



Loi de santé et
réduction des risques
et des dommages (RdRD)

Où en est-on de la prise en charge des usagers inhalateurs ?

Note relative aux dispositions
législatives et réglementaires
en la matière



INTRODUCTION

Depuis la création du collectif du 19 mai 2009 pour l'ouverture des Salles de Consommation à Moindre risque (SCMR), la Fédération Addiction a conduit, avec d'autres acteurs, des actions pour faire progresser les politiques publiques et les pratiques des professionnels concernant l'accompagnement des consommations. Avec ses partenaires, la Fédération Addiction a organisé une mobilisation concertée des professionnels, des gestionnaires et des juristes autour de l'évolution légale et réglementaire de la réduction des risques.

De nombreuses avancées ont été obtenues dans le cadre de la nouvelle Loi de Santé, promulguée en 2016, et qui comporte un certain nombre de progrès en ce sens.

En 2018, la Fédération a réuni ses adhérents pour une journée de décryptage juridique de ces avancées grâce à l'expertise du Professeur Yann Bisiou, maître de conférence en droit privé et spécialiste des questions de drogues à l'Université Paul Valéry Montpellier 3. Cette journée a permis d'établir les limites et les marges de manœuvre des professionnels et des structures sur ce thème, à partir du constat des pratiques de consommations qui existent dans les structures (64% des CAARUD en font état), les pratiques et missions des intervenants, et des restrictions des textes législatifs et réglementaires qui permettraient de cadrer ces missions.

Parmi ces éléments d'analyse, un axe se dégage l'obligation générale de sécurité et protection des salariés et des personnes accueillies (voir synthèse de la Journée des adhérents du 16 mars 2018).

A la suite de cette journée, la Fédération s'est ainsi engagée avec le Pr Yann Bisiou dans un plan d'accompagnement juridique appuyé d'un groupe de travail composé de différentes associations, pour encadrer les pratiques d'accompagnement des consommations.

Dans ce cadre, il a paru nécessaire d'offrir un éclairage juridique sur la question précise de la prise en charge des usagers inhaleurs de cocaïne fumée. La problématique de l'accompagnement des consommateurs de crack se pose de manière accrue sur certains territoires notamment urbains. Actuellement, le cahier des charges des SCMR ne permet pas l'accueil du public concerné.

La Fédération Addiction vous propose donc cette note d'analyse, rédigée par le Professeur Yann Bisiou, pour faire le point sur ces débats.

Note relative aux dispositions législatives et réglementaires en matière de prise en charge des usagers inhalateurs

En synthèse

1

Les SCMR n'ont pas vocation à accueillir les usagers inhaleurs, mais l'arrêté du 22 mars 2016 et la circulaire du 13 juillet 2016 admettent indirectement qu'elles puissent le faire.

2

A fortiori, il n'y a pas de compétence exclusive des SCMR en matière d'accueil des usagers inhaleurs.

3

Les CAARUD n'ont pas expressément pour mission la supervision des consommations, mais aucune disposition légale ne vient interdire cette action.

4

La supervision des consommations peut être rattachée aux missions actuelles des CAARUD telles qu'elles résultent du référentiel de RdR et des circulaires des 2 janv. 2006 et 16 mai 2007.

5

Le « fait justificatif », ou « excuse légale » qui protège les intervenants lorsqu'il participe à une action des RdR (Art 3411-8 du code de la santé publique) pourra être invoqué par les intervenants sociaux, dès lors que leurs actes relèvent des missions actuelles des CAARUD.

6

Les usagers qui consommeraient des stupéfiants dans un CAARUD hors SCMR ne bénéficient d'aucune excuse pénale et peuvent donc faire l'objet de poursuites.

