

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique

Propositions pour une reformulation du cadre législatif

Rapport, avis et recommandations

du Conseil national du sida,

*adoptés lors de la séance plénière du 21 juin 2001,
sur proposition de la commission « Toxicomanies ».*

Responsable de la commission :

M. Alain MOLLA

Membres de la commission :

Mme Christiane BASSET
M. Jean-François BLOCH-LAINE
M. Aimé CHARLES-NICOLAS
M. Paul HANTZBERG
Mme Danielle JUETTE
M. Jacques PASQUET
Mme Véronique NAHOUM-GRAPPE

Rapporteurs : M. Mathieu THEVENIN

M. François BUTON

Introduction

Les transformations des risques liés aux usages de drogues

L'usage de drogues par voie intraveineuse constitue incontestablement une pratique à hauts risques. Il peut contribuer à la dégradation de l'état de santé et à la désocialisation de ceux qui s'y livrent, et mettre leur vie en jeu. Il est à l'origine de conduites qui heurtent les principes moraux d'une grande partie de la population. Lorsqu'il s'agit de drogues illicites, il expose les consommateurs à toutes sortes de sanctions sociales et pénales. Sur le plan sanitaire, l'usage de drogue par voie intraveineuse peut entraîner différentes conséquences dommageables, jusqu'à la mort violente due à l'effet de la substance injectée sur l'organisme. L'une des plus connues et des mieux attestées de ces conséquences réside dans la probabilité accrue d'être exposé à la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

La question de la vulnérabilité des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) face aux risques infectieux a déjà fait l'objet en 1993 d'un rapport et d'un avis du Conseil national du sida (CNS). Intitulé *Toxicomanie et sida*¹, ce document envisageait les implications de certaines pratiques d'injection par voie intraveineuse dans la fréquence des contaminations par le VIH. **Elaboré à l'issue des auditions menées durant l'année 1993, l'avis émis par le Conseil national du sida soulignait la nécessité de renforcer la politique de prévention et de protection de la santé publique, plutôt que de poursuivre la répression de l'usage simple de drogues, et appelait pouvoirs publics et associations à s'engager résolument dans une politique de réduction des risques liés aux usages de drogues.** Outre cette recommandation d'ordre général, l'avis comportait une série de suggestions visant à améliorer, tant sur le plan national qu'à l'échelon local, les actions de prévention, d'accueil et de soins.

L'avis du CNS intervenait alors dans une situation d'urgence sanitaire, marquée par l'ampleur et la dynamique de l'épidémie de VIH dans la population des usagers de drogues par voie intraveineuse. La prévalence estimée de l'infection dans le groupe des UDVI concernait plus du tiers des individus ; la part des cas de sida cumulés liés à l'injection de drogues, chez les UDVI ou chez leurs partenaires sexuels, avait crû régulièrement depuis le début de l'épidémie en France jusqu'à représenter plus du quart de l'ensemble.

Ce caractère d'urgence était en outre aggravé par le retard considérable pris dans le déploiement des moyens à même de contrarier la progression des contaminations par le VIH. Insistant fortement sur la chape de préjugés qui avaient contrarié la mise œuvre en France de mesures de réduction des risques sanitaires, le rapport du CNS rappelait d'ailleurs que, dans un certain nombre de pays, le développement de l'épidémie de VIH avait au contraire justifié, dès la fin des années quatre-vingt, la mise en place de programmes diversifiés d'accès aux produits dits « de substitution » et d'initiatives visant à amoindrir les risques liés à certaines pratiques d'injection d'opiacés (héroïne notamment). En 1993, la stratégie de réduction des risques et la mise à disposition de médicaments de substitution étaient encore à l'état

¹[Conseil national du sida, 1996, pp. 184-207]

embryonnaire en France, cependant que les actions visant à développer le dispositif d'accueil psychologique et social étaient insuffisantes.

A bien des égards, la situation a évolué depuis l'avis du 8 juillet 1993. La prise en charge de l'état de santé des usagers de drogues affectés par le VIH a été foncièrement renouvelée par les thérapies antirétrovirales. Un ensemble de mesures est venu renforcer les effets de la thérapeutique, dans le domaine de la réduction des risques et des dommages sanitaires occasionnés par certaines consommations de drogues. En particulier, le développement de médicaments de substitution a amélioré la prise en charge médicale de nombreux usagers de drogues.

En premier lieu, le profil de l'épidémie de VIH/sida s'est profondément modifié. L'apparition de nouvelles classes de médicaments antirétroviraux a en effet fait diminuer de manière drastique la mortalité des personnes malades du sida, et autorisé le retour à la vie « normale » de très nombreuses personnes vivant avec le VIH. Ces effets positifs ont également profité aux UDVI affectés par le VIH, dès lors que ceux-ci ont accès aux soins – ce qui est loin d'être toujours le cas.

En second lieu, sur le plan de la réduction des risques, les initiatives se sont multipliées, donnant l'occasion aux UDVI de montrer que, conformément aux postulats énoncés dans le rapport du CNS, ils étaient souvent capables de satisfaire les exigences de prévention de la contamination par le VIH. L'échange de seringues usagées s'est largement développé ; des structures d'accueil, dites de « première ligne », ont été ouvertes ; des actions menées par les groupes d'auto-support avec le soutien actif des pouvoirs publics ont permis une très large information des usagers sur les risques liés à l'injection.

La substitution a pour sa part connu un développement rapide et massif. La prise en charge médicale des usagers de drogues injectables inclut de plus en plus souvent la prescription de méthadone ou de buprénorphine haut dosage². A ce jour, on estime à près de quatre-vingt dix mille le nombre d'UDVI bénéficiant d'un traitement de substitution.

Cependant, plusieurs indicateurs semblent confirmer la persistance de pratiques à risque, telles que le partage de seringues ou de matériel d'injection ou les rapports sexuels non protégés, et font craindre non seulement une reprise de l'épidémie de VIH au sein de certaines populations d'usagers de drogues, mais aussi le développement d'autres affections. Pour ceux d'entre eux déjà infectés par le VIH, les infections par les virus des hépatites représentent les risques les plus connus et probablement les plus répandus.

Certes tardive, mais de grande envergure, la conduite de la politique de réduction des risques, a été accompagnée, notamment depuis 1999, d'un effort sans précédent de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) en faveur, d'une part du renforcement de la prévention primaire et secondaire, d'autre part du développement de recherches sur les consommations de drogue et leurs conséquences. Dans cette perspective, la MILDT a pu tirer parti des réflexions engagées ces dernières années sur la question des usages de drogues, de leur prévention et de la réduction des risques. Outre celui du Conseil

² Plus couramment identifiée sous son nom commercial, Subutex®, la buprénorphine haut dosage a connu une diffusion rapide dans la gamme des soins des usagers de drogues suivis en médecine de ville.

national du sida, on retiendra tout particulièrement les rapports du Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) et de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le Professeur Henrion en 1994, celui du Professeur Parquet, relatif à la politique de prévention des comportements de consommation en 1997, et celui du Professeur Roques, sur la dangerosité des drogues en 1998.

La campagne de communication visant l’information la plus large possible, développée autour du principe « Savoir plus, risquer moins » a sans doute été l’initiative la plus spectaculaire de la MILDT ces dernières années³. Elle a permis de mobiliser des connaissances issues de nombreux horizons disciplinaires, et a contribué à mieux informer le grand public sur les questions liées aux usages de drogues comme sur les risques associés à certains comportements. Le plan triennal (1999-2000-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de la MILDT⁴, qui présente les objectifs et les moyens propres à assurer la réduction de l’offre et de la demande de drogues licites et illicites, propose pour sa part la mise en œuvre d’un certain nombre de mesures innovantes de réduction des risques. Adopté par le gouvernement le 16 juin 1999, ce plan témoigne des progrès accomplis par les autorités françaises : outre qu’il intègre les connaissances les plus récentes en matière d’effets des substances désignées sous le terme de « drogues », il témoigne de l’évolution de l’approche de leurs usages – licites et illicites – en l’espace de cinq ans par les pouvoirs publics.

C’est dans ce contexte, et en souhaitant prendre toute la mesure des changements intervenus depuis 1993 dans l’orientation de l’action publique en matière de lutte contre les drogues, que le Conseil national du sida a entrepris d’actualiser ses recommandations en matière de prise en charge des risques liés au partage de seringues et aux pratiques sexuelles non protégées de certains UDVI.

Sur bien des points, les objectifs tenus pour souhaitables par le Conseil national du sida sont proches de ceux poursuivis par la MILDT. En particulier, l’accent mis par la mission interministérielle sur la prévention – celle-ci devant à l’évidence constituer le socle de toute action cohérente relative aux usages de drogues - concorde avec les recommandations du CNS de 1993.

Cependant, si les notions de réduction et de prévention des comportements à risques liés aux usages de drogues semblent constituer aujourd’hui des lieux communs des discours officiels sur la prise en charge des questions posées par les drogues à la société, elles n’ont donné lieu, dans les faits, à aucun questionnement plus approfondi de la part du législateur. Prises souvent dans des situations d’extrême urgence sanitaire, les décisions ministérielles sur lesquelles s’appuient les dispositifs de réduction des risques ne disposent toujours pas d’un fondement légal qui en garantisse la pérennité.

Le Conseil national du sida considère ainsi qu’**une réflexion approfondie sur la place de la dimension préventive et de la stratégie de réduction des risques dans la loi mérite d’être à nouveau menée.** En outre, il lui apparaît qu’un certain nombre de propositions avancées dans les rapports cités, ou les études les plus récentes menées auprès des usagers de drogues, mais aussi des recommandations émises dans les circulaires ministérielles, voire des dispositions de textes réglementaires, connaissent une traduction parfois difficile, hésitante ou contrariée dans les actes. Ces contradictions sont partiellement le fruit d’injonctions

³ [CFES/MILDT, avril 2000.]

⁴ [MILDT, 1999.]

paradoxaux qui peuvent apparaître à certains comme une incitation à une plus grande tolérance à l'égard de la transgression de la loi.

On pourrait certes opposer qu'il s'agit là de questions déjà largement débattues publiquement : les controverses ont été nombreuses à placer dos-à-dos, de manière plus ou moins raisonnée, sécurité publique et santé publique, répression et soins, prise en charge pénale et prise en charge médicale. Mais le raisonnement du Conseil national du sida n'est pas réductible à ces alternatives. **Le Conseil national du sida souhaite aborder de manière pragmatique et le plus complètement possible l'ensemble des problèmes sanitaires très évolutifs, difficiles à mesurer et parfois même à identifier, qui se posent aujourd'hui autour de la question des usages de drogues.**

Une modification majeure relative aux pratiques de consommation doit être intégrée dans l'analyse. La population d'injecteurs de drogues en France est estimée entre 130000 et 160000 individus. S'il semble avéré que les produits consommés par ces UDVI jusqu'à la moitié de la dernière décennie étaient essentiellement des opiacés, et principalement l'héroïne, tout indique que la fin des années quatre-vingt dix a été marquée par une diminution de la prévalence de l'usage d'héroïne chez les consommateurs d'opiacés, et de l'augmentation de la prévalence de l'usage, jusqu'alors inexistant ou minoritaire, de certaines substances par voie intraveineuse. Parallèlement, on a identifié et documenté une multiplication de polyconsommations de drogues licites (tabac et alcool) et illicites, de médicaments psychoactifs et de médicaments de substitution parfois détournés de leur finalité. Un enjeu à ce jour trop timidement exploré concerne la modification des pratiques de prise de risque liée à ces changements de consommation.

Au regard de ces différentes évolutions, l'ambition du Conseil national du sida, dans le présent rapport, ne s'est pas limitée à l'énonciation de principes généraux d'action, dont les pouvoirs publics reconnaissent en partie, au moins dans les discours, le caractère prioritaire. Prenant au sérieux, dans tous leurs aspects, les implications pratiques de la notion de réduction des risques, le Conseil national du sida se doit en effet de souligner combien l'engagement des pouvoirs publics est de ce point de vue souvent incomplet et fragile.

Le Conseil national du sida a en revanche exclu de sa réflexion un certain nombre de questions éthiques et scientifiques qui se sont avérées étrangères à sa vocation. Ainsi, de même qu'il ne se prononce pas sur la difficile question de l'étiologie et des ressorts psychologiques individuels des pratiques addictives, l'évaluation des traitements de la dépendance ou de la toxicomanie a été exclue du propos. Pour pertinente que la problématique puisse paraître dans le cadre de débats publics, le Conseil s'est également éloigné de tout argumentaire relatif à l'exercice de la liberté individuelle des consommateurs de drogues.

