

QUESTIONNAIRE

Coordonnées

Veuillez indiquer vos coordonnées au cas où nous aurions besoin de vous contacter dans le cadre de ce questionnaire. Cette information est facultative.

Type de partie prenante (veuillez en sélectionner une)	<input type="checkbox"/> État membre <input type="checkbox"/> État observateur <input checked="" type="checkbox"/> Association de santé communautaire
Nom de l'État Nom du répondant à l'enquête	Techno+ / Fabrice Perez
Courriel	info@technoplus.org

Contexte

Dans le cadre de la résolution 51/21 du Conseil des droits de l'homme, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a identifié l'équité en santé comme une priorité stratégique, allant des déterminants fondamentaux de la santé à la nécessité d'éliminer les obstacles structurels et systémiques à l'accès aux services, biens et installations de soins de santé, en particulier parmi les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité ou de marginalisation. Conformément à son mandat et à ces priorités, la Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé a décidé de consacrer son prochain rapport thématique au Conseil des droits de l'homme, qui se tiendra en juin 2024, sur la thématique suivante : "Politiques et réponses en matière de drogues/médicaments : un cadre du droit à la santé sur la réduction des risques."

Objectifs du rapport

Toutes les personnes ont le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, ce qui inclut les déterminants fondamentaux de la santé et des soins de santé opportuns et appropriés. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale a l'intention d'explorer les façons dont la réduction des risques se recoupe avec la jouissance du droit à la santé et des droits humains connexes. S'appuyant sur les cadres des déterminants sociaux et commerciaux de la santé¹, la Rapporteuse spéciale examinera les lois, les politiques et les pratiques qui font naître le besoin de réduire les risques, ainsi que les lois, les politiques et les pratiques qui adoptent une approche de réduction des risques, visant à remédier aux effets négatifs sur la santé, la société et la législation dans divers contextes.

La réduction des risques a été principalement développée dans le contexte de la consommation de drogues, y compris les programmes d'échange d'aiguilles et de

¹ Voir : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

seringues, les centres d'injection et de consommation de drogues supervisés, la thérapie de substitution aux opiacés, la prévention des overdoses et les programmes de sensibilisation de la communauté, ainsi que l'accès à l'assistance juridique, aux services sociaux, au logement et à une alimentation adéquate. Toutefois, dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale adoptera une vision élargie de la réduction des risques afin d'examiner comment cette approche peut recouper le droit à la santé et les droits humains connexes dans d'autres domaines, y compris, mais sans s'y limiter, au travail du sexe, à l'avortement et à la sexualité sans risque.

La Rapporteuse spéciale a également l'intention de considérer la réduction des risques comme une intervention de santé publique essentielle pour les populations qui sont souvent stigmatisées et victimes de discrimination. Elle examinera comment les lois, les politiques et les pratiques qui rendent nécessaire la réduction des risques peuvent avoir un impact disproportionné sur certaines personnes, telles que les sans-abri ou les pauvres, les personnes qui utilisent des drogues/médicaments, les personnes travailleuses du sexe, les femmes, les enfants, les personnes LGBTIQ+, les personnes handicapées, les personnes incarcérées ou détenues, les personnes migrantes, les peuples autochtones, les personnes Noires, les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite, et les personnes vivant dans les zones rurales. En adoptant une approche anticolonialiste et antiraciste, la Rapporteuse spéciale examinera comment, dans certains contextes, la criminalisation et la stigmatisation peuvent être un héritage du colonialisme et de l'esclavage.

Définitions

Le plus souvent, la réduction des risques fait référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les effets sanitaires, sociaux et juridiques négatifs associés à la consommation de drogues/médicaments, aux politiques et aux lois en matière de drogues/médicaments.² Aux fins du présent rapport, la Rapporteuse spéciale définit la réduction des risques dans un sens plus large, incluant les politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les effets sanitaires, sociaux et juridiques négatifs associés à divers comportements et aux politiques et lois qui s'y rapportent, comme illustré ci-dessus.

Questionnaire

Le questionnaire peut être téléchargé ci-dessous en anglais (langue originale), en français et en espagnol (traductions non officielles). Les réponses peuvent porter sur certaines questions ou sur l'ensemble des questions, selon les possibilités ou les préférences.

- Télécharger le questionnaire (WORD) : [English](#) | [Français](#) | [Español](#)

Comment et où soumettre les données

Les contributions peuvent être envoyées par e-mail avant le 15 novembre 2023.

Adresse électronique	ohchr-srhealth@un.org
-----------------------------	--

² Voir également :

<https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2F65%2F255&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>, paragraphe 50.

