cantons chercheront à s'adresser aux jeunes pour les mettre en garde, à "délivrer les toxicomanes de la dépendance" et à poursuivre les consommateurs.

Certaines régions se distinguent par la rapidité avec laquelle elles prennent des initiatives après la révision de la loi. C'est le cas du canton de Vaud par exemple,

qui, en plus de la répression, reprend à son compte les deux autres piliers de la politique : la thérapie et la prévention. Les autorités vaudoises sont parmi les premières à organiser une prescription de méthadone, en s'appuyant sur les nouvelles prérogatives octroyées aux cantons par la loi de 1975 : dès 1976, des directives précises sont édictées par le Service du médecin cantonal. Le Département de l'instruction publique et des cultes est, lui, à l'origine d'une nouvelle fonction : "médiateur scolaire". Les médiateurs ont pour but de lutter contre la toxicomanie. Aujourd'hui, leur rôle s'est élargi et vise à favoriser le dialogue dans les écoles, sur des sujets délicats et des situations à risques.

A Zurich, pendant ce temps, les autorités débattent dans un manque flagrant de coordination entre Ville et Canton. Pas de programme précis. Quelques initiatives individuelle toutefois, comme celle de Peter Grob qui, en 1980, organise des vaccination contre l'hépatite sur les quais de la Limmat. De manière générale, la politique de la drogue se développe sur la base du seul pilier clairement identifié : la répression. Pendant dix ans va se jouer une partie de cache-cache entre les consommateurs et la police. Chassés d'un côté, les "Junkies" réapparaissent de l'autre, à la grande frustration des deux parties (Kübler 1993). Avant sa fermeture en 1982, le centre autonome des jeunes (AJZ) a le temps de créer le premier local d'injection de Suisse, si ce n'est d'Europe. Issu des mouvements de protestation de la jeunesse zurichoise, il ouvre ses portes aux personnes droguées, marginalisées.

L'aventure du local terminée, le jeu de cache-cache entre policiers et usagers reprend de plus belle, des escaliers de la Riviera... à la célèbre Platzspitz !

Dix ans après : les problèmes se succèdent

Punir, guérir, prévenir. Trois piliers pour une intervention qui se veut efficace. Une décennie durant s'exprime ainsi l'espoir de gagner le combat. Mais concrètement, les résultats se font attendre. En matière répressive pourtant, les cantons ne chôment pas, malgré les déclarations d'intention plutôt nuancées du Conseil fédéral lors de l'adoption de la loi de 1975. Sur le terrain, la police interpelle à tour de bras. Ce qui n'empêche pas la consommation d'augmenter en Suisse, soulignant ainsi que la vertu préventive de l'interdit présente de sérieuses limites.

Au mieux, les brigades spécialisées parviennent à mettre la main sur des petits dealers, qui deviennent vite familiers, tant ils sont rapidement repris par leur vie "d'avant". Mais la distinction purement juridique de la loi découvre ici une de ses limites : usagers, revendeurs, usagers revendeurs, à qui donc la police a-t-elle véritablement affaire ? Certainement pas aux trafiquants (Heller/Binzenegger 1992).

Dans le même temps, le combat s'organise en amont. Les douanes multiplient les saisies record ; la collaboration avec les polices étrangères s'intensifie, comme avec Interpol. Remonter les filières, comprendre les métamorphoses de l'argent douteux, tous les moyens répressifs sont bons. Franc succès ? Les professionnels de la drogue se portent toujours à merveille. La pression accrue sur le marché illégal fait surtout exploser les prix.

Or, les conséquences de la "guerre à la drogue" se répercutent sur les personnes dépendantes. Pour les autorités, ce phénomène crée de nouveaux problèmes. Chère, l'héroïne, lorsqu'elle devient vitale, s'achète avec l'argent des autres : la Suisse enregistre à la fin des années soixante-dix une hausse des délits liés à la

consommation de drogues et les prisons se remplissent. Et puis, un produit rare ne se gaspillant pas, mieux vaut s'injecter la dose que l'inhaler. Certes traditionnelle et appréciée pour ses effets immédiats, cette manière de faire trouve aussi des justifications économiques. En revanche, les risques pour la santé s'accroissent sensiblement, surtout par le partage des seringues, souvent non stérilisées. Les hépatites se diffusent rapidement. Et la qualité de l'héroïne "dealée" n'est pas garantie, loin de là. Plus ou moins coupée, plus ou moins frelatée... le dosage est affaire de confiance et de prise de risque : une pureté inattendue peut provoquer la mort - overdose. Traqué, le marché de la drogue se développe ainsi dans une clandestinité qui repousse peu à peu les consommateurs aux marges de la société.

Cette situation embrouillée complique d'autant les tentatives d'assistance pourtant largement promues par la loi de 1975. Malgré tout, le milieu médical et social a repris le flambeau et mène tambour battant sa guerre à la drogue : symptôme d'un mal-être ou de maladie, la dépendance doit pouvoir se guérir. La route est longue, difficile, mais elle est toute tracée : sevrage, abstinence. Médecins, psychiatres, psychologues, gourous, éducateurs et assistants sociaux affûtent leurs techniques, renforcent leurs convictions et parfois entrent en conflits.

Dans ce contexte très marqué idéologiquement, les pionniers d'une prescription de méthadone visant uniquement une réintégration sociale se heurtent violemment aux tenants du seul usage de doses dégressives. Annie Mino, médecin psychiatre et chef de la Division pour toxicodépendants des Instituts universitaires de psychiatrie de Genève, aujourd'hui montée au créneau pour défendre les remises contrôlées d'héroïne, se souvient de ses premières réticences :

"La toxicomanie était encore vue comme une forme ultime de contestation. Le 'drogué' était passé de l'autre côté du miroir et, au cours de la psychothérapie, il nous parlait de cet autre côté, ce qui, bien sûr, nous fascinait. Ayant fait du toxicomane ce messager des dieux, il aurait été sacrilège de le 'stabiliser' avec un produit, la méthadone, qu'on comparait volontiers à une camisole chimique. Le but avoué des maintenances était de permettre la réintégration des toxicomanes - autant dire une normalisation. Notre ambition était plus grande : nous voulions les libérer" (Mino/Arsever 1996, p. 31).

Les approches thérapeutiques s'élaborent ainsi, au coup par coup, à force de pratique et de confrontation. Confrontation avec ses collègues ; confrontation avec certains patients surtout, qui renvoient aux dispositifs d'assistance, par leurs rechutes régulières, l'image inavouable de leur impuissance. L'offre de lieux et de modalités de traitement grandit dans les cantons. Elle s'institutionnalise, se professionnalise, mais reste largement insuffisante.

En 1983, le premier rapport de la Sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale sur les stupéfiants présente un bilan des lacunes au niveau national : le nombre de places de traitement se révèle largement en deçà de la demande (320 lits disponibles dans tout le pays pour des cures de longues durées) ; il faut améliorer les projets de désintoxication dans les établissements spécialisés, développer l'assistance et le dépistage précoce, prendre en charge les personnes à leur sortie de cure, et revoir les services offerts aux usagers dépendants et délinquants qui se retrouvent emprisonnés. La balle est une fois encore dans le camp des cantons.

Qu'en est-il de la prévention ? L'Office fédéral de la santé publique mène quelques campagnes de sensibilisation

nationale - au titre de la lutte contre les épidémies - à la mesure de son maigre budget. Dans les cantons, les autorités cherchent à contrôler rapidement les comportements déviants des adolescents. La stratégie la plus répandue consiste alors à s'appuyer sur l'école et à favoriser les alliances entre la police, les enseignants et les parents. Dans ce domaine non plus, les résultats ne sont pas ceux escomptés.

Pourtant le message à l'intention des jeunes est fort : l'héroïne est un produit diabolique. Elle entraînera les victimes innocentes sur les traces de "Christiane F. 13 ans, droguée, prostituée". La drogue détruit, les drogués effraient, les dealers menacent et la mort conclut. Face à ce portrait de l'horreur, seule la fuite est justifiable. Dans la foulée, les médias répercutent la théorie de l'escalade - théorie d'ailleurs infirmée par les faits (Kielholz et al 1979) - qui voudrait que la première bouffée de marijuana mène fatalement à la seringue, suivant une logique incongrue mais irréfutable : qui oserait nier, en effet, que 100% des gagnants au loto ont tenté leur chance !

Pourtant bien chargée, l'arme pédagogique manque sa cible. L'argumentation, plus grossière que crédible, engendre plus de suspicion que de confiance. La menace de l'escalade contribue alors à discréditer auprès des adolescents les discours officiels, puisqu'elle ne correspond pas à leur expérience. En revanche, l'entretien d'un climat de peur accentue les mécanismes d'exclusion sociale liés à la consommation d'un produit illégal et aux problèmes de dépendance. Dans le même rapport de 1983, la Sous-commission drogue constate l'échec d'une stratégie de prévention centrée sur le produit et les risques liés à sa consommation. Elle exprime la nécessité de développer des programmes plus

globaux, touchant à l'éducation, à la santé, comme ne l'ont fait jusqu'alors qu'une petite poignée de cantons. Dix ans après la révision de la loi, le bilan de la politique suisse n'est donc pas des plus réjouissants. L'information et les soins s'improvisent et s'adaptent tant bien que mal aux nouveaux problèmes. Partout, le système judiciaire s'emballe, faisant éclater au grand jour les ambiguïtés du statut de "toxicomane". Malade ? Délinquant ? En tous les cas, un être à part, effrayant, que la société rejette. Pendant ce temps, les données ont véritablement changé : d'autres produits - plus efficaces, plus faciles à stocker - ont envahi le marché. Le L.S.D., la morphine et les amphétamines ont perdu de leur attrait, au profit de l'héroïne et, depuis le début des années quatre-vingt, de la cocaïne. Dans leur désir d'éradiquer le mal, les autorités cantonales doivent se confronter à l'aggravation d'un problème : les effets désastreux des mesures de répression sur la santé et l'insertion sociale des usagers de drogue. C'est dans ce contexte déjà difficile que débarque une maladie inconnue. Le Sida. Mortelle, elle se transmet par le sang. En 1986, Ambros Uchtenhagen dirige une clinique de sevrage à Zurich. Parmi ses pensionnaires, 80% sont déjà séropositifs.

3. LE REVEIL INSTITUTIONNEL

Avec les années quatre-vingt, le marché des drogues se diversifie. La consommation suit le mouvement : alcool, cocaïne, amphétamines, héroïne, antidépresseurs. Cocktails quotidiens. Cela porte un nom : la "polytoxicomanie". Le cannabis reste la substance la plus utilisée, mais la progression de l'usage des drogues dites "dures" inquiète. Les services spécialisés rencontrent de plus en plus de personnes marginalisées, désocialisées. Situation difficile à gérer, car les possibilités d'offrir des aides sociales, professionnelles, au logement manquent cruellement. L'Office fédéral de la santé publique parle de "nouveaux clochards" : "des jeunes pour qui le terme 'zoner' prend son entière signification" (OFSP 1987). Les conditions sanitaires dans lesquelles évoluent les personnes dépendantes continuent de se détériorer.

Difficile à nier : les anciens modèles entrent en crise. Les spécialistes les plus honnêtes avouent que le taux de réussite des programmes thérapeutiques n'est que de 25 à 30%. Ils reconnaissent surtout ne pas avoir trouvé de solution satisfaisante pour les usagers de longue durée, fortement dépendants et n'exprimant pas la volonté de s'en sortir. De toute évidence, l'abstinence est pour eux un but trop lointain. A moins d'être orientées vers un traitement à la méthadone, ces personnes finissent régulièrement dans les commissariats. Après une décennie d'espoir, l'heure de la morosité a sonné chez les intervenants helvétiques, comme l'exprime alors un témoin engagé, pionnier de la prescription de méthadone dans le canton de Genève :

"Les cris glorieux de la méthode infallible ou du produit miracle expirent un peu partout. Confrontés à

l'épreuve du temps et aux échecs répétés (...) la plupart des spécialistes se dépriment les uns après les autres" (Déglon 1985, p. 32).

C'est la diffusion du VIH qui va ébranler le plus significativement les convictions. Les études épidémiologiques montrent, en 1985 déjà, qu'un consommateur d'héroïne sur deux est touché par le virus (Calanca 1985). Près d'un tiers des 806 cas de sida déclarés à l'OFSP jusqu'à fin mars 1989 sont des usagers de drogues (Sous-commission "Drogue" 1989). Au vu de l'ampleur du danger, des conditions de vie déplorables de certaines personnes, mais aussi des usagers de drogue socialement intégrés, la référence à l'abstinence perd de sa superbe. Les buts se font plus modestes : ne faudrait-il pas chercher, peut-être et avant tout, à réduire les risques encourus par les consommateurs de drogues ?

Les premiers à réagir dans ce sens sont les milieux professionnels privés et les associations d'aide. Leur mouvement entraînera progressivement une implication des autorités municipales et cantonales, puis une prise de conscience de la part du gouvernement fédéral : il est devenu nécessaire d'élaborer, au niveau du pays, une politique qui soit à la hauteur des nouveaux défis.

Dans l'urgence : premières innovations

Les années quatre-vingt, ce sont d'abord les scènes ouvertes itinérantes, lieux publics élus temporairement place du marché de l'héroïne. La police frappe, les voisins rechignent ? Les consommateurs se déplacent. Dans certains cantons, ils semblent préférer se retrancher dans les appartements et cercles privés. Trop tard : la drogue en Suisse est devenue un phénomène visible, surtout dans les grandes villes. A Zurich, le parcours s'étale des quais de la Limmat au Hirschenplatz et au Bellevue. Mais à deux pas du Centre autonome, le

Platzspitz, traditionnel point de rencontre entre usagers et dealers de haschisch, se fait de plus en plus utiliser par le marché de l'héroïne. Très vite, ce produit devient maître exclusif des lieux.

Dès 1987, même la presse internationale s'y intéresse. Le centre flambant de la finance helvétique s'avoue incapable de dissimuler ses marginaux. L'émoi est vif. Mais, bien qu'elle bénéficie d'une sorte d'exclusivité médiatique, la scène zurichoise n'est pas la seule. En Suisse alémanique, on compte en effet nombre de lieux similaires, de moindre ampleur, comme à Berne, Bâle, Saint-Gall, Soleure ou Lucerne. Contrairement à une idée reçue, les personnes qui fréquentent ces scènes ne sont pas toutes des "marginaux". Des études menées au Platzspitz font état, pour 1990 et 1991, de la bonne intégration sociale de 49 à 68% des usagers interrogés. Ce qui signifie que plus de la moitié des consommateurs de drogue fréquentant la scène ont un domicile établi et un travail fixe ou suivent une scolarité régulière (Fahrenkrug et al. 1995). Il est pourtant clair que certains usagers d'héroïne par voie intraveineuse affichent un état de santé particulièrement déplorable. Les décès attribués à la drogue sont à la hausse : multipliés par deux en Suisse entre 1985 et 1989 (OFSP 1991), par cinq dans le canton de Genève (McCluskey/Bourquin 1992).

Une action auprès de la population la plus touchée s'impose et pour ce faire, le niveau d'exigence demandé afin de bénéficier des services est revu à la baisse : c'est ce que l'on appelle, dans les milieux spécialisés, l'aide à "bas seuil". L'assistance est ainsi proposée sans conditions contraignantes, le plus souvent par des acteurs privés. Le but : stabiliser l'état de santé des usagers pour qu'ils puissent survivre à leur dépendance (Mühlheim 1995). L'improvisation et l'innovation sont à

l'ordre du jour. Les intervenants prennent contact avec les consommateurs, offrent des soins et des lieux d'accueil, les premiers services d'échange de seringues et des médiations avec l'entourage (famille, service social, médecin). Les idées ne manquent pas, mais aucune initiative ne s'inscrit encore dans une politique cohérente.

A Zurich, la concentration des usagers crée comme un ghetto, soumis à un permanent contrôle policier. Négociant une certaine souplesse avec les autorités répressives, des associations privées parviennent à organiser sur place une aide de base, profitant de l'occasion pour entrer en contact avec des personnes en situation difficile. Le renforcement des équipes policières à Zurich provoque des conflits avec les travailleurs sociaux, mais distribution de seringues, vaccination contre l'hépatite B ou réanimation en cas de surdose sont organisées tant bien que mal. Deux acteurs se distinguent au Platzspitz. Une organisation bénévole - le ZAGJP -, née dans le sillage des mouvements des jeunes en 1981/82, qui propose une aide à bas seuil et le ZIPP-Aids, un projet pilote cofinancé par la Confédération et la Ville de Zurich, qui assure lui une intervention médicale d'urgence et la remise de seringues.

A plus long terme, les deux principaux outils développés pour améliorer les conditions de vie des personnes qui se droguent et réduire les risques de contamination par le VIH sont la prescription de méthadone et l'échange de seringues. L'opportunité de l'utilisation de "stupéfiants de substitution" comme la méthadone avait rencontré de fortes oppositions. En 1984, le rapport de la Commission fédérale des stupéfiants, considéré comme une référence par les spécialistes suisses et étrangers (Déglon 1985), vient en quelque sorte trancher le débat (OFSP 1984).

