

Loi de Santé et RdR

Renforcer la Réduction des Risques (RdR) liés à la consommation de substances psychoactives

Inégalités sociales et territoriales de santé, parcours de soin, décloisonnement des pratiques, renforcement du préventif sur le curatif, adaptation de l'offre aux besoins, transdisciplinarité, aller vers...

Les grands enjeux de la Loi de Santé croisent ceux des addictions et de la Réduction des Risques.

« La réduction des risques, c'est un peu la même obligation que celle du serment d'Hippocrate. Le médecin doit guérir. S'il ne peut pas guérir, il doit soigner. S'il ne peut pas soigner, il doit accompagner, ne pas abandonner le patient. »¹

Cadre de notre plaidoyer commun

La Loi de Santé croise, dans ses enjeux comme dans sa philosophie, les objectifs et engagements des acteurs de la Réduction des Risques.

« ... prévenir avant d'avoir à guérir, faciliter la santé au quotidien et innover pour consolider l'excellence de notre système de santé ».

« ... engager une politique de prévention résolue (...) en faveur de ceux qui sont les plus éloignés des soins ».

Les objectifs stratégiques du texte législatif préconisent « d'améliorer l'accès aux soins et de continuer de faire progresser **la justice sociale en matière de santé** ». Ils soulignent et suscitent « la nécessité de promouvoir des environnements de vie propices à la santé », et affirment « **la nécessité d'adapter en permanence le système, ses métiers, son pilotage, aux évolutions des connaissances, des techniques mais aussi des attentes et des aspirations de la population** ».

Ces objectifs rejoignent le travail d'analyse élaboré par les acteurs de la Réduction des Risques et la réalité de ce qu'ils rencontrent quotidiennement sur le terrain.

¹Vittorio Agnoletto - Médecin - Député européen (Italie)

Loi de Santé

Qu'est-ce que la Réduction des Risques ?

Sa particularité tient dans son essence à partir du besoin, des possibilités et des compétences de la personne. **La RdR a pour postulat de s'adapter et non pas de s'imposer.** À cet égard, la réaction des usagers de drogues face à l'épidémie de VIH est venue prouver que les personnes concernées savent mettre individuellement et collectivement en œuvre leurs ressources pour adopter des comportements favorables à leur santé, pour peu qu'on leur en donne les moyens.

« Plus qu'une réponse à telle ou telle épidémie ou maladie transmissible, la RdR est un mode d'intervention en direction des usagers face à une évolution des modes de vie. »²

Elle se conçoit comme une prévention au cours et tout au long du comportement de consommation, dans une approche graduée, qui offre une mosaïque de possibilités pour les usagers et favorise la collaboration entre les professionnels³. **Elle ne place pas l'abstinence en première intention de la démarche d'aide.**

*« Ainsi dans le champ des addictions, deux démarches peuvent être distinguées, **une démarche gradualiste** qui crée un continuum entre les approches de RdR et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence, et **une approche intégrationniste** selon laquelle l'abstinence est perçue uniquement comme une finalité parfois inatteignable par certains usagers... l'approche gradualiste est un enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RdR en mettant l'accès sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes. »⁴*

Les parcours des personnes et les recours ou non à la consommation ainsi que les traitements évoluent avec les générations; cela suppose pour les intervenants de s'approcher du risque pour mieux le connaître et mieux le prévenir.

« Le comportement addictif, lorsqu'il est installé, a pour caractéristique principale de ne pouvoir se contrôler avec la seule "volonté". »⁵

Contrairement à ce que laissent parfois supposer leurs détracteurs, les professionnels des addictions et de la RdR ne sont en rien les tenants du « laisser-faire ». Au contraire,

leur stratégie d'intervention prend toute sa pertinence dans l'individualisation de l'aide apportée, respectueuse des possibilités et des intentions de la personne. Toutes les mesures de Réduction des Risques qui ont un impact s'appuient sur la capacité de l'utilisateur à comprendre, s'approprier, gérer et agir pour modifier, avant même le sevrage, ses comportements, et diminuer les dommages affectant sa santé.