Objet du courrier électronique	Contribution au rapport du CDH - Droit à la santé de la RS
Limite du nombre de mots	500 mots par question
Formats de fichiers	Word et PDF
Langues acceptées	Anglais, français, espagnol

Traitement des contributions/commentaires reçus

Veillez noter que toutes les réponses seront publiées par défaut sur la page web officielle du mandat de la Rapporteuse spéciale.

Questions clés

Vous pouvez choisir de répondre à toutes les questions ci-dessous ou à certaines d'entre elles. (limite de 500 mots par question).

Les contributions peuvent être envoyées par e-mail **avant le 15 novembre 2023**.

1. Alors que le concept de réduction des risques a traditionnellement été appliqué à la consommation de drogues, la Rapporteuse spéciale adopte une approche élargie de la réduction des risques. Quels types de politiques, de programmes et de pratiques de réduction des risques sont en place dans votre communauté, et quel est leur but ou leur objectif ? Dans quelle mesure ont-ils réussi à atteindre cet objectif ? Veuillez fournir des données, dans la mesure du possible.

L'association Techno Plus est une association de santé Communautaire française issue du mouvement musical Techno, œuvrant pour la mise en place d'une politique de réduction des risques liés à l'usage des drogues consommées dans ce milieu. Elle s'est donnée comme objectif de changer les normes et les rituels de consommation de drogues en adoptant des stratégies de réduction des risques. Pour atteindre cet objectif, elle promeut la mise à disposition de toutes les informations objectives sur les produits, auprès des personnes consommatrices de ces produits.

Ces savoirs peuvent être existants : nature de la drogue, effets produits recherchés et secondaires, risques et stratégies pour réduire ceux-ci.

Ils peuvent aussi être à créer, comme la mise à disposition de la composition des produits, à travers la mise en place des analyses de drogues et la diffusion des résultats auprès des personnes consommatrices de ces drogues. Les programmes d'analyse de drogues sont autorisés dans le cadre des politiques de réduction des risques, depuis 2016, mais la diffusion des résultats à un large public, hors un espace confidentiel et bien souvent décalé par rapport à la consommation du produit analysé, est toujours en débat, d'ailleurs peu favorable à celle-ci.

En terme de résultats par rapport à nos objectifs nous ne pouvons nous appuyer que sur la diffusion de nos documents, matériels distribués et constats de terrain. Par exemple, au niveau du changement de normes et rituels de consommation, à la création de l'association Techno Plus en 1995, le rituel de consommation des drogues par le sniff se passait par le partage des pailles. Aujourd'hui, chaque personne utilise sa propre paille et le partage est mal perçu.

Entre 1995 et 2020, nous avons distribué :

**3 250 000 documents d'informations sur les produits
4 253 930 pailles, soit sur le terrain, soit par envoi postal.**

2. Comment les cadres juridiques affectent-ils les politiques, programmes et pratiques de réduction des risques (qu'ils soient liés à la consommation de drogues ou autres) disponibles dans votre communauté, pays ou région ? Existe-t-il des lois ou des politiques qui facilitent ou entravent l'adoption ou la mise en œuvre de certaines politiques, programmes et pratiques de réduction des risques ? Outre les barrières légales et réglementaires, existe-t-il d'autres obstacles ? Veuillez donner des exemples précis.

Depuis 2004, après près de 20 ans d'actions militantes et d'expérimentation dans un contexte d'épidémie du SIDA, les programmes de réduction des risques infectieux liés aux usages de drogues ont été institutionnalisés via une loi de santé publique. Cette loi a été étendue aux autres risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues en 2016.

Cette reconnaissance a permis d'étendre et de pérenniser les actions historiques telles que la mise à disposition de matériel de consommation (seringues, pailles, pipes, traitements de substitution, accompagnement, salle de consommation, analyse de produits...). Cependant l'institutionnalisation, en se concentrant sur les publics les plus précaires (migrants, sans-abri...) ou les plus en difficulté avec la consommation de drogues (addiction, maladie mentale...) a contribué à maintenir voire renforcer les stigmates sur les consommateurs de drogues quand même ceux-ci maîtrisent leur consommation.

La loi sur la RdR protège également les acteurs de RdR des délits d'incitations à l'usage ou encore de facilitation à l'usage de drogues dans le cadre des salles de consommations.

La politique de RdR n'est pas revendiquée ou portée publiquement par un courant politique. Elle reste une sorte de secret technocratique car aucune communication d'envergure pour l'expliquer aux citoyens n'est mise en place. Au contraire, l'injonction à ne pas consommer et la condamnation morale de l'usage sont quant à elles entretenues auprès de l'opinion publique.

