



Contribution AIDES au projet de plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2017

INTRODUCTION

Les mots sont importants

Dans le projet de plan tel que présenté aux acteurs de la réduction des risques le 13 novembre 2017, la consommation simple de produits psycho actifs licites ou illicites n'est plus considérée. Les termes "usages ou consommation" disparaissent du vocabulaire de la MILDECA au profit de « conduites addictives ».

Ce glissement sémantique n'est pas neutre.

L'ensemble des professionnels, dans le respect des recommandations internationales et des enseignements universitaires, considèrent cinq paliers pour évaluer le niveau de consommation ou d'addiction éventuelle d'un usager. Il convient impérativement de considérer les consommations dans leur intégralité et non sur le seul plan psychologisant et/ou pathologisant de la conduite addictive. Les différents comportements doivent motiver des approches préventives ou de soins spécifiques et en accord avec l'état des personnes et des besoins exprimés.

La guerre à la drogue a échoué.

Les Français sont aujourd'hui les **premiers consommateurs de cannabis en Europe et les troisièmes pour la cocaïne**¹.

Si, en matière d'usages de drogues, **de plus en plus de pays**, tels que le Canada, le Portugal, l'Uruguay, certains états des Etats-Unis, **ont engagé une réforme** de leur cadre juridique **vers une dépenalisation ou une légalisation** des usages du cannabis voire de l'ensemble des drogues, **la loi française reste l'une des plus répressives en Europe.**

¹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, rapport annuel 2015

La loi du 31 décembre 1970, en choisissant la répression de la fabrication du commerce et du trafic, l'incrimination de l'usage et l'incrimination de la présentation de la drogue sous un jour favorable, a fait prévaloir la répression **au détriment d'une approche en santé publique** et de réduction des risques. Les mesures de santé de la loi étaient faibles et essentiellement tournées vers le sevrage avec injonction thérapeutique². **La loi considère les usagers-ères de drogues comme des délinquants-es qu'il faut punir.**

Cette « **guerre à la drogue et aux usagers de produits** », qui dure depuis près de 50 ans, a des conséquences délétères en termes de santé publique, de santé individuelle et de droits humains. Il y a un enjeu fort à en sortir au profit d'une approche plus pragmatique des usages de drogues fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Les propositions de AIDES

A partir de ces constats, et suivant la recommandation de la MILDECA de formuler des propositions basées sur des « données probantes », AIDES présente dans ce document les différents enjeux pour accomplir une politique ambitieuse de santé publique en rupture avec les hésitations du passé et la primeur accordée à la répression.

² Un décret de 1972 avait conditionné la vente de seringues à la présentation d'une ordonnance ou d'une commande écrite, ce qui rendait difficile leur obtention

Les enjeux

La loi de 1970 représente un obstacle à une politique ambitieuse de santé :

Enjeu 1 : La mise en place d'une politique de santé publique ambitieuse de réduction des risques

L'approche répressive de la France amène l'Etat à mobiliser près de **75% du budget** « drogues » à la **seule lutte contre les infractions**³ au détriment de la prévention et de la mise en place d'actions de réduction des risques et des dommages (RDRD).

Or, les outils existants de réduction des risques ont montré leur efficacité⁴ et ont contribué à faire évoluer le regard et les représentations sur les usagers-ères de drogues, notamment auprès des praticiens.

Les usagers-ères de drogues sont encore aujourd'hui davantage exposés au risque infectieux – plus particulièrement au VHC -, et un taux de mise sous traitement moindre qu'en population générale⁵. **Il y a donc urgence à développer des actions de réduction des risques adaptées aux différents besoins des usagers-ères de drogues, d'instaurer le cadre légal adéquat et de réaffecter le coût social de la répression à une politique de santé publique ambitieuse**⁶.

Enjeu 2 : Un véritable accès aux soins

Parce qu'elle engendre de la stigmatisation et de la discrimination, **la criminalisation des usages de drogues constitue un obstacle à l'accès aux soins** et précarise encore plus les ; usagers-ères de drogues les plus vulnérables, notamment celles et ceux qui se retrouvent en prison⁷

Certaines personnes usagères de drogues hésitent à se faire soigner en raison de la crainte d'être arrêtées, de voir des informations personnelles divulguées et de la **méfiance d'être considérées comme des patients à part** (chantage au sevrage, refus de proposer des traitements contre la douleur etc.⁸).