Les normes d'utilisation de la méthadone y sont définies, les inconvénients recensés : il s'agit essentiellement des conséquences éventuelles pour la santé des usagers ainsi que des possibilités de revente sur le marché noir. Pour la Sous-commission, ces risques peuvent cependant être réduits par un dosage adéquat, une prise en charge attentive du patient et un contrôle des prescriptions. Le rapport fait état des bons résultats des traitements prolongés à la méthadone, "quant à la normalisation de la vie du patient, l'amélioration de son état de santé, son éloignement du milieu toxicomane, la reconquête de la capacité d'apprendre et d'occuper un emploi, et au renoncement à la délinquance" (OFSP 1984, p. 53)

Les cantons sont les principaux artisans du développement de la distribution contrôlée de méthadone. En 1989, vingt-trois d'entre eux ont édicté des dispositions d'exécution de la loi fédérale sur les stupéfiants ou des directives concernant les traitements au moyen d'un produit de substitution. Parfois, les critères d'admission aux programmes sont souples, parfois très restrictifs, comme c'est alors le cas à Genève (Eichenberger 1994). Mais de manière générale, les buts évoluent. Il s'agit de moins en moins d'obtenir l'abstinence à tout prix. De ce fait, le nombre des traitements peut s'accroître. En 1985, plus de 1'300 programmes de maintenance à long terme sont effectués dans dix-neuf cantons. Les bilans se révèlent positifs : l'insertion sociale des usager va s'améliorant (OFSP 1987). Quatre ans plus tard, ce sont déjà 4'754 patients qui bénéficient d'un suivi à la méthadone en Suisse. A titre de comparaison, la France ne comptera, début 1993, que 52 places de traitement similaire. Le système de distribution est même simplifié en 1989 : les patients peuvent désormais obtenir leur produit dans les pharmacies. De manière générale, le principe de la

"maintenance" se diffuse rapidement. Il s'agit d'une idée essentielle : dans cette perspective en effet, les prescriptions de méthadone ont pour but :

"(...) de permettre aux toxicomanes sur lesquels d'autres traitements ont échoué d'échapper aux conséquences négatives de la dépendance à un produit illégal. Dans cette approche, la seule valeur thérapeutique de la drogue prescrite est d'être légale, c'est à dire de permettre au consommateur de mener une vie socialement intégrée" (Mino/Arsever 1996, p. 27).

Ce sont les enseignements tirés de la pratique qui ont contribué, selon les autorités, à cette évolution. La réinsertion sociale des patients s'est améliorée; qui plus est, le marché noir tant craint ne s'est finalement que peu développé :

"Les avis au début nettement opposés des milieux spécialisés, des milieux politiques et d'une grande partie du public, quant à l'opportunité de traitements utilisant un succédané de l'héroïne avaient, au cours des années, fait place à une attitude plus objective et à une pratique plus ouverte. Ce changement était dû non seulement aux expériences faites quant au déroulement et aux résultats de tel traitements, mais aussi au fait que la méthadone n'a pas donné lieu à un marché noir important" (OFSP 1989, p. 43).

La méthadone a acquis un statut de traitement. Jusqu'alors, le Tribunal fédéral des assurances n'avait pas reconnu sa valeur scientifique. Les caisses maladies ne le remboursaient donc pas (TFA 10 juillet 1986, cit. in OFSP 1989, p. 55). En 1989, une ordonnance du Conseil fédéral rendra obligatoire la prise en charge de ces traitements par les caisses.

En plus de la méthadone, les seringues viennent renforcer la panoplie destinée à lutter contre les risques liés à la consommation par injection. Des distributions sont

organisées dans quinze cantons en 1985, mais il ne s'agit souvent que d'actions ponctuelles. La plupart en effet préfèrent vendre le matériel stérile, se refusant tant à le distribuer gratuitement, qu'à l'échanger. Ce sont les médecins, les pharmaciens et quelques centres de consultation qui assurent la diffusion des seringues, le plus souvent dans le cadre d'une réglementation restrictive - ordonnance médicale requise, limitation de la quantité (OFSP 1987).

Mais la gravité de l'épidémie du sida exige des réactions plus significatives : bon an mal an, les programmes d'échange se développent et en 1989, pratiquement tous les cantons peuvent rendre compte de ce type d'activité. Sans qu'il s'agisse pour autant d'une politique délibérée. D'ailleurs, seuls Fribourg, Neuchâtel, Nidwald et Schwytz ont établi des directives sur la remise de seringues. Ailleurs, ces programmes restent dépendants de l'initiative des médecins et des intervenants. Ce qui donne lieu à des iniquités cantonales flagrantes : Appenzell Rhodes intérieures et Vaud interdisent alors formellement la remise de seringues sans ordonnance médicale.

A l'intérieur même des cantons, l'unanimité n'est pas encore de mise. Des réticences s'expriment dans certains milieux professionnels et au sein de l'administration. A Genève, pour ne citer qu'un exemple, c'est une année de polémique qui accompagne la mise en place, en 1991, du "bus itinérant de prévention sida". Pourtant, sous l'impulsion du Groupe sida Genève, les organismes spécialisés de prise en charge et de prévention avaient déjà commencé à tenir compte de la maladie dans leurs programmes. L'idée du bus, allant dans le sens d'une aide à bas seuil, était d'offrir une information directement accessible et de distribuer du matériel stérile. Elle suscite d'abord une crispation du côté de la police et

des milieux médicaux. Le Département de la santé publique, lui, soutient le projet avec l'appui de l'Office fédéral de la santé publique. Mais il n'est pas à l'aise et, une fois le principe accepté, reporte la date de mise en circulation choisissant de "ne pas mettre le bus en fonction pendant l'été pour attendre que les rues se soient vidées des estivants et des trop nombreux passants" (Malatesta 1991, p. 28).

Les initiatives des villes

Si dans les années soixante-dix, l'usager de drogue était surtout considéré comme un délinquant - éventuellement dangereux - ou, au mieux, un individu à la volonté défaillante, dans la décennie suivante il acquiert progressivement une image de malade. Les origines de la dépendance préoccupent les chercheurs, qui identifient des facteurs de risques dans l'individu, dans le produit et dans le milieu social concerné. Bien que les premiers programmes de prescription de méthadone dans un but de "maintenance" aient été lancés, bien que des seringues se distribuent effectivement, l'idée "qu'un savant dosage de répression et de thérapeutique permettra de maîtriser le phénomène" (Eichenberger 1994, p. 17) est toutefois encore très présente.

Et la police continue de s'activer : de 1981 à 1989, le nombre des dénonciations en Suisse double, passant de 9'573 à 18'638 cas. La grande majorité d'entre elles ne concernent toutefois que la consommation (OFS 1995) et le cannabis. Les condamnations pour usage doublent aussi dans le même temps (elles atteignent 2'458 cas en 1989), mais elles dépassent rarement le tiers de l'ensemble des condamnations pour les infractions à la loi sur les stupéfiants. A l'arrivée, les juges semblent faire preuve d'une relative clémence vis-à-vis des usagers.

Dans l'ensemble, les activités d'information générale ou d'aide menées dans les cantons se révèlent morcelées et, qui plus est, limitées. Des programmes de prévention sont développés, lorsqu'ils le sont, uniquement en milieu scolaire. Quant à la prise en charge des usagers, elle est pour l'essentiel déléguée aux organismes privés. Concrètement, face à la diffusion du VIH et du sida, ce sont les villes qui s'investissent les premières, contribuant à infléchir significativement la politique en matière de drogue menée en Suisse.

"Les villes ont eu généralement une politique plus active que les cantons en la matière et (...) les grandes villes ne se sont pas réfugiées derrière l'argument des tâches devant être effectuées par l'agglomération tout entière, pour se soustraire à leurs devoirs" (Malatesta et al. 1992, p. 11).

C'est qu'elles sont aux premières loges. La concentration des consommateurs dans les centres urbains nécessite une intervention rapide de la part des autorités, au moins dans le but d'éviter les réactions négatives de la population et de garantir le maintien de l'ordre. L'enjeu est énorme pour des services municipaux débordés et mal informés. Sur le terrain, ce sont les acteurs privés qui assurent un minimum de services. Ils deviennent des alliés incontournables, sur lesquels les villes vont s'appuyer, développant ainsi des formes de "partenariat horizontal". C'est un double constat qui s'exprime dans cette attitude : celui de l'échec de la politique en matière de drogue menée jusqu'alors et celui du savoir faire acquis par les acteurs privés, dans leurs relations avec les personnes dépendantes, dans leur travail quotidien sur les scènes ouvertes parfois.

Quelques exemples suffisent à illustrer le caractère dynamique et innovateur des politiques de la drogue issues des milieux urbains. A Berne, les exécutifs de la

ville et du canton prônent relativement tôt une politique globale, basée sur la prévention, la thérapie, les premiers secours et la répression. Un premier local d'injection, symbole d'une aide à "bas seuil", est ouvert en 1986. Suit toute une série de dispositifs s'inscrivant dans la même logique : chercher les personnes qui se droguent là où elles sont, réduire les risques liés à la consommation par intraveineuse, proposer des aides concrètes : distribution de seringues, possibilités de travail, *sleep-in*. Les habitants des quartiers voient d'abord d'un mauvais œil l'ouverture de ces centres d'accueil destinés aux "drogués". Mais, à la différence des scènes ouvertes qui susciteront un rejet constant, la présence des usagers de drogue dans ce cadre est progressivement acceptée (Malatesta et al. 1992).

A Bâle-Ville, jusqu'au milieu des années quatre-vingt, c'est le Département de la justice qui fait la politique en matière de drogue. L'implication progressive - et conflictuelle - des Affaires sanitaires permet la redéfinition des priorités et conduit à la création d'une structure de coordination. Locaux d'injection, offre de thérapies et de traitements à la méthadone facilement accessibles, approche pragmatique et coordonnée, n'excluant pas une présence policière forte. Voilà la formule sur laquelle les responsables bâlois choisissent rapidement de s'appuyer. Une stratégie satisfaisante selon ses promoteurs : elle aurait en effet permis une meilleure gestion des problèmes que dans d'autres villes, évitant notamment de grandes concentrations de consommateurs (Cuagnier 1994).

Et Zurich ? Dans un premier temps la politique zurichoise n'a ni programme ni coordination. En un mot, elle se résume à une intervention répressive, somme toute peu efficace. L'interdiction *de facto* de la vente de seringues par le médecin cantonal entraîne par ailleurs

une augmentation faramineuse des prix de celles-ci sur le marché noir et contribue à compliquer la situation sanitaire des usagers. Mais là aussi, le tournant des années quatre-vingt est sensible, marqué par la diffusion du VIH et du sida. Suite à la levée de l'interdiction de la vente en 1986, la police est priée de ne plus confisquer les seringues. Sur la scène ouverte du Platzspitz, le ZIPP-AIDS les distribue à partir de fin 1988. Mais il s'agit d'un projet promu par l'Office fédéral de la santé publique, la Croix-rouge et des professeurs de l'Université, contre l'avis du canton. Les autorités municipales, cherchant à accroître l'offre de services à bas seuil, posent finalement les bases d'une nouvelle politique. Résultat : l'accès aux traitements à la méthadone est facilité et le nombre de seringues distribuées augmente considérablement (1 million d'unités remises du 1er janvier au 30 juin 1989 - OFSP 1991).

La Suisse romande aussi innove. Ainsi à Genève, le Conseil d'Etat formule une politique générale en matière de drogue dès le début des années quatre-vingt. Et met sur pied une commission mixte réunissant acteurs publics et privés, qui deviendra son interlocuteur privilégié. Il s'agit de l'une des premières en Suisse. L'idée sera reprise puisqu'en 1993, la majorité des cantons se seront dotés d'une commission similaire. Le but ? Eviter une politisation excessive du débat, favoriser la professionnalisation des intervenants et anticiper les modifications des phénomènes et des problèmes au lieu de proposer des mesures réactives. A Genève, la multiplicité des partenaires impliqués favorise l'ouverture du gouvernement cantonal vers la diversité des modes de prise en charge et la recherche de solutions nouvelles, même si, à cette époque, la visée ultime est encore l'abstinence. Le canton crée des services spécialisés, rattachés notamment au Département de justice et police

ou aux Instituts universitaires de psychiatrie (Eichenberger 1994).

La Confédération : enfin concernée ?

En Suisse se sont les acteurs privés qui réagissent les premiers à la diffusion du VIH/sida et, plus généralement, à la détérioration des conditions de vie des usagers dépendants. Villes et cantons urbains prennent rapidement le relais, esquissant une politique de réduction des risques liés à la consommation de drogue, dans un contexte encore très marqué par le triptyque prévention-soin-répression. Pour faire face aux problèmes, les municipalités se sentent souvent "abandonnées à elles-mêmes" : elles réclament que la Confédération assume enfin pleinement ses devoirs et ses obligations (Geissmann 1991).

Le Platzspitz, qui paraissait offrir une opportunité d'intervention médico-sociale, se révèle bientôt être un concentré de problèmes. Selon Felix Gutzwiller, directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive de Zurich, on avait simplement vécu "dans l'illusion qu'il était possible de désigner un lieu, dans la ville, qui soit contrôlé et où il était possible de dispenser le minimum de soins aux toxicomanes et de distribuer des seringues. Or, le Platzspitz a très vite échappé à tout contrôle, qu'il soit sanitaire ou policier" (NQ 17.5.92). La place attire en effet de nombreux usagers provenant de l'extérieur de la ville et devient un lieu privilégié de vente de stupéfiants. L'opinion publique cherche des responsables. La police accuse les travailleurs sociaux : ils entravent ses actions. Les travailleurs sociaux accusent la police : elle n'a rien fait lorsqu'il fallait agir.

La scène du Platzspitz sera finalement fermée, en 1992, par une intervention policière, qui n'aura pour effet que

le déplacement de la concentration dans des lieux où les usagers sont moins visibles, certes, mais aussi plus abandonnés à eux mêmes et aux stratégies des *dealers* : des "endroits de désolation moderne" (Cuagnier 1994, p. 42). A Saint-Gall, l'évacuation de la scène ouverte sera effectuée en 1993. La scène de Bâle, elle, sera supprimée en 1994. Mais à Zurich, un nouveau point de rencontre s'est déjà reconstitué dans la gare désaffectée du Letten.

Si les responsables politiques se réjouissent de la disparition de la "toxicomanie" de leur champ de vision, les professionnels s'inquiètent. Le médecin responsable de la prévention du sida dans les cantons de Saint-Gall et d'Appenzell est pour le moins pessimiste :

"En donnant la chasse aux toxicomanes, on perd leur confiance et donc tout contact avec eux, comment dès lors poursuivre notre travail de prévention (...) ?" (Cuagnier 1994, p. 54).

Mais pendant ce temps, que se passe-t-il au niveau fédéral ? La lutte contre le trafic de drogue a fini par toucher une zone sensible : le blanchiment de l'argent. C'est un fait bien connu : la Suisse est une place financière hautement recommandable. Sa stabilité politique et monétaire, la performance de ses services financiers, l'absence d'incrimination de certains délits économiques - comme l'évasion fiscale - et l'étanchéité de son secret bancaire en font un paradis. Prisé au niveau international - et ouvert aux infiltrations de l'argent d'origine criminelle. Comme le dénoncera le sociologue et député helvétique Jean Ziegler : "La Suisse lave plus blanc" (Ziegler 1990).

Les stratégies du système bancaire sont résistantes. Elles ne seront remises en question que tardivement, suite à des pressions internationales. En 1986, l'introduction dans le code pénal d'une norme réprimant

le blanchiment de l'argent "sale" a été proposée. Deux ans plus tard, la Déclaration de principe du comité de Bâle sur les règles et pratiques de contrôle des opérations bancaires est adoptée. Ce texte vise à établir des normes de fonctionnement des établissements bancaires permettant l'identification et la poursuite des capitaux d'origine suspecte. Il ne s'agit toutefois que d'une initiative privée. Mais l'adoption de mesures par la Confédération ne doit plus être retardée, sauf à faire l'objet de réprimandes internationales. A cette époque, en effet, le gouvernement envisage que le pays devienne, à court terme, partenaire à part entière de la Communauté européenne.

En 1989, la Suisse participe ainsi au Groupe d'action financière (GAFI) des pays les plus industrialisés. Le but du GAFI est précisément l'élaboration de politiques susceptibles d'empêcher l'utilisation du système bancaire pour le blanchiment de capitaux d'origine criminelle. Dès l'année suivante, les nouvelles dispositions du code pénal réprimant ce délit entrent en vigueur. Le discours officiel avait dénoncé le trafic de stupéfiants comme la principale forme d'infraction dont les profits seraient blanchis dans les banques suisses (CF 1989). Sur sa lancée, la Suisse adhère encore à la Convention internationale sur le blanchiment de 1991, faisant fuir quelques capitaux vers des cieux plus cléments.

Côté sanitaire, les activités de l'administration restent plutôt limitées. Malgré la diffusion du sida, l'Office fédéral de la santé publique, manquant d'effectifs, ne parvient pas à développer une action significative dans le domaine de la toxicomanie. Entre 1984 et 1987, il n'y a plus personne. Le chef du service de coordination et d'information a démissionné : on a refusé d'étoffer son équipe. Cela entrave encore le support aux cantons, dont

l'OFSP se contente de résumer les rapports annuels (OFSP 1991).