L'accent mis sur **la recherche de solutions propres à améliorer la situation sanitaire des usagers de drogues** implique toutefois d'embrasser un questionnement très large, portant à la fois sur le registre des **risques** devant être pris en charge que sur les **pratiques** actuelles. Peut-on se contenter de prendre en compte les risques « sanitaires », voire le seul risque de transmission du VIH ? Quelles interactions doit-on envisager entre les attitudes de protection mises en œuvre par les UDVI face aux risques sanitaires, et leurs attitudes liées aux risques sociaux ou « répressifs » ? Peut-on considérer que la politique de réduction des risques a mis en œuvre l'ensemble des réponses souhaitables face aux comportements de prise de risque

que sont la réutilisation des seringues par les UDVI ou des pratiques sexuelles insuffisamment protégées ? Est-il pertinent d'envisager des dispositifs ciblés selon des catégories d'usagers, ou faut-il prôner une prise en charge médicalisée et identique pour tous ? Doit-on chercher prioritairement à soigner la toxicomanie des usagers dépendants, ou est-il préférable de proposer des opportunités thérapeutiques adaptées aux besoins et demandes des usagers ?

Enfin, l'attention du Conseil national du sida s'est portée, au-delà de la prise en charge sociale et sanitaire des usagers, sur le **traitement judiciaire** qui leur est réservé. En effet, l'usage de drogues illicites ne peut être envisagé hors de ce contexte ; l'usager de drogue n'est pas seul en cause dans le développement des risques pour la santé et la sécurité publiques, et sa situation cristallise un certain nombre de problèmes qui concernent l'ensemble de la société.

L'approche essentiellement sanitaire adoptée par le Conseil national du sida est donc articulée avec des propositions concrètes concernant les aspects juridiques et institutionnels de la prise en charge des comportements à risque. Si la « commission Toxicomanies » du Conseil national du sida⁵, à l'origine de ce rapport, a entrepris l'examen de l'opportunité d'une reformulation de la loi en matière de stupéfiants en intégrant une analyse du traitement pénal des usagers de drogues, en particulier des usagers de drogues par voie intraveineuse, cette reformulation n'en est pas moins étroitement et prioritairement guidée par l'évaluation de l'impact de la prohibition de l'usage, de la détention, de la cession et du trafic de stupéfiants sur la stratégie de réduction des risques au sein de la population des usagers de drogues.

En se fondant principalement sur le rappel des principes contenus dans le rapport et l'avis du 8 juillet 1993, la première partie du présent document dresse l'inventaire des freins au déploiement d'un dispositif efficace de réduction des risques sanitaires, dispositif conçu comme le fondement de l'action menée auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse. Dans une seconde partie, le rapport s'attache à la description des principales transformations intervenues ces dernières années, et propose une évaluation de la prise en charge des risques liés aux usages de drogues, au regard des finalités des pouvoirs publics en la matière. Critique à l'égard de la cohérence de la politique générale vis-à-vis de la consommation de drogues et de comportements « à risques », le Conseil avance dans une troisième partie un certain nombre de propositions, visant à un renforcement général et clairement prioritaire de la prévention des conduites à risques ainsi qu'à garantir la cohérence du dispositif proposé sur le plan légal.

⁵ Commission dont les objectifs ont été établis à l'occasion de la séance plénière du Conseil en date du 20 mai 1999.

1) Les freins et obstacles à la prise en compte des risques liés aux usages de drogues

La réduction des risques peut être ici définie comme une politique de santé publique visant à minimiser les effets néfastes que l'usage de drogues peut entraîner chez le consommateur. Cette politique s'est constituée en France, dans la dernière décennie, comme un ensemble de stratégies dont l'objectif premier a été d'éviter la diffusion des virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites en favorisant l'adoption d'attitudes préventives de la part des usagers de drogues.

Une telle politique, pour être optimale, doit reposer sur quelques principes fondamentaux : une connaissance claire des comportements et attitudes favorisant la prise de risques, ainsi que des usagers de drogues ; une approche compréhensive des conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent développer des attitudes de protection à l'égard des risques ; enfin, un engagement prioritaire des pouvoirs publics en faveur d'actions de promotion de la santé publique.

A rebours de ces principes, on peut observer que persistent des obstacles importants à la réduction des risques. Des présupposés infondés sont attachés aux usagers de drogues et, par la suite, à de nombreuses actions menées en leur direction. Ils fondent une vision et une prise en compte encore partielles des risques occasionnés par certains comportements d'usage. En particulier, ils justifient le maintien d'ambiguïtés dans l'action des pouvoirs publics.

A. La persistance des préjugés sur les usagers de drogues.

Le Conseil national du sida dénonçait en 1993 le « poids des préjugés » dans les appréciations portées sur « tout ce qui est fait concernant la toxicomanie ». De fait, les préjugés sont dommageables non seulement parce qu'ils font obstacle à une intervention sanitaire efficace vis-à-vis des usagers habituels, mais aussi parce qu'ils empêchent le développement d'actions de prévention auprès des usagers occasionnels ou des non-usagers – dont la connaissance des risques liés à certaines consommations est souvent lacunaire et, partant, la vulnérabilité au risque particulièrement élevée dans le cadre d'expérimentations de toxiques.

Les travaux menés récemment ont permis de mieux cerner la nature des préjugés qui concourent à renforcer les stéréotypes sur les usagers de drogues injectables. Il est ainsi possible de mesurer l'écart entre les représentations et les connaissances dont on dispose aujourd'hui au sujet des drogues et de leurs consommateurs.

1. Les usages de drogues correspondent à des expériences diversifiées

Les connaissances en matière d'addictions sont de plus en plus précises sur le plan scientifique. Indépendamment de leur caractère licite ou illicite, les drogues peuvent être désormais caractérisées d'une part par leur effet psychoactif, grâce à l'observation de leurs effets sur les récepteurs du système nerveux central. D'autre part, on sait que leur toxicité dépend non seulement de la substance considérée, mais aussi des comportements d'usages et des quantités consommées. Elle peut être en particulier appréciée au regard des effets de la substance sur le cerveau, sur le système vasculaire ou sur le système respiratoire. Enfin, ayant

établi des distinctions entre les différents effets des drogues, on peut distinguer les registres de risques intrinsèques des produits consommés. La dangerosité d'une substance doit être distinguée de sa toxicité : une substance faiblement neurotoxique comme l'héroïne, par exemple, peut entraîner rapidement des situations de dépendance, et donc être néanmoins très dangereuse.

En revanche, toutes les drogues ont en commun une action « hédonique » : leur consommation procure un certain plaisir ou vise à éviter un état de manque. Cette capacité repose sur la dopamine produite par le cerveau lors de la consommation de drogue. La plus ou moins grande tendance à renouveler la recherche de plaisir dépend quant à elle des individus et des produits⁶.

Or il apparaît que, contrairement au raffinement des travaux relatifs aux effets des drogues, ces dernières motivent des représentations souvent irrationnelles.

Les résultats d'une enquête d'opinion récente – EROPP 99, menée au sein de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies – donnent la mesure des peurs liées aux représentations de la consommation de drogues (licites et illicites) et des jugements relatifs aux usagers, en particulier d'héroïne⁷.

Il convient de préciser d'emblée que l'un des principaux déterminants des opinions réside dans le degré de proximité avec les produits cités. Ainsi la « théorie de l'escalade », selon laquelle la consommation de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux, varie en sens inverse de la proximité personnelle à la consommation de cannabis.

Il ressort de cette enquête que l'héroïne, perçue comme la substance psychoactive la plus dangereuse pour la santé, inspire la plus grande peur dans l'hypothèse d'un usage personnel. Près de neuf personnes interrogées sur dix considèrent ainsi que dès la première consommation, l'héroïne entraîne des dommages personnels (87%). Héroïne et cocaïne sont également citées comme les produits présentant le plus grand risque de dépendance dès leur expérimentation. *A contrario*, alcool et tabac bénéficient de points de vue plus favorables, puisque très peu d'individus envisagent qu'ils soient dangereux pour la santé à partir de faibles doses. Cet écart renvoie à un principe de différenciation fondamental dans l'appréciation de la dangerosité ou de la toxicité des produits : leur licéité ou illicéité.

Face à de tels résultats, il est nécessaire de rappeler que les usages de drogues, licites ou illicites, sont irréductibles aux produits eux-mêmes, dont la dangerosité n'en est pas moins établie pour tous de façon scientifique. Le risque de dépendance physique ou psychologique que leur consommation entraîne diffère selon les individus, leur personnalité et un ensemble de facteurs environnementaux. Tandis que certains consommateurs, par exemple d'héroïne, espacent les injections de plusieurs jours, d'autres ont des comportements nettement plus compulsifs qui les conduisent à renouveler ce geste plusieurs fois par jour, pour un même produit ou en associant les substances.

La focalisation de l'attention sur l'héroïne, la cocaïne ou certains produits, considérés isolément, présente pour autre inconvénient de contribuer à masquer des évolutions importantes dans les usages : des polyconsommations de mieux en mieux identifiées de

⁶ Sur tous ces éléments, [Roques, 1998].

⁷ [Beck et Peretti-Watel, 2000]. Précisons que cette étude, menée en 1999 auprès de 2000 personnes, apporte des réponses nombreuses et nuancées, qui vont au-delà des éléments rapportés ici. Certains aspects en ont été recensés par un des auteurs dans le bulletin *Tendances* de l'OFDT ; [Peretti-Watel, 2000].

drogues licites et illicites, une grande variabilité dans le temps et dans l'espace des différents produits consommés, en fonction de l'attrance qu'ils suscitent, de leur image, de leur qualité⁸, de leur disponibilité, de l'offre de nouvelles molécules, et du contexte de consommation.⁹

Il est enfin inexact et contre-productif pour la prévention de lier licéité de l'usage et dangerosité du produit. Le caractère licite de l'usage de certaines drogues ne signifie en aucune manière qu'elles sont inoffensives ni leur usage anodin. Quant aux drogues injectables, les risques qu'elle entraînent pour la santé des consommateurs et pour leur insertion sociale sont importants. Il apparaît cependant que certains usagers sont susceptibles de mesurer ces risques, d'éviter ou de sortir de l'état de dépendance fréquemment développé.

2. Les usagers de drogue constituent une population hétérogène sur de nombreux plans

Caractéristiques socio-économiques des usagers

La majeure partie de la population française a déjà expérimenté une drogue licite (46 millions de personnes ont bu au moins une fois de l'alcool) et une forte minorité une drogue illicite (près de 7 millions de personnes ont déjà consommé du cannabis). Les consommateurs « en état de vulnérabilité » sont évalués à plus de trois millions d'individus pour l'alcool, et entre 140 000 et 176 000 personnes pour les opiacés¹⁰.

Les enquêtes menées auprès de la population adulte âgée de 18 à 44 ans indiquent qu'en 1996, 0,5% ont expérimenté l'héroïne au moins une fois. Plusieurs études ont été consacrées à la population des moins de 25 ans. 1,5% des 18-23 ans convoqués en centre de sélection du service national en 1995-96 déclaraient avoir consommé de l'héroïne au cours de la vie, 2,5% de la cocaïne. L'enquête ESCAPAD menée auprès de la population adolescente lors de la journée d'appel de préparation à la défense, publiée récemment, indique que 1,3% des 14 000 jeunes de 17 à 19 ans convoqués avaient expérimenté l'héroïne¹¹. Pour les moins de 25 ans, la prévalence de l'usage de ce produit est ainsi plus élevée que dans la population adulte. La jeunesse relative de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse est confirmée par toutes les données disponibles.

Il convient de préciser que la description des usagers de drogues injectables butte sur un problème méthodologique, lié au fait que ne sont généralement connus comme tels que ceux qui sont appréhendés par les services de police et de gendarmerie, et ceux qui fréquentent le système de soins spécialisés ou les structures d'accueil. Les consommateurs ainsi approchés renvoient une image déformée des difficultés sanitaires (état clinique général, maladies infectieuses, problèmes psychologiques, dépendance...) et sociales (problèmes judiciaires, absence de domicile fixe, inactivité ou chômage...) que connaît la population générale des usagers de drogues. Toutefois, les chiffres fournis permettent d'approcher un certain nombre de caractéristiques propres à des catégories d'usagers particulièrement vulnérables

⁸ Les changements de consommation liés aux modifications du marché des drogues illicites et à la pureté des produits proposés font l'objet de peu de publications en France ; pour avoir une idée du dispositif d'étude des usages de drogues, la MILDT propose sur son site internet des pages d'information de l'OFDT accessibles à tous ; [<http://www.drogues.gouv.fr>].