L'offre de soins en addictologie nécessiterait, en outre, d'être approfondie et diversifiée. Le maillage territorial des structures d'accompagnement montre des déséquilibres et des manques. Si

³ Document de politique transversale, projet de loi de finances de 2017, politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁴ Enquête Coquelicot 2004 : la prévalence du VIH dans la population des usagers-ères de drogues en France est passée de 50% à la fin des années 1980 à environ 10% en 2004. Ces résultats sont confirmés par l'enquête Coquelicot 2010.

⁵ Dans son avis du 8 novembre 2016, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme avance les chiffres suivants : un taux de contamination au VHC de 44% pour les usagers-ères de drogues. 70% des nouveaux cas répertoriés chaque année sont liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par « sniff ».

⁶ Dépenses santé, justice, police, prison, lutte, perte prélèvement obligatoire de la politique actuelle sont estimées à environ 3 milliards €, soit 0,2% PIB

⁷ Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme, Etude des effets du problème mondiale de la drogue sur la jouissance des droits de l'Homme, 4 septembre 2015, A/HRC/30/65

⁸ Ces traitements différenciés de la part de certains établissements hospitaliers ont été mis en lumière par l'ASUD.

chaque région compte aujourd'hui au moins un CAARUD⁹, les files actives régionales montrent de **grandes disparités** à combler pour permettre un accès équitable aux soins.¹⁰

Enfin, **la loi actuelle reste l'un des principaux obstacles à la diversification des traitements de substitution aux opiacés des produits de substitution** (type de produits et mode d'administration¹¹), **mais également à des médicaments contre la douleur** (cannabis thérapeutique par exemple) qu'il serait temps de faire évoluer.

Enjeu 3 : Le respect des droits humains

Dans un contexte général d'une « politique du chiffre »¹², **la pénalisation de l'usage de stupéfiants n'a cessé de progresser ces dernières années**. Elle vise prioritairement les populations les plus socialement défavorisées¹³.

La consommation de cannabis est ainsi devenue une variable d'ajustement pour les services de police. **Le nombre de personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants a été multiplié par 50 depuis la loi de 1970**¹⁴. Et, les condamnations judiciaires pour seul usage de stupéfiants ont été multipliées par quatre et les peines de prison ferme par sept en une dizaine d'année¹⁵.

Dans les faits, s'opère une distribution sociale et raciale dans les peines prononcées et dans le choix d'alternatives aux poursuites niant le principe d'égalité devant la loi. Les stages de sensibilisation sont proposés plus facilement aux personnes les plus socialement intégrées lorsque des peines plus sévères sont réservées aux autres. Le traitement pénal en défaveur des classes populaires se double d'une sévérité accrue envers les personnes racisées.

La « guerre aux drogues » devient progressivement une « guerre raciale », un outil de contrôle social efficace¹⁶ au détriment du respect des droits humains : respect des libertés individuelles, droit à un procès équitable, droit à la protection de la santé¹⁷.

⁹ Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD). AIDES gère 33 CAARUD en France.

¹⁰ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, *Les CAARUD 2010, Analyse des rapports d'activité annuels standardisés*, 2014

¹¹ Les traitements de substitution injectables sont, par exemple, interdits aujourd'hui.

¹² Cour des comptes, *L'organisation et la gestion des forces de sécurité publique*. Rapport public thématique publié le 7 juillet 2011 : « pour améliorer leurs résultats quantitatifs, notamment en matière d'élucidation, les services ont accordé une priorité croissante à la constatation de l'infraction la moins lourde, l'usage simple de produits stupéfiants sans revente, au détriment de la recherche et de l'interpellation des auteurs d'usage-revente et indirectement du démantèlement des réseaux de trafiquants »

¹³ Gautron Virginie, Retière Jean-Noël, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet Jean (Coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, PUR, 2013

¹⁴ 4 000 personnes interpellées en 1970 contre 200 000 en 2013 (Chiffres tirés de l'article d'Ivana Obradovic)

¹⁵ Obradovic Ivana, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, OFDT, octobre 2015. 83 % des personnes interpellées par les forces de l'ordre le sont pour usage, 9 % pour usage-revente et 6 % pour trafic (2% pour d'autres infractions).