C'est la Sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants qui va faire l'actualité dans le domaine, publiant en 1989 deux rapports marquants (OFSP 1989 ; Sous-commission "Drogue" 1989). Ceux-ci serviront, dans les villes et cantons, comme levier pour la promotion politique des stratégies nouvelles de lutte contre la drogue. Sobrement intitulé "Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse", le premier rapport a l'effet d'une bombe dans le paysage politique (voir encadré 3). Il ne fait rien moins que d'officialiser, de dire ouvertement ce qui jusqu'alors relevait de la rumeur : les stratégies précédentes ont été un échec. Le bilan est sans appel :

"On a constaté ces dernières années que les aspects les plus problématiques de la consommation de drogue continuaient de s'étendre et que le trafic criminel des stupéfiants avait pris une ampleur insoupçonnée (...), que la justice et la police sont forcées de mettre en œuvre des effectifs importants pour s'occuper de cas bénins, tandis que les moyens pour combattre le trafic à grande échelle sont insuffisants".

Les propositions, elles aussi, sont explicites : "Compte tenu des conditions socioculturelles, la prévention de la toxicomanie ainsi que l'aide aux personnes toxicomanes doivent être conçues de façon à obtenir une qualité de vie optimale de chacun, tout en prenant en considération les exigences de la société" (Sous-commission "Drogue" 1989 : 1s). Par ailleurs, selon les auteurs, une révision de la loi fédérale sur les stupéfiants s'impose, afin de dépénaliser la consommation de toutes les drogues illicites ainsi que de la possession de petites quantités pour sa propre consommation.

Le deuxième rapport publié en 1989 porte uniquement sur la méthadone. Plus technique que politique, il renforce ces propositions, en précisant qu'il faudrait "pouvoir offrir à un nombre aussi grand que possible de toxicomanes une forme thérapeutique qui leur convienne, dans l'intérêt des toxicomanes eux-mêmes, mais aussi pour endiguer l'épidémie d'infections HIV" (OFSP 1989, p. 56). Le précédent rapport de 1984 avait déjà constaté les résultats positifs des traitements prolongés à la méthadone, en termes de mode de vie, de santé, d'intégration socio-économique des usagers. Le rapport de 1989 le confirme. Et revient sur les limites et les risques de ces programmes, qui ne doivent être envisagés qu'après d'autres mesures thérapeutiques. De ce fait il ne soutient rien d'autre que le développement d'une politique multidimensionnelle, pragmatique dans le choix des mesures à proposer aux personnes en difficulté. En particulier, il abandonne l'idée de la solution unique, de la recette miracle, créant ainsi une base de discussion qui met en avant les personnes dépendantes et non les choix idéologiques.

Les partis politiques au niveau national commencent aussi à prendre position, en premier lieu le Parti radical démocratique, qui dès 1990 exprime ses principes dans un manifeste : "Drogue : agissons sur tous les fronts". La société sans drogue y est présentée comme une illusion. Une politique uniquement occupée à prôner l'abstinence se révèle inadéquate, car c'est la relation entre le consommateur et le produit qui importe : il faut rendre l'individu capable de gérer sa vie de manière responsable. Les mesures d'aide sociale et médicale doivent primer sur la poursuite pénale. La possibilité d'une dépénalisation de la consommation est même envisageable. En revanche, il faut renforcer la

répression du trafic et surtout s'attaquer aux réseaux financiers.

L'argumentaire de ce parti va être d'une importance cruciale pour la politique suisse en matière de drogue. Bien que de "droite", ou bourgeois, il représente en effet plus que les autres une position *supra partes*, moins liée à une religion ou à une classe sociale. Peu après cette prise de position, le Parti socialiste exprimera des thèses similaires, tandis que le Parti démocrate-chrétien se révélera plus nuancé.

Encadré 3 : ce que dit le rapport de 1989

Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse : Sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants, 1989.

Ce rapport fait suite au rapport sur la drogue de 1983 et au rapport sur la méthadone de 1984 (OFSP 1983 et 1984). Les auteurs estiment que les conditions ont suffisamment changé pour envisager, cette fois, une révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants. Les recommandations sont de deux types :

1. L'échec des politiques répressives est constaté. Le rapport n'y oppose pas une politique "libérale" au sens de "permissive", mais plaide en faveur d'une *politique de réduction des risques*. Cela signifie que prévention et aide doivent viser une qualité de vie optimale pour chacun. On précise que ce but est inatteignable dans l'absolu et qu'il ne doit en aucun cas être lié à des mesures dont l'effet serait d'augmenter la consommation de drogue.

2. La toxicomanie doit être abordée en terme de *mode de comportement*. Il en découle :

- que la pénalisation n'est pas la réponse adéquate à la consommation abusive de drogue, bien que l'on relève une

absence de consensus social sur une possible légalisation ;

- qu'une approche différenciant les modèles de consommation est préférée à une distinction entre drogues dures et drogues douces, considérée par les spécialistes comme non fondée ;

- qu'il importe de créer des conditions optimales pour les mesures thérapeutiques, en prenant en compte l'épidémie du sida et le fait que l'abstinence, qui reste un but, ne peut pas toujours être obtenue ;

- qu'il faut distinguer la criminalité induite par la consommation de drogue des autres formes de criminalité.

Les instruments qui s'imposent sont les suivants :

- dépénalisation de la consommation de toutes les drogues, ainsi que de la possession et de l'acquisition de petites quantités destinées à l'usage personnel. Cette mesure vise à faciliter la prévention des problèmes liés à la toxicomanie et l'aide aux toxicomanes.

- Mesures destinées à améliorer les conditions de prise en charge thérapeutique, comme l'atténuation des peines pour délinquants-toxicomanes et l'extension de la possibilité de passer d'un régime pénal à un traitement médico-social.

- En rapport avec le virus du sida, multiplication et diversification des possibilités de traitement ambulatoire et en institution, ayant pour objectif l'abstinence. Création de services à bas seuil. Information, distribution de seringues et intensification de la formation.

- Renforcement de la lutte contre le trafic de drogue illégal et à des fins de lucre, par une répression accrue.

- Prescription de drogues de substitution (principalement de méthadone). Conçue comme un pis-aller, face à des

moyens thérapeutiques ou préventifs s'avérant parfois inappropriés.

– **Fin de l'encadré**–

Quand la complexité s'impose

Une brèche s'est donc ouverte au niveau fédéral. Les problèmes, enfin reconnus dans leur complexité, nécessitent une approche pragmatique. La légitimité de la Confédération pour entreprendre cette démarche va croissant. En 1990, une étude commandée par l'Office fédéral de la santé publique vient renforcer cette évolution. Elle porte sur les possibilités d'une remise contrôlée de produits autres que la méthadone, car les limites de l'utilisation de ce produit ont été constatées. Mais il est aussi le symbole d'une nouvelle certitude : la multiplicité des situations problématiques causées par la dépendance aux drogues nécessite une multiplicité de réponses.

Dans le cadre de cette expertise, Annie Mino recense et analyse la littérature portant sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Elle conclut que les politiques de réductions des risques - notamment la prescription de stupéfiants - sont en train d'apporter les premières preuves de leur validité. La mise en place de programmes expérimentaux, soumis à une évaluation, est donc hautement recommandable (Mino 1990).

Les informations sont là. Les rapports rendus publics. La nouvelle politique fédérale, elle, tarde à voir le jour. Elle ne sera formulée officiellement qu'en février 1991. C'est le "paquet de mesures" de la Confédération. Politiquement, la drogue est encore un sujet trop controversé, trop à même d'éveiller les passions. Avant d'initier une nouvelle stratégie, un travail de sensibilisation s'impose. Le problème est le suivant : si l'opinion publique ne suit pas, si le débat idéologique

s'enflamme à nouveau, il est évident que les propositions politiques, aussi innovatrices qu'elles soient, passeront à la trappe avant d'avoir été concrétisées.

Les "techniciens" du domaine de la drogue de l'administration fédérale - en particulier de l'Office fédéral de la santé publique - sont bien conscients de la difficulté. Pratiques, ils vont mettre au point deux projets de diffusion d'informations : l'un s'adresse à l'opinion publique, l'autre au gouvernement et aux diverses unités administratives concernées. La campagne de sensibilisation, lancée en octobre 1991, suite à l'adoption du "paquet de mesures" de la Confédération, cherche à créer un climat favorable aux nouvelles mesures et au déroulement d'un débat serein. Première étape : "La drogue, on en parle. Mais si on en discutait vraiment ensemble ?". Le slogan est bien accueilli. Puis, il va s'agir de faciliter la communication entre la population et les usagers, mais aussi avec ceux qui font la politique en matière de drogue, les intervenants spécialisés, les engagés. Le ton change, incite à l'action : "Nous pouvons tous contribuer à la réduction des problèmes de drogue". Même le cirque national suisse, Knie, est mis à contribution, avec la collaboration des cantons. En 1993, les institutions de prévention sont présentes à chaque étape de la tournée.

Convaincu par les options défendues par son administration et par les rapports et expertises aux conclusions convergeantes, le Conseil fédéral organise, en octobre 1991, une première Conférence nationale sur la drogue. Celle-ci réunit les représentants des cantons, des grandes villes, du parlement, des partis politiques et des organisations concernées, ainsi que des experts. Le gouvernement profite de l'occasion pour présenter les nouveaux engagements de la Confédération et rappeler que les cantons, eux aussi, doivent s'engager.

Une nouvelle politique s'esquisse donc au tournant des années quatre-vingt. C'est la nécessité d'agir et vite qui a créé la dynamique. Les acteurs de terrain, les villes puis les cantons ont contribué à diffuser les innovations, "de bas en haut". L'Office fédéral de la santé publique, enfin, a su promouvoir une nouvelle politique en exploitant opportunément rapports et études, avis de droit et sondages d'opinion. Cette politique est basée sur l'expérimentation et en particulier sur les essais de distribution contrôlée de stupéfiants. Pourtant, les différents éléments de cette nouvelle approche sont encore à la recherche d'un consensus, d'une légitimation et d'une mise en application cohérente. Le processus s'engage dès 1991. Il est à ce jour inachevé.

4. A LA RECHERCHE D'UNE POLITIQUE

Punir, prévenir, guérir ? L'injonction a vécu. A la fin des années quatre-vingt, une nouvelle perspective s'impose en Suisse. Le rapport de la Sous-commission "Drogue" de 1989, qui est suivi d'une large consultation parmi les cantons et les intervenants en matière de toxicomanie, déclenche une large discussion dans tout le pays. Mais au débat idéologique, les auteurs ont choisi d'opposer une approche pragmatique. Mieux, leurs conclusions permettent de légitimer l'adoption de mesures innovatrices, notamment en matière d'aide à la survie, rendant maintenant envisageable le développement à large échelle d'une nouvelle politique.

Le gouvernement suisse se met au travail, digérant expertises fédérales et rapports cantonaux. Le fruit de sa réflexion est une décision prise le 20 février 1991. La politique présentée dans le "paquet de mesures de la Confédération" s'inspirera d'un concept désormais célèbre dans toute l'Europe : la réduction des risques. Le terme, dont l'équivalent anglais est *harm reduction* (réduction des dommages), est apparu au milieu des années quatre-vingt, dans la foulée des expériences de distribution contrôlée d'héroïne menées à Liverpool. Son principe est l'établissement d'une hiérarchie de buts visant tous à minimiser les formes de détresse liée à la dépendance. Il implique que l'abstinence ne peut pas être retenue comme seule perspective de la politique en matière de drogue et que des programmes d'accès faciles doivent être développés.

Quatre piliers pour une politique

Le gouvernement propose un "paquet de mesures" cohérent, basé maintenant sur quatre piliers : la prévention, la

répression, la thérapie... et l'aide à la survie. A première vue, on retrouve le triptyque sur lequel se fondait la politique des années précédentes, complété par la panoplie de mesures expérimentées à la fin des années quatre-vingt. Toutefois, le changement d'orientation se veut plus significatif. Intégrés dans une perspective de réduction des risques, ces piliers offrent maintenant un contenu sensiblement différent.

La prévention ne vise plus seulement la dissuasion, mais s'inspire de deux nouvelles approches. D'abord, devenir "toxicomane" n'est pas considéré comme une destinée individuelle, mais bien comme un processus impliquant aussi l'environnement de la personne concernée. Les messages diffusés vont donc chercher à responsabiliser l'entourage et développer la solidarité vis-à-vis des personnes qui se droguent. Ensuite, la drogue, les drogues sont envisagées au sens large : alcool, tranquillisants, héroïne, où est la frontière ? C'est la dépendance et sa cohorte de problèmes médicaux, familiaux, sociaux qu'il s'agit de prévenir.

La répression change de sens, puisqu'elle devrait chercher à différencier consommation et commerce. Côté consommation, la tolérance est de mise lorsque des mesures d'assistance sont prévues (ouverture de locaux d'injection par exemple). Concrètement, c'est l'opportunité politique et policière qui dicte l'attitude vis-à-vis des consommateurs. La police peut donc parfois se sentir investie d'une mission d'assistance à l'égard des usagers en difficulté, comme s'elle avait affaire à des personnes égarées. Côté trafic en revanche, la lutte doit s'intensifier. Le Procureur fédéral, tentant d'identifier les patrimoines d'origine mafieuse, s'en est pris récemment aux secrets bancaires résiduels. La Suisse semble chercher à réduire son implication dans les mouvements financiers liés au trafic de stupéfiants.

La thérapie reste un but important de la politique en matière de drogue. S'y ajoute maintenant l'idée que l'offre doit être plus variée : il n'y a pas qu'une solution thérapeutique au problème de la dépendance. Selon les cas, des expériences de vie en communauté, des sevrages sous narcose, des prescriptions médicales de stupéfiants peuvent tous apporter une réponse adaptée. Il s'agit donc de garantir la pluralité des services offerts. Les programmes expérimentaux de prescription de stupéfiants, comme l'héroïne, s'inscrivent dans le cadre de ce pilier. Dans la mesure où ils sont considérés, à long terme, comme "une étape vers l'abstinence" (Ordonnance du Conseil fédéral du 21 octobre 1992).

Enfin, aider à la survie, c'est selon les termes officiels, offrir au toxicomane la possibilité de vivre de manière aussi "saine" que possible sa phase de toxicomanie active, et d'assurer sa réinsertion sociale. Les mesures ont pour but d'améliorer les conditions d'hygiène dans lesquelles les produits sont consommés (par exemple par des programmes de remise de matériel d'injection). Mais aussi de permettre de trouver ou de conserver son logement, son travail (CF 1994b). Notons que les prescriptions de drogues sous contrôle médical s'inscrivent aussi dans cette perspective, à court et moyen terme du moins.

Quatre piliers auxquels la Confédération ajoute la recherche évaluative : il s'agit de moderniser l'intervention, d'y apporter, au fur et à mesure, les modifications nécessaires. Une ordonnance est arrêtée dans ce sens le 21 octobre 1992. Elle porte sur "l'évaluation des projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes". Son article premier confirme son inscription dans le cadre des nouvelles orientations. L'évaluation des mesures de prévention et d'assistance

doit permettre d'identifier les plus efficaces pour réduire les problèmes liés à la toxicomanie :

"La Confédération soutient l'évaluation des mesures propres à prévenir la toxicomanie, à améliorer l'état de santé des personnes dépendantes et leurs conditions de vie, à les réinsérer dans la société, ainsi qu'à réduire la délinquance liée à l'acquisition de stupéfiants".

Comment expliquer cette nouvelle politique fédérale, instaurée en 1991 et appelée aujourd'hui "la politique des quatre piliers" ? D'abord, la perception du problème a changé au cours des années quatre-vingt, comme le symbolise l'approche développée dans le fameux rapport de 1989 (voir encadré 3), dont le Conseil fédéral s'est inspiré directement.

Ensuite, le bilan négatif de deux décennies d'intervention a rebondi sur une question d'actualité : le gaspillage des ressources, qui se perdent en actions inefficaces. La répression en l'occurrence. La répartition du budget attribué à la lutte contre la drogue est de plus en plus dénoncée comme inadéquate. Réprimer coûte 500 millions de Francs suisses par an. Ensemble, les soins, la prise en charge, la réinsertion, la réduction des risques/l'aide à la survie demandent entre 340 et 460 millions (données respectivement pour 1991 et 1994, OFSP 1996). En clair, les ressources ne sont pas proportionnelles à l'efficacité, ni au besoin d'action. Tandis que les faibles résultats de la répression coûtent chers, les initiatives de prévention et d'aide à la survie qui se sont faites remarquer par des résultats encourageants ne bénéficient que d'un soutien limité par rapport aux besoins. Dans un contexte de crise financière, cet argument motive la recherche d'alternatives.