⁹ Un dispositif d'observation des tendances dans la consommation de drogues a donné lieu à publication, pour l'année 1999, en mars 2000 [OFDT, mars 2000]. Voir également [Emmanuelli, Lert, Valenciano, 1999].

¹⁰ [OFDT, 1999, pp. 58 à 90].

¹¹ [Beck, Legleye, Peretti-Watel, décembre 2000].

La population des usagers injectant les drogues qu'ils consomment est d'abord jeune.

Sur les 6141 usagers d'héroïne interpellés en 1999¹² et enregistrés par l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS), un dixième avaient au maximum vingt ans ; les 21-35 ans représentaient près de 80% des usagers interpellés : 28,6% pour les 21-25 ans ; 31,85% pour les 26-30 ans ; 18,51% pour les 31-35 ans. Les plus de 35 ans constituaient donc un dixième de la population interpellée, dont l'âge médian lors de l'interpellation était de 27,8 ans.

Pour la cocaïne (prise ou injectée) et le crack (dérivé de la cocaïne, inhalé ou injecté), l'OCRTIS avance, sur un total de 3397 interpellés, une répartition par âge relativement semblable, avec environ un dixième de moins de 21 ans, 7 usagers interpellés sur 10 entre 21 et 35 ans, et 2 sur 10 au-delà de 35 ans¹³. L'âge médian était de 29,8 ans.

Les enquêtes menées dans les structures d'accueil et de soins¹⁴, et directement sur les scènes de trafic et de consommation de rue indiquent, le cas échéant, des âges moyens et médians proches, compris entre 28 et 32 ans pour les hommes et 27 et 30 ans pour les femmes.

Les injecteurs sont donc globalement jeunes, mais la tranche d'âge où se recrutent la plupart d'entre eux est étendue. Là encore, la prudence s'impose, puisque rien ne permet d'affirmer que la répartition donnée correspond exactement à celle de l'ensemble des usagers. On notera d'ailleurs que l'enquête longitudinale du Centre Européen de Surveillance Epidémiologique du Sida (CESES)¹⁵ menée dans les centres de soins spécialisés avec hébergement de 1993 à 1998 indique un vieillissement des patients hébergés, sensible à partir de 1996. Ce vieillissement correspond à la période de diffusion des traitements de substitution, et à l'amélioration de l'état sanitaire et social de nombreux usagers.

Cette population d'UDVI est également plutôt masculine, puisque les sources indiquent une nette prépondérance des hommes.

Ils constituent environ 85% des consommateurs d'héroïne, de cocaïne et de crack interpellés. Leur sur-représentation est également décelable dans les structures d'accueil et de soins, dont ils composent entre 70 et 77% de la « clientèle ».

Concernant l'activité professionnelle, les données disponibles, assez disparates, sont difficiles à interpréter, mais semblent indiquer une exclusion du marché du travail et/ou un niveau de qualification professionnelle relativement faible.

Les usagers de drogues injectables repérés sont massivement sans insertion professionnelle (6 fois sur 10 pour les usagers interpellés par l'OCRTIS, 7 à 8 fois sur dix dans les autres études citées). Reste qu'on compte également des usagers de drogues injectables employés, ouvriers, commerçants... c'est-à-dire souvent de catégories populaires dont le niveau de qualification est assez modeste.

Mais là encore, les présupposés sont nourris par une activité institutionnelle qui s'adresse prioritairement (qu'il s'agisse de l'action répressive ou des services d'accueil et de soins) aux usagers dans les situations sociales les plus précaires. Il ressort ainsi que les structures

¹² [OCRTIS, 2000].

¹³ La répartition par âge constitue probablement un témoin de l'activité répressive, dans la mesure où celle-ci s'attache à des populations, à des lieux ou à des groupes perçus comme potentiellement propices à la consommation de drogues illicites par les services de police et de gendarmerie. Cette remarque vaut d'ailleurs pour les autres caractéristiques socio-démographiques qui sont exposées.

¹⁴ [Six, Hamers, Brunet, 1999], [Ingold *et alii.* 1996], [Emmanueli, Lert, Valenciano, 1999], [Palle et Tellier, 2000].

¹⁵ [Six, Hamers, Brunet, 1999].

répondent aux besoins d'une partie très fragilisée socialement de la population d'usagers de drogues (31 à 45% de bénéficiaires du RMI selon les études), même si la grande majorité bénéficie d'une couverture sociale.

On notera enfin que la majorité des usagers rencontrés dans les structures de soins et d'accueil disposent d'un logement personnel ou familial.

Le type de résidence est assez variable : si l'absence de domicile est répandue (entre 10 et 20 % des usagers fréquentant les centres de soins spécialisés ou les lieux d'accueil), elle n'est pas la règle ; des situations intermédiaires ne sont pas rares (squat, hébergements chez des amis, en foyer...).

Les sources de revenus des usagers de drogues injecteurs font l'objet des jugements les plus hâtifs qui renforcent la figure archétypique d'un usager de drogues illicites délinquant, dangereux pour lui même, mais aussi pour la société.

Les enseignements fournis à ce propos par l'enquête EROPP 99¹⁶ sur les représentations relatives aux usagers d'héroïne sont éloquentes : 74% des personnes interrogées ont exprimé leur accord avec l'affirmation selon laquelle les usagers d'héroïne sont « dangereux pour leur entourage », 64% avec l'idée qu'ils « cherchent à entraîner les jeunes ». Globalement, les auteurs distinguent une majorité relative (45%) de répondants hostiles aux consommateurs d'héroïne.

Drogues et délinquance : une relation sans causalité attestée

Les liens entre usage de drogues et délinquance sont à l'origine d'une littérature scientifique et juridique riche et contradictoire. Il n'appartient pas au Conseil national du sida, sur ce point précis, de trancher parmi les explications des comportements de déviance adoptés par certains individus. En revanche, tous les travaux reconnaissent la réalité statistique selon laquelle les usagers de drogues injectables faisant l'objet d'enquêtes sont massivement concernés par des problèmes de comportements délinquants. En la matière, les sources sont de deux types : les statistiques des services de police et de justice, et les résultats des études menées par les professionnels au sein même des structures d'accueil et de soins. Les unes comme les autres sous-évaluent peut-être la réalité. En effet, des individus commettent ponctuellement des infractions, voire mettent en jeu la sécurité d'autrui, sous l'influence de substances psychoactives mais sans que l'usage de drogues ait été avéré¹⁷.

L'étude menée en 1998 auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues fait ainsi apparaître que 62% des individus ayant répondu ont été incarcérés, en général plusieurs fois. Une autre enquête statistique de sources judiciaires (*Etude délinquance internationale auto-déclarée*), menée dans douze pays, avance une fréquence de l'incarcération approximativement 10 fois plus élevée chez les usagers de drogues qualifiées de « dures » (héroïne, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy, LSD) que chez les non-consommateurs de drogues illicites¹⁸.

¹⁶ [Beck et Peretti-Watel, *op. cit.*].

¹⁷ La conduite automobile après consommation de drogue illicite constitue ainsi une manifestation caractérisée de violence routière comparable à la conduite en état d'ébriété alcoolique. Sur le lien entre alcool et délinquance, voir [Pérez-Diaz, nov. 2000].

¹⁸ [Killias, 1998]. Néanmoins, il faudrait pouvoir apprécier la part des incarcérations liés à l'usage de drogue dans l'ensemble, pour avoir une connaissance plus qualitative des crimes et délits concernés.

Il serait cependant imprudent de déduire des remarques précédentes la preuve d'un lien de causalité entre drogues et délinquance. Il n'existe en effet aucune explication simple permettant d'extrapoler statistiquement, à partir des corrélations, co-variations et co-occurrences observées entre consommations et infractions, un raisonnement selon lequel les drogues feraient automatiquement sombrer dans la délinquance (voir encadré, page suivante).

Les obstacles de méthode à un tel raisonnement sont multiples : une construction institutionnelle de la catégorie d'usager-délinquant, la sélection des individus qui la composent au sein de groupes particuliers d'utilisateurs, le flou des catégories employées qui ne permet pas d'identifier avec certitude ce qu'on entend par « usager de drogues », « toxicomane », et « délinquant »¹⁹, etc. Il est impératif que les généralisations hâtives et abusives sur cette relation entre drogues et délinquance soient remplacées par l'éclairage de disciplines diverses permettant d'en montrer la complexité²⁰.

Les travaux visant à analyser les relations entre usage de drogues et délinquance incitent par ailleurs à une certaine prudence en ce qui concerne la spécificité des stupéfiants en la matière. Ainsi, l'alcool est une drogue qui, pour être légale, n'en génère pas moins un nombre élevé d'infractions. Dans ce cas, le lien de causalité ne peut néanmoins pas être confirmé de façon systématique.

L'étude publiée en 2000 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies²¹ rappelle qu'en cas d'accident de la route, les jugements prononcés à l'encontre des auteurs de blessures involontaires font état, dans près de la moitié des cas, d'une alcoolémie positive. Dans le cas des accidents mortels, 22 à 24% des auteurs d'homicide involontaire dépassent le seuil légal d'alcoolémie (0,80 g/l de sang lors du recueil des données), ce chiffre sous-estimant la part des conducteurs en état d'ivresse qui, premières victimes de la violence routière causée par l'alcool, et décédés au cours de l'accident, n'ont pas pu être jugés. Les études convergent pour estimer à environ un tiers les accidents routiers mortels mettant en cause la conduite alcoolique. Globalement, en 1998, 107 873 délits routiers commis par un conducteur en état alcoolique ont donné lieu à condamnation correctionnelle, dont 4545 au chef d'homicide ou de blessures involontaires. Ce chiffre représentait 79% des condamnations correctionnelles prononcées en matière de circulation. La consommation d'alcool définissant en partie les infractions, on peut donc avancer l'idée d'une relation de causalité directe entre consommation excessive d'alcool et violence routière.

Lorsque l'alcoolémie elle-même n'est pas constitutive en totalité ou en partie de la définition de l'infraction, les mesures sont difficiles à comparer et sont rarement représentatives car de sources et de nature hétérogènes. Toutefois, une relation statistique peut être relevée, sans que soit établi de lien de causalité. Par exemple, en 1969, une estimation des liens entre alcoolisation et types d'infractions condamnées faisait apparaître une influence alcoolique dans 69% des homicides volontaires, 38% des crimes et délits contre enfants, 58% des incendies volontaires, et globalement dans 19% de l'ensemble des infractions. Les recueils de données réalisés en 1982-1983 dans les services hospitaliers font apparaître une proportion d'hommes alcoolisés dans 56% de la population masculine accueillie pour des blessures lors de rixes, bagarres ou tentatives de suicide. Une recherche menée auprès de la population pénitentiaire révèle que « l'alcoolisme » serait un facteur déterminant pour les délits d'atteinte à la pudeur, de coups et blessures et d'homicides, et significatif pour les vols et infractions à la législation sur les stupéfiants.

¹⁹ Pour une critique approfondie de la représentation du « toxicomane-délinquant », voir [Barré, 1996].

²⁰ *Ibid.* et [Brochu et Brunelle, 1997].

²¹ [Pérez-Díaz, 2000].

Délinquance et usage de stupéfiants :

principaux obstacles méthodologiques à la démonstration statistique de liens de causalité

L'étude statistique des liens entre usage de drogues et infractions rencontre trois types de difficultés méthodologiques empêchant d'établir une relation causale entre les deux termes. Le premier tient aux difficultés de définition des indicateurs (auteurs et infractions) retenus, la seconde à la construction et à l'exploitation des fichiers qui constituent les sources policières et judiciaires, et la dernière à la modestie relative des hypothèses que l'exploitation statistique des données permet d'élaborer.

Définition des indicateurs

Il faudrait en premier lieu distinguer, parmi les faits de délinquance, entre ceux constitués par l'usage de stupéfiants et les autres, et reconnaître l'existence de plusieurs catégories d'actes de « délinquance ». En particulier, la vente et le trafic de stupéfiants ne peuvent être systématiquement assimilés à d'autres types d'infractions (vol, violences...); ils peuvent avoir été commis dans un contexte particulier de dépendance – entendue au sens large – aux drogues. On devrait donc s'intéresser à des séries différenciées où serait avérée, pour un même auteur, une bi-implication usage/autre infraction. Ce qui, de façon générale, pose le problème des nombreuses infractions constatées dont l'auteur n'est pas identifié. En second lieu, il faudrait également établir plusieurs catégories de « bi-impliqués » : ceux qui se livraient à des comportements délinquants bien avant de consommer des drogues et les autres, ceux qui tout en consommant des drogues n'en sont pas dépendants, ceux qui ont un jour consommé des drogues mais qui ont cessé, tout en poursuivant leurs activités délinquantes et les autres, ceux qui ont une activité délinquante continue et les autres...