¹⁶ Tribune de l'Association Française pour la Réduction des Risques dans Libération du 15 avril 2015, « La lutte contre les drogues, une guerre raciale ? »

Mettre fin à l'absurdité de la « guerre aux drogues »

- **Echec de la politique de la « guerre aux drogues » qui n'endigue en rien la consommation** : la France demeure le pays premier consommateur de cannabis et le troisième pour la cocaïne. Augmentation constante des usages (source OFDT-2017)
- **Echec de la politique de la « guerre aux drogues » qui exacerbe violences, les inégalités et participe d'une société du « tout sécuritaire », « du tout répressif »** : les condamnations pour usage seul ont progressé de 570% entre 1989 et 2013, passant de 3 811 à 25 527. Par ailleurs cette guerre à la drogue augmente les risques d'overdoses mortelles et le recours à un approvisionnement via le web en pleine expansion sans contrôle de dangerosité des produits.
- **Echec de la politique de la « guerre aux drogues » dont le coût grève les dépenses publiques** : le coût des drogues illicites pour les finances publiques est de 2,3 milliards chaque année¹⁸.
- **Echec de la politique de la « guerre aux drogues » qui va à l'encontre du respect des droits humains** : respect des libertés individuelles, droit à un procès équitable, droit à la protection de la santé.

¹⁷ Avis du 8 novembre 2016 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur l'usage de drogues et droits de l'Homme.

¹⁸ Kopp Pierre, « Le coût social des drogues en France », Note pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015

Des démarches de réduction des risques et des dommages indispensables et incontournables

1) La reconnaissance de la réduction des risques dans la loi : à poursuivre

Suite aux bilans positifs des programmes de réduction des risques, les premières pierres pour un cadre législatif sont posées avec la loi de 2004 qui institutionnalise un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie et crée les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)¹⁹.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016²⁰ sécurise les démarches de santé à destination des usagers-ères de drogues par l'inscription dans le code de la santé publique d'une définition de la réduction des risques et des dommages²¹ et de l'accompagnement à l'injection. Elle renforce également la protection juridique des acteurs de la réduction des risques et des dommages. Leur responsabilité pénale ne peut plus être engagée.²² Auparavant seules les forces de police, de gendarmerie et les agents des douanes bénéficiaient de cette protection...

Propositions

▪ Améliorer l'accès aux programmes d'échange de seringues et de petit matériel

- 26% des usagers et usagères de drogues par injection continuent à partager leurs seringues
- Développer les PES à distance et la distribution de seconde ligne

▪ Mieux adapter les actions de réduction des risques aux comportements des usagers-ères

- Diversifier les traitements de substitution aux opiacés
- Diversifier leurs modes d'administration : autoriser les traitements de substitution par injection actuellement proscrits
- Donner accès à l'héroïne médicalisée

▪ Analyser et contrôler la qualité des produits

- Mettre en place d'un référentiel de qualité des produits
- Développer l'analyse des produits à partir des structures de bas seuil
- Réintroduire le contrôle rapide des produits, notamment pour les Fentanyl par la distribution de bandelettes de test.

¹⁹ La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁰ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé

²¹ Article L.3411-8-I : « La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants »

²² Article L.3411-8-III : « L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficiaire, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal ». Cet article du code pénal dispose que : « N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal »

2) Etendre les missions des CAARUD : les espaces de consommation

Nous constatons sur le terrain un accroissement de la demande des usagers de pouvoir consommer « sur place » dans les CAARUD. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette évolution :

- L'information de l'existence de SCMR se diffuse, les usagers circulent et passent éventuellement par une salle, en constatent les avantages et demandent logiquement la duplication du dispositif. Ce qui se répercute en pression sur les équipes.
- Une recrudescence des pratiques d'injection (nombre de seringues distribuées en forte hausse dans le réseau AIDES).
- Une situation sociale et sanitaire qui se dégrade pour nombre d'usagers
- Un nombre de plus en plus élevé de poly-consommateurs dont une augmentation très importante de consommateurs de crack-cocaïne par inhalation. Il convient d'imaginer des dispositifs adaptés à ces modes de consommation qui accroissent les vulnérabilités au VHC.

Nous proposons donc une **extension des missions** des CAARUD permettant la généralisation des espaces de consommation supervisés mais plus légers et moins coûteux que les SCMR qui doivent continuer à être implantées dans les scènes ouvertes de grande ampleur. Nous proposons un dispositif simplifié ouvert aux consommateurs de produits par injection mais également aux consommateurs de crack cocaïne (dont des CAARUD mobiles et SCMR mobiles pour les consommateurs isolés en milieu rural et pour aller au plus proche des lieux de consommation de rue).

En parallèle, il s'agit de favoriser l'accès aux traitements, la **prise en charge médicale et psycho-addictologique**. Les services de prise en charge psy et addicto sont trop peu nombreux et peu compétents sur les usages de produits illicites. Or, ce n'est pas la fusion des CAARUD et des CSAPPA qui répondra à ce besoin, mais une vraie collaboration entre structures de bas seuil (les CAARUD) et de prise en charge dans une approche de parcours de soin coordonnée.