3. Comment la juridiction en place dans votre région/pays/état aborde-t-elle la criminalisation (ou la décriminalisation) de la consommation de drogue ? Veuillez fournir des données désagrégées, y compris, mais sans se limiter au sexe, âge, race/ethnie, état de pauvreté, orientation sexuelle et nombre de personnes privées de liberté pour possession ou consommation de drogue/médicaments.

En France les lois visant à empêcher et réprimer la consommation de drogues ont non seulement pas changé avec la généralisation de la RdR de sorte qu'il est toujours interdit de consommer (y compris chez soi), transporter, céder, vendre, produire et même présenter positivement les drogues. Les techniques de répression

de l'usage simple ont même fortement progressé en France en même temps que la politique de RdR : contrôle des populations (jeunes, minorité visibles, marginaux), généralisation des dépistages salivaires des conducteurs sans rapport avec l'aptitude à conduire ou pas, mise en place de sanctions extra-judiciaires sous forme d'amende (200 €) pour la détention de drogues en faible quantité.

La surenchère sécuritaire sur les drogues nuit au développement des programmes de RdR et se traduit par une absence de coordination entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur.

Questions 2/3

En tant qu'association de santé communautaire, nous avons quelques difficultés à avoir une vision et des données sur ces questions.

4. Au-delà de la réduction des conséquences sanitaires, sociales et juridiques négatives de la consommation de drogues/médicaments, quels sont les autres domaines qui peuvent bénéficier de politiques, de programmes et de pratiques de réduction des risques dans le cadre du droit à la santé et des droits humains connexes ? Les exemples peuvent inclure, sans s'y limiter, la dépénalisation du travail sexuel, la dépénalisation de l'avortement et les programmes de rapports sexuels protégés.

En France, les politiques de réduction des risques ont été initiées à travers la lutte contre le Sida, notamment par la création de l'association de santé communautaire Aides. La lutte contre le Sida a permis d'ouvrir et/ou de faire évoluer les droits et les protections des minorités. Si la pression sur les travailleurs et travailleuses du sexe a fortement baissé durant le pic de l'épidémie du Vih en France (1990/2000), les nouvelles lois visant à la fois les clients.es, associées au délit de racolage, ont vulnérabilisé le travail du sexe.

S'il est un domaine où la politique de réduction des risques pourrait apporter des réponses à la fois sur les droits à la santé et humains, c'est celui de la fin de vie, notamment, le droit au suicide assisté. Le flou juridique, voire l'interdit oblige des personnes et ou l'entourage à initier des réponses par elles-mêmes, qui conduisent parfois à des situations douloureuses et tragiques.

5. Quels types de politiques, de programmes et de pratiques de réduction des risques, ainsi que de santé mentale et d'autres formes de soutien (par exemple, en matière de logement, de droit, de société, d'éducation et d'économie) sont disponibles pour les personnes qui consomment des drogues au sein de la communauté, des institutions ou des centres de détention ? Veuillez donner des exemples de l'impact de la criminalisation, de la discrimination, des stéréotypes et de la stigmatisation sur les différents groupes de la population, par exemple les personnes en situation de sans-abrisme, de migration ou de pauvreté, les personnes travailleuses du sexe, les femmes, les enfants, les personnes LGBTIQ+, les personnes détenues ou incarcérées, les personnes handicapées,

les peuples autochtones, les personnes Noires, les personnes affectées par le VIH ou l'hépatite et les personnes vivant dans les zones rurales, etc.)

Si aujourd'hui la politique de réduction des risques est largement mise en œuvre et accessible sur l'ensemble du territoire français, notamment par la mise en place des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques et des Dommages (CAARUD), cette politique n'est toujours pas accessible pour les personnes détenues ou incarcérées, en dehors des programmes de substitution. Ceci est vrai, notamment pour ce qui est de l'accès aux seringues, en dépit des recommandations du Conseil National du Sida, depuis 1993. L'administration pénitentiaire refuse les programmes de distribution et d'échange de seringues car elle y voit l'aveu d'un trafic et d'une circulation de drogues au sein des prisons, les syndicats de personnels pénitentiaires de son côté voient ces seringues comme des armes pouvant être utilisées contre ce personnel.