Les données recueillies

La recherche devrait ici surmonter des difficultés liées aux conditions de construction et d'exploitation des sources. En premier lieu, pour les statistiques policières fondées sur les procès-verbaux, toute étude des phénomènes de délinquance rencontre des obstacles liés aux processus de déclaration des faits et au mode de fonctionnement de l'institution. Toutes les infractions ne sont pas constatées, et lorsqu'il y a une victime, elle ne porte pas toujours plainte ; on sait ainsi que la déclaration à la police dépend en particulier des conséquences qu'elle peut avoir pour la victime (par exemple, un remboursement par les assurances lors d'un vol). Les procès-verbaux des forces de l'ordre peuvent en outre mentionner un auteur (lorsqu'il est connu) pour une infraction, plusieurs auteurs pour une même infraction, ou inversement. En outre, un certain nombre de faits n'apparaissent pas parce que la procédure de main-courante n'aboutit pas à un dépôt de plainte formalisé ; sur ce point, les services ont une influence, et toutes sortes d'intérêts internes à l'administration policière peuvent en déterminer la nature. Enfin, la division du travail policier conduit à l'éparpillement des fichiers, par ailleurs partiels et hétérogènes. Au total, les sources policières imposent un important travail de sélection par le statisticien, destiné à éviter les pièges liés à l'absence de dossier individuel, aux homonymies entre les auteurs d'infraction, aux multiples interpellations d'une même personne, aux erreurs sur les dates, etc.

En second lieu, ces fichiers ne mentionnent pas toujours la consommation de drogues, éventuellement déclarée par les auteurs d'infraction lors de l'instruction judiciaire ; on doit alors se référer aux statistiques judiciaires. Mais les fichiers individuels de la justice ne sont pas systématiquement complétés lors du classement des faits. Ils sont donc insuffisants. Pour espérer obtenir des résultats valides, il est nécessaire de confronter les sources, ce qui complique les tâches habituelles de codage, d'harmonisation des variables, de repérage des doublons.

Analyse statistique et hypothèse de causalité

Enfin, on doit souligner que l'analyse statistique ne permet pas d'établir avec certitude les liens de causalité entre des données exprimées sous la forme de variables. Certaines techniques, alliées les unes aux autres, assurent la validité de raisonnements fondés sur la « proximité » de ces comportements. Elles n'autorisent pas à inférer statistiquement la modalité d'une variable (par exemple ici : « l'individu consomme/ne consomme pas habituellement de l'héroïne ») à partir d'une autre (concernant l'acte de délinquance). Reste que l'usage qui est fait des résultats statistiques est soumis à de nombreux enjeux qui ne sont pas toujours de nature scientifique.

Des risques aggravés par certains comportements d'usage

Des études récentes ayant tenté, par des approches statistiques²², ou plus ethnographiques²³ de mettre en relation modes de consommation, produits consommés, caractéristiques individuelles et sociales, font cependant apparaître avec évidence que certaines consommations – et principalement les polyconsommations associant médicaments de substitution, opiacés, cocaïne, crack et psychotropes – notamment en Ile-de-France, constituent des facteurs de risques individuels et sociaux. Plus souvent conduits à des actes illégaux (atteintes aux biens et aux personnes), les individus concernés sont ainsi également ceux qui sont le plus exposés aux risques sanitaires et répressifs. La fréquence de leurs confrontations avec la police et la justice attestent de ce fait.

En tout état de cause, le préjugé joue ici comme un élément de justification de l'opprobre, de la culpabilisation individuelle et de la stigmatisation qui visent les usagers de drogues injectables. Ces représentations ne sont pas seulement éthiquement discutables. Elles font aussi obstacle à une connaissance des caractéristiques individuelles, des modes de vie et des comportements face aux substances toxiques qui est pourtant indispensable à une bonne prise en compte des attitudes des usagers de drogues illicites face aux risques. Autrement dit, les stéréotypes entravent une politique de réduction des risques ciblée et adaptée selon des groupes d'usagers dont les besoins diffèrent. Ils empêchent notamment de comprendre que nombre d'usagers de drogues sont encore dans des situations de vulnérabilité extrême qui les exposent particulièrement aux risques sanitaires. Il est donc nécessaire de poursuivre et de compléter l'effort de recherche sur les consommations de drogues, sur les usagers et leurs comportements vis-à-vis des risques ; il importe également d'assurer la diffusion des connaissances afin de lutter contre les préjugés.²⁴

B. Des représentations partielles des risques vécus par les usagers

1. Des risques sanitaires multiples

Mortalité et usages de drogues

Les usagers de drogues, et en particulier les usagers de drogues par voie intraveineuse, sont confrontés à de multiples problèmes de santé, dont l'infection à VIH, pathologie pour laquelle le pronostic vital est des plus péjoratifs quand les soins sont défailants. Les risques sanitaires sont en partie imputables aux substances injectées elles-mêmes. Mais ils mettent en cause plus largement les comportements de consommation et les styles de vie mettant les usagers dans des situations de vulnérabilité. Le cumul des risques concourt à la dégradation probable et rapide de l'état de santé d'un certain nombre d'usagers de drogues, et la surmortalité des consommateurs de drogues injectables par rapport à la population générale est très nette.

²² [Emmanuelli, Lert, Valenciano, *op. cit.*].

²³ [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, 1999].

²⁴ Il s'agit là d'un enjeu permanent pour la conduite des politiques de réduction des risques, mais aussi pour favoriser une prise en charge médicale optimale. Sur les refus de suivi des usagers de drogues en médecine de ville, voir [Jauffret, 1999].

D'un point de vue quantitatif, il est impossible de donner une évaluation précise des décès liés directement ou indirectement aux usages de drogues injectables, même si ceux-ci sont sans conteste fréquents.

Les évaluations européennes²⁵ menées auprès de cohortes d'usagers indiquent un facteur de surmortalité compris entre 3,5 et 10 par rapport à une population générale de non-consommateurs de drogues du même âge. L'écart est encore plus grand concernant certaines catégories de consommateurs : les femmes consommatrices d'opiacés seraient ainsi confrontées²⁶ à un risque de décès 30 fois plus élevé en moyenne que les femmes de même âge. De tels résultats obtenus à partir d'étude de cohortes ne sont pas disponibles pour la France, et on ne peut que souhaiter que des initiatives soient prises pour remédier à cette méconnaissance dans des conditions respectant des règles strictes de confidentialité²⁷.

Les données sur les surdoses (entraînant une détresse respiratoire) ayant conduit au décès²⁸, elles-mêmes, semblent largement sous-évaluées. Ainsi en Ile-de-France, où cette sous-estimation serait de l'ordre de 60 à 86%²⁹. Il faut ajouter, à ces décès directement liés à la consommation, les suicides, accidents de la circulation, et autres morts liées à des actes de violence.

Même si globalement, il apparaît que la mortalité liée aux drogues diminue³⁰, il est établi que les décès par cause indirecte sont beaucoup plus nombreux que les décès par cause directe. Les maladies d'origine virale (hépatites et sida) y contribuent largement.

La mortalité des usagers de drogues infectés par le VIH (sans que le sida soit nécessairement la cause directe des décès) est en Europe, encore aujourd'hui, six fois plus élevée que celle des usagers non infectés.³¹ En France néanmoins, la baisse de la mortalité des usagers de drogues imputable au sida reflète une nette amélioration de la prise en charge médicale et des résultats thérapeutiques, puisque depuis 1998, parmi les groupes de transmission identifiés par l'InVS, les UDVI constituent la seule catégorie pour laquelle le nombre de décès a continué à diminuer à un rythme soutenu après 1998.

L'infection par le VIH

La réduction des risques de contamination et, pour les usagers déjà contaminés, le maintien de l'état de santé, constituent des enjeux majeurs pour le Conseil national du sida.

Sur le plan de la dynamique de l'infection, l'effort de surveillance épidémiologique mené en France ne permet d'apprécier qu'une tendance générale, qu'il convient d'interpréter avec prudence. Les données récoltées – jusqu'en 1998 - ne concernent que des sous-populations ciblées. On suit mal l'incidence de nouvelles infections, dans la mesure où, d'une part les contaminations révélées chez des usagers de drogues par voie intraveineuse peuvent remonter à plusieurs années ; d'autre part les sources sont diverses et incomplètes, en l'absence d'un système de déclaration obligatoire des cas de séropositivité au VIH³². En outre, l'augmentation des âges lors du diagnostic sida doit également être rapportée à l'effet des

²⁵ [OEDT, 2000].

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Pour ce qui suit, voir [Lert, 1999], [Hatton, Michel, Le Toullec, 1994], [Simmat-Durand *et alii*, 1998].

²⁸ 118 en 1999 selon l'OCRTIS, moins de 100 en 2000.

²⁹ [Simmat-Durand *et alii*, *op. cit.*].

³⁰ [OEDT, *op. cit.*].

³¹ *Ibid.*

³² Les usagers de drogues par voie intraveineuse ont, moins que tous les autres groupes de contamination, une date de contamination connue et récente, selon l'InVS. Voir Laporte *et alii*, [InVS, 2000].

multithérapies qui, depuis 1996, ont modifié l'histoire naturelle de la maladie chez bon nombre de personnes vivant avec le VIH.

On peut néanmoins supposer que la prévalence suit une pente décroissante depuis les premières mesures de réduction des risques décidées en 1987³³, pour se stabiliser depuis 1996 à un niveau encore trop élevé : évaluée à environ 1/3 d'UDVI infectés au début des années 90, elle serait aujourd'hui de l'ordre de 15 à 20%. Il est possible que la surmortalité induite directement par l'usage de drogues conduise à accentuer cette décroissance, de même qu'elle inciterait à une interprétation faussée de la diminution de la part de personnes ayant développé la maladie au stade sida, passée de 22% à 16% entre 1996-1997 et 1998-2000³⁴.

Compte tenu du fort recours au dépistage des UDVI et des éléments empiriques indiquant les grands écarts de prévalence entre les injecteurs anciens et les usagers ayant commencé la pratique de l'injection après 1990³⁵, on peut en outre raisonnablement supposer qu'il y a eu une diminution des nouvelles contaminations entre 1988 et 1998. Par ailleurs, l'élévation de l'âge moyen au diagnostic de sida a augmenté plus rapidement chez les UDVI que dans les autres groupes de contamination, ce qui laisse également penser à un moindre renouvellement des personnes contaminées³⁶.

La contribution spécifique des mesures de réduction des risques liés à l'usage de drogues est délicate à évaluer avec précision : si la baisse observée est concomitante avec le début de libéralisation de l'accès aux seringues à la fin des années 1980³⁷, un certain nombre d'autres facteurs peuvent intervenir. Il apparaît néanmoins que les pays européens ayant facilité très tôt l'accès aux seringues connaissent aujourd'hui une prévalence de l'infection par le VIH bien inférieure à celle rencontrée chez les UDVI français (8 % en Suisse en 1998³⁸). Dans tous les cas, si les mesures de prévention décidées par les pouvoirs publics ont pu participer à la diminution des nouvelles contaminations, elles n'ont pas eu le même impact sur les autres affections virales.

³³ Une synthèse des données disponibles a été réalisée par l'InVS à la fin de l'année 2000. Voir [Emmanuelli, 2000], tome 1 pp. 21 et suivantes. Voir aussi [Six, Hamers, Brunet, 1999], [Ingold *et alii.* 1996], [Emmanuelli, Lert, Valenciano, 1999], [Palle et Tellier, 2000], [Lert, Candillier, Imbert, Belforte, 1995], [Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000], [Bello, Pasquier, Gourney *et alii.* 1998], [InVS, 2000].

³⁴ [InVS, 2000]. Données issues du système de déclaration obligatoire des cas de sida.

³⁵ L'étude longitudinale menée par le CESES indique ainsi que chez les personnes hébergées dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, la date de la première injection est un marqueur du risque de contamination : 30% de séropositifs parmi les UDVI dont la première injection avait eu lieu entre 1981 et 1983, 4% parmi les primo-injecteurs entre 1990 et 1992. Voir [Six, Hamers, Brunet, 1999].

³⁶ Cette diminution de la transmission du VIH au sein des usagers de drogues vaut pour la France, et masque le fait qu'il existe en réalité plusieurs épidémies localisées sur le territoire. Ainsi, on relève une prévalence inférieure à 4% en Alsace, mais comprise entre 20 et 30% en Ile-de-France, Provence - Alpes - Côte - d'Azur et Corse.