La RdR dans la loi

Historique

Mise en place de façon tardive en France, comme une réponse face à l'épidémie de Sida, elle débute avec le décret du 13 mars 1987 permettant la vente libre de seringues en pharmacie. Des programmes d'échange de seringues suivront, prolongés par la mise en place en 1993, des dispositifs à seuil d'exigence adapté (futurs Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues - CAARUD), et les traitements de substitution en 1995. Il faudra ensuite attendre neuf ans pour que la RdR soit inscrite dans la loi de santé publique en 2004.

Depuis, de nombreuses études démontrent son intérêt et sa valeur ajoutée à de multiples niveaux.⁶ Cependant, chaque évolution souhaitée par les professionnels de santé appuyés par la communauté scientifique, se heurte à des réticences, non pas élaborées au regard des résultats, mais basées sur des présupposés.

Une opinion publique favorable

Les détracteurs de la RdR, quels que soient les époques, les contextes sociaux et économiques, opposent toujours **les mêmes arguments selon lesquels les diverses formes de prévention mises**

² Henri Bergeron, Sociologue.

³ Andrew Tatarsky, Scott Kellogg, *Harm reduction psychotherapy* - New York University, 2003.

⁴ Marie Jauffret-Roustide, INSERM, « Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française » in *Alcoologie et addictologie*, n°33, 2011.

⁵ Goodman, *Réduction des risques chez les usagers de drogue*, expertise INSERM, 2010.

⁶ *Op.cit.*, Expertise collective de l'INSERM, 2010.

et RdR Loi de

en œuvre, seraient des vecteurs de facilitation et d'incitation à l'usage.

Souvent envisagée à travers le seul prisme de l'usage de drogues, la personne consommatrice voit régulièrement son identité réduite à cette seule qualité, et sa citoyenneté niée.

Pourtant lorsque le débat quitte les passions et les représentations pour reposer sur des faits, quand on fait preuve de pédagogie, de pragmatisme, l'opinion publique comprend et voit derrière la figure du « toxicomane » une personne.

Le travail auprès des populations cachées, « criminalisées » et ayant des pratiques illicites, demande de développer une connaissance des groupes-cibles et des compétences relationnelles spécifiques. Les actions des professionnels de la RdR auprès de ces communautés sont efficaces et bénéficient plus largement au grand public, comme le montre un grand nombre d'études⁷. L'impact positif de la RdR sur le « vivre-ensemble » est de plusieurs ordres :

- elle contribue à la médiation et à la pacification des relations entre les usagers de drogues et/ou d'alcool et l'espace public ;
- elle favorise la salubrité publique par l'élimination des matériels usagés, par exemple ;
- elle encourage l'essor des dynamiques d'insertion et donc de sortie de la rue pour les personnes SDF, par la médiation entre les usagers et leur voisinage.

Enfin, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a publié en octobre 2013 une étude relevant que près de six Français sur dix sont favorables à une politique de Réduction des Risques qui s'étendrait jusqu'à l'ouverture de Salles de Consommation à Moindres Risques (SCMR) et ce, quels que soient la tranche d'âge ou le niveau social des personnes interrogées⁸.

En faisant évoluer la qualité des services rendus par tous les dispositifs d'accompagnement, **la RdR a contribué à élever le seuil des normes du socialement acceptable.**

Hiérarchisation entre Loi de Santé et loi pénale

La nécessité de reparler de RdR dans la Loi de Santé résulte d'un avis du Conseil d'État, émis le 8 octobre 2013, concernant l'autorisation par décret des SCMR.

La motivation de l'avis relevait un paradoxe : « *accueillir des usagers qui consomment sur place des substances qu'ils apportent [...] méconnaît l'interdiction pénalement sanctionnée de l'usage de stupéfiants* ».

Les professionnels de la RdR n'ignorent pas cette contradiction entre Loi de Santé et loi pénale et plaident pour la nécessité de **clarifier la protection des acteurs de la RdR lorsqu'ils accomplissent un acte prescrit ou autorisé par la loi**. Jusqu'à présent, les termes généraux de l'article 122-4 du code pénal semblaient écarter toute responsabilité pénale dans ce cadre. Or la hiérarchie introduite entre prohibition pénale et Réduction des Risques par le Conseil d'État remet en cause cette analyse.

Il est constant et dommageable que « *l'usage de stupéfiants [soit] encore perçu comme un problème de sécurité publique, avant d'être un problème de santé publique* »⁹.