3) La RDR : en prison aussi !

Les drogues et la prison, c'est déjà une vieille histoire :

- 1/3 des personnes qui entrent en prison sont usagères de produits psychoactifs.
- **La prévalence du VIH est estimée à 2 % en milieu carcéral, et celle de l'hépatite C à 4,8 %** ; c'est-à-dire 6 et 9 fois plus qu'en milieu libre²³.
- Le **non-respect des droits fondamentaux est régulièrement pointé**, notamment concernant le droit à la protection de la santé²⁴. La préservation du secret médical et le droit au respect de

²³ Enquête Prévacar, DGS et INVS, 2010.

l'intimité ne sont que peu garantis. La France est périodiquement condamnée par la Cour européenne des droits de l'Homme pour « traitements dégradants ».

Pourtant le principe constitutionnel de droit à la protection de la santé s'applique à toutes et tous²⁵ et par conséquent aussi aux détenus-es.

La politique de réduction des risques liés à l'usage des drogues, inscrite dans la loi de janvier 2016, a sa place en milieu carcéral, comme le rappelle la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNDCH)²⁶.

Tous les outils de prévention, comme les programmes d'échanges de seringues, d'accompagnement à l'injection, de prévention doivent donc y être développés d'urgence.

Programmes d'échanges de seringues en prison : efficacité démontrée !

L'évaluation des programmes pilotes d'échanges de seringues en Europe présente des résultats clairs²⁷ :

- **Sûreté accrue dans les établissements** : L'introduction de programmes d'échange de seringues en prison n'implique pas un compromis entre la santé et la sûreté. Dans les sites allemands de Vechta et de Lingen, on n'a recensé aucun cas de seringue utilisée comme arme (fréquent motif de réticence invoqué) contre des employés ou des détenus, même si plus de 20 000 seringues ont été distribuées dans les deux prisons pendant l'essai pilote.
- **Pas d'augmentation de l'usage de drogue ou de l'injection** : Les évaluations scientifiques ont constamment démontré que la disponibilité de seringues stériles n'entraîne pas de hausse du nombre d'utilisateurs de drogue par injection, de l'usage de drogue en général, ou de la présence de drogues dans les établissements. Une évaluation de 11 programmes d'échange de seringues dans des prisons de Suisse, d'Allemagne et d'Espagne, démontre que la provision de seringues stériles n'a pas entraîné de hausse de la consommation ni de l'injection de drogue parmi les détenus

²⁴ Avis du 16 juin 2015 de la contrôleuse générale des lieux de privation des libertés relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé.

²⁵ Le préambule de la Constitution de 1946 garantit à tous les citoyens la protection de la santé. L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dispose que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

²⁶ Avis « Usages de drogues et droits de l'homme », CNCDH, 2016.

²⁷ « L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales » - Réseau juridique canadien VIH/sida – 2^e édition 2006

En conclusion

Nous proposons un plan en rupture avec les erreurs du passé en termes de politique publique :

- Inefficace et coûteuse dans le domaine de la répression
- Partielle et sous l'éternelle menace de la loi de 70 dans le domaine sanitaire

Une politique de santé publique fondée sur le respect de la personne :

- Le développement d'outils de prise en charge globale des addictions ;
- Des alternatives au sevrage médicalisé (démarches communautaires, lieux refuge, soutien par les pairs) ;
- Un référentiel de qualité des produits et organisations de contrôle ;
- La prise en charge du cannabis thérapeutique ;
- L'organisation de la distribution ;
- L'interdiction de la publicité (comme pour le tabac).

Un accès effectif et garanti à tous les outils de réductions des risques, partout, en milieu libre comme dans les lieux de privation de liberté :

- Le développement des espaces de consommation de drogues à moindre risque ;
- Un accès facilité aux produits de substitution (dont l'héroïne médicalisé) ;
- La généralisation de l'accompagnement à l'injection pour réduire les risques de transmission du VIH et des hépatites ;
- Un accès partout (prison comprise) et pour tous-tes aux programmes d'échanges de seringues et à l'ensemble du matériel stérile.
- LA généralisation de la sécurisation des usagers et des acteurs dans les périmètres d'intervention des CAARUD et SCMR.

Un engagement de la France au niveau mondial pour mettre fin à la « guerre aux drogues » :

- Un engagement diplomatique conséquent au sein de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), et de son organe direction, la Commission des stupéfiants (CND) ;
- Une dénonciation et des sanctions contre les pays qui pratiquent des exécutions extrajudiciaires, à l'image des Philippines.