Enfin, communes et cantons - en particulier les grandes villes - se sont faits de plus en plus pressants. Le

gouvernement est confronté à la faillite de sa politique, mais aussi obligé d'accroître son intervention. Or la Suisse n'est pas un état unitaire. Fédéralisme oblige, la politique de la drogue pourra surtout s'appuyer sur deux instruments : la coordination et l'incitation à l'action. Conséquence : la Confédération se chargera avant tout de fournir le cadre dans lequel peuvent se développer contacts et actions, plutôt que de les planifier elle-même. La coopération devra s'accroître entre les niveaux territoriaux (Confédération, cantons et villes) mais aussi entre les institutions publiques et privées. Une approche qui devrait permettre de prendre en compte tout l'éventail des problèmes liés à la drogue. Un moyen aussi pour l'Etat de faire pression pour que des actions soient entreprises.

Vers un consensus ?

C'est ainsi qu'en 1991, la Suisse, prenant acte des échecs précédents et de la nécessité d'intégrer des acteurs publics et privés sur différents niveaux territoriaux, se dote d'une nouvelle politique. Certains cantons suivent : à côté de la prévention primaire, des possibilités de sevrage et des traitements à long terme, ils mettent en place des structures d'aide à "bas seuil". Reste que le fédéralisme permet à chacun de réaliser sa propre politique de la drogue. Aucun canton n'est véritablement tenu de s'aligner sur le concept de la Confédération. Cette disparité met en évidence le caractère crucial de la dimension territoriale : car la toxicomanie a des implications internationales, nationales, cantonales et régionales nécessitant des réactions concertées.

Il s'agit de développer non seulement une collaboration entre public et privé, mais aussi entre les instances étatiques et administratives aux différents niveaux

territoriaux. Une fois encore, les villes sont aux premières lignes, réclamant haut et fort de l'aide, d'abord aux cantons, puis au gouvernement fédéral. Elles désirent être soutenues, veulent innover, tester de nouvelles approches, conscientes du fait que les instruments en place ne suffisent pas et que, isolée, leur propre action n'a aucun sens. Sous leur impulsion, une collaboration s'instaure non sans difficulté entre différents niveaux territoriaux. Interviewé à ce propos, un responsable de l'Office des affaires sociales de la ville de Zurich résume les difficultés rencontrées par les municipalités :

"Une difficulté majeure des villes, c'est leur marge de manœuvre limitée. La majorité des contraintes vient de la législation nationale et la justice opère au niveau des cantons : il reste relativement peu de possibilités d'influence pour les municipalités. La frustration est donc importante chez les politiciens des grandes communes, comme l'indiquent les confrontations continuelles entre villes et cantons ou entre villes et Confédération. On a quelque fois le sentiment que ces personnes sont trop loin des événements et que nous devons nous battre avec des enjeux qui dépassent le niveau communal, sans disposer des bons instruments. Cela fait longtemps que les villes poussent à la prescription de drogue sous contrôle médical. Mais la résistance de la Confédération était grande" (cité dans Renschler/Cattacin 1996, p. 30 - notre traduction).

Des structures ont été mises en place en Suisse pour faciliter cette coordination entre villes, cantons et Confédération, ainsi qu'entre acteurs privés et publics. Elles soutiennent la préparation des décisions, la communication et l'information ainsi que les services organisés et spécialisés. Ainsi, depuis 1996, plus de vingt institutions et services travaillant dans le

domaine de la drogue sont dotés d'un secrétariat commun : la Plate-forme nationale de coordination. Par ailleurs, le Comité national de liaison réunit des représentants de la Confédération, des cantons et des villes.

Pour maximiser l'impact de sa nouvelle politique, la Confédération privilégie deux instruments : l'information et les expérimentations. Information : chaque décision, chaque événement concernant la drogue bénéficie d'une forte médiatisation ; des agoras modernes voient temporairement le jour, espaces de dialogue entre partisans et techniciens, permettant l'élaboration d'un consensus sur les mesures proposées. Un exemple : l'invitation à la première Conférence nationale sur la drogue, en 1991, a été renouvelée en 1995.

Expérimentations : plus de cinquante projets de recherche sont promus par le gouvernement suisse. Le plus spectaculaire obtient le feu vert de l'Office fédéral de la santé publique en 1993 : il s'agit de distribuer des stupéfiants à quelque 700 personnes remplissant des conditions précises. Comme celle d'être dépendant d'une drogue depuis de nombreuses années. Morphine, méthadone et héroïne sont dispensées sous contrôle médical. Les participants sont regroupés selon les types d'expériences. Cinq programmes pour la morphine (250 personnes concernées) ; quatre pour la méthadone (200 personnes) et cinq pour l'héroïne (250 personnes).

En janvier puis mai 1995, le Conseil fédéral décide d'augmenter le nombre de places disponibles. Dans huit villes, un total de 800 patients peut dès lors bénéficier d'une prescription d'héroïne. Une centaine de personnes sont aussi traitées à l'aide de morphine et de méthadone injectable. Le but est de recueillir des données systématiques sur les effets de ces programmes. De forts indices laissent en effet supposer une amélioration de la santé et de l'insertion sociale de personnes qui se

droguent "sous contrôle médical". L'agenda est limité : une première phase peut se dérouler jusqu'à la fin de l'année 1996, au cours de laquelle le nombre de participants s'accroît. L'expérience est reconduite jusqu'à fin 1997. Les premières évaluations donnent des résultats positifs, récemment confirmés (voir encadré 4). Reste à savoir ce qu'il adviendra des participants au terme des essais.

Encadré 4 : évaluation des essais de prescription médicale de stupéfiants (rapport Uchtenhagen et al. 1997)

Les programmes de prescription de stupéfiants sont ouverts aux personnes fortement dépendantes, en situation d'échec dans les programmes thérapeutiques classiques. Ils ont concerné à ce jour plus de 1'146 patients pour 403'402 journées de traitement. Publié en juillet 1997, le rapport final d'évaluation des essais fait état de résultats positifs :

- l'état de santé physique et psychique des participants s'est amélioré. Il en est de même des conditions de logement et de l'aptitude au travail : au terme des essais, il n'y a plus de sans-abri et le pourcentage des participants ayant un emploi fixe est passé de 14 à 32 %. Celui des chômeurs a baissé de 44 à 20 %. Ces améliorations perdurent après l'arrêt du traitement.
- Les contacts avec d'autres personnes dépendantes et la scène de la drogue ont diminué massivement. La consommation illégale d'héroïne et de cocaïne a régressé. Seuls 5 % des patients ont continué de consommer régulièrement de la cocaïne après dix-huit mois de traitement.
- Les revenus d'activités illicites ou semi-licites ont chuté. A la fin des essais, 10 % des participants pratiquaient encore ce genre d'activités, contre 69 % au départ. Le nombre de patients délinquants et de délits

commis ont diminué de 60 % dès les six premiers mois du traitement.

- Une analyse coûts-bénéfices des essais révèle un gain estimé de 45 Francs suisses par jour de traitement par patient. Alors que le coût moyen journalier est de 51 Francs suisses, les recettes (contribution du participant et assurance maladie) s'élèvent à 35 Francs suisses, auxquelles il faut rajouter une épargne de 61 Francs suisses, dû à la réduction des coûts liés à la répression et à l'état de santé des patients.

- fin de l'encadré-

Depuis leur adoption, les nouvelles mesures politiques ne laissent personne indifférent. Les villes et les intervenants proches du terrain sont satisfaits et l'affirment, tandis que des voix discordantes reprochent au gouvernement "d'entretenir la dépendance" (c'est la position de l'Union démocratique du centre) voire de pratiquer ainsi une forme "d'euthanasie".

Le débat est ouvert. Pour certains, la loi fédérale sur les stupéfiants devrait être renforcée. Pour d'autres, elle nécessite un assouplissement. En 1992 et 1993, alors que la nouvelle scène ouverte zurichoise du Letten et les projets de prescription d'héroïne font la une de la presse suisse (et l'objet d'une malencontreuse confusion dans la presse étrangère), deux initiatives populaires, diamétralement opposées sont lancées : la première se nomme "Jeunesse sans drogue". Soutenue principalement par des partis de droite et inspirée par une organisation souvent associée aux sectes (le Verein für psychologische Menschenkenntnis - VPM), cette initiative entend s'opposer au Conseil fédéral, en envisageant une politique restrictive qui s'appuie exclusivement sur l'abstinence. La seconde s'intitule "Pour une politique raisonnable en matière de drogues" (Droleg). Défendue par

la gauche et par des associations spécialisées dans le domaine de la drogue, elle voudrait légaliser achat, possession, consommation et culture des substances stupéfiantes pour la consommation personnelle, et instaurer un monopole étatique qui réglerait leur distribution (voir encadré 5).

Encadré 5 : deux extrêmes : "Jeunesse sans drogue" et "Droleg"

Jeunesse sans drogue : un frais et sain visage de jeune fille illustre ses affiches de campagne. Mais qu'on ne s'y trompe pas. Cette initiative populaire fédérale est promue par une organisation très contestée en Suisse pour ses méthodes et ses prises de positions extrémistes (Verein für psychologische Menschenkenntnis - VPM). Par des groupements d'extrême droite. Par quelques personnalités de la droite modérée aussi. Le nouvel article qui devrait, selon elle, être inséré dans la Constitution fédérale, a pour seul but l'abstinence. Concrètement, la Confédération ne pourrait plus proposer des programmes d'aide à la survie. L'intention est clairement l'arrêt des essais de prescription d'héroïne, l'arrêt des traitements à long terme à la méthadone. Selon les promoteurs de l'initiative, les drogues sont des substances menant irrémédiablement à la déchéance physique et psychique ; une maîtrise de la consommation est de ce fait jugée impossible. La prévention, surtout auprès des jeunes, doit être renforcée. La Confédération est tenue d'encourager et de soutenir l'application des mesures propres à assurer le sevrage physique, la désintoxication durable et la réinsertion sociale des toxicomanes et d'interdire toute prescription des stupéfiants.

L'initiative populaire "Droleg - Pour une politique raisonnable en matière de drogues" vise une légalisation différenciée des substances. Lancée par le "Groupe de travail pour la légalisation des stupéfiants", elle est soutenue entre autres par l'Association suisse des intervenants en toxicomanie, l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière, les Juristes démocrates suisses, l'Association des médecins indépendants, People with AIDS, le Parti écologiste suisse et le Parti socialiste suisse. Son but est la décriminalisation de l'achat, de la possession, de la consommation et de la culture de la drogue pour sa consommation propre et l'instauration d'un monopole d'Etat, qui réglerait, à travers l'octroi de concessions, la prescription de la drogue. L'initiative demande, en plus, une protection des groupes à risque de consommation abusive par les moyens suivants : protection de la jeunesse, interdiction de la publicité et des ressources supplémentaires pour la prévention.

En conséquence, affirment les initiants, la mafia de la drogue disparaîtra, parce que ses profits ne seront plus assez élevés. Mieux, si la drogue est à prix raisonnable, le nombre de délits (ainsi que la prostitution) commis pour se s'en procurer diminuera fortement. La dépénalisation permettra de décharger la justice. Quant aux consommateurs, ils resteront socialement intégrés et les scènes ouvertes n'auront plus lieu d'être. Par un contrôle de qualité de la drogue, celle-ci sera moins nuisible à la santé.

- fin de l'encadré-

Les votations populaires sont prévues pour fin septembre 1997 ("Jeunesse sans drogue") et pour 1998, voire 1999 ("Droleg"). L'Office fédéral de la santé publique s'est montré dès le début très critique envers ces deux initiatives. Le principal reproche qui leur est adressé

est leur caractère simpliste. "Jeunesse sans drogue" se focalise sur l'abstinence. Son acceptation empêcherait toute innovation et bloquerait les essais de distribution contrôlée en cours, ainsi que les traitements à long terme à la méthadone. Quant à "Droleg", elle est commentée en ces termes par Philippe Lehmann, le chef de la Section drogue de l'OFSP :

"L'initiative passe sous silence la perspective de santé publique - prévention, réduction des risques, thérapie et réintégration - qui doit être ancrée comme principe fondateur de la politique en matière de drogue (...)" (Lehmann 1995, p. 12).

Trois des quatre partis gouvernementaux, le Parti radical, le Parti socialiste et le Parti démocrate chrétien ont proposé en juillet 1994 une troisième voie. Entre répression et légalisation. Au sein de leur groupe de travail conjoint, les partis vont se confronter, cherchant à développer des propositions communes. Ils le disent clairement : le but de cette initiative politique est "de contribuer à mettre fin à la polarisation actuelle et à favoriser le dialogue dans le débat sur la drogue et de trouver avant toutes choses une majorité politique sur des propositions réalisables à court terme" (Positions des partis politiques suisses 1994).

À savoir : constituer une majorité politique autour de la politique des "quatre piliers" de la Confédération (prévention, répression, thérapie et aide à la survie). Toutefois, chacun des partis signataires continue d'interpréter à sa manière cette "troisième voie", qui se présente plus comme le résultat d'un compromis que dotée d'un consensus solide. Exemples : le parti socialiste est partisan d'un élargissement rapide des distributions contrôlées d'héroïne, de la dépénalisation de l'usage et de la détention pour consommation personnelle. Une position adoptée également par plusieurs élus

écologistes. Il propose d'introduire une distinction entre drogues "dures" et "douces" et d'en différencier les statuts. Pour les dérivés du cannabis, une forme de réglementation pourrait être envisagée.

Le parti radical voudrait limiter la dépénalisation à la seule consommation en privé. Le parti démocrate-chrétien, lui, se déclare pour le maintien de l'interdiction de l'usage, et se demande même s'il ne serait pas opportun de pouvoir, à travers des mesures législatives, contraindre les jeunes usagers à se soumettre à une thérapie. Il est cependant favorable à un élargissement à tous les cantons des essais de prescription de stupéfiants.

Un soutien à la politique du Conseil fédéral se dessine. L'accord - même bancal - des partis gouvernementaux, les interventions des acteurs publics ou privés, au niveau des communes, des cantons ou de la Confédération, incitent à une révision de la législation en matière de drogue. On avait presque fini par l'oublier, la politique est encore à ce jour fondée sur la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, largement révisée en 1975 et qui se réfère en substance aux principes prohibitionnistes des Conventions des Nations Unies. Elle a donc besoin d'être adaptée aux exigences du moment.

Dans ce dessein, le Conseil fédéral a décidé, en 1995, de soumettre à examen la base juridique régissant les substances illégales engendrant la dépendance. Une Commission d'experts a été chargée de concevoir un projet prêt à être mis en consultation (CF 1995a), dont le rapport a été remis au cours du mois de février 1996. Il propose la dépénalisation de la consommation de drogues illégales (voir encadré 6). Le gouvernement devra attendre le résultat des votations pour pouvoir se pencher sur ce nouveau dossier.

Encadré 6: ce qui dit le rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants, 1996

Les résultats principaux de ce rapport expriment, d'un côté l'échec des politiques précédentes et, de l'autre, des propositions pour l'avenir. Il est ainsi constaté que:

- le classement des stupéfiants et substances psychotropes n'a pas de base scientifique ni rationnelle;
- l'interdiction de la consommation n'a pas d'effet dissuasif;
- les buts visés par la révision de la loi en 1975 n'ont pas été atteints; particulièrement en ce qui concerne la pénalisation de l'usage, qui "s'est révélée inefficace pour freiner son extension". Elle a plutôt contribué à faire des consommateurs la cible privilégiée de la police en matière de contrôle des stupéfiants.
- la prison est un dispositif inadéquat, voire négatif pour les usagers de stupéfiants
- la consommation de stupéfiants doit être dépénalisée. Une forte majorité des membres de la commission se prononce pour la dépénalisation des actes préparatoires de la consommation personnelle. Il faudrait aussi renoncer à sanctionner les "usagers-petits trafiquants" lorsque les faits sont minimes et prévoir une alternative thérapeutique à la peine.

-Fin de l'encadre-

Répercussions dans les cantons

La politique suisse en matière de drogue a considérablement évolué depuis le début des années quatre-vingt-dix, sur le terrain, concrètement, mais aussi dans les esprits. Les cantons, qui ne sont pas obligés de se plier aux volontés confédérales, ont réagi différemment. Certains, particulièrement ceux comptant de grandes villes sur leur territoire, avaient déjà essayé

de répondre à la réalité complexe de la toxicodépendance : ils ont donc pris le train en marche avec enthousiasme. D'autres en revanche ont marqué quelques réticences à suivre le mouvement et à oser déborder le triptyque prévention, thérapie, répression pour s'aventurer vers la réduction des risques.

Deux critères permettent aujourd'hui de distinguer les 26 cantons suisses : leur position quant à la répression et leur attitude face à la réduction des risques. Au début des années quatre-vingt, les cantons ayant une politique répressive étaient encore majoritaires (Cattacin 1994). Aujourd'hui, la situation se révèle plus nuancée. Dans un rapport récent, la géographie politique Suisse apparaît en effet équilibrée : les approches plutôt restrictives et celles orientées à la réduction des risques sont représentées de manière équivalente (Meyer/Zander 1997).