Préambule

Lors des échanges qui se sont déroulés le 16 novembre 2018 relatifs à la sécurisation des espaces de travail dans les structures médico-sociales qui interviennent dans le champ des addictions, vous m'avez demandé quel était le cadre légal pour la prise en charge des usagers inhalant leur produit, en particulier les usagers de crack. Vous souhaitiez plus précisément savoir si les salles de consommation à moindre risque (SCMR) étaient les seuls dispositifs à pouvoir prendre en charge des consommateurs de crack.

La réglementation applicable dépend de deux séries de dispositions, celles qui résultent de la consécration législative de la Réduction des Risques (RdR) par la loi du 9 août 2004 et celles qui résultent de la refonte de la RdR par la loi de Modernisation de notre système de santé en 2016.

Un cadre juridique contradictoire

Dans son article 43, la loi n°2016-41 de modernisation de notre dispositif de santé du 26 janvier 2016 autorise, à titre expérimental et pour une durée de 6 ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, la création de Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) dans certains Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Ces lieux sont définis comme « un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé ». La supervision, qui est la caractéristique des SCMR, est définie par l'article L3411-8, I, 4° du code de la santé publique comme consistant « à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires ». Le texte insiste sur le fait que la supervision « ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ».

L'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 ne spécifie pas les consommations et les modalités de consommation qui peuvent être prises en charge. Il précise que les espaces sont ouverts aux personnes majeures « usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en RdR dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L.3411-8 du même code ». En principe, les SCMR sont donc susceptibles d'accueillir les usagers quel que soit le produit consommé et les modalités de consommation.

L'arrêté du 22 mars 2016 (NOR : AFSP1601434A) approuvant le cahier des charges des SCMR pris pour l'application de cette loi est plus restrictif. Ce texte indique que les SCMR permettent « L'expérimentation d'un espace de réduction des risques par usage supervisé » et limite leur activité aux seuls usagers injecteurs. L'exposé des motifs explique que le dispositif « est capable d'attirer les usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables et cumulant les risques », que les SCMR ont « un impact positif sur la réduction des morbidités associées à l'injection ». L'objectif général des SCMR est de « contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile » et le premier objectif spécifique est « d'atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins ». À aucun moment il n'est fait mention d'une action en direction des usagers qui inhalent leur produit. On ne trouve donc pas dans les dispositions législatives et réglementaires relatives aux SCMR d'autorisation expresse, et encore moins exclusive, pour l'accueil des usagers de crack.

Cette approche restrictive est conforme à l'ensemble des travaux parlementaires qui ne visent que les usagers injecteurs. L'exposé des motifs du projet de loi évoque le bilan positif des SCMR à l'étranger « pour protéger les usagers de drogues par voie intraveineuse des risques sanitaires de l'injection ». Devant l'Assemblée Nationale, le rapport et les débats en commission n'évoquent que les opiacés et les salles de consommation (Rapport n° 2673, 20 mars 2015, p. 281 par exemple) et les opposants aux salles les qualifient de « salles de shoot » c'est-à-dire de lieu d'injection. Lors des débats en commission les partisans comme les opposants au texte n'évoquent que les usagers injecteurs.

Lors des échanges qui se sont déroulés le 16 novembre 2018 relatifs à la sécurisation des espaces de travail dans les structures médico-sociales qui interviennent dans le champ des addictions, vous m'avez demandé quel était le cadre légal pour la prise en charge des usagers inhalant leur produit, en particulier les usagers de crack. Vous souhaitiez plus précisément savoir si les salles de consommation à moindre risque (SCMR) étaient les seuls dispositifs à pouvoir prendre en charge des consommateurs de crack.

La réglementation applicable dépend de deux séries de dispositions, celles qui résultent de la consécration législative de la Réduction des Risques (RdR) par la loi du 9 août 2004 et celles qui résultent de la refonte de la RdR par la loi de Modernisation de notre système de santé en 2016.