³⁷ Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 et décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation de seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales.

³⁸ [IUMSP, 1999]. La Suisse présente en outre la particularité d'avoir, dans la première moitié des années 80, connu des taux de prévalence VIH des UDVI parmi les plus élevés d'Europe.

Les infections par les virus des hépatites

L'attention portée sur les risques d'infection par le VIH ne peut pas faire l'économie d'une prise en compte de l'ampleur et de la gravité des épidémies d'hépatites ; à ce sujet, il semble que la prise de conscience, là encore tardive, soit réelle³⁹.

Les taux de prévalence sont en effet beaucoup plus élevés que pour le VIH. On estime que 5% environ des UDVI sont touchés par une forme chronique d'hépatite B. L'hépatite C, pour sa part, affecte une majorité d'UDVI : le taux de prévalence moyen de l'infection par le VHC chez les UDVI est proche de 60% selon des sources convergentes, les enquêtes ponctuelles révélant des taux de contamination allant de 50 à 80%.

Les comportements de consommation de drogues injectables sont à l'origine de 23,1% des séroconversions au VHC constatées en milieu hospitalier entre 1994 et 1997. En outre, l'épidémie se maintient à un niveau élevé ; en 1999, l'usage de drogue par voie intraveineuse est le mode de contamination suspecté pour 41% des nouvelles séroconversions détectées, et facteur de risque avéré pour 39% d'entre elles⁴⁰.

L'épidémie de VHC est un élément important dans la prise en charge des UDVI atteints par le VIH. La co-infection par le VIH et le VHC peut ainsi atteindre de proportion alarmantes : la part des personnes présentant une sérologie positive au VHC au sein des personnes infectées par le VIH à la suite d'usage de drogues par voie intraveineuse au second trimestre 1999 était de 73,5% selon la direction des hôpitaux⁴¹.

Or, la co-infection par le VIH et par une hépatite a des répercussions importantes sur le plan de la prise en charge : difficulté accrue de l'observance thérapeutique, lourdeur des traitements, accroissement des difficultés psychologiques, complexité du suivi, etc. Pour les personnes concernées, elle rend les perspectives de survie aléatoires : les traitements peuvent entrer en contradiction, le pronostic est incertain et susceptible d'évoluer rapidement, l'accès aux greffes de foie reste à ce jour impossible en cas de détérioration grave des fonctions organiques, et les effets secondaires des traitements peuvent être potentialisés par l'association des molécules⁴².

L'impact du VIH sur l'évolution de la pathologie hépatique est important ; 22% des patients co-infectés VIH-VHC évoluent vers une cirrhose, contre 10% dans la population générale. Ces atteintes sévères interviennent plus rapidement ; en outre les complications cirrhotiques (hémorragie, infection d'ascite et carcinome hépatocellulaire) apparaissent plus fréquemment depuis que les antirétroviraux ont permis d'enrayer la mortalité par le VIH⁴³.

³⁹ Voir notamment [Ingold, 2001]. Les données qui suivent proviennent des documents cités plus haut : [Emmanuelli, 2000], tomes 1 et 2, [Six, Hamers, Brunet, 1999], [Ingold *et alii*, 1996], [Emmanuelli, Lert, Valenciano, 1999], [Palle et Tellier, 2000], [Lert, Candiller, Imbert, Belforte, 1995], [Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000], [Bello, Pasquier, Gourney *et alii*, 1998].

⁴⁰ [Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *op. cit.*].

⁴¹ Source : DMI2 [Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000]. A titre de comparaison, tous modes de transmission du VIH confondus, cette proportion de co-infection avérée est de 20,7% dans la cohorte DMI 2.

⁴² [Tourette-Turgis, Rebillon, 2001].

⁴³ [Pol, 2001]. Il s'agit là d'une caractéristique dont l'interprétation est difficile ; il est possible que la rapidité de l'évolution du sida, du fait de l'importante mortalité qui en découlait, rendait auparavant moins visible l'apparition de troubles hépatiques.

Le niveau des contaminations, bien supérieur à celui des infections par le VIH, est lié à un ensemble de facteurs comportementaux, institutionnels, épidémiologiques⁴⁴ (la très forte prévalence conduit à accroître le risque d'infection virale) et biologiques (le VHC est un virus très virulent dont les vecteurs de contamination sont multiples, ce qui nécessite de mettre en œuvre des pratiques de réduction des risques liés à d'autres formes de consommations, telles l'inhalation ou la prise nasale).

D'avantage encore que le VIH, le VHC est un élément infectieux perçu comme une fatalité et comme un « stigmat ordinaire »⁴⁵ intrinsèquement lié à l'image stéréotypée de l'usager de drogues. Cette perception n'est pas seulement celle de l'extérieur. Elle est nourrie par nombres d'UDVI, pour lesquels il apparaît que la fréquence de la séropositivité au VHC contribue à renforcer le fatalisme de la contamination. Si des pratiques de protection efficaces vis-à-vis du VIH ont été rapidement diffusées auprès des consommateurs, la connaissance des moyens pour réduire les risques de transmission des virus des hépatites et leur mise en œuvre demeurent très lacunaires.

C'est tout à la fois la perception de la nature et de la gravité du danger représenté par les hépatites, et l'attention générale portée par nombre d'usagers à leur santé, qui sont en cause. En effet, l'usage de drogues, notamment dans des contextes de consommation et de vie précaires, est associé à une gestion très hiérarchisée des risques sanitaires, de la part des usagers. Si parmi les risques infectieux viraux, le VIH a imposé de nouvelles attitudes de préservation de soi, tel n'a pas été le cas pour les hépatites⁴⁶.

Les autres risques sanitaires

Nombreuses sont les autres affections pour lesquelles les comportements de prévention restent encore à promouvoir. On ne saurait donner ici un inventaire exhaustif des pathologies qui accompagnent les usages de drogues par voie parentérale. On se contentera d'en donner un aperçu général. Un certain nombre de pathologies somatiques graves sont couramment diagnostiquées chez les usagers injecteurs, qui concourent à la dégradation de l'état de santé, notamment quand il s'agit de personnes séropositives : chocs anaphylactiques, phlébites, gangrènes, abcès, septicémies, candidoses, endocardites. Parfois moins graves mais plus fréquentes, d'autres affections participent à la souffrance corporelle des usagers : problèmes pulmonaires (tuberculose notamment), cutanés, digestifs, dentaires. Elles sont souvent le fait d'un manque général d'attention portée au corps et au maintien de la santé. Il faut cependant nuancer cette affirmation : un certain nombre d'usagers savent mettre en œuvre des stratégies de prévention des problèmes mentionnés, par des gestes simples et efficaces. Enfin, de nombreux usagers révèlent, au cours de la prise en charge médicale, des problèmes de fragilité psychologique, de santé psychique ou mentale⁴⁷, bien souvent masqués par les consommations de psychotropes.

Constatés par l'ensemble des praticiens soignant les usagers de drogues, ces multiples affections sont très peu étudiées. Certaines sont mentionnées – en des termes et dans des

⁴⁴ [Emmanuelli, 2000], tome 1.

⁴⁵ [Ingold, 2000, *op. cit.*].

⁴⁶ [Bouhnik, Touzé, Jacob, *op. cit.*]. Les enquêtes menées dans les années 1990 indiquent que de nombreux facteurs socio-démographiques interviennent dans le risque de survenue de problèmes de santé, en dehors des risques de transmission des maladies virales.

⁴⁷ Pour une description générale des psychopathologies affectant les usagers de drogues et de leur prise en charge, voir notamment [Charles-Nicolas, 1998] et [Afflelou, 1999], [Bouchez, Carrière, 1997], [Bouchez, Charles-Nicolas, 1997], [Merikangas *et alii*, 1998].

perspectives qui les rendent peu exploitables - dans les résultats des recherches menées auprès d'échantillons restreints d'usagers de drogues. Mais le système de surveillance n'existant pas en la matière, les données épidémiologiques d'ensemble font défaut, et les quelques indicateurs sont trop hétérogènes pour être généralisés. Il est souhaitable que ces points fassent l'objet de relevés spécifiques dans les études en cours et à venir, et que soient envisagées éventuellement les conditions de faisabilité d'un état global de la situation sanitaire des usagers de drogues. En effet, les failles dans la connaissance scientifique des affections touchant les usagers de drogues sont de nature à oblitérer la prise en compte, dans les stratégies de réduction des risques, de pans importants des facteurs de risque de contamination virale⁴⁸.

L'ensemble des risques sanitaires engendrés par des comportements de consommation de drogues justifie un effort particulier de prise en charge. Le VIH constitue encore aujourd'hui, avec près d'un cinquième d'usagers contaminés, un risque épidémique majeur pour les UDVI. Mais au-delà, l'ensemble des facteurs de morbidité liés à l'usage de drogues confirment la nécessité de renforcer les dispositifs de réduction des risques. Ce renforcement doit reposer sur la participation des usagers de drogues à la diffusion de pratiques d'injection à moindre risque.

2. Le rôle des usagers de drogues dans la prise en charge des risques sanitaires

Le succès des politiques de réduction des risques dépend dans une large mesure du rôle actif qu'elles confèrent aux usagers eux-mêmes. Dans cette perspective, l'avis du Conseil national du sida du 8 juillet 1993 rappelait un ensemble de principes désormais admis par une large partie des décideurs et des médecins. « Capables de modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens », « les usagers de drogue peuvent devenir des agents actifs dans la prévention, responsables de leurs actes et d'eux-mêmes »⁴⁹. Au demeurant, un tel rôle des UDVI a été entériné, dès les années quatre-vingt, par le soutien apporté aux groupes d'auto-support dans les politiques menées aux Pays-Bas, en Allemagne, et en Grande-Bretagne.

⁴⁸ Le constat d'un manque de données relatives à l'état de santé général des usagers de drogues en France n'est pas nouveau. On le trouve explicité dans le rapport de l'OFDT pour l'année 1999 [OFDT, 1999], p. 145, complété des précisions suivantes : « les médecins interrogés dans l'étude réalisée par EVAL rapportent des cas de tuberculose chez 2% de leurs patients usagers de drogues et de maladies sexuellement transmissibles chez 8% [hors VIH]. Les septicémies sont mentionnées par 5% des usagers dans l'enquête IREP, les infections veineuses dans 14% des cas dans l'étude ARES92 et plus généralement des antécédents d'infection dans 23% des cas dans l'étude GT69. » L'ORS de l'Ile-de-France, dans une recension des données de cohortes relatives à la mortalité des toxicomanes, ne pouvait en matière de co-morbidités (hors hépatites) que citer des travaux étrangers en 1997 ; [ORS IdF, 1997], pp. 53-54. L'IREP, en 1996, a publié la fréquence de certaines pathologies et les motifs de consultation des usagers interrogés dans son étude multicentrique [Ingold *et alii.*, 1996], pp. 52-53. Pour une analyse du suicide des usagers de drogues, on se reportera à [Facy, 1991].

⁴⁹ [Conseil national du sida, 1996]. Le terme « prévention » désigne ici la prévention qualifiée parfois de « tertiaire ». Contrairement à la prévention « primaire », qui vise à prévenir le premier contact avec le produit, et à la « secondaire », qui cherche à éviter le passage à des comportements d'abus ou de dépendance, la prévention tertiaire prend acte de certains comportements de consommation et a pour objectif de réduire l'ensemble des risques sanitaires et sociaux associés.

La capacité des usagers à modifier leurs pratiques de consommation est particulièrement mise en lumière par la modification des habitudes de partage de seringues⁵⁰. Comme le soulignait le CNS dans son rapport, la mise en vente libre des seringues en pharmacie, en 1987⁵¹, avait déjà favorisé cette évolution. Bien informés des possibilités de transmission par la voie sanguine, les usagers se sont massivement tournés vers les officines pharmaceutiques (l'utilisation d'un matériel stérile étant avant tout rendue possible par son accessibilité). Une série de textes importants, instituant les programmes d'échange de seringue et permettant la distribution de matériel d'injection par d'autres voies, a par la suite facilité la mise à disposition ou la vente⁵². Depuis 1995, l'accessibilité au matériel stérile ne cesse de s'améliorer, et on estime à plus de 18 millions le nombre de seringues distribuées en 1999 pour l'injection de drogues par voie intraveineuse⁵³. La vente en officine demeure la première source d'approvisionnement, ce qui indique que l'utilisation d'un matériel d'injection « propre » est bien le fruit d'une démarche volontaire⁵⁴ et non d'une simple réception du matériel dans services médico-sociaux et les associations disposant d'un programme.