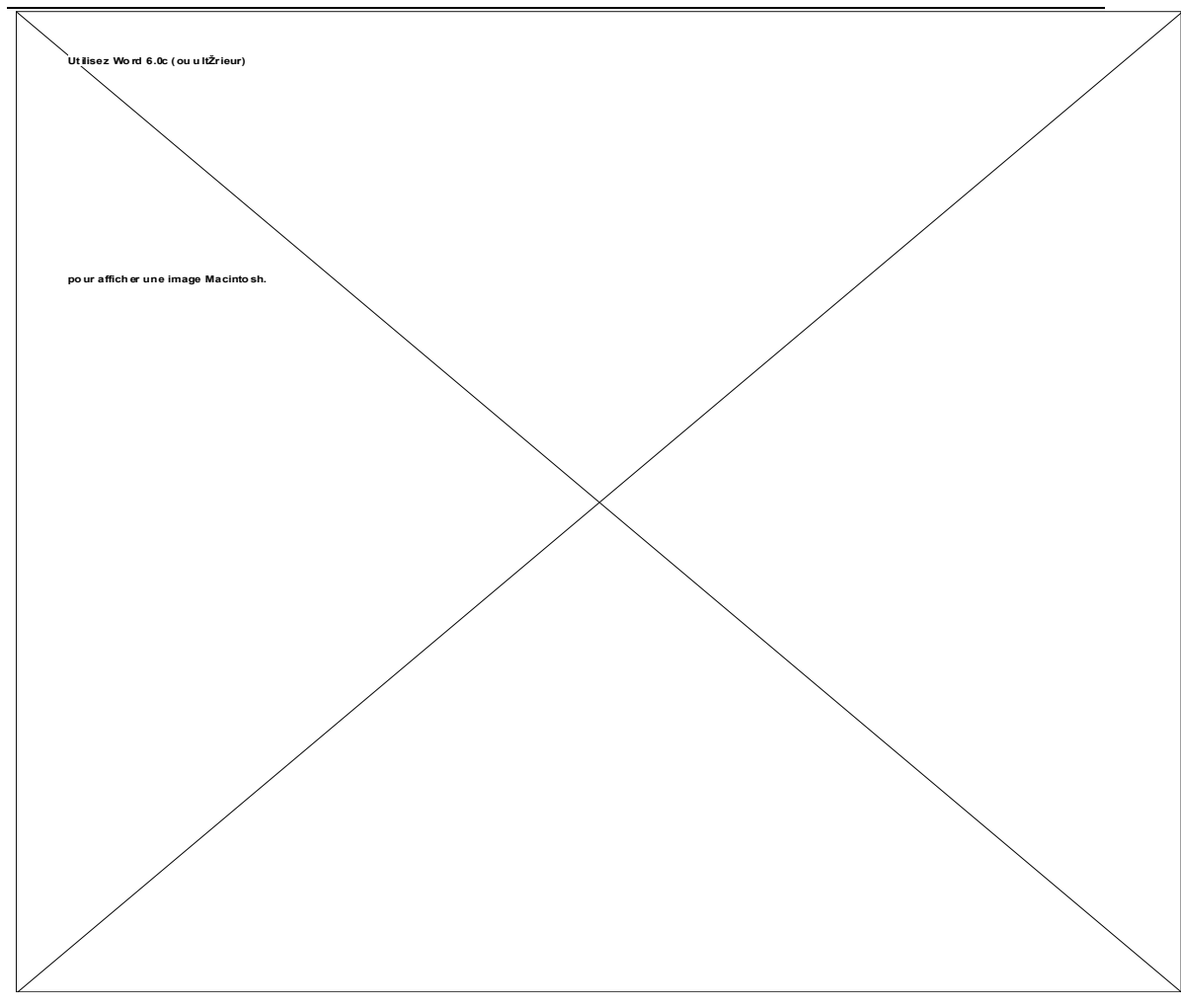
Les problèmes rencontrés influencent le type de réponses : les cantons qui subissent les plus fortes pressions ont adopté une politique ouverte et relativement tolérante envers les consommateurs. Une tendance à la décrispation est notable. D'abord, dans les régions et communes proches de Zurich, qui, suite à la fermeture de la scène ouverte du Letten, vont chercher à assurer la prise en charge des usagers qui leur sont renvoyés, en développant des activités à "bas seuil". Mais aussi dans les cantons romands - à l'exception notable de Genève - traditionnellement plus restrictifs qu'en Suisse alémanique, qui revoient actuellement leurs orientations (figure 3).

En Suisse alémanique, la mise en place de mesures de réduction des risques a été largement médiatisée. Initiatives et référendums se sont succédés au niveau local, contribuant à alimenter le débat public. Les votations qui s'ensuivirent ont contribué à légitimer les concepts globaux et les dispositifs, comme l'installation

de distributeurs automatiques de seringues, de lieux d'abris, et la mise en place de programmes de distribution sous contrôle médical de stupéfiants.

Pendant ce temps, en Suisse romande, l'évolution est moins spectaculaire. C'est dans l'intimité des administrations que se sont élaborées les nouvelles approches. Seuls les partis et leur représentants dans les divers législatifs cantonaux et communaux étaient impliqués. Les conséquences du caractère discret de cette adaptation se font aujourd'hui sentir dans les cantons latins (Tessin compris). La population s'y montre en effet la plus réticente à l'égard des mesures de réduction des risques. A l'inverse, le débat public en Suisse alémanique semble avoir stimulé le processus d'apprentissage de la population (notamment Bergman et al. 1997).

Figure 3 : modèles des cantons suisses en matière de drogue



Source : figure construite sur la base des données de Meyer/Zander 1997.

Les cas des cantons de Vaud et du Valais permettent d'illustrer ces transformations, lentes mais sensibles, des politiques cantonales romandes. On ne s'en étonnera pas. Si le canton de Vaud évolue, c'est à l'initiative de la Ville de Lausanne. Le récent rapport de la Municipalité par exemple dresse la liste de sept objectifs à atteindre. Concrètement, il est prévu de "développer, au titre de la prévention tertiaire, un système coordonné d'assistance et de soins, destiné à couvrir les besoins fondamentaux des toxicomanes, c'est à dire de mettre en place un dispositif de distribution de matériel d'injection stérile, de préservatifs, d'offre de

contacts à vocation socio-sanitaire et de renforcer les moyens des intervenants de terrain en vue de renforcer l'aide à la survie et les actions sanitaires et psychosociales" (Direction de la sécurité sociale et l'environnement 1995).

La ville reconnaît rapidement la nécessité d'un accès facilité aux seringues. Mais l'idée choque encore : certains continuent d'estimer qu'il s'agit d'une mesure incitant à la consommation. Les pharmaciens qui sont chargés d'écouler le matériel stérile semblent craindre leur nouvelle clientèle. Lausanne propose de contribuer financièrement aux projets des communes de la région. Mais toutes ne se montrent pas disposées à déboursier quelques sous pour fournir des seringues aux personnes qui se droguent. Plusieurs intervenants et acteurs politiques reconnaissent toutefois la nécessité d'une approche nuancée, incluant la mise en place de structures d'accueil et la distribution facilitée de matériel d'injection. Pas besoin pour cela d'être convaincu à part entière. Comme l'exprime la syndique (maire) socialiste de la ville Yvette Jaggi, qui estime "que cela revient à fournir le verre pour boire la ciguë", mais que "tant qu'à faire qu'il soit propre" (cité par Abimi 1994).

Lausanne bouge. Malgré les réticences et certaines difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre, c'est bien à un tournant de la politique auquel nous assistons :

"Pressée depuis 1994 par son législatif de préciser sa politique en matière de toxicomanie, la Municipalité de Lausanne s'est exécutée. En tentant de tracer une piste médiane entre les voies les plus progressistes explorées à Zurich et le tout répressif, encore souvent très prisé dans le canton de Vaud. Toutes les propositions municipales, y compris la distribution gratuite de

seringues, ont reçu l'approbation d'une large majorité du Conseil communal" (JdG 1.2.96).

Certes, une nouvelle politique avait été élaborée dans les années quatre-vingt-dix au sein de l'administration cantonale. Mais elle se trouvait bloquée par le gouvernement et par les problèmes financiers. La situation change radicalement avec le départ du chef du Département de la santé publique. L'administration a enfin la possibilité de lancer des initiatives novatrices. La ville reçoit les autorisations qu'elle attendait. Une nouvelle dynamique est née.

Un autre canton résiste : le Valais. Il a développé depuis longtemps une politique orientée vers l'abstinence, soutenue par des moyens répressifs conséquents, qu'il modifie avec le temps, mais marginalement. Contrairement à d'autres cantons, ses options premières ont en effet traversé sans trop de heurts la tourmente du milieu des années quatre-vingt.

Cette constance, qui se manifeste tant au niveau des opinions que des actions, peut s'expliquer en partie par la concertation continue des acteurs. Mais aussi par le caractère unique du système valaisan de lutte contre la toxicomanie : depuis les années soixante-dix en effet, les acteurs impliqués se sont ralliés à l'avis d'une même organisation spécialisée, la Ligue valaisanne contre les toxicomanie (LVT). Le canton bénéficie donc dans ce domaine non seulement d'une expérience relativement ancienne, mais également d'un point de référence stable.

Plutôt que la révolution des esprits, le Valais cherche l'affinement de son modèle. Actuellement, le but de la politique en matière de drogue est d'anticiper le phénomène et ses problèmes, en bref, de mettre l'accent sur la prévention. Sans rien céder aux efforts répressifs, ceux-ci venant plutôt renforcer, par les actes, les conseils et les avertissements. Un effort a

été entrepris dès les années quatre-vingt (suite à la croissance du phénomène, et notamment à l'ampleur prise par les "polytoxicomanies") en vue de "responsabiliser" la société. Il s'agit d'inscrire la prévention de la drogue dans un concept de promotion de la santé publique, qui permette à chacun de se sentir concerné : une (in)formation sur les drogues est par exemple proposée aux tenanciers de cafés, des dépendants "repentis" interviennent dans les écoles. Toutes ces démarches préventives sont orchestrées par la Ligue valaisanne de lutte contre la toxicomanie.

Phénomène ancien en Valais, la consommation de drogue est de ce fait devenue récemment très médiatique. Depuis dix ans, les habitants, des organisations diverses se sentent concernés par un problème jusqu'alors réservé aux milieux spécialisés, publics ou privés. Le citoyen valaisan est appelé à se positionner et ce, de manière "juste". On aboutit à une multiplication des intervenants, tout en évitant au maximum de mettre en marche la machine étatique, jugée plus lourde, moins flexible et, finalement, moins proche du phénomène.

Zurich

Les situations cantonales sont encore variées, mais partout se manifeste une volonté de penser la politique globalement, plutôt que de subir les problèmes et d'y réagir au coup par coup. A l'exemple des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie, qui, dans les années quatre-vingt, ont été expérimentées par certains cantons, importées par d'autres, avant d'être institutionnalisées. Plus qu'en Suisse romande, les habitants de régions alémaniques comme Bâle, Berne, Saint-Gall ou Lucerne ont vécu cette période au rythme des innovations dans le domaine de la drogue. Mais il est une ville qui parle pour toutes les autres.

Zurich. Au cœur de la politique en matière de drogue en Suisse. Les impulsions majeures viennent de là. De cette ville aux maux graves, qui forceront la Confédération à se mobiliser, puis les cantons limitrophes et enfin, tout le reste du pays. D'abord, en réaction au Letten. A sa violence médiatisée :

"L'été 1994 a ainsi été émaillé de nouvelles et de reportages télévisés montrant des policiers impuissants devant une 'scène' toujours plus violente. Des fusillades inexplicables ont éclaté aux alentours du Letten. Les dealers étaient si sûrs de l'impunité que l'un d'eux a témoigné, à visage découvert, pour un magazine suisse romand.. L'image a peut-être eu un effet éducatif, mais les Suisses, après quelque temps, n'ont plus voulu la voir. Cachées, les souffrances des autres sont plus supportables" (Mino/Arsever 1996, p. 119).

Le Letten sera fermé en 1995. L'histoire de cette fermeture est celle d'une nouvelle collaboration. Car le Conseil fédéral s'implique dans cette affaire jusqu'alors locale : "Les représentants de la Confédération collaborent étroitement, au cas par cas, avec les représentants du canton et de la ville de Zurich" (Rapport de gestion de la Confédération 1994). Des conseillers fédéraux se rendent même sur place pour estimer la gravité de la situation. Résultat concret : un groupe de travail mixte est formé, comprenant des membres des gouvernements de la ville, du canton et de la Confédération. Son nom : la Délégation drogue. Parallèlement, une Délégation gouvernementale (fédérale) en matière de drogue, regroupant trois ministres, est mise sur pied.

Une manière originale de répondre aux problèmes est donc imaginée : la création ponctuelle d'un niveau politique et administratif intermédiaire. En l'occurrence la Délégation drogue. C'est par la négociation continue que

le projet de fermeture sera mené à son terme. Les accords sur les actions concrètes vont être légitimés de manière décentralisée. Ce qui signifie que chaque acteur, une fois la discussion terminée, va chercher à convaincre dans sa sphère d'influence : la Ville s'adressant aux partis locaux, le Canton aux Communes, la Confédération à la Suisse non-zurichoise.

En août 1994, Moritz Leuenberger, membre socialiste du gouvernement cantonal zurichois, lance des propositions concrètes : la crise selon lui ne pourra être contrôlée qu'à certaines conditions. Côté trafic, il faut soutenir la lutte contre le crime organisé ; côté consommateurs, offrir des places de traitement supplémentaires dans le cadre de la distribution contrôlée. Simultanément affirme-t-il, les usagers de drogue doivent être rapatriés dans leurs cantons d'origine. Le consensus est assez large pour exiger que la fermeture du Letten s'accompagne de mesures concrètes d'assistance.

Le Parti radical zurichois quant à lui demande un arrêté urgent pour procéder à l'expulsion immédiate des requérants d'asile arrêtés sur la scène de la drogue ou condamnés pour motifs criminels. Un texte sur "les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers" doit être soumis à votation populaire. Il est jugé xénophobe par les différentes associations d'entraide, de lutte contre le racisme, de solidarité, et comporte d'indéniables faiblesses, particulièrement quant à la garantie des libertés individuelles. Pourtant : en décembre 1994, le peuple suisse l'accepte. L'idée qui prévaut, surtout à Zurich, est de pouvoir agir plus efficacement contre les trafiquants.

Il est évident que l'opinion publique a ici fortement influencé l'attitude politique face au Letten. La succession des scènes ouvertes, la répétition de leur drames quotidiens ont impressionné. A Zurich même, le

responsable d'un service municipal souligne le caractère choquant des images diffusées :

"Les images de la scène ouverte étaient celles d'une situation extrême, ne représentant que la pointe de l'iceberg. C'était comme si l'on faisait une campagne contre la cigarette en montrant uniquement la section d'oncologie d'un hôpital : ses amputés, ses corps rongés de tâches noires. Là aussi, tout le monde se mettrait à penser que fumer est dangereux. C'est ce qui est arrivé avec les scènes ouvertes" (cité par Renschler/Cattacin 1997, p. 64s - notre traduction).

Josef Estermann, syndic de Zurich, estime même que la réaction forte de la population a en quelque sorte forcé la coopération de la ville et du canton :

"Je crois que la collaboration avec le canton dans le domaine de la drogue s'est faite sous pression de l'opinion publique. Il était évident à ce moment là que la ville ne pouvait pas résoudre le problème toute seule et que le canton devait l'aider pour parvenir à une action commune" (Tages-Anzeiger 29.12.95 - notre traduction).

Ainsi, dopée par la pression de l'opinion et des médias, la Délégation drogue propose à la mi-décembre un programme d'action pour la fermeture du Letten. On craint un coup d'épée dans l'eau, un nouveau Platzspitz. Cette fois, les autorités veulent une opération qui soit efficace à long terme et qui ne disperse pas les consommateurs de drogue pour les retrouver un peu plus tard, un peu plus loin, un peu plus dépendants. Le plan est établi : action policière renforcée contre les trafiquants ; mesures d'accompagnement pour les personnes dépendantes. Un consensus politique s'est créé, *in extremis*. La campagne est différente de celle qui avait orchestrée la fermeture du Platzspitz. Elle implique beaucoup plus de monde : la police cantonale et plus

seulement municipale, mais aussi les communes zurichoises, jusqu'aux régions d'origine des personnes qui hantent la scène.

La Municipalité a adressé pour sa part plusieurs exigences au canton et à la Confédération : la création de places de prison à Zurich pour les trafiquants de drogue, l'adoption de dispositions fédérales urgentes pour une extension rapide de la prescription de drogue sous contrôle médical, la création de centres d'accueil pour les personnes les plus gravement dépendantes et l'établissement d'un état-major de crise réunissant les responsables de la Ville de Zurich, du Canton et de la Confédération, afin de garantir que cette opération de fermeture représente véritablement une solution durable (Fahrenkrug et al. 1995, p. 231). La Confédération va accepter certaines de ces demandes, précisant toutefois qu'aucun droit d'exception ne sera accordé à Zurich.