D'autre part, les personnes consommatrices de crack, sur une scène essentiellement parisienne, sont perçues essentiellement comme étant sans abris et surtout associées aux flux migratoires, et ne bénéficient d'aucune politique de réduction des risques. La seule politique admise et gérée par le ministère de l'Intérieur est celle du déplacement de population, empêchant par là même, la mise en place et le suivi d'une politique de réduction des risques et de soutien. La proximité avec l'organisation des jeux Olympiques à Paris, risque d'aggraver la situation. En 2024.

Mais le problème le plus important reste le fait que « La guerre à la drogue » est aussi et avant tout, une guerre raciale. Sous couvert de lutte contre le trafic et la consommation de drogue, les jeunes, issus.es de l'immigration (mais après 5 ou 6 générations, peut-on encore être issu de l'immigration) ont au moins 20 fois plus de risques d'être contrôlés par la police que la population en général (enquête publiée en 2017, par le Défenseur des droits, Jacques Toubon). Malheureusement, aucune étude officielle ne peut démontrer officiellement cette inégalité de traitement, les études prenant en compte l'origine ethnique étant interdites en France. Dans ces conditions, le développement d'une politique de réduction des risques auprès de ces publics est quasi inexistant.

6. Existe-t-il des mesures alternatives à l'institutionnalisation ou à la détention ? Par exemple, existe-t-il dans votre pays des centres de soins ambulatoires ou hospitaliers pour les personnes qui consomment des drogues/médicaments ? Veuillez fournir des détails supplémentaires (sont-ils obligatoires, volontaires ; nombre disponible dans les zones urbaines et rurales ; entité responsable ; type de soutien fourni et type de personnel travaillant dans ces installations/centres) ?

La réponse à cette question est institutionnelle et/ou professionnelle, au-delà de notre statut d'association de santé communautaire issue du mouvement Techno.

7. Veuillez donner des exemples de politiques, programmes et pratiques de réduction des risques adoptés ou mis en œuvre avec la coopération internationale ou grâce à l'aide étrangère dans votre pays, ainsi que leur impact sur les

différents groupes de la population. Quels types de problèmes peuvent découler de la dépendance à l'égard de l'aide étrangère ? Veuillez également fournir des exemples mettant l'accent sur la nécessité et l'impact des politiques, programmes et pratiques de réduction des risques sur différents groupes de la population (par exemple, les personnes en situation de sans-abrisme, de migration ou de pauvreté, les personnes travailleuses du sexe, les femmes, les enfants, les personnes LGBTIQ+, les personnes détenues ou incarcérées, les personnes handicapées, les peuples autochtones, les personnes Noires, les personnes affectées par le VIH ou l'hépatite, et les personnes vivant dans les zones rurales, etc.).

8. Existe-t-il des programmes de recherche et d'innovation liés à la réduction des risques du point de vue du droit à la santé (par exemple, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des centres d'injection et de consommation de drogue supervisés, des traitements de substitution aux opiacés et d'autres programmes dépassant le cadre de la consommation de drogue), y compris des programmes de sensibilisation et d'éducation, dans votre communauté, votre pays ou votre région ? Veuillez fournir des bonnes pratiques et des exemples.

Dans le cadre de la santé communautaire liée à l'usage des drogues dans le milieu culturel Techno, les pratiques de réduction des risques sont des stratégies individuelles mises en place par les personnes concernées elles-mêmes, leur entourage, notamment les personnes qui initient à l'usage des drogues. Si la diffusion des savoirs et des savoir être est initiée au travers la mise en place d'associations de santé communautaire, ceux-ci doivent être transférés auprès des personnes concernées elles-mêmes. Dans ce cadre l'association Techno Plus a mis en place une formation pour les pairs, appelée Forma'Pairs. Cette formation en ligne d'une durée de 13 semaines, est ouverte à toute personne se sentant concernée par la réduction des risques. Cette formation n'est pas ouverte aux intervenants.es professionnels.les.

A ce jour, plus de 260 personnes se sont inscrites à cette formation des pairs commencée en 2021.

Par ailleurs, Harène, un réseau de recherche communautaire mêlant associations de consommateurs et laboratoires de recherches a vu le jour en 2022. Ce réseau vise à innover en matière de RdR et évaluer l'impact des actions.

L'innovation en RdR est largement laissée au secteur associatif qui doit souvent militer pour faire évoluer la palette des actions autorisées. Le cadre institutionnel très centralisé en France associé à une absence de promotion de la RdR en population générale est un frein à l'innovation.

D'ailleurs si vous voulez une illustration à la fois des succès et des difficultés liés à la politique de réduction des risques en France vous pouvez regarder notre documentaire qui illustre parfaitement cela : <https://technoplus.org/1PC1PST/>