« Qui va contrôler les doses que vont s'injecter les toxicomanes ? » demande le député Bernard Accoyer (ibid., p.284), « Que voulez-vous ? », questionne le député Jean-Louis Roumégas favorable au dispositif, « Que les seringues soient utilisées dans la rue, dans les parking ? » (ibid., p. 285). « Est-il raisonnable de laisser quelqu'un se piquer dans la rue ? » demande Mme Lemorton (ibid.). La même députée précise ensuite « Dans les salles de consommation supervisées, vous ne trouverez jamais un consommateur de cannabis, mais uniquement des injecteurs compulsifs hors du droit commun ». La ministre elle-même explique : « On compte en France plus de 80.000 usagers de drogue par voie intraveineuse et cent morts par overdose chaque année...Certes des centres existent déjà, comme les CAARUD, mais certains individus restent réfractaires à tous ces dispositifs, et c'est pourquoi nous proposons des solutions qui ne marcheront sans doute pas dans tous les cas... » (ibid., p. 286).

Devant le Sénat les propos sont identiques, y compris de la part des opposants au dispositif qui voteront d'ailleurs le texte en commission (Rapport n° 653, 22 juill. 2015, p.592). En séance, le sénateur Grand dépose, pour sa part, un amendement de suppression en expliquant que les SCMR « lèvent le tabou de l'interdiction d'injection de drogue par intraveineuse » (amendement COM139, 16 juill. 2015). La ministre, lors des débats au Sénat insiste également sur le double enjeu des SCMR pour « l'injection de drogue, de jour comme de nuit, dans des lieux publics, souvent les parcs et les

escaliers de gare, au vu et au su de tous », enjeu de sécurité sanitaire et d'ordre public (JO Sénat Débats, séance du 17 sept. 2015, p. 8411).

On serait donc porté à en conclure que les SCMR n'ont pas vocation à prendre en charge les usagers de crack si la circulaire du 13 juillet 2016 (NOR : JUSD1619903C) sur les SCMR n'évoquait pas l'accueil des usagers inhaleurs. Et le cahier des charges des SCMR annexé à l'arrêté de 2016 prévoit, après avoir précisé que les SCMR sont destinées aux usagers injecteurs, que les SMCR doivent indiquer « le nombre de postes d'injection et le nombre de postes d'inhalation », qu'elles doivent être pourvues « d'une hotte aspirante en cas d'installation de postes d'inhalation » et que « la salle de consommation satisfait aux conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires aux pratiques d'injection et d'inhalation ». Si les SCMR doivent indiquer le nombre de postes d'inhalation et les conditions sanitaires nécessaires aux pratiques d'inhalation c'est donc bien qu'elles peuvent accompagner ces pratiques.

Cette apparente contradiction peut s'expliquer par le statut particulier des SCMR. D'un point de vue juridique les SCMR sont des CAARUD particuliers, ou, pour être précis, des dispositifs spécifiques d'un CAARUD auxquels sont attribués une compétence particulière : la salle d'injection. En procédant ainsi, le gouvernement poursuivait deux objectifs, ne pas créer une nouvelle catégorie d'établissements médico-sociaux et s'appuyer sur les compétences avérées en RdR des établissements existants (article L312-1, I, 9° Code de l'action sociale et des familles). Les SCMR ont donc une mission spécifique, mais assurent, en théorie, les autres fonctions d'un CAARUD. Si les SCMR peuvent prendre en charge des usagers inhaleurs alors que leur mission générale et leur mission spécifique se limite aux injecteurs, on pourrait en déduire que c'est au titre de leurs fonctions de CAARUD qu'elles assurent l'accompagnement des usagers inhaleurs.

On se heurte alors à une autre contradiction apparente des textes : l'article L3411-9 du code de la santé publique qui définit les missions et actions des CAARUD ne mentionne pas expressément la supervision des consommations.

Plus encore le référentiel des SCMR en annexe de l'arrêté du 22 mars 2016 exige que la salle soit créée dans des locaux indépendants de ceux du

CAARUD : « La consommation de substances n'étant pas autorisée » (§6 du référentiel). La supervision des usagers inhaleurs ne serait donc ni une compétence des SCMR, ni une compétence des CAARUD.