Février 1995. Deux prisons ont été mises en fonction. La loi sur les mesures de contrainte est entrée en vigueur. Le moment est venu pour la police d'intervenir. En fait, les autorités s'accrochent à l'espoir qu'une fois les trafiquants disparus, la scène ouverte se dispersera. Et que les forces de l'ordre veilleront à ce qu'aucune concentration d'usagers ne se reconstitue. Significativement, c'est à l'occasion de cette opération que le terme militaire de *task force* s'applique pour la première fois au domaine de la drogue. Le vocabulaire de guerre inspire particulièrement des journaux populaires, comme "le Matin" de Lausanne et "le Blick" de Zurich (le plus important tirage de Suisse), certains partis de droite, comme l'Union démocrate du centre zurichoise et les Démocrates Suisses, ainsi que les groupes de citoyens montés au créneau contre le Letten. Après la fermeture du Letten, les consommateurs de substances illégales non domiciliés dans la ville sont renvoyés dans leurs

communes et cantons d'origine, afin d'assurer une gestion équitable du problème. Pour garantir la collaboration intercantonale, une association pour le centre de rapatriement des consommateurs de substances illégales est créée (Verein Rückführungszentrum Kaserne).

Quel bilan tirer de l'expérience zurichoise ? Avant tout, une leçon organisationnelle. La complexification de la coopération entre les différents acteurs impliqués a en effet permis de lancer des programmes qui n'auraient pas vu le jour dans un contexte plus traditionnel. Escamoté, le classique conflit entre gauche et droite. Oubliées pour un temps, les barrières du fédéralisme, la classique segmentation entre Confédération, cantons et communes. Une nouvelle territorialité politico-administrative est apparue. Des coalitions supra-cantoniales et supra-communales se sont tissées, partiellement sous l'égide des autorités confédérales. Ce large regroupement autour de la recherche de solutions a permis une légitimation maximale des interventions. Une solidarité financière s'est développée. Certaines communes, qui jusqu'alors ne faisaient absolument rien, se sont vues pressées d'agir. Dans ce sens, l'opération de fermeture du Letten a été une réussite, même si, du point de vue de la santé et de la sécurité publiques, les résultats concrets sont certainement encore discutables.

Mais l'opération de fermeture du Letten n'a pas clos le "dossier drogue" à Zurich. De nouvelles mesures ont été prises. Les places pour la prescription d'héroïne ont augmenté de 50 à 150, un lieu d'accueil pour femmes s'est ouvert, ainsi que des services de contact de jour et des places d'hébergement. Actuellement, le modèle de réduction des risques a trouvé une inscription dans la politique zurichoise. A quinze endroits de la ville, on trouve des "flashset-automates" (des distributeurs

automatiques de seringues). La municipalité a aussi exigé que les communes de la périphérie en installent.

Deux années après la fermeture du Letten, il n'y a donc plus de scènes ouvertes, au grand soulagement de la population. Une partie des consommateurs de substances illégales ont été intégrés dans des programmes de distribution contrôlée de stupéfiants ou dans un programme de traitement à la méthadone. Une autre partie se retrouve dans des centres de sevrage. De nombreux usagers sont en contact avec les associations travaillant "à bas seuil". Mais cela ne signifie pas que le marché de substances illégales a disparu. Selon le Chef du commissariat criminel 5, la vente s'est juste faite plus discrète. Les gens viennent toujours à Zurich pour acheter leurs substances, mais ne restent que peu de temps en ville :

"Le marché de la drogue s'est décentralisé, il change continuellement, les contacts sont très brefs. Néanmoins, un certain nombre de lieux stables sont repérables. Les passants ne remarquent rien, mais les commerçants et les résidents voient bien que ce sont les mêmes personnes qui circulent dans leur quartier. Les drogues se vendent aussi dans des appartements, sur tout le périmètre de la ville. La fermeture de la scène ouverte a eu pour conséquence que les usagers venant de l'extérieur sont moins nombreux et restent moins longtemps. Les statistiques le montrent clairement : en 1994, 20% seulement des contraventions pour consommation et vente concernaient des habitants de Zurich, aujourd'hui, nous sommes déjà à plus de 30%. Les centres de renvoi ont été très utiles. Aujourd'hui encore, ils renvoient entre huit et dix personnes par jour" (Tages-Anzeiger 16.01.96 - notre traduction).

La situation s'est calmée. Du coup, le consensus politique qui fit les grandes heures de la fermeture du

Letten commence à s'effriter. Les autorités municipales espèrent tout de même aboutir à long terme à une approche plus pragmatique et moins émotionnelle. Surtout au vu des nouvelles formes de consommation de drogues illégales qui se répandent : celle d'ecstasy notamment. Au niveau du Canton, la priorité pour les années à venir est de faire en sorte que la population n'oublie pas l'existence des personnes toxicodépendantes. Surtout maintenant qu'elles ne sont plus aussi visibles qu'auparavant.

Une nouvelle façon de faire de la politique ?

Excepté le trafic, international par définition, le développement de la politique suisse en matière de drogue a essentiellement répondu, depuis les années soixante-dix, à des préoccupations d'ordre intérieur. Evidemment : contexte international prohibitionniste et velléités d'introduire une politique de réduction des risques se heurtent parfois. Un exemple actuel : la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, adoptée à Vienne en 1988 et signée par la Suisse en 1989, n'a pas encore été ratifiée. Deux raisons permettent d'expliquer ces atermoiements : d'abord, le gouvernement préfère attendre la votation sur l'initiative Droleg. Car en cas de succès populaire, la Suisse devrait se retirer de tout accord interdisant la commercialisation légale des stupéfiants. Ensuite, la Convention demande des sanctions contre l'usage, ce qui obligerait la Suisse à durcir encore la loi sur les stupéfiants (une loi qui prévoit l'impunité pour les cas bénins, voir encadré 2, ch. 1) et l'empêcherait de se diriger vers une éventuelle dépénalisation de la consommation (voir encadré 7).

L'impulsion pour une nouvelle politique de la drogue en Suisse est venue d'en bas. Des scènes ouvertes, où s'affichait le marché de la drogue, sa violence ou sa

banalité, la dégradation physique des personnes et des lieux. Des grandes villes aussi, lorsqu'elles ont réalisé que les moyens dont elles disposaient (forces de police et structures d'aide) ne suffiraient jamais à venir à bout d'un problème pareil. Cette pression a contribué à légitimer l'implication de la Confédération. Non seulement dans le domaine répressif, mais aussi dans la sphère jusqu'alors réservée aux cantons et municipalités : la prévention et l'aide aux personnes en difficulté. La logique de la subsidiarité, si chère aux Suisses, a joué pleinement : devant l'impuissance reconnue des villes, des cantons, la balle est passée dans le camp de la Confédération.

Celle-ci a commencé à promouvoir le développement d'initiatives locales, à diffuser des informations, mais aussi à chercher à renforcer le consensus créé autour de son action. Ce dernier point - c'est peut-être le plus important - a même pris en 1996 une forme institutionnelle. Comme nous l'avons vu, une Plate-forme nationale de coordination et un Comité national de liaison, lieu de médiation entre les politiques nationale, cantonales et locales ont été créés. C'est donc un véritable réseau d'action, de communication qui a progressivement remplacé les confrontations, les politiques éclatées, les points de vue rigides. Dans ce réseau qui se tisse en direct, l'Office fédéral de la santé publique joue un rôle central. Comme d'ailleurs les nombreuses commissions mixtes, composées d'acteurs publics et privés (Fahrenkrug 1996, p. 55s).

La politique en matière de drogue s'est transformée. Elle a appris. D'abord, grâce aux expériences pilotes en tout genre qui ont été menées, timidement, et d'abord dans les grandes villes, avec d'importants résultats. Or, l'évaluation systématique de ces actions a permis d'interrompre la spirale idéologique, la pratique

permettant de valider les nouvelles idées bien mieux que le seul discours. Au lieu de légiférer selon un modèle abstrait, en amont des particularités du problème à résoudre, la Confédération procède de plus en plus par touches successives, en fonction de ce qui est testé sur le terrain.

Les résultats en effet sont parlants. Certaines innovations se sont distinguées par leur efficacité : l'échange de seringues, l'intervention décentralisée, puis la prescription de stupéfiants et la tolérance envers la consommation. Répression et traitement forcé, en revanche, ne donnent pas grand chose. De manière générale, les résultats de la nouvelle politique sont probants : ces dernières années, le taux d'infection par le VIH chez les usagers de drogue a chuté, le nombre de décès par overdose a diminué, les participants aux programmes de distribution contrôlée commettent moins de délits, les conditions sanitaire et sociale (logement et travail) des personnes qui se droguent se sont nettement améliorées. Et les grandes scènes ouvertes ont disparu (Gervasoni et al. 1996 ; Uchtenhagen et al. 1997 ; OFSP 1997).

Avec les expérimentations, on voit aussi s'esquisser une nouvelle approche de la politique. En développant le concept des quatre piliers, la Confédération fournit les orientations dont les acteurs ont besoin, mais elle réussit aussi à faire passer un message essentiel : la politique en matière de drogue ne peut pas être unilatérale, elle doit chercher à développer la sensibilité de chacun à des arguments pratiques. Et c'est un fait : résoudre un problème concret qui déborde les frontières communales et cantonales, comme cela fut le cas au Letten, a permis l'instauration d'une véritable "culture de la discussion pragmatique" sur la drogue. Plus généralement, les guerres de tranchées font

maintenant figure de vestiges des années quatre-vingt. On a l'impression qu'avec le temps, les objectifs se sont clarifiés et rapprochés du terrain, qu'ils correspondent davantage aux mesures prises concrètement.

L'idéologie de l'abstinence et de la répression peut être considérée comme comportant des potentiels, mais ceux-ci sont limités, comme l'expérience valaisanne a permis de le montrer. Aujourd'hui, l'action s'oriente en fonction des problèmes concrets et variés que la drogue pose à la société. Derrière cette politique, la nécessité de prendre en compte la pluralité des convictions. Sachant que les réponses apportées peuvent trouver des justifications différenciées, respectant les sensibilités culturelles, philosophiques et religieuses.

Du point de vue de l'organisation, l'idée qu'un acteur puisse résoudre à lui seul des problèmes complexes est dépassée. La vision classique des politiques publiques - un gouvernement décide de réaliser un programme concret et délègue la tâche à son administration - mène à l'impasse. Pour des problèmes d'une certaine complexité, il se révèle nécessaire d'utiliser des réseaux d'acteurs complexes (les *policy networks* des politologues). Cette approche signifie plusieurs choses. Premièrement, il n'y a plus de centre fort : celui-ci est remplacé par plusieurs lieux de décisions. Ensuite, la validité des arguments et les résultats concrets doivent primer sur le pouvoir institutionnel des différents acteurs. Ainsi, plusieurs niveaux (communal, cantonal, national) sont mis en relation de manière non hiérarchique. Cela permet de développer un partenariat plutôt que de se limiter à une exécution fédéraliste. Dans ces relations "horizontales" se retrouvent aussi acteurs publics et acteurs privés. Enfin, les décisions dans le réseau sont prises de manière expérimentale et évaluative : toutes les options

sont ouvertes ; le pilotage se fait par évaluations successives.

Quelques bémols tout de même. Ce type d'exercice est très ponctuel. Les politiques complexes et innovatrices sont trop souvent caractérisées par leur existence éphémère. Certes, des formes inédites d'intervention se révèlent parfois utiles si l'on veut éviter que des habitudes, des routines administratives ne s'instaurent. Elles restent cependant des exemples élégants mais isolés de politique publique moderne. Pour aller plus loin, il devient nécessaire d'accroître leur visibilité et d'assurer leur permanence. Dans le cas de la politique en matière de drogue, cela signifie créer des forums de discussion régulière. Des lieux de débats véritables, pas simplement des commissions supplémentaires.

Dans ces forums, la rencontre des opinions doit faire naître un consensus minimal, sur la base de visées très pragmatiques. Il s'agit de régulariser les discussions entre les villes, les cantons et la Confédération - comme le prévoit d'ailleurs la plate-forme nationale de coordination. Cela afin que les futures politiques publiques puissent être réalisées par des réseaux complexes. Enfin, il faut prendre au sérieux la nécessité d'intégrer les niveaux strictement politiques. A savoir promouvoir les liens entre les gouvernements et les praticiens, mais aussi et peut-être surtout, entre les parlementaires - représentants directs de la population - et les nouveaux lieux de rencontre et de débats, plus pragmatiques.

Encadré 7 : la Suisse signe les convention mais tarde à les ratifier : pourquoi ?

• *La Convention sur les substances psychotropes de 1971* :
Ce texte concerne les hallucinogènes et les médicaments psychotropes (amphétamines, barbituriques,

tranquillisants). Il organise leur contrôle de manière similaire à celui des stupéfiants. La Suisse a attendu 1995 pour la ratifier. En l'occurrence, le rôle de l'industrie s'est révélé prépondérant. Le Conseil fédéral le reconnaît lui-même :

"Si, au début, les milieux de l'industrie chimique suisse manifestaient encore quelques réticences envers ces traités, celles-ci sont maintenant dissipées et le Conseil fédéral est de l'avis qu'on ne saurait justifier un report supplémentaire de l'adhésion de notre pays. Il ressort de certains cas concrets récents que des petites entreprises et des particuliers ont profité des lacunes de notre législation pour vendre des substances psychotropes à l'étranger à partir ou par l'intermédiaire de notre pays. Par conséquent, remédier à cette situation constitue également un acte de solidarité envers les pays en voie de développement, car il s'agit souvent de substances considérées comme la 'drogue du pauvre'" (CF 1994a).

• *La Convention de Vienne contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988*. Signée en 1989, le texte n'a pas encore été ratifié. Pourtant, le Conseil fédéral précise que de nombreux éléments ne posent aucune problème à la Suisse : le renforcement de la répression du trafic, la criminalisation des activités de blanchiment, l'entrave au détournement des produits "précurseurs" (utilisés pour la fabrication des stupéfiants) et le renforcement des possibilités d'entraide internationale dans les procédures pénales. D'ailleurs, les principales dispositions prévues par la Convention à cet égard ont déjà été introduites dans le droit helvétique (CF 1995b). Cependant, la Suisse n'a pas encore ratifié. Ceci pour deux raisons principales :

- Le gouvernement attend les résultats de l'initiative populaire Droleg. Car en cas d'acceptation, le pays

serait obligé de dénoncer toutes les conventions internationales qui interdisent la commercialisation légale des stupéfiants et substances psychotropes en dehors des usages à but médical et scientifique. Pas le peine de s'engager pour rien. Mais le gouvernement affirme aussi ne pas vouloir risquer d'influencer le vote sur l'initiative, en prenant une décision allant dans un sens contraire.

- La Convention de Vienne est la première à imposer, à côté des dispositions concernant le trafic, l'introduction de sanctions pénales contre l'achat, la détention et la culture de drogue pour la consommation personnelle. A condition qu'elles ne soient pas en contradiction avec les principes constitutionnels et les règles générales du droit en vigueur dans chaque pays. Cette obligation a été considérée comme plus ou moins contraignante suivant les pays signataires. L'Italie ou l'Espagne par exemple ne se sont pas senties tenues pour autant de criminaliser l'achat et la détention de drogue pour usage personnel. Mais que se passerait-il si l'interprétation restrictive devenait dominante ? Les articles de la Loi fédérale sur les stupéfiants, qui prévoient l'impunité pour les actes non graves de consommation et de préparation de la consommation personnelle, devraient être modifiés. De plus, les perspectives d'assouplissement seraient remises en question :

"Au vu de ces divergences, la Suisse doit se réserver la marge de manœuvre nécessaire pour appliquer la réglementation qu'elle a prévue pour les consommateurs de stupéfiants et ne pas se fermer à toute possibilité de prévoir à l'avenir une plus grande impunité des actes préparatoires destinées à la consommation personnelle" (CF 1996).

Une future ratification de la convention devrait donc être assortie d'une réserve permettant de ne pas pénaliser la consommation et ses actes préparatoires. Cette conviction est largement partagée en Suisse. La procédure de consultation mise en œuvre en 1992 l'a démontré : neuf cantons se sont prononcés en faveur d'une ratification assortie d'une réserve. La même idée est par ailleurs défendue par le Parti démocrate-chrétien et l'Union démocrate du centre. Sept cantons, ainsi que certains partis mineurs, ont demandé que la ratification soit assortie d'une déclaration permettant à la Suisse de ne pas limiter la marge de tolérance prévue par la Loi fédérale sur les stupéfiants. Enfin, les partis socialiste, radical et écologiste, ainsi que diverses organisations œuvrant dans le domaine de la drogue, s'opposent à toute ratification, jugeant la Convention trop répressive.

– Fin de l'encadré–

5. Apprendre à gérer : quel avenir ?

Voilà près d'un siècle que la Suisse se préoccupe officiellement des drogues. D'abord contrainte de soumettre ses entreprises pharmaceutiques au contrôle international, elle a, dans les années soixante-dix, élaboré la politique qui lui semblait répondre à ses besoins : punir, prévenir, guérir. Mais le triptyque n'a pas résisté aux réalités du terrain. Il a fallu s'adapter, modifier ses habitudes. Apprendre. Aujourd'hui, une approche supplémentaire, l'aide à la survie, s'est imposée. Dans les cantons, soutenus par la Confédération, des programmes d'assistance aux usagers de drogues sont développés. La politique des "quatre piliers" commence à se concrétiser.

