



# **La politique de Réduction des Risques en France: Quelques repères historiques...**

# Définition officielle de la Politique de R.D.R

---

**Loi n°2004-806 du Août 2004** relative à la  
Politique de Santé Publique

**Art.L.3121-4 du Code de Santé Publique :**

*« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à **prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie** par des substances classées comme stupéfiants »*

# Principaux textes français relatifs à la RDR

---

- ▶ **Décret n° 2005-347 du 14 Avril 2005** approuvant le **référentiel national des actions de réduction des risques** en direction des usagers de drogue et complétant le code de la Santé Publique
- ▶ **Décret n° 2005-1606 du 19 Décembre 2005** relatif aux **missions des centres d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue** et modifiant le code de Santé Publique (*C.A.A.R.U.D*)
- ▶ **Décret n° 2007-877 du 14 Mai 2007** relatif aux **missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**
- ▶ **Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 Février 2008**

# **La Politique de RDR dispose d'une reconnaissance juridique depuis 2004 (L.O.S.P)**

---

## **La « Réduction des Risques »**

=

⇒ **Socle** de l'intervention des  
**C.A.A.R.U.D**

⇒ **Une mission obligatoire** pour les  
**C.S.A.P.A** (spécialisés ou généralistes)

(RDR et Alcool: une conceptualisation en construction)

# Postulats généraux (1/3)

---

- **La consommation de SPA est un phénomène ancien et universel**
- **Les SPA modifient les états de conscience et mènent dans certains cas (« seulement ») à une dépendance** (physique et ou psychologique)
- **La prohibition ne supprime pas la consommation.** La prohibition rend (« seulement ») illégal un usage dans une société donnée.
- **La « Guerre à la Drogue » est un échec à l'échelle du monde**

## Postulats généraux (2/3)

---

- **L'abstinence ne s'impose pas**, l'imposer revient aussi à favoriser le processus de rechutes et la prise de risques sanitaires et sociaux
- **L'usage de drogue est un sujet complexe pour la sphère politique.** Une problématique à haut risque électoral
- **L'usager de SPA est un sujet social « stigmatisé » et « déviant »**, la norme ( licite/illicite) est un coefficient de réprobation sociale
- Cf. Le **coût social global des drogues en France** (institutions) dont la part du coût consacré à la **répression/ soins et prévention**

## **Postulats généraux (3/3)**

---

- ▶ **En France, la consommation de SPA (alcool, médicaments, cannabis...) est une des plus importantes en Europe**
- ▶ **En France, la législation envers les SPA illicites est une des plus sévères d'Europe...**
- ▶ **Un monde sans substance psycho active ( SPA) n'existe pas...**
- ▶ **Un monde sans politique de Réduction des Risques a existé...**

# Les 2 principaux paradigmes (officiels) en 40 ans en France

---

A partir de 1970



*Pr Claude Olievenstein*

*« La toxicomanie...*

***rencontre** entre une  
**personne**, un **produit**  
et un **moment**  
**socioculturel** »*

Depuis 2000



*Nicole Maestracci*

*« C'est le  
**comportement**  
qui fait **l'addiction** »*



# Cadre législatif français

---

A partir de la **Loi du 31/12/1970** ( jusqu'à la mise en place de la politique de RDR), le système de soins français est organisé sous un objectif double :

1. **Le sevrage et l'abstinence du consommateur**
2. **Eradication du trafic**

# Intervention en toxicomanie

---

De **1970** au milieu des années **80**

**Un objectif principal et unique**

=

**Le traitement de la dépendance aux SPA**  
par le déploiement de soins médico-psycho-  
sociaux visant :

**L'arrêt définitif de la consommation de S.P.A  
illégalles** (*héroïne, cocaïne, cannabis...*).

# Au milieu des années 1980

---

- ▶ **L'Infection à VIH/SIDA** : moteur de changement dans l'intervention en toxicomanie (*impasse du système classique centré sur l'abstinence*)
- ▶ Apparition **d'approches alternatives** inspirées d'Europe du Nord prenant en compte la question de l'infection à VIH/SIDA et son impact sur la Santé Publique
- ▶ **La délivrance « militante » de matériel d'injection** et de **traitements de substitution aux opiacés** (T.S.O)
- ▶ La **pénalisation de l'usage** maintenait les toxicomanes dans une situation de **clandestinité** et à l'écart des institutions spécialisées du fait de leur difficulté **à cesser leur consommation** (modèle unique de la prise en charge: sevrage + abstinence)