Un pas de plus pour la RdR

Parce qu'ils sont quotidiennement confrontés à des faits qui s'imposent de manière réelle, les intervenants en addictologie prennent acte de l'évolution des modes de consommation : nouvelles pratiques, nouveaux produits, mais aussi nouveaux publics et ce, quel que soit le statut légal des substances.

L'intervention en RdR se conçoit en termes constants d'adaptation aux réalités d'un terrain lui-même toujours mouvant : injection, inhalation, « gobage », nouvelles substances psychoactives (NPS) achetées sur internet, alcoolisation en milieu festif, qui ne concernent plus exclusivement les « déclassés » mais pénètrent de façon massive des couches de population dites « intégrées ».

⁷ Gwenola le Naour, Chloé Hamant, Nadine Chamart, *Faire accepter la RdR un enjeu quotidien*, Guide à destination des professionnels, soutenu par la Direction Générale de la Santé, Paris, 2013.

⁸ OFDT, « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », revue *Tendances* n°88, Paris, oct. 2013.

⁹ Professeur Yann Bisiou, Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, Troisième séminaire de la réduction des risques, Fédération Addiction et Réseau Français de Réduction des risques, Paris, oct. 2013.

Santé et RdR

La Loi de Santé vient réaffirmer que « l'accès à la santé, c'est l'équité des chances face à la prévention, à la nutrition, c'est le combat contre le tabac, l'alcool et les autres addictions ».

Les professionnels que nous sommes ont, avec les usagers, jugulé efficacement l'épidémie de Sida. Aujourd'hui, d'autres infections, comme le virus de l'hépatite C (VHC) affectent les usagers de drogues - par voie injectable notamment. L'expérience nous montre que **le traitement est une réponse efficace y compris en terme de prévention de la prise de risque**¹⁰. À cet égard, le dépistage est fondamental et il doit être élargi. Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) fournissent à ce jour la meilleure des réponses. Pratiqués par les structures médico-sociales en addictologie notamment à seuil d'exigence adapté, le milieu associatif et en médecine générale, ils sont dans un premier temps, une solution efficace et peu onéreuse pour la collectivité.

« Les traitements contre les hépatites sont aussi efficaces chez les usagers de drogues pris en charge qu'en population générale et ont un fort impact préventif dans cette population. La RdR restera la stratégie pour rencontrer les usagers qui sont le plus "loin" du soin et permettre une prise en charge adaptée »¹¹.

La RdR doit pouvoir s'approcher du risque pour le connaître et mieux le prévenir. Trop de publics restent sur le bas-côté des réponses sanitaires et médico-sociales de santé publique, par manque d'outils pour les accueillir dans de bonnes conditions ; c'est le cas notamment des personnes usagères de drogues et d'alcool, présentant des problèmes de santé mentale et résidant durablement à la rue.

Une reconnaissance forte et nécessaire de la RdR dans la Loi de Santé

La RdR complète la palette de réponses d'une démarche de soins, permettant une approche intégrée et globale des personnes concernées.
Au regard :

- Des principes éthiques de bientraitance, de non-discrimination et de respect de

la dignité humaine, tels qu'encadrés par les textes d'éthique de soin (Article 10 de la Déclaration Universelle sur la Bioéthique et les Droits de l'Homme), du droit universel au « meilleur état de santé possible », tel qu'il est défini par les textes cadres de l'Humanité (Unesco, DUDHC, OMS).

- De deux articles du Code de la Santé

Article L.1110-1 « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels [...] contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* »

Art L.1110-3 du code de la santé publique qui précise qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et à la santé ».

Les associations signataires de ce plaidoyer souhaitent que la Loi de Santé maintienne et sécurise pleinement la Réduction des Risques, dans le Titre 1, Chapitre III, art. 7-8-9.

¹⁰ « Treatment Action Group, Treatment as prevention » in *Pipeline report 2014, HIV, HVC, TB*, Londres, 2014.

¹¹ Pr Dhumeaux (dir.) Dr Jean-Michel Delile (coord.) « Prévention et réduction des risques chez les usagers de drogues, recommandations » in « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » Rapport d'experts ANRS-AFEF, Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014.

¹² La Cour suprême canadienne avait, en septembre 2012, ordonné à l'unanimité au ministre de la Santé fédéral de maintenir ouvert le centre d'injection supervisée de Vancouver en s'appuyant sur ses données éthiques de santé publique.