

Le modèle français de réduction des risques

Marie Jauffret-Roustide / Sociologue, chargée de recherche Inserm, Cermes 3

Une société sans drogues a longtemps constitué un idéal sociétal, mais depuis le milieu des années 1980 et l'irruption de l'épidémie de sida qui a décimé les « toxicomanes utilisant la voie intraveineuse », l'éradication des drogues est considérée comme une utopie totalement irréaliste, voire potentiellement dangereuse. Marie Jauffret-Roustide revient sur les politiques publiques qui se donnent actuellement un objectif plus réaliste d'apprendre à vivre avec les drogues en les « domestiquant » afin d'en atténuer les principaux risques et dommages, par le biais du référentiel de la réduction des risques (RdR).

Il est certes fondamental de pouvoir poser des repères et des interdits afin de permettre l'organisation harmonieuse de la vie en société, mais la répression de l'usage n'apporte pas de solution efficace à la question des drogues. Au niveau international, la prohibition des drogues s'est soldée par un échec car elle n'a pas permis d'éradiquer les drogues, a contribué à marginaliser socialement les usagers de drogues et à les stigmatiser, à détériorer l'état de santé des usagers de drogues et à diffuser l'épidémie de sida et des hépatites dans la population des usagers de drogues¹.

La RdR est une politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des risques et des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, en les hiérarchisant. À l'origine, cette logique de hiérarchisation des risques s'inscrit en France dans un contexte de prohibition des drogues et de restriction de l'accès aux seringues dans les années 1980. Elle porte le message suivant : « Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayez de sniffer au lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon, réutilisez la

vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez là à l'eau de Javel. » Le fondement même de la RdR consiste donc à s'adapter aux besoins des usagers, en fonction de là où ils en sont de leurs trajectoires (ne pas être en capacité ou dans le désir d'arrêter leur usage de drogues par injection) et dans les situations du quotidien souvent marquées par l'urgence (comment ne pas être

contaminé par le VIH quand on consomme des drogues par voie intraveineuse sans un accès facilité aux seringues)². Cette politique incarne alors des choix s'opposant à ceux institués dans les années 1970 marqués par la logique dominante du sevrage et de la psychothérapie : en facilitant tout d'abord l'accès aux seringues, dont l'interdiction de vente libre est une des mesures inscrites dans un décret de 1972 relatif à la loi du 31 décembre 1970 ; et en développant ensuite l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) qui étaient expérimentés dans quelques hôpitaux mais réservés pendant de longues années à quelques dizaines d'héroïnomanes³.

La politique de RdR a été mise en place en France de manière très progressive en plusieurs étapes décalées dans le temps, avec un retard important en comparaison avec certains de nos voisins européens tels que la Suisse, les Pays-Bas, deux pays précurseurs et novateurs ou même le Royaume-Uni. Ce retard s'explique par le modèle politique de la RdR choisi par la France qui ne lui a pas permis de se déployer de manière optimale, en raison de résistances politiques et professionnelles et d'un cadre légal spécifique. Tout d'abord, la France intègre la nécessité de la RdR dans l'urgence, en commençant par instituer une mesure symbolique et emblématique, la libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacies en 1987. Alors que la France a attendu plusieurs années, entre le moment où il a été établi que le partage de seringues constituait un des vecteurs privilégiés pour la transmission du VIH et la déci-

¹ Friedman SR et al. Relationships of deterrence and law-enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS* 2001; a: 93-9.

² Jauffret-Roustide M. *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La Documentation française; 2004.

³ Bergeron H. *L'État et la toxicomanie*. PUF ed. Paris, France: 1999.



sion de mettre fin à la restriction de l'accès aux seringues, les Pays-Bas avaient favorisé l'accès aux seringues, dès les années 1970 dans le cadre de la prévention de l'hépatite B, les associations d'autosupport (les Junkie Bonds ou syndicats de junkies), ayant joué un rôle déterminant dans l'impulsion de ces programmes de prévention, grâce à un processus de normalisation des drogues et d'une loi relativement tolérante vis-à-vis de l'usage⁴. Après la mise en œuvre de cette première mesure qui introduit une rupture, la RdR se mettra en œuvre de manière lente et très progressive, marquée par des débats et des obstacles. Ainsi, l'accès aux TSO (méthadone et Subutex®) n'interviendra qu'au milieu des années 1990, près de dix ans après l'accès aux seringues. Le Royaume-Uni dans le même temps avait permis l'accès à la méthadone dès les années 1920 et une expérience de distribution contrôlée d'héroïne par le Dr Marks dès les années 1980. La ville de Liverpool s'était ainsi distinguée par un taux de contamination VIH particulièrement faible au regard des autres villes au début de l'épidémie de sida, dans les années 1980⁵. Et enfin, autre symbole du retard et des résistances françaises, l'implantation des salles de consommation à moindre risque n'interviendra en France qu'en 2016, 30 ans après la première salle implantée à Berne en Suisse en 1986, et après qu'une vingtaine de pays se soient dotées de ce dispositif.