La part des usagers faisant état dans les enquêtes d'un partage des seringues a du même coup fortement diminué. 52% des usagers rencontrés disaient en 1988 n'utiliser que des seringues personnelles qu'ils achetaient en pharmacie⁵⁵. En 1998, l'enquête menée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues⁵⁶ faisait état d'une proportion de 20% de partage lors de la dernière injection. Il est probable que la tendance à une diminution du partage des seringues ait contribué de façon déterminante à la baisse des contaminations par le VIH sida évoquée plus haut.

Beaucoup d'usagers ont pris la mesure de leur propre rôle dans la réduction des risques, puisqu'il apparaît que, même lorsque des pratiques à haut risque persistent, le statut sérologique de l'intéressé ou de la personne ayant utilisé la seringue auparavant soit déterminant dans le refus de partager la seringue. De même, la fréquence du dépistage – dont le caractère plus ou moins passif peut néanmoins être largement discuté en ce qui concerne les usagers de drogues - permet-elle de supposer que le risque de contamination par le VIH est devenu un élément structurant des pratiques d'injection⁵⁷.

Propices à garantir ces évolutions, les « groupes d'auto-support » doivent être considérés comme des structures indispensables à la diffusion des messages de réduction des risques⁵⁸. Les usagers sont à même de relayer une information de proximité la plus complète possible, qui tient compte des réalités pratiques des usages de drogues. Ils constituent, pour les

⁵⁰ On prendra garde, dans la lecture de ce rapport, à bien distinguer la pratique à risque – le partage de seringues entre les usagers lors de la consommation – de l'action visant à la limiter – l'échange de seringues usagées contre des seringues stériles.

⁵¹ Le décret n° 89-560 du 11 août 1989 est venu confirmer la facilitation de l'accès, et a modifié la réglementation très stricte que connaissait la France depuis 1972.

⁵² Voir notamment : arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles, *Journal officiel* du 9 mars 1995. NOR : SPSP9500414D.

⁵³ [Emmanuelli, 2000], tome 1.

⁵⁴ Contrairement aux seringues disponibles dans les programmes d'échange de seringues, ce matériel n'est pas distribué gratuitement.

⁵⁵ Enquête IREP 1988, [Conseil national du sida, 1996].

⁵⁶ [Lert, Emmanuelli, Valenciano, 1999].

⁵⁷ [Ingold *et alii*, 1996] et [Lert, Emmanuelli, Valenciano] indiquent respectivement des taux de dépistage du VIH dans la dernière année, chez les personnes ayant répondu aux questionnaires, de 88 et 92%.

⁵⁸ Sur ce point, voir notamment [Lert, Pinel, Corphie, 1994] et [Jauffret, 2000].

pouvoirs publics et les intervenants, des observateurs privilégiés dont la qualité d'experts en certains domaines peut légitimement être avancée.

Cette réalité a par exemple motivé en Hollande la création du *MDHG Project*, et son soutien par les autorités gouvernementales. Structure destinée à aider à la création de groupes locaux, le *MDHG* constitue un bon exemple d'une institution d'usagers élevée au rang d'acteur à part entière de la politique menée, en partenariat avec les pouvoirs publics. Les Pays-Bas ont opté depuis longtemps pour une approche pragmatique visant à doter les usagers d'outils de prévention sanitaire qui leur sont spécifiques, ou à s'appuyer sur leur expérience pour relayer les actions de réduction des risques.

Au-delà de la perspective d'une « éducation par les pairs » visant à rendre aux usagers de drogues les ressources d'une consommation à moindres risques, d'autres types de groupes d'usagers existent, même si leur action est moins médiatisée. Les groupes de parole et d'entraide constituent un modèle largement diffusé aux Etats-Unis depuis les années cinquante, et susceptibles de constituer des relais efficaces pour une information utile quant aux risques sanitaires.

Cette démarche de reconnaissance, par le soutien des collectifs d'usagers et le partenariat avec les associations d'auto-support, constitue pour le CNS un enjeu essentiel de la politique poursuivie aux niveaux national et local par les pouvoirs publics.

Sur le plan de la prise en charge individuelle, le Conseil considère que le consommateur de drogues, quel que soit les jugements portés sur sa pratique, doit être considéré comme un usager du système de soins à part entière et comme le premier responsable de sa santé. La prise en charge médicale ne saurait donc reposer sur la conviction d'un handicap qui le rendrait incapable de faire les choix des traitements adaptés.

Des comportements à risque qui persistent : partage du matériel de consommation et relations sexuelles non protégées

L'ensemble des principes défendus ici par le Conseil national du sida doivent être lus à la lumière d'indicateurs alarmants sur la persistance de comportements à haut risque de certains consommateurs. Ce constat, fondé sur des données épidémiologiques, ne s'attache pas à la description de la prise de risque ni aux motivations des personnes concernées ; il ne saurait donc, dans la perspective qui est ici adoptée, constituer un critère de jugement des conduites personnelles de certains usagers.

En premier lieu, il semble que depuis 1996 – année de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage – une part certes minoritaire mais non négligeable d'injecteurs persiste à partager les seringues. Cette proportion constitue entre 13%⁵⁹ et 20%⁶⁰ du nombre total d'UDVI, avec d'importantes variations géographiques. En outre, les dernières données disponibles (en 1998⁶¹) indiquant un taux de partage élevé des seringues chez les usagers les plus jeunes (20% également), on peut légitimement s'interroger sur la pertinence des affirmations relatives à la modification positive des comportements à risque dans la durée, et sur les progrès de la prévention. Malgré les conseils d'usage personnel et unique de la seringue, la part des usagers déclarant réutiliser plusieurs fois la même seringue est par ailleurs beaucoup plus élevée que

⁵⁹ [Ingold *et alii*, 1996].

⁶⁰ [Lert, Emmanuelli, Valenciano, *op. cit.*].

⁶¹ *Ibid.*

pour le partage en tant que tel. Or il existe de nombreuses situations (usages de rue, cohabitation de plusieurs usagers de drogues injectables...) où les garanties de non-utilisation par un tiers ne sont pas remplies.

En second lieu, les affections touchant les usagers infectés par le VIH et bénéficiant de l'efficacité des nouvelles molécules antirétrovirales peuvent aujourd'hui se développer chez des individus qui meurent moins souvent des suites du sida ; c'est le cas pour de nombreuses hépatites.

En dernier lieu, un sujet majeur de préoccupation pour la réduction des risques concerne les comportements de prévention de la transmission sexuelle, eux-mêmes tributaires d'un contexte qui dépasse largement l'usage de drogues⁶². Les pratiques à risques paraissent en cette matière beaucoup plus fréquentes que pour le partage de seringues. On observe d'ailleurs un cumul des facteurs de risque (partages de la seringue et protection non systématique des rapports sexuels) chez un certains nombres d'usagers. La possibilité de relations sexuelles consenties en contrepartie de l'apport de drogues conduit en outre des usagers, des femmes essentiellement, à une confusion possible entre le statut de « fournisseur » attiré et celui de partenaire. Cette situation constitue également un facteur d'aggravation des risques de contamination virale.

3. Des consommations largement remodelées dans un contexte de précarisation accrûe des usagers de drogues

La persistance des risques sanitaires ne peut être correctement appréhendée que sous condition d'une compréhension des modifications des consommations de drogues. Largement marquée par l'usage de l'héroïne, qui pour beaucoup demeure un produit privilégié, la consommation de drogues injectables est aujourd'hui souvent une polyconsommation, impliquant non seulement des drogues illicites, mais également des produits licites, l'alcool bien sûr, mais aussi des médicaments de substitution ou des psychotropes détournés de l'indication pour laquelle ils sont prescrits.

Tout semble indiquer que cette « recomposition » des profils de consommation dépend en grande partie de la précarisation, matérielle et sociale, d'un grand nombre d'UDVI au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt dix, notamment de ceux n'ayant plus accès aux opiacés pour des raisons de coût (ils sont devenus trop chers) et de qualité (jugée trop piètre). De nouvelles associations apparaissent ainsi⁶³, qui présentent de nouveaux risques sanitaires et sociaux. Le détournement de médicaments en comprimés, gélules et cachets achetés

⁶² [Bajos, 1999]. Voir également [Bouhnik, Rey, Escaffre, Gastaut, Cassuto, Gallais, Moreau, Obadia et MANIF 2000, 1999] ; les auteurs de cet article soulignent un certain nombre de données statistiques importantes caractérisant 421 usagers de drogues séropositifs pour le VIH et inclus dans la cohorte multicentrique MANIF 2000. 45% des répondants au questionnaire déclarent n'avoir pas fait usage de préservatifs systématiquement dans les six derniers mois, alors que moins d'un quart (23,5%) déclarent avoir partagé une seringue dans le même temps. 64,3% des usagers déclarant un partage de seringues ne se protègent pas systématiquement (contre 32,4%), 60% de ceux dont le partenaire régulier est usager de drogues ou ex-usager contre un tiers de ceux dont le partenaire n'a pas d'expérience d'usager, et 2/3 de ceux dont le partenaire est séropositif contre 1/3 de ceux dont il est séronégatif.

⁶³ Pour plus de détails sur les finalités et les fonctions des différentes associations de produits psychoactifs, voir [OFDT, mars 2000], pp. 67-71.

clandestinement ou légalement prescrits mais détournés de leur finalité est devenu un recours habituel pour ne nombreux UDVI, notamment en Ile-de-France.

Ces polyconsommations, dont le caractère inédit repose avant tout dans l'agencement des substances et les effets recherchés, sont massivement le fait d'usagers en situation d'extrême vulnérabilité sociale, voire marginalisés. Sans constituer l'essentiel des UDVI, ils sont ceux pour qui de nouvelles initiatives doivent être entreprises de manière urgente afin de limiter les risques sanitaires. Or l'attention au corps et à la santé, la perception juste des risques encourus, sont mises à mal dans un tel contexte. Le quotidien de ces usagers est souvent marqué par la recherche effrénée de substances ou des moyens permettant de subvenir à leur achat, et les habitudes les plus simples en matière de santé, d'hygiène et d'alimentation peuvent être délaissées.⁶⁴

Toute tentative de renforcement de la politique de réduction des risques sanitaires doit donc s'appuyer sur les conditions d'exposition et d'apparition des risques, sur les pratiques et sur les contextes de consommation. En effet, il ne suffit pas, loin s'en faut, de proposer la mise en place de structures et de programmes. C'est de leur adaptation à l'environnement et l'ensemble des interactions qui structurent la consommation de drogues que dépend l'efficacité des actions de prévention des risques sanitaires⁶⁵. Une approche globale des objectifs et des moyens de réduire les risques doit se fonder sur un renouvellement et une diffusion optimale des connaissances sur les usages de drogues, sur l'évaluation et la réorientation éventuelle des dispositifs mis en place.

4. Une prise en compte insuffisante de l'ensemble des risques perçus par les usagers

Dans une telle perspective, et eu égard aux caractéristiques non seulement des usagers, mais aussi des produits, des consommations et de leurs contextes⁶⁶, une politique volontariste de réduction des risques ne peut borner sa réflexion aux seuls aspects sanitaires.

De la perception des risques par les usagers et des stratégies qu'ils conçoivent afin de les réduire dépendent l'efficacité de l'information et l'utilisation des supports matériels (plaquettes d'information, kits d'injection...). Or les usages de drogues, particulièrement pour la frange très marginalisée de polytoxicomanes injecteurs, entraînent une multitude de risques de différentes natures, non exclusivement sanitaires.

La volonté actuelle des pouvoirs publics de compléter les structures d'accueil par des permanences et vacations de suivi social, d'aide à l'insertion professionnelle, à la recherche de logement, etc, se justifie ainsi pleinement. En agissant sur les caractéristiques socio-économiques qui participent à la prise de risque, les pouvoirs publics peuvent stimuler directement la capacité des usagers à se protéger et à entendre les messages de prévention. Ces derniers, dans leur forme et leur contenu, doivent néanmoins prendre en considération les représentations que les usagers se font de la hiérarchie des risques encourus et de leur plus ou moins grande capacité individuelle à en assumer les conséquences.

⁶⁴ Pour une approche qualitative de ces contextes de consommation, voir notamment [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, *op. cit.*].

⁶⁵ Une approche théorique utile est proposée par G. Paicheler dans [Moatti, Souteyrand, Prieur, Sandfort, Aggleton *et alii*, 2000].

⁶⁶ Sur le contexte social des comportements à risque, voir [McKeganey, 1998].