Avec l'aval - bien qu'inconscient - de la population. Chose remarquable en effet, les Suisses à ce jour sont d'accord avec les options du Conseil fédéral, mais ne le savent pas. En elle-même, l'action de la Confédération est mal connue, les "quatre piliers" n'évoquent rien. Pourtant, présentée séparément, chacune des mesures prônées au niveau fédéral bénéficie d'un large soutien. Et la population est passée d'une vision simple du problème, essentiellement inspirée par la peur des "drogués", à un raisonnement plus complexe. Les solutions elles-aussi sont appréhendées de manière nuancée (Bergmann et al. 1997 : 35ss).

Les sondages le montrent : la majorité des mesures de réduction des risques sont fortement soutenues, voire plébiscitées (entre 72 et 98% d'opinions favorables). Et ce depuis six ans au moins (Bergmann et al. 1997 ; voir tableau 1). Les mesures restrictives, quant à elles, sont approuvées par une minorité significative de la population (un peu moins de 40%). De manière générale, l'année 1994

a été marquée par un regain de popularité de la réduction des risques et par une plus grande tolérance envers les drogues dites "douces". L'importante médiatisation des scènes ouvertes et des programmes expérimentaux de distribution contrôlée de stupéfiants n'est certainement pas étrangère à ce phénomène. On se souvient aussi que les premières campagnes de sensibilisation, menées par l'Office fédéral de la santé publique, datent du début des années quatre-vingt-dix.

Tableau 1 : évolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue - 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables

années (total des personnes interrogées)	1991	1994	1997
mesures (contenu des question)	(n=1004)	(n=1202)	(n=1209)
prévention drogue à l'école	97	98	98
offre de traitements	96	97	96
poursuite des trafiquants	97	96	95
prévention du sida par la vente ou la distribution de seringues	87	90	89
aider les drogués à vivre	90	94	94
prescription d'héroïne ou de cocaïne sous contrôle médical	67	74	69
offre de locaux d'injection	63	76	72
tolérance de la consommation et de la vente de haschich en petite quantité	42	53	42
vente libre de haschich et de marijuana	29	35	35
tolérance de la consommation et de la vente héroïne et cocaïne, petite quantité	15	17	21
amende ou prison pour tous les consommateurs	13	10	19
désintoxication forcée	38	36	40

Source : Bergmann et al. 1997.

Les données confirment que la politique suisse qui s'élabore actuellement devrait bénéficier d'une forte légitimité populaire. Rien n'est acquis cependant. Car les pressions en vue d'un changement peuvent se montrer très efficaces en Suisse. En l'occurrence, l'avenir de la politique en matière de drogue est lié à trois contraintes majeures.

- Le fédéralisme et la démocratie directe, soumettant le système politique suisse à la nécessité continuelle de chercher la légitimité et le consensus. Problème : ces éléments institutionnels entravent toute programmation à long terme. Points fort : ils garantissent que la politique soit élaborée en accord avec la population et en tenant compte des diversités culturelles et territoriales sur lesquelles elle agit.

- Les conventions internationales, pour leur part, contribuent à la standardisation des approches. Dans chaque pays, ces pressions extérieures forment comme un cadre contraignant, prohibitionniste en l'occurrence. A l'intérieur duquel il devient difficile promouvoir une politique visant avant tout l'efficacité, nécessitant des négociations, des adaptations, des compromis et des concessions. En bref, ces conventions entravent le développement de modèles orientés vers l'adaptabilité, le pragmatisme et les réalités sociales concrètes et différenciées des pays. La Suisse peut ici jouer un rôle essentiel, en cherchant activement à promouvoir le changement.

- Les transformations continues du trafic illicite. Comme la dépendance, le crime fait partie de nos sociétés et doit être apprivoisé. International par définition, le trafic de drogue dépasse le champ d'action d'un seul pays. Impliquant le renforcement continu des coopérations. Or, cela demande une capacité d'adaptation

de l'action étatique et judiciaire qui échappe à toute planification de longue durée.

Mais il y a autre chose encore : l'évolution des mœurs, des systèmes de valeurs. Dans le domaine de la drogue : des habitudes de consommations, de nouveaux symboles. La politique est largement soumise à ces fluctuations. Autant de défis, à l'image de l'ecstasy - substance elle-même en évolution du point de vue de son contenu. Si elle se veut pragmatique, la réponse doit être caractérisée par une ouverture quasiment structurelle. Eviter une construction législative trop rigide, donc peu susceptible de s'adapter aux réalités du terrain.

Un demi-siècle de transformations

La politique suisse en matière de drogue s'est développée sous contrainte. Longtemps, ce sont les réglementations internationales qui ont établi la marge de manœuvre. Aucune politique nationale n'a alors vu le jour. A partir des années soixante-dix, l'influence des conventions sur la lutte contre le trafic est indéniable, mais la politique suisse a su développer, face aux problèmes posés par la consommation de drogue, une approche relativement originale.

Les années soixante-dix amènent aussi un profond changement culturel en Suisse ; dans le sillage de la remise en question des valeurs et des mœurs traditionnelle, que mai 68 a su symboliser. La "démocratisation" de la consommation de ces substances illégales est en cours.

Puis, les années quatre-vingt : ses initiatives et référendums locaux, ses confrontations entre politiques cantonales contradictoires. La question finit par être explicitement posée : quelle doit être la politique suisse en matière de drogue ? Le débat s'enflamme. Il est encore fortement teinté d'idéologie. L'épidémie du sida

et le sentiment d'insécurité croissant dans les villes vont changer la donne. Début 1990, une approche pragmatique s'impose en Suisse. Corollaire : un nouveau chantier démarre, consistant à recenser et développer les expériences les plus intéressantes qui ont été menées jusqu'alors. L'idée est d'élargir l'éventail des réponses. Dans l'opinion publique, l'usage abusif de drogues devient un enjeu de société. Quant au blanchiment des profits de la drogue, il contribue à discréditer la prétendue innocence de la place financière suisse. Les différentes phases traversées par la politique suisse en matière de drogue peuvent se caractériser par une perception spécifique des problèmes, un mode de réponse dominant et des acteurs des références (tableau 2).

Tableau 2 : le développement de la politique suisse en matière de drogue illégales - dimensions centrales

Perception dominante	Drogues des élites (morphine/cocaïne)	Drogues de la révolte (LSD/cannabis)	Drogues des malades (héroïne/cocaïne/cannabis)	Drogues de la société (héroïne/cocaïne/cannabis/ecstasy)					
Solution régulatrice dominante	Tolérance (jusqu'en 1969)		Répression (dès 1969-75)						
			Thérapie (dès 1977, puis dès 1994, essais de prescription contrôlée de stupéfiants)						
				Aide à la survie (dès 1989)					
Acteur central	Communauté internationale et conventions (1912 à 1972)		Milieu politique (années 70)	Milieu médical et psychiatrique, communauté thérapeutique (dès 1977)					
				Milieu social (dès 1985)					
				Milieu associatif (dès 1989)					
	1900	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000

D'abord, une régulation minimale. La consommation n'apparaît pas problématique. Dans leurs rapports aux usagers de drogues, pharmaciens, médecins ou hôpitaux bénéficient d'une grande marge de manœuvre. En un mot, la gestion des cas difficiles leur est déléguée. Puis, les années soixante-dix et quatre-vingt : l'Etat intervient dans le domaine de la répression. Mais, lorsqu'il s'agit de prendre en charge les personnes dépendantes, il laisse se développer les initiatives de nouvelles organisations sans but lucratif.

Avec la diffusion du VIH vient le moment de la critique. Les associations, actives depuis longtemps sur le terrain, élaborent une réponse alternative à celle de l'Etat, dont le principe de base est : offrir des services directement accessibles. Redescendre dans la rue. Enfin, la fin des années quatre-vingt a vu se tisser un véritable réseau d'action, qui intègre les intérêts étatiques des divers niveaux territoriaux, mêlant intervenants sur le terrain, experts et représentants des collectivités publiques.

A chaque période, les impulsions présidant au changement diffèrent. Jusqu'aux années de la "révolte", la réglementation est déconnectée de la réalité sociale. Les modèles sont importés, via les Conventions internationales. Ils ne donneront pas lieu à une intervention efficace. Ni action, ni adaptation, ni apprentissage. Simple transfert juridique (voir chapitre 1).

Mais déjà, lors des débats précédant l'adoption de la Loi fédérale sur les stupéfiants de 1975, une certaine tension est perceptible entre les députés. Ceux favorables à la simple importation d'un modèle théorique rigide, sans analyse des enjeux ; et ceux défendant une loi relativement souple, permettant une gestion différenciée de la problématique "drogue". Résultat : un compromis insatisfaisant pour tous, dès lors qu'il s'agit de transformer le texte et ses alinéas en action. L'appareil répressif est envoyé en première ligne : il est bientôt dépassé par les événements. Ici, il y a action, mais pas encore apprentissage (voir chapitre 2).

Dès le milieu des années quatre-vingt, c'est par un procédé adaptatif que la politique se transforme : essais et erreurs se succèdent. On peut parler d'un apprentissage, mais réactif, contraint, mené dans un climat d'urgence et d'idéologisation du débat sur la

drogue. La Suisse "bricole". Aucune issue véritable ne se dessine. L'inefficacité de la politique se fait de plus en plus flagrante (voir chapitre 3)

La nouveauté des années quatre-vingt-dix réside certainement dans la tentative de sortir de cette confusion par un effort conscient d'apprentissage : la volonté d'expérimenter. De se mettre en situation de s'adapter. Du *muddling through* helvétique (navigation à vue), on est passé à une intention autrement plus ambitieuse : développer une politique complexe, flexible, et cohérente (voir chapitre 4). Mais une intention seulement.

Usagers dépendants : les allégeances multiples

Certes, les "quatre piliers" forment une construction a priori cohérente. Ils permettent aussi aux différents acteurs de la politique de s'orienter. Mais la personne dépendante de stupéfiants, elle, se trouve toujours prise dans des allégeances multiples, le plus souvent contradictoires. Car bien que complexe, la nouvelle approche ne résout pas l'ambivalence fondamentale entre les buts différents que sont la répression, le soin, la prévention et le respect de l'autonomie individuelle. Elle ne contribue pas à "découpler" les réseaux différents et incompatibles auxquels le consommateur aura, un jour ou l'autre, affaire. Un problème qui poursuit la politique en matière de drogue depuis ses origines.

Car une personne qui se drogue se retrouve parfois dépendante, en plus du produit, de quatre réseaux aux logiques antagonistes, parmi lesquels elle circule. Il y a les réseaux toujours plus denses d'aide sanitaire et sociale. La personne dépendante des problèmes de drogue est ici prise en charge, professionnellement ou bénévolement, conseillée, soignée, dépannée ou assistée.

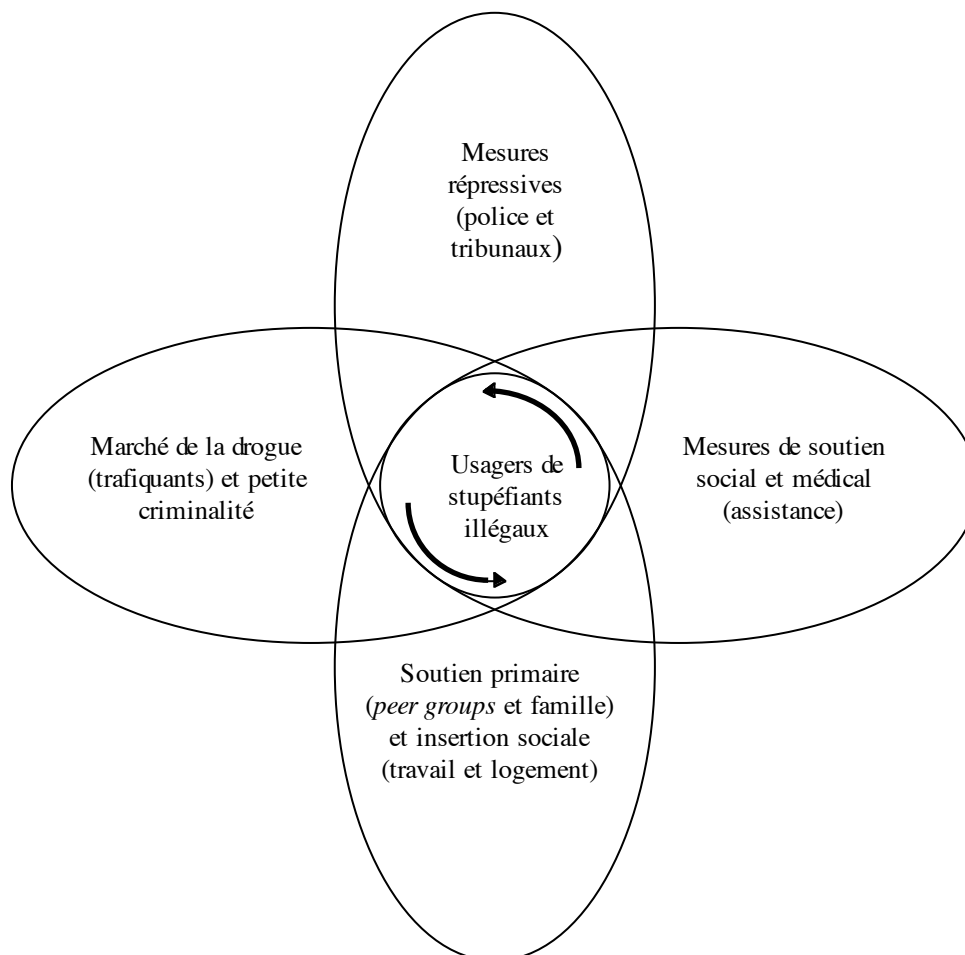
A côté, mais pas isolé, un usager de drogue sera comme tout un chacun rattaché à des réseaux d'entraide familiaux, amicaux, à des groupes de pairs (*peers groups*) qui représentent autant de références solides.

Faisant jouer ces réseaux là, l'usagers dépendant peut voir son contexte social se stabiliser, voir s'améliorer. Car ils représentent autant de filets de protection. Des assurances contre la dégradation possible de la situation. Ils sont durables, de bonne volonté, ils renouvellent régulièrement leur offre de soutien : leur renforcement est l'un des buts principaux de la politique des quatre piliers menée par la Confédération et par les grandes villes.

Mais de l'autre côté, la consommation et l'acquisition de substances psychotropes est punissable. L'usager, dépendant ou non, est nécessairement projeté dans le monde de la petite ou grande criminalité. Improvisée ou organisée. La dynamique à laquelle il est soumis pousse à une déstabilisation sociale, incite à la délinquance. Ce sont les réseaux du marché de la drogue. Auxquels répondent les instances répressives. Car dès l'instant où il se fait acquéreur, un individu est concerné par la police, les tribunaux, les obligations de soins, les séjours en prisons, les libérations sous conditions. L'engrenage est bien connu : marginalisation, délinquance, confrontations régulières avec les autorités répressives, stigmatisation, retour dans le "milieu" de la drogue.

Malgré la nouvelle politique, tous ces réseaux poursuivent aujourd'hui dans leur logique, d'aide ou de déstabilisation. C'est que la volonté de renforcer les effets positifs de l'insertion sociale en limitant les effets négatifs de la criminalité et de la répression ne suffit pas (voir figure 4).

Figure 4 : réseaux de soutien et de déstabilisation des usagers de stupéfiants



Vers un "découplage" des réseaux

La tâche est ardue. Il s'agit de "découpler" les sphères d'influence intégrative et désintégrative socialement, afin de pouvoir se concentrer sur le problème : la dépendance à une substance. Alcool, drogues, médicaments, cigarette. Sous sa forme actuelle, la politique des quatre piliers cherche explicitement à mettre en avant les personnes toxicodépendantes. Ceci en usant de différents moyens : répression accentuée du trafic,

limitation de la pénalisation de la consommation, essais de distribution sous contrôle médical de stupéfiants. Des options qui représentent une avancée certaine vers un "découplage" des réseaux structurant et déstructurant. Mais ne résolvent pas le problème de fond. Les usagers de stupéfiants restent des hors-la-loi et ce statut les rend vulnérables.

Ces mesures sont et restent des palliatifs, certes innovateurs, mais toujours sous-tendus par l'ambiguïté politique entre malade et délinquant, politique de la santé et ordre public. Cette ambiguïté empêche de traiter le problème de la drogue de manière fondamentale : en parlant de la dépendance en général, en cessant de diaboliser les consommateurs de substances illégales et en reconnaissant le caractère utopique de la Société sans drogues.

La dépénalisation de l'usage, prônée par deux rapports de la Sous-commission "Drogue" (1989 et 1996) nous paraît, dans ce sens, constituer une étape indispensable vers un renforcement de l'efficacité des mesures et des réseaux de soutien. Mais une telle décision n'éviterait pas à l'utilisateur sa rencontre avec les milieux criminels et répressifs. Les ambiguïtés ne peuvent donc être véritablement dépassées que si la distribution et la consommation des stupéfiants se trouve régulée officiellement, à travers une législation adaptée. Sur ce point, nous suivons la position majoritaire qui s'est exprimée dans le dernier rapport de la Sous-commission "Drogue" (OFSP 1996).