À travers ces exemples décrits à partir de quelques mesures phares (accès aux seringues, TSO et salles de consommation à moindre risque), on voit clairement comment le modèle français peut se distinguer des autres modèles existant en Europe tels que ceux implantés aux Pays-Bas, en Suisse, voire au Royaume-Uni, qui se sont

⁴ Marlatt GA. *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours*. New York: Guilford Press edition; 1998.

⁵ Coppel A. *Les intervenants en toxicomanie, la réduction des risques et le sida en France*. In: Ehrenberg A (eds). *Communications. Vivre avec les drogues: marchés, politiques réglementaires, et usages*. 1996; 62: 75-108.

⁶ Jauffret-Roustide M. *Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française*. *Alecologie et Addictologie* 201133: 101-10.

⁷ Brisacier A, Collin C. *Les traitements de substitution en France: données récentes*. Saint-Denis: OFDT, *Tendances* 2014; 94.

⁸ Emmanuelli J, Desenclos JC. *Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003*. *Addiction* 2005; 100: 1690-700.

⁹ Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. *Supervised consumption rooms: The French Paradox*. *International Journal of Drug Policy* 2013; 24: 628-30.

¹⁰ Jauffret-Roustide M. *Les salles de consommation à moindre risque: apprendre à vivre avec les drogues*. *Esprit*, novembre 2016.

caractérisés par une force d'innovation ou d'expérimentation au fil du temps ou à certains moments de leur histoire.

Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas, qui s'inscrivent clairement dans des modèles forts, gradualistes et politiques de la RdR, la France s'est longtemps inscrite dans un modèle neutre, plutôt faible et intégrationniste. L'inscription dans un modèle intégrationniste ne permet pas à la RdR d'être inscrite dans un continuum du soin aux usagers de drogues (approche gradualiste), mais tend plutôt à concevoir la RdR comme une forme d'opposition au sevrage et à la psychothérapie. Les difficultés à intégrer une approche gradualiste s'expliquent en partie par la violence des débats des années 1980-1990 qui s'est traduite par un espace de conflits idéologiques et d'enjeux de position marqués entre les intervenants en toxicomanie et les partisans de la RdR, issus du milieu associatif sida et humanitaire.

L'inscription dans un modèle neutre et plutôt faible de la RdR est liée à la loi du 31 décembre 1970 qui tend à cadrer le débat politique sur les drogues en France à partir d'une approche marquée par l'interdit de l'usage. Une vision faible de la RdR ne pose pas la question légale comme une condition nécessaire à la RdR, contrairement à une vision forte qui considère que l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'homme et fait de la question légale un préalable à la RdR⁶. La répression de l'usage a constitué un obstacle majeur à l'implantation rapide de mesures de RdR et met la France dans une situation paradoxale. Ainsi, en 2013, lors de la première tentative de mise en place de la salle de consommation à moindre risque parisienne avec le soutien des pouvoirs publics, le conseil d'État a rendu un avis défavorable indiquant que le cadre juridique n'était pas suffisamment sécurisé. Il aura donc fallu attendre trois années et le vote de la loi de santé de 2016 pour que cette implantation voie le jour. Actuellement, la salle s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation et de manière plus globale, la politique de RdR reste fragile et fréquemment contestée par les acteurs politiques en France.

Un modèle international

Ce qui caractérise aujourd'hui avant tout le modèle français de RdR est sa forte médicalisation, qui en fait aujourd'hui un modèle international en matière d'accès aux TSO. Après un démarrage tardif concernant l'accès aux TSO, la France a largement mis ces traitements à disposition des usagers, en passant d'une cinquantaine d'usagers en 1994 à 180 000 actuellement⁷. Cette diffusion massive et rapide a été favorisée par l'organisation du système de santé français, celui de la médecine libérale. La diffusion des TSO a eu un impact majeur dans la réduction de la contamination par le VIH dans la population des usagers de drogues et a permis de favoriser la réinsertion de certains usagers stabilisés⁸. Toutefois, cet accent mis sur le médicament de substitution a également eu pour conséquence indirecte de réduire la RdR à une somme d'instruments sanitaires déconnectés d'une vision politique. Renforcée par l'ascension de l'addictologie dans les années 1990, cette forte médicalisation s'accommode de la criminalisation persistante de l'usage de drogues qui impose un modèle faible de RdR largement indifférent au contexte social de consommation et aux facteurs structurels qui influent sur l'exposition au risque des usagers de drogues⁹. L'ouverture récente des salles de consommation à moindre risque constitue un symbole fort de cette prise en compte de l'environnement dans lequel consomment les usagers et le souhait de s'intéresser aux plus démunis, souvent les plus exposés aux risques¹⁰.