Ainsi, il apparaît que pour certains usagers précarisés polyconsommateurs⁶⁷ dont les modes de consommation – largement structurés par l’usage de cocaïne et de crack – sont en voie de diffusion en France, les marqueurs de risques s’accumulent : prostitution⁶⁸, multiplicité des partenaires sexuels, injection dans l’espace public et dans l’urgence⁶⁹, fréquence de la confrontation avec les institutions répressives et judiciaires, etc. L’ensemble de ces caractéristiques composent en fait une gamme de risques hiérarchisés et appréhendés le plus souvent selon le caractère plus ou moins immédiatement probable de leur réalisation. En outre, compte tenu de la grande vulnérabilité individuelle et des conditions de vie de certains usagers, les moyens de protection adoptés face à tel ou tel risque particulier s’avèrent parfois dérisoires.

Il semble donc nécessaire que les pouvoirs publics traduisent dans la pratique ce que l’on sait des « marqueurs » de risques qui accompagnent statistiquement les contaminations par le VIH. Ces marqueurs de risques doivent être interprétés eux-mêmes comme des « risques sociaux » et « institutionnels » qui participent à façonner les comportements des usagers de drogues⁷⁰ sur le plan de l’hygiène et de la santé.

Une politique de réduction des risques qui ferait l’économie d’une réflexion complète sur l’ensemble des risques vécus par les usagers et la façon dont ils sont perçus serait vouée à une impuissance partielle. Dans la gamme de facteurs de fragilité hiérarchisée, et variable selon les individus, doivent être pris en considération, par exemple, l’état de manque⁷¹, l’interpellation policière, le nonaccès aux moyens de désinfection adéquats ou à une source d’eau propre dans l’espace public pour la préparation des substances injectées, le dérangement voire l’agression au moment des injections dans la rue, l’absence de ressources financières suffisantes pour se procurer les drogues recherchées, la perte du logement, des solidarités familiales, etc. Autant de facteurs de risque qui se conditionnent mutuellement et favorisent l’exposition aux affections virales et infectieuses. Autant de situations concrètes qui construisent les expériences sur lesquelles l’action des pouvoirs publics doit nécessairement s’appuyer.

Concernant les risques sanitaires, les enquêtes par entretiens révèlent en outre que la confiance mutuelle entre usagers et/ou partenaires sexuels⁷², au mépris des recommandations, constitue encore bien souvent un élément déterminant de l’attitude des usagers face à tel ou tel risque.

Les travaux menés auprès d’échantillons restreints d’usagers de drogues fournissent deux illustrations éclairantes sur ce points. Le choix du partage de seringues dépend bien souvent des relations affectives qui unissent les usagers. Les femmes, parce qu’elles sont plus souvent en couple avec des UDVI que ne le sont les hommes, sont à cet égard davantage exposées que les

⁶⁷ Pour une appréciation plus complète de l’ampleur des risques associés à ces polyconsommations, voir notamment [Lert, Emmanuelli, Valenciano, *op. cit.*], p. 23 et suivantes ; [Vincenzi, 1998].

⁶⁸ La prostitution concerne une partie très précarisée des UDVI et entretient une relation complexe avec la dépendance dans bien des cas ; en outre, elle implique un contexte particulier de relations sociales qui accentue la vulnérabilité des usagers. A ce propos, voir [Ingold, Toussirt, 1995] et [Vincenzi, 1998].

⁶⁹ Voir [Lert, Candillier *et alii*, 1995]. Les auteurs relèvent que les usagers, interrogés par auto-questionnaire en 1994, ont pour 38% déclaré que la dernière consommation par voie intraveineuse avait eu lieu dans la rue, que 41% se sont injectés dans les 10 minutes suivant l’acquisition de la substance, 86% dans l’heure, et que les ¾ avaient partagé une seringue pour la dernière injection.

⁷⁰ L’expression est empruntée au Dr. J. Emmanuelli dans [Emmanuelli, 2000], tome 1.

⁷¹ Sur l’importance de l’accès aux drogues dans le contexte de diffusion des messages préventifs, voir notamment [Geense, 1997].

⁷² Voir notamment [Ingold *et alii*, 1996].

usagers de l'autre sexe au risque de transmission sanguine des pathologies infectieuses. Dans le même registre, il semble que le risque sexuel est en général ignoré dès lors que le partenaire est considéré comme « habituel » ou lui-même usager de drogues injectables, même dans le cas des couples sérodifférents. Or les UDVI entretiennent, d'après les données disponibles, plus fréquemment des relations sexuelles avec plusieurs partenaires que la population générale, sans pour autant systématiquement adapter leurs pratiques de protection à leurs comportements en matière sexuelle.

Pour le Conseil national du sida, la relative « méconnaissance » des usagers quant aux conséquences éventuelles des rapports sexuels non protégés impose de considérer comme urgente une action résolue de réduction des risques de contamination sexuelle chez les UDVI. Perçu souvent comme secondaire, le risque de transmission sexuelle du VIH est probablement élevé, et les données épidémiologiques fondées sur des catégories de modes de contamination possiblement aléatoires⁷³.

A l'opposé d'un parti pris « moral », la réduction des risques est une attitude qui, basée sur la compréhension des faits, permet d'engager une action pragmatique et de viser le contexte matériel de consommation, les comportements et représentations, individuels comme collectifs, des usagers de drogues⁷⁴. Elle contribue donc à modifier non seulement l'ampleur, mais aussi l'ordonnement hiérarchisé de l'ensemble des risques liés à certains usages de drogue.

Partant, l'approche des risques sanitaires passe par un questionnement des rapports que les consommateurs entretiennent vis-à-vis des institutions publiques et des professionnels intervenant dans la prise en charge des usages de drogues⁷⁵, qu'ils remplissent des fonctions de soutien médical, social et psychologique, ou qu'ils participent au maintien de l'ordre public et au respect de la loi.

C. Des orientations publiques ambiguës

1. La permanence du double registre d'action des autorités politiques

La prise en charge politique des usages de drogues est depuis longtemps concentrée sur une association étroite entre santé publique (l'objectif essentiel étant de soigner la toxicomanie) et ordre public (en réprimant la demande de stupéfiants, l'objectif est de contenir l'offre supposée elle-même entretenir la demande). Un tel schéma est séduisant en théorie. Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont d'ailleurs validé l'idée que l'action sanitaire et l'action répressive méritent d'être envisagées conjointement, bien que mises en œuvre suivant des logiques relativement autonomes et ressortissant de pratiques institutionnelles distinctes.

⁷³ [Ingold *et alii.*, 1996] et [Lert, Emmanuelli, Valenciano, *op. cit.*]. Une expérience suisse de recherche-action, menée dans le domaine de la prévention sexuelle chez les usagers de drogues, est exposée dans [Moreau-Gruet *et alii.*, 2000].

⁷⁴ Une bonne illustration de cette alliance entre pragmatisme et compréhension est donnée par la Suisse. Voir [Hantzberg, 1999].

⁷⁵ L'énoncé de ce principe proprement éthique doit donc envisager la difficulté rencontrée par les franges les plus précarisées des usagers de drogues à s'inscrire dans les cadres des prise en charge proposés et, de façon générale, nécessite de prendre en considération le sentiment d'une plus ou moins grande adéquation des circuits en place avec leurs besoins. A ce sujet, voir [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, 1999], pp. 24-29.

Mais la mise à l'épreuve de ce principe révèle un certain nombre de présupposés qui ont fait, et continuent de faire, obstacle à l'émergence des priorités sanitaires.

Dans les faits et en première analyse, l'approche exclusive du « malade-délinquant » a contribué à cristalliser la contradiction de fond entre deux registres d'action publique ; le Conseil national du sida en a clairement critiqué les conséquences pour l'engagement des politiques de réduction des risques en 1993. Les différents décideurs et intervenants ont en effet, de façon plus ou moins explicite selon leur champ de compétences et leurs responsabilités, hésité depuis plusieurs décennies entre les objectifs de santé publique et d'ordre public, sans parvenir à des résultats optimaux en l'une ou l'autre matière.

Cette contradiction, non résolue, n'a pas simplement contribué à la relative impuissance des pouvoirs publics face aux défis imposés par le développement des usages de drogues illicites. Elle a également masqué la divergence fondamentale entre les moyens financiers et humains dont ont bénéficié, au détriment des actions de santé publique, les deux fronts de la « guerre à la drogue ». Elle a renforcé la crispation des oppositions sur des alternatives méconnaissant les enjeux véritables que les consommations de drogues (licites et illicites) posent à la société.

Il serait commode de considérer ici que précisément, des liens existent entre certains phénomènes (par exemple le trafic de drogues illicites et la criminalité associée) et les usages de stupéfiants. Le Conseil national du sida, comme l'indique la suite du rapport, ne les méconnaît pas. On doit néanmoins considérer que les choix concernent également la nature et la gravité des conséquences induites par les priorités adoptées. Parce qu'elles engagent des problématiques complexes, l'offre et la demande de drogues (illicites et licites) admettent rarement les solutions parfaites en apparence. En outre, un certain nombre d'assertions communes sur les liens qu'entretiennent ces deux composantes des marchés des drogues mériteraient d'être étudiées de façon scientifique et discutée dans un cadre garantissant l'indépendance des propos⁷⁶.

Lors des échanges et réflexions menés ces deux dernières années au sein du Conseil national du sida, l'ambiguïté des choix politiques est apparue toujours vivace, parfois sous des formes renouvelées et malgré les affirmations contraires. Regrettant cette situation, le CNS ne peut que réitérer son appel à une définition claire de la priorité des pouvoirs publics en matière d'usages de drogues. Elle doit, compte tenu des observations nourries et attestées l'état de santé de nombreux usagers de drogues, et notamment de drogues injectables, nécessairement être du ressort de la santé publique⁷⁷, pour permettre une politique résolue de réduction des dommages consécutifs à certains usages de drogues.

⁷⁶ Dans une parution scientifique récente, P. Kopp développe une analyse stimulante de l'efficacité de la politique répressive de la demande en matière de drogues illicites du point de vue de l'économiste. Voir [Tassin, Doray, Fuhrer, Mormède *et alii*, 2000], pp. 69-80.

⁷⁷ Dans l'avis du 8 juillet 1993, l'ensemble des recommandations était précédé d'une proposition d'ordre général : « **La priorité des pouvoirs publics doit être la prévention et la protection des la santé publique et non la répression de l'usage simple de drogues.** » S'ensuivait un certain nombre de conséquences pratiques qui feront ici l'objet d'un examen détaillé, et comprenant des suggestions de modifications réglementaires dont certaines ont connu depuis un début de réalisation. Voir [CNS, 1996], pp. 204-205.

2. Le VIH, un facteur de réorientation des politiques publiques vers la réduction des risques

Le paradigme de la réduction des risques progresse indéniablement dans les pratiques des différents intervenants (professionnels de santé, du travail social, associatifs, bénévoles...) et des institutions confrontés aux usages de drogues. S'il convient de souligner que l'enjeu dépasse largement le cadre de la transmission du VIH⁷⁸, il faut reconnaître que, comme en bien d'autres domaines, l'épidémie de VIH a constitué l'élément décisif d'un changement de perspective dans la façon d'envisager les questions de contrôle des risques liés aux usages de drogues et des usagers⁷⁹. L'importance des contaminations dans les années quatre-vingt, directement ou indirectement suspectées d'avoir été provoquées par certains comportements liés à l'injection et par le contexte dans lequel les UDVI étaient conduits à prendre des risques, a motivé de nouvelles alliances entre usagers, malades, acteurs associatifs, professionnels et pouvoirs publics.

Pour autant, la difficulté avec laquelle certaines mesures ont été mises en œuvre reflète les réticences, profondément ancrées dans les habitudes d'un certain nombre de décideurs politiques et d'institutions, à appréhender les usagers autrement que sous l'angle du « toxicomane-délinquant »⁸⁰. Les obstacles sociaux et culturels plus anciens caractérisant nos pratiques administratives et politiques, ne sont pas à mésestimer non plus ; à ce titre, on ne peut que regretter le caractère tardif des expériences en matière de prévention des risques sanitaires en France⁸¹.

Le contexte de la prise en charge médico-sociale et la place prééminente occupée par les principes d'action d'inspiration psychanalytique ont probablement contribué, en brouillant l'objet des interventions sanitaires, à éloigner les soignants d'une attitude plus attachée aux soins des usagers qu'au traitement de la « toxicomanie » en tant que telle. L'objet du Conseil national du sida n'est pas d'offrir son soutien ou de mettre en accusation des parti-pris thérapeutiques dans le domaine des soins de la dépendance, dont le bien-fondé n'a pas été invalidé.