On remarquera néanmoins qu'en utilisant l'expression « n'étant pas autorisée » le référentiel sur les SCMR ne pose pas un interdit, mais affirme que cet interdit existe par ailleurs. Or, si l'usage illicite de stupéfiants est interdit de façon générale en France, aucun autre texte n'interdit expressément la consommation de substances psychoactives dans les CAARUD. Au contraire, lors des débats à l'Assemblée Nationale, le député Philippe Goujon, hostile aux salles de consommation, présente en ces termes les dispositifs de RdR avant la création de ces salles : « L'offre française de RdR est l'une des plus performantes au monde, avec plusieurs centaines de structures d'accueil, dont les CAARUD et les CSAPA, l'une d'entre elles étant même dédiée aux usagers de crack à Paris » (JO AN débats, 1ère séance, 7 avril 2015, p. 3588).

Si la supervision n'est pas une compétence explicite des CAARUD on note que ces centres sont autorisés à dispenser des médicaments, donc des substances psychoactives. L'article D.3121-33-4 du code de la santé publique dispose en effet que : « La détention, le contrôle, la gestion et la délivrance des médicaments correspondant strictement à la mission de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue ... sont assurés par les personnels salariés exerçant dans le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Les personnels bénévoles du centre peuvent assurer la délivrance de ces médicaments ». Hélas le texte ne précise pas si ces médicaments peuvent être consommés sur place ou à l'extérieur du centre. De façon plus générale, les dispositions réglementaires se contentent de contrôler l'approvisionnement, le stockage et la dispensation desdits médicaments, l'article D3121-33-6 précisant : « Les médicaments sont détenus dans un lieu auquel ont seuls accès les personnels du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Ils sont conservés, dans les conditions prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du directeur du centre ». Difficile, en l'état, de tirer des conclusions de cette autorisation donnée aux CAARUD de délivrer des substances psychoactives quant à la faculté qu'ils auraient de superviser des consommations de substances psychoactives.

Évaluation du risque pénal pour les intervenants en CAARUD

À ce stade, si nous pouvons affirmer que la supervision est une compétence des SCMR, pour les autres CAARUD, dans l'imprécision de la loi qui n'indique pas expressément si la supervision est autorisée ou prohibée, il convient de vérifier le risque pénal qui serait associé à cette pratique en accompagnement d'usagers inhaleurs dans les CAARUD. La Fédération s'est déjà penchée sur l'analyse des actes matériels d'accompagnement à l'usage (Fédération Addiction, Loi de santé et RdR : où en est-on depuis l'adoption de la loi santé en 2016 ?, 2018). Nous renverrons donc à ce document sur ce point précis.

Le droit pénal des stupéfiants est particulièrement riche et les incriminations sont nombreuses. Le fait d'aider un usager à consommer peut tomber sous le coup de l'article L3421-4 du code de la santé publique (provocation à l'usage) faisant encourir à son auteur une peine délictuelle maximale de 5 ans d'emprisonnement et 75.000€ d'amende, de l'article 222-37 al.2 du code pénal (facilitation de l'usage) avec une peine de 10 ans d'emprisonnement et 7.500.000 € d'amende ou encore de complicité d'usage ou de détention (trafic). Toutes ces infractions, aux éléments constitutifs très larges, sont susceptibles d'entrer en conflit avec la mission de RdR et, en particulier, la supervision des consommations.

Pour permettre la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques, l'article L3411-8, III du code de la santé publique crée une excuse pénale au bénéfice des intervenants qui agissent conformément à leur mission de RdR. Au titre de ces missions figure le fait de « promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques », c'est à dire, notamment, d'accompagner et de prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des stupéfiants, sans participation active aux gestes de consommation. Cette excuse pénale générale est distincte de celle, spécifique, prévue pour les SCMR (art. 43, II loi n°2016-41 du 26 janv. 2016) qui concerne et les professionnels intervenants agissant conformément à leur mission de supervision, mais aussi les usagers, pour les infractions d'usage, de complicité d'usage et de facilitation de l'usage.