Une réglementation appropriée permettrait en effet de remplacer une politique répressive ayant fait, durant plus de soixante-dix ans, la preuve de son inefficacité, par une politique permettant d'exercer un contrôle effectif sur les produits et sur leur accessibilité. Cela laisserait aussi les réseaux professionnalisés et

bénévoles exprimer la totalité de leur potentiel : montrer les effets positifs d'une intégration sociale des usagers et d'un soutien psychologique et médical, dès lors que la menace répressive s'estompe.

Il est illusoire de penser que les marchés illégaux disparaîtront complètement. De nouveaux produits circuleront toujours, sous le manteau, avant d'être identifiés et approuvés officiellement. De même, les problèmes des dépendances ne disparaîtront pas avec la fin de la prohibition. Mais il est raisonnable de penser qu'un contrôle de l'accès aux stupéfiants par l'Etat, avec une réglementation différenciée selon les substances, pourrait découpler les réseaux de soutien (familles, amis, encadrement médico-social) des réseaux répressifs et criminels. En conséquence : l'aide aux personnes qui ont des problèmes de drogue serait facilitée. Et police et justice seraient à même de se concentrer sur la lutte contre le trafic illicite. Concrètement, la Suisse pourrait envisager, pour commencer, un élargissement progressif des actuels programmes de distribution contrôlée de stupéfiants, assorti d'une évaluation régulière.

Certes, le contexte international prohibitionniste, qui limite l'utilisation des substances stupéfiantes et psychotropes aux seules "fins médicales et scientifiques", ne favorise pas encore ce genre d'initiatives. Pour être concrétisées, celles-ci nécessiteraient une négociation internationale. Une dénonciation unilatérale des conventions ? Elle risquerait d'entraîner des réactions internationales négatives pour la Suisse. Il s'agit plutôt de défendre une interprétation élargie de la notion prévalant à l'heure actuelle : "utilisation à des fins médicales et scientifiques". L'essence du droit ne réside-t-elle pas dans son interprétation ?

Que signifie donc "utilisation à des fins médicales" ? L'argument, sommairement, pourrait être le suivant : on sait bien que tous les usagers ne sont pas des malades. Certains consommateurs de drogues dites pourtant "dures" vivent très bien. A l'image des amateurs de Damassine et autre alcool de fruit, qui ne sont pas tous des alcooliques. Mais la comparaison s'arrête là. Car, pris sur le fait par la police lors d'un contact avec les réseaux criminels, les usagers de stupéfiants, même socialement intégrés, voient les risques pour leur santé s'accroître. La santé au sens large : physique, psychologique et sociale, comme l'entend aujourd'hui l'Organisation mondiale de la santé.

L'exclusion progressive des réseaux de soins, la dégradation des conditions de vie, le recours à des modes de consommation à risques, à des substances frelatées (coupés avec des produits souvent bien plus dangereux que les drogues elles-mêmes, comme la strychnine), autant de situations dangereuses qu'une politique responsable se doit d'éviter. Si l'on peut espérer que la prévention devienne, dans un avenir pas trop lointain, une branche entièrement reconnue par la médecine, il faut affirmer que l'accès à des substances contrôlées - et en dehors de tout contexte illégal - représente sans aucun doute une activité préventive, donc médicale.

La Suisse n'est pas seule. Elle intéresse de nombreux pays, aux prises avec les mêmes constats d'impuissance ou d'échec, certains s'engageant sur des voies similaires. Selon toute probabilité, et notamment au vu des rapports récents sur la question, un élargissement substantiel de la distribution contrôlée de drogue devrait produire des résultats positifs. Validés par une évaluation scientifique. Le cas échéant, d'autres pays suivraient l'exemple suisse, ouvrant ainsi une brèche en direction de formes plus élaborées de réglementations.

Problèmes de drogues. Problèmes de dépendances : l'histoire certainement est sans fin. Mais pour qui s'inscrit dans une approche pragmatique, le dénouement importe moins que les résultats d'étape. Trois balises donc en guise de conclusions.

D'abord, la dépénalisation de l'usage : indispensable à une opération de découplage des réseaux d'allégeances. L'idée, un temps provocatrice, a maintenant fait son chemin. Elle est soutenue par de nombreux experts et personnalités politiques.

Ensuite, sa conséquence logique : une séparation effective entre les sphères de l'aide professionnelle, familiale et amicale et les sphères criminelle et pénale. Corollaire : un contrôle étatique de l'accès aux stupéfiants. Sans cette nouvelle étape, les personnes dépendantes continueront d'être aidée de manière "sous-optimale".

Enfin : une reconnaissance sociale de la consommation de drogues, en tant que réalité avec laquelle il faut compter. Car les produits susceptibles de modifier les perceptions ont toujours accompagné les sociétés humaines. "Normaliser" leur usage (selon le terme aujourd'hui consacré), signifie ne pas se voiler la face, ne pas fuir les problèmes que cela suscite, ne pas se réfugier dans l'illusion d'une "Société libre de toute dépendance". Mais une normalisation ne justifie ni l'indifférence ni le défaitisme. Il s'agit avant tout d'accepter le fait que des personnes consomment ces produits. Quelles que soient leurs raisons : hasard, plaisir, désir, délire, philosophie de vie, choix idéologique. Mais aussi : de prévenir les problèmes par une information adéquate, une politique économique et sociale significative, et d'assurer une aide dans les cas où cette consommation devient, néanmoins, difficile à vivre.

Chacun doit être considéré comme digne de respect et responsable de ses actes. Reconnue, cette évidence a des répercussions sur la politique à l'égard des usagers dépendants. Qui se doit alors d'inventer des mesures en conséquence. La faillite du tout répressif est patente. Une alternative se dessine. La Suisse, comme d'autres pays, est à la croisée des chemins.

Apprendre à gérer. Prendre des décisions sur une base pragmatique, en évaluer systématiquement les conséquences et tenir compte des résultats. Sereinement. Sachant qu'à cette condition, on ne peut que s'améliorer

Bibliographie

- Abimi, D. (1994), "Lausanne, une scène à huis-clos", in : Arsever, S. (éd.), *Dossier Drogue*, Genève, Journal de Genève et Georg, p. 57-59.
- Arsever, S. (1994), "Argent sale : une enquête crée des remous dans les banques," in *Journal de Genève*, 12 octobre 1994.
- Bairoch, P. (1997), *Victoires et déboires - tome II*, Paris, Seuil.
- Bergman, M., Cattacin, S., Lucas, B. et Wernli, B. (1997), *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*, Travaux et communication 1997/8 du Département de science politique de l'Université de Genève.
- Bernat de Celis, J. (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ?*, Paris, CESDIP.
- Berridge, V., Griffith, E. (1987), *Opium and the people : Opiate use in nineteenth-century England*, New Haven, London, Yale University Press.
- Blumir, G. (1976), *Eroina*, Milano, Feltrinelli.
- Caballero, F. (1989), *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz
- Calanca, A. (1985), "Scène de la drogue : problèmes actuels, mesures", in : Office fédéral de la santé publique, *La drogue en Suisse, rapport annuel des cantons 1984*
- Cattacin, S. (1994), "La politique de la drogue en Suisse : problèmes de coordination horizontale et verticale", in *Les Cahiers du GREAT*, 1, p. 14-25.
- Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S. (1996), *Modèles de politique en matière de drogue : une comparaison de six réalités européennes*, Paris, L'Harmattan.

- Cesoni, M. L. (1994), *Etude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies*, Travaux CETEL, n° 41.
- Cesoni, M. L. (1997), Production normative en matière d'usage de stupéfiants en Europe occidentale, in *Politique de la drogue - continuation ou alternance*, Zurich, Rüegger.
- Cesoni, M. L., Robert, Ch. N. (1991), L'interdit désintégrant. De l'interdit des drogues à l'obligation médicamenteuse. L'histoire d'une intégration, in *Psychotropes*, n° 3.
- CF - Conseil fédéral (1951), *Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à la révision de la loi sur les stupéfiants* du 9 avril 1951, Feuille fédérale 1951, I, p. 841ss
- CF - Conseil fédéral (1973), *Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant une modification de la loi sur les stupéfiants* du 9 mai 1973, Feuille fédérale, 1973 I, p. 1303ss
- CF - Conseil fédéral (1989), *Message concernant la modification du code pénal suisse (Législation sur le blanchissage d'argent et le défaut de vigilance en matière d'opérations financières)* du 12 juin 1989, Feuille fédérale, 1989, II, 961ss.
- CF - Conseil fédéral (1994a) *Message relatif à l'adhésion de la Suisse à deux Conventions internationales sur les stupéfiants ainsi qu'à une modification de la loi sur les stupéfiants* du 22 juin 1994, Feuille fédérale, 1994, III, p. 1249ss.
- CF - Conseil fédéral (1994b), *Prise de position du Conseil fédéral sur les problèmes de la drogue* du 7. 9. 1994, Berne.
- CF - Conseil fédéral (1996), *Message concernant la Convention internationale de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances*

- psychotropes* du 29 novembre 1995, Feuille fédérale, 1996, I, p. 557ss.
- Comité européen pour les problèmes criminels (1974), *Aspects pénaux de l'abus de drogues*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- Coppel, A., Bachmann, C. (1989), *Le dragon domestique : Deux siècles de relations étrangères entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel.
- Cuagnier, M. (1994), "Parcours dans le cercle des junkies aux côtés d'un rescapé ; comment Bâle a évité l'effet Letten ; Saint-Gall a déjà tout essayé", in Arsever, S. (éd.), *Dossier drogue. Etat des lieux*, Genève, Georg
- De Skoda, H. (1944), *La répression internationale du trafic illicite de stupéfiants*, Lausanne, Payot.
- Déglon, J.J. (1985), "Evolution des prises en charge des héroïnomanes", in Office fédéral de la santé publique, *La drogue en Suisse. Rapport annuel des cantons 1984*, Berne.
- Département de l'action sociale et de la santé (1994), "La toxicomanie à Genève", in *Les Cahiers de la Santé*, n° 5, Genève.
- Direction de la sécurité sociale et de l'environnement/Direction de police et des sports/Direction des écoles (1995), *Rapport préavis no.119, Eléments d'une politique communale dans le domaine de la toxicomanie, réponse aux motions Schilt-Thonney, Zamora et Longchamp, 7.9.1995*, Lausanne.
- Dudouet, F.X. (1996), *La naissance du contrôle international des drogues*, Mémoire de DEA, Université de Paris-X-Nanterre.
- Eichenberger, G. (1994), *La toxicomanie à Genève. Rapport quadriennal du président de la commission mixte en*

- matière de toxicomanie 1989-1993*, Genève,
Département de l'action sociale et de la santé.
- Escohotado, A. (1995), *Histoire élémentaire des drogues*,
Paris, Ed. du Léopard
- Fahrenkrug, H. (1996), Macht und Einfluss in der
nationalen schweizerischen Drogenpolitik.
Europäische Drogenpolitik im Vergleich - COST A6,
Forschungsbericht No. 28 1996 der Schweizerischen
Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme,
Lausanne, SFA/ISPA.
- Fahrenkrug, H., Rehm, J., Müller, R., Klingemann, H. et
Linder, R. (1995), *Drogues illégales en Suisse 1990-
1993*, Zurich, Seismo.
- Geissmann, U. (1991), "Politique en matière de drogue :
situation politique et juridique", *die stadt - les
villes*, 1/91.
- Gervasoni, J.-P., Dubois-Arber, F., Benninghof, F.,
Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F. (1996),
*Evaluations des mesures de la Confédération destinées
à réduire les problèmes liés à la toxicomanie.
Deuxième rapport de synthèse*. Version abrégée,
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale
et préventive.
- Glorie, J. (1983), *Drogue : origines d'un contrôle. Les
contraintes historiques de la problématisation et du
contrôle de la drogue*, Mémoire de diplôme,
Université catholique de Louvain.
- Grinspoon, L., Bakalar, J. B, (1978), *Cocaïne. Une drogue
et son évolution sociale*, Montréal, L'Etincelle.
- Heller, A. et Binzegger, L. (1992), "Am Ziel ?
Chronologie eines verlorenen Kampfes", in : *NZZ-
Folio*, No. 4, p. 9-15.
- Kielholz, P., Ladewig, D., Uchtenhagen, A. (1979), "Zur
Frage der Gesundheitsschädlichkeit des

- Haschischkonsums", in *Schweiz. med. Rundschau*, Bd. 68, p. 1687ss.
- Kübler, D. (1993), *L'Etat face à la toxicomanie, Action publique et contrat social*, Lausanne : Institut de science politique de l'Université de Lausanne.
- Lehmann, Ph. (1995), "Interview avec Philippe Lehmann sur la prévention et la législation", in *Repères*, No.3, p. 12-13.
- Lewin, L. (1970), *Phantastica*, Payot, Paris (édition originale 1927).
- Liniger, M. (1995), "La législation suisse en matière d'usage de stupéfiants", in Cesoni, M. L. (éd.), *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève, Georg.
- Malatesta, D. (1991), *Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente*, Lausanne, Cahiers de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive
- Malatesta, D. Joye, D. et Spreyermann, Ch. (1992), *Villes et toxicomanies*, Lausanne, IREC.
- McCluskey, H., Bourquin, M. (1992), *Drogue à Genève et indicateurs européens. Rapport de base préparé dans le cadre de l'étude multi-villes*, Genève, IMSP - Service du Médecin cantonal.
- Meyer, M. et Zander, U. (1997), *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1993 bis 1996. Die Antworten der Kantonsregierungen*, Lausanne, SFA/ISPA.
- Mino, A. (1990), *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*, Berne.
- Mino, A. et Arsever, S. (1996), *J'accuse - les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, Calman-Lévy.
- Mühlheim, B., 1995, "Einleitung : Überlebenshilfe - ein Menschenrecht ?" in *Nationale Drogenkonferenz -*

- Schlussbericht*, Berne, Office fédéral de la santé publique, p. 43-45.
- OFS - Office fédéral de la statistique (1994), *Drogues et droit pénal en Suisse. Dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines : comparaison dans le temps*, Berne.
- OFS - Office fédéral de la statistique (1995), *Drogues et droit pénal en Suisse. Dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines : comparaison dans le temps*, Berne.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1983), Commission fédérale des stupéfiants, Sous-commission "Drogue", *Rapport sur la drogue*, Berne.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1984), *Rapport annuel des cantons sur les mesures préventives et thérapeutiques en matière d'assistance aux toxicomanes 1983*, Berne.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1987), *La drogue en Suisse. Rapport annuel des cantons 1985*, Berne
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1989), Commission fédérale des stupéfiants, Groupe de travail méthadone de la Sous-commission "Drogue", *Rapport sur la méthadone*, Berne.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1991), *Rapport des cantons sur les mesures préventives et thérapeutiques prises dans le domaine de la toxicomanie 1986-1989*, Berne
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1996), *Rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi fédérale du 3 oct. 1951 sur les stupéfiants*, Berne.
- OFSP - Office fédéral de la santé (1997), *Politiques de la Confédération en matière de drogue ; des chiffres et des faits*, Berne.

- Positions des partis politiques suisses face au problème de la drogue (1994), in *Débats*, mensuel socialiste genevois, No. 20.
- Renschler, I., S. Cattacin, S., 1996, *Politiques publiques en matière de drogue*. Etudes de cas de l'IDHEAP 6/1996, Lausanne.
- Richard, D. (1995), *Les drogues*, Paris, Flammarion.
- Schultz, H. (1970), "Die strafrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichtes im Jahre 1969", in *RJB* 106/1970 p. 375ss.
- Sous-commission "Droque" de la Commission fédérale des stupéfiants (1989), *Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse*, Berne.
- Sous-commission "Droque" de la Commission fédérale des stupéfiants (1996), *Scénarios pour une politique de la drogue*, Berne.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F. et Dobler-Mikola, A. (éd.) (1997), *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche*, Zurich : Institut für Suchtforschung/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Univ. Zürich.
- Ziegler, J. (1990), *La Suisse lave plus blanc*, Paris, Seuil.

Liste des encadrés, figures et tableaux

Encadré 1 : la Suisse et les Conventions internationales aujourd'hui

Encadré 2 : ce que dit aujourd'hui la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

Encadré 3 : ce que dit le rapport de 1989

Encadré 4 : évaluation des essais de prescription médicale de stupéfiants - rapport 1997

Encadré 5 : deux initiatives : "Jeunesse sans drogue" et "Droleg"

Encadré 6 : ce que dit le rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants, 1996

Encadré 7 : la Suisse signe mais tarde à ratifier : pourquoi ?

Figure 1 : fabrication de stupéfiants par l'industrie allemande (déclarations des Etats à la Société des Nations - 1925-1938)

Figure 2 : fabrication de stupéfiants par l'industrie suisse (déclarations des Etats à la Société des Nations - 1925-1938)

Figure 3 : modèles des cantons suisses en matière de drogue

Figure 4 : réseaux de soutien et de déstabilisation des usagers de stupéfiant

Tableau 1 : évolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue - 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables

Tableau 2 : le développement de la politique suisse en matière de drogue - dimensions centrales