# Alternative idéologique / Rupture

---

## Ouverture du débat entre les acteurs vers 1992

En réaction à l'infection VIH/SIDA (une des plus importante en Europe) et aux limites du cadre de l'intervention en toxicomanie

**« La politique de lutte contre la toxicomanie fondée sur l'idée selon laquelle il ne faut rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes, a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales »**

*Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie ( Pdt Pr Henrion). La Documentation Française, 1995*

# Approche pragmatique

---

## Dans les années 1990 en France : 5 réalités

1. Les UDVI se contaminent (VIH) « entre eux » par le sperme et par le sang
2. Un UD séropositif risque davantage de mourir du SIDA que de « sa toxicomanie »
3. Les UD « cachés » et les pratiques à risques
4. Les UD séropositifs peuvent transmettre le virus du SIDA aux « non usagers de drogue » (rapports sexuels -tarifés ou pas-non protégés)
5. Des décès évitables

## Problème de Santé Publique

*(Rapport du CNS, Paris 1993)*

# Des résistances à la mise en place de la politique de RDR en France

---

- ▶ **Un stock insuffisant de connaissances** sur le sujet des usages de substances et sur les études étrangères (l'impact d'une politique de réduction des dommages)
- ▶ **Une volonté tenace** de pas céder à la panique ni au **contrôle social**
- ▶ **Une volonté politique** de distinguer la lutte contre le sida de celle qui vise la toxicomanie
- ▶ **Des a priori** sur la capacité des UD à adopter des mesures de prévention  
etc etc...

# Etapes clefs de la mise en place de la Réduction des Risques

---

- ▶ **1987:** Décret accès seringues ( M.Barzach)
- ▶ **1993/1994:** Développement de réponses nouvelles: PES, boutiques, Sleep In (S.Veil )
- ▶ **1995:** Circulaire TSO
- ▶ **2004:** Intégration de la PRDR au Code de Santé Publique (Loi quinquennale d'Orientation en Santé Publique )
- ▶ **2006:** C.A.A.R.U.D ( ex « Boutiques »):ESMS
- ▶ **2009:** ERLI et relance du débat SCMR,CIS...
- ▶ **2012:** Le changement ?

# **Des résultats immédiats, tangibles et incontestables**

---

**« En 1999, ses résultats étaient surprenants: en quatre ans les overdoses mortelles avaient diminué de 80% en 4 ans, la mortalité liée au Sida avait été réduite de deux tiers et, au-delà de la santé, on relevait aussi une baisse de 67% des interpellations liées à l'héroïne, c'est-à-dire une réduction de la délinquance. »**

A.Coppel, O.Doubré *Drogues: sortir de l'impasse*.  
Paris, La découverte, 2012



# Ressorts de l'efficacité de la Politique de RDR

---

- ▶ **Accès simplifié à un matériel d'injection stérile** (*PES, Décret Barzach...*)
- ▶ **Accueil « inconditionnel »** au sein de nouvelles structures spécialisées (*Boutiques, Sleep In*)
- ▶ **Informations** dispensées aux usagers
- ▶ **Auto-support**, place des pairs
- ▶ **Organisation des soins** (VIH)
- ▶ **Changement** du regard social ?

# Enjeux actuels de la RDR

---

- ▶ **La grande marginalité** (peu visible) « jeunes errants » et « vieux usagers » (devenus de + en + précaires)
- ▶ **Les pratiques à risques** : Injections pratiquées collectivement en urgence (stress de la répression) Public précaire (migrants situation irrégulière) + espace festif
- ▶ **Les nouvelles pratiques** (consommations et injections de psycho stimulants)
- ▶ **Les contaminations « Hépatites » dont VHC**

# Face à une série d'enjeux contemporains...

---

- ▶ **La mise en œuvre de nouvelles réponses** ayant démontré leur pertinence ailleurs (SCMR)
- ▶ **Le rôle (historique) des acteurs associatifs** dans la construction d'une nouvelle politique
- ▶ A l'heure où l'action sociale est traversée par la démarche qualité, les audits internes, externes le concept de la « bientraitance » etc. etc....  
**Quid de l'évaluation des politiques publiques** (effet de la pénalisation de l'usage simple, coût public du système réglementaire actuel...)**pour ajuster les réponses à la réalité des usagers** (besoins, prévention....)?
- ▶ **Effet du retard français** sur la mise en place tardive d'une politique publique efficace ?