La circulaire de 2007 insiste sur le fait que les CAARUD sont destinés à « prévenir ou réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants ». Elle prévoit que les CAARUD doivent « améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins ». La circulaire de 2006 (documents n°2 et 3) précise pour sa part que la mission d'accueil consiste en un accueil sans préalable des usagers dans l'état où ils se présentent, avec pour finalité la responsabilisation de l'utilisateur en tant qu'acteur du maintien de sa santé. Il s'agit, détaille la circulaire, d'établir et d'entretenir un lien avec l'utilisateur. Concernant l'accès aux soins, la même circulaire indique qu'il s'agit d'assurer, sur place, les petits soins infirmiers et les soins médicaux, notamment.

Le second texte de référence, est le référentiel de la RdR visé à l'article D3121-33 et à l'article annexe 31-2 du code de la santé publique. Là encore, les termes généraux ne mentionnent pas l'aide à la consommation, mais un ensemble d'actions qui, de fait, décrivent très concrètement les actes réalisés par les intervenants dans le cadre d'une consommation supervisée : « prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles » (§I,2°), « distribution, promotion du matériel d'hygiène et de prévention », « information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention », « dispensation de soins infirmiers », « récupération du matériel usagé et traitement des déchets septiques » (§II, 3°, 4°, 14°, 17°).

Le référentiel précise d'ailleurs que « l'information porte sur « les complications des autres modalités d'administration des produits » ou « les gestes et procédures destinés à prévenir la transmission interhumaine des agents infectieux, notamment concernant la préparation et l'injection des substances et l'élimination des déchets potentiellement dangereux ».

Contrairement à l'interprétation restrictive parfois donnée par les autorités de santé des actions de RdR, on peut de ce point de vue faire un parallèle avec le programme AERLI : rien n'autorise expressément la supervision des consommations, et cette supervision est déjà parfaitement dans les missions de RdR des CAARUD. Dès lors les intervenants, pourront invoquer l'excuse pénale prévue par l'article L3411-8, III du code de la santé publique et échapper à d'éventuelles poursuites pénales. La difficulté est ailleurs, dans le fait que l'usage de stupéfiants restant interdit, les usagers qui consomment dans le centre sont susceptibles d'être poursuivis et sanctionnés pénalement, ce qui n'est pas le cas dans le cadre d'une SCMR. Reste que de telles poursuites seraient particulièrement difficiles à justifier dans le cadre d'une politique de santé publique si l'action menée par les CAARUD est destinée à améliorer la situation des consommateurs et celle du public.

Conclusion

- Les SCMR n'ont pas vocation à accueillir les usagers inhaleurs, mais l'arrêté du 22 mars 2016 et la circulaire du 13 juillet 2016 admettent indirectement qu'elles puissent le faire. A fortiori, il n'y a pas de compétence exclusive des SCMR en matière d'accueil des usagers inhaleurs.
- Les CAARUD n'ont pas expressément pour mission la supervision des consommations, mais aucune disposition légale ne vient interdire cette action. Or la supervision des consommations peut être rattachée aux missions actuelles des CAARUD telles qu'elles résultent du référentiel de RdR et des circulaires des 2 janv. 2006 et 16 mai 2007.
- Le « fait justificatif », ou « excuse légale » qui protège les intervenants lorsqu'ils participent à une action des RdR (Art 3411-8 du Code de la santé publique) pourra être invoqué par les intervenants sociaux, dès lors que leurs actes relèvent des missions actuelles des CAARUD.
- Le « fait justificatif », ou « excuse légale » qui protège les intervenants lorsqu'ils participent à une action des RdR (Art 3411-8 du Code de la santé publique) pourra être invoqué par les intervenants sociaux, dès lors que leurs actes relèvent des missions actuelles des CAARUD.