L'emprise d'un modèle quasi-hégémonique de prise en charge des usagers de drogues a pourtant constitué, du côté des professionnels du secteur spécialisé, un élément explicatif du retard pris face à l'infection par le VIH des usagers de drogues en France. Hégémonie il est vrai largement entretenue par les cloisonnements et le fonctionnement excessivement vertical des différentes administrations publiques qui, jusqu'à la fin des années quatre-vingt dix, se sont révélées incapables, malgré la richesse du travail accompli au sein de chacune d'entre-elles, de catalyser de nouvelles politiques⁸².

⁷⁸ Pour une clarification des enjeux, un point de vue intéressant est offert par un des pionniers de la réduction des risques en France. Voir [Lebeau, 1997].

⁷⁹ [Conseil national du sida, 2001].

⁸⁰ Pour une analyse approfondie des évolutions de l'intervention auprès des usagers, des « logiques d'acteurs » et de leur inscription dans des systèmes d'intervention rigides, voir [Bergeron, 1999].

⁸¹ Pour une réflexion comparée sur la place et la mise en œuvre de la prévention dans les différents pays européens, voir [Lequet-Slama, 2000].

⁸² En introduction du chapitre concernant la coordination des actions de lutte contre les drogues, le plan triennal de la MILDT dresse ainsi le constat suivant : « La première mission interministérielle de coordination de la politique de lutte contre la drogue a été créée en 1982. (...) Depuis quinze ans, nombre de missions ou délégations interministérielles ont été créées pour faire face à l'émergence de nouveaux problèmes de société. Pour autant, l'organisation excessivement verticale de l'administration française a toujours résisté aux tentatives de créer des méthodes de travail plus transversales. A cette conception verticale de l'organisation administrative s'ajoutent des cloisonnements entre les directions et les bureaux de la plupart des ministères, ce qui entraîne souvent des coordinations internes délicates. » [MILDT, 1999].

Il est aujourd'hui largement admis que tous ces aspects ont entretenu une confusion des logiques répressives et médico-sociales qui structuraient la prise en charge des usagers de drogues ; à la « guerre à la drogue » des premières répondait l'impératif d'abstinence des secondes. Les deux membres de ce couple suivaient un objectif d'éradication, formulé dans des champs *a priori* étrangers l'un à l'autre. Or ce que l'épidémie de VIH/sida a montré crûment, au prix de nombreux décès et de milliers de contaminations, c'est que les pouvoirs publics ne peuvent limiter leur ambition à réduire la demande et l'offre de drogues, et que le statut des produits ne peut plus tenir lieu de guide pour l'action publique. Ouvrant la voie à une prise en charge des usagers de drogues dans les dispositifs de droit commun, la dynamique de l'épidémie a disqualifié un certain nombre de situations acquises qui contribuaient à renforcer le stéréotype du « toxicomane délinquant ».

3. Un dispositif légal ambivalent

Dans le maintien du *modus vivendi* sur la prise en charge des usages de drogues, les textes législatifs ont joué un rôle essentiel, car ils servaient de référence commune et de source de légitimité à la majeure partie des protagonistes de la prise en charge des usagers de drogues.

Genèse de la loi

Il convient, pour ne pas caricaturer l'expérience française des trente dernières années, de replacer la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970⁸³ dans son contexte historique, marqué à la fois par une expérience longue en matière de réglementation des usages de drogues et l'irruption de nouvelles problématiques dans les années soixante. Cette évocation permettra d'ailleurs de s'attarder sur le contenu de la loi et des articles inscrits au Code de la santé publique et au Code pénal.

Comprendre l'esprit de la loi exige avant tout de se départir d'idées préconçues sur un « modèle français » qui aurait émergé en 1970 pour ne plus devoir évoluer. Non seulement ce « modèle » n'est pas réductible aux textes et doit être analysé au regard de leur mise en œuvre, mais il a de plus été largement conditionné par des initiatives supranationales.

La prise en charge pénale et sanitaire des usagers de drogues et la focalisation des textes sur le statut légal des produits s'inscrivent dans de longs processus de modification des priorités publiques et des usages de drogues.

L'histoire juridique rappelle avec pertinence que les premiers textes relatifs aux substances susceptibles d'être employées dans un but criminel datent de 1682⁸⁴. Au cours du 19^{ème} siècle, l'usage d'opium, notamment, a pénétré dans le débat public, principalement parce que son commerce et sa distribution nécessitaient d'être réglementés aux plans national et international. Les délits de cession et de trafic se sont ainsi constitués au travers de la création d'une obligation de prescription pour l'usage médical, notamment celui de l'opium, inscrit sur la liste

⁸³ Loi 70-1320 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ».

⁸⁴ Ils se sont déjà révélés inapplicables. Pour ce qui suit, voir notamment l'introduction de [Simmat-Durant *et alii*, 1998], pp. 17-22 ; [Simmat-Durant, 2000], pp. 11-29 ; [Mauger, 2001].

des substances vénéneuses dès 1850⁸⁵. Une ordonnance de 1845 définit les délits relatifs à l'acquisition et à l'emploi de ces produits.

A la fin du 19^{ème} siècle, l'attention a été portée sur les méfaits sociaux de l'usage des drogues, à l'issue d'un intense travail de mobilisation mené outre-atlantique par les ligues de vertu. Par la suite, la répression du commerce international, que la plupart des nations souhaitaient pouvoir contrôler, a aussi été invoquée comme moyen de préservation face au « fléau social » de la consommation. La première convention internationale de 1885, dite « convention de l'opium », vise ainsi à réguler la production et les flux transnationaux en liant Etats producteurs et Etats consommateurs⁸⁶.

C'est encore dans la perspective d'une protection du corps national contre les dangers du trafic qu'est adoptée le 12 juillet 1916 la première loi instituant en France l'achat et la détention, et par conséquent l'usage de drogues, comme infractions pénalement incriminées. Dans l'esprit du législateur, il s'agit avant tout de combattre le trafic et « l'usage en société », pratiqué dans les fumeries d'opium mais plus souvent encore dans des appartements privés⁸⁷. La dépendance à cette substance est déjà connue et avérée. L'usager est susceptible d'une prise en charge médicale dont on ne doute pas de l'efficacité ; toxicomane, il est considéré le plus souvent, devant les tribunaux, comme un malade et une victime.

Le glissement vers la figure d'un « toxicomane-délinquant » s'opère dès lors, entre les deux Guerres mondiales, et consacre la double prise en charge de l'usager par les institutions pénales et médicales⁸⁸. L'usage privé, s'il ne donne pas lieu systématiquement à des sanctions pénales, est l'objet de la répression policière dès 1916. La question est d'ordre pratique : l'usage en société étant pratiqué essentiellement dans des lieux privés, il s'établit dans le travail policier un « continuum de configuration »⁸⁹ entre la détention et le trafic qui permet de remonter les filières du demandeur à l'offreur.

La période 1916-1939 est marquée par la diffusion de nouveaux usages et pratiques illégales de distribution d'opiacés⁹⁰, et par un rajeunissement des consommateurs ; la loi offre toujours aussi peu de réponses à la situation médicale d'individus qui échappent au système de soins (il n'existe pas encore de prises en charge spécialisées), mais qui sont très rarement condamnés par les tribunaux.

Deux textes essentiels permettent, dans les années cinquante, de supprimer formellement cette double impuissance des juges et des médecins. L'obligation pénale de soins est inaugurée en 1953, et précisée pour les alcooliques dangereux en 1954. Elle peut être décidée à l'issue de la comparution des personnes poursuivies.

⁸⁵ La nomenclature issue de la législation sur les substances vénéneuses date de 1845 et a été incorporé au Code de la santé publique dès 1953. Elle comprend trois tableaux : A – produits toxiques pouvant entraîner la mort ; B – produits stupéfiants susceptibles d'engendrer une toxicomanie ; C – produits dangereux susceptibles d'entraîner de graves troubles. [Froment, 1989].

⁸⁶ Dans les décennies suivantes, le contrôle international des drogues a fait l'objet d'une formalisation progressive et d'accords multilatéraux ; il concerne prioritairement le commerce, mais les règles sont établies à partir de quotas de production et de consommation. Les accords conclus sont donc également fondés sur la notion de « consommation légitime » qui exclut un certain nombre d'usages publics ou privés. Voir à ce sujet [Dudouet, 1999].

⁸⁷ Toutefois, dès cette époque, les décrets d'application visent également la morphine, la cocaïne et le haschich.

⁸⁸ Sur cette période, une analyse intéressante est proposée par [Retailaud-Bajac, 1997].

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ La progression de l'injection durant la période est liée au mode d'accès au produit ; l'usage plus fréquent de la morphine durant la Première Guerre mondiale et dans les décennies qui suivirent dans les actes médicaux a contribué à la multiplication des prescriptions fictives. En droit, l'usager dépendant participant à l'usage frauduleux des ordonnances médicales se rend plus tard complice du trafic.

Ainsi, bien avant 1970, les principes élémentaires de la législation actuelle sur les stupéfiants sont établis. D'une part, l'attention est focalisée sur les produits, répertoriés et classés dans la nomenclature des substances vénéneuses. D'autre part, il existe un continuum entre les délits de trafic et de cession, de détention et d'usage de stupéfiants, continuum imputable à des impératifs essentiellement pratiques centrés initialement sur les problèmes de contrôle des flux et de distribution des substances concernées. Les glissements successifs de la lutte contre le trafic à la lutte contre l'usage, puis de l'usage en public (fumeries) à l'usage en privé, de l'usage collectif à l'usage personnel, de l'usage simple à l'usage avec détention, ont conduit à envisager toutes ces situations sous une même problématique et par la suite par un même texte de loi.

Le couple santé publique/ordre public

Sur le plan de la prise en charge des usagers, notamment des usagers dépendants, au départ considérés comme malades, les pratiques médicales et judiciaires conduisent à deux évolutions. D'une part, les contraintes que rencontre la lutte contre le trafic au stade de l'enquête et de l'instruction des faits contribuent à asseoir la figure d'un « toxicomane-délinquant ». D'autre part, l'absence constatée par les soignants de dispositions contraignant l'usager à mettre fin à sa consommation de drogues rend aléatoire la prise en charge des situations de dépendance, cependant que la justice est impuissante à traiter ce problème par la voie répressive ; ces deux problèmes justifient l'articulation des prises en charge entre les champs d'intervention, par la mise en œuvre de mesures légales d'obligations de soins. Le droit réaffirme ainsi les préoccupations de santé publique, tout en garantissant l'objectif de répression de l'usage pour des motifs d'ordre public.

Ces différentes confusions façonnent les enjeux éthiques et pratiques qui, aujourd'hui encore, nourrissent la dualité de l'approche des usages de drogues ; la législation de décembre 1970 intègre l'ensemble des questions que cette approche pose aux pouvoirs publics, aux intervenants, et aux usagers⁹¹. La consommation de drogue, qui implique nécessairement acquisition et détention des toxiques, motive la proximité de traitement entre l'offre et la demande de stupéfiants au plan pénal. La dépendance, à l'origine parfois des actes qui sont incriminés, rend néanmoins l'action judiciaire impropre à répondre seule aux éléments déterminants à l'origine des comportements visés. Une ambiguïté qui – quelle que soit l'appréciation que l'on en a – n'est donc pas à mettre au seul compte de la loi de 1970 et de ses promoteurs d'alors ; elle ressort d'une recherche de formulation dans la longue durée.

Mais la genèse de la loi de 1970 s'inscrit également dans une période plus récente et plus courte, dont on peut marquer le commencement avec la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Ce texte, ratifié par la France, vise « la préservation de la santé physique et morale de l'humanité » en luttant contre « le fléau de la toxicomanie »⁹². Elle concerne donc l'usage de façon explicite.

⁹¹ On laissera volontairement de côté, dans ce rapport, un autre type de questionnement ayant dès 1916 émergé des débats parlementaires et dans l'opinion, et souligné par M. Olivet, directeur d'ASUD national, lors de son audition par les membres du CNS aux côtés de M. Matter : la répression de l'usage de drogues, surtout personnel et en privé, a été perçue par beaucoup comme une atteinte exceptionnelle aux articles 4 et 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, figurant au préambule de la Constitution française et protégeant les libertés individuelles. Le Conseil constitutionnel était seul compétent pour juger de la compatibilité de l'incrimination de l'usage avec ces dispositions, mais n'a pas été saisi avant publication de la loi du 31 décembre 1970. En revanche, celle-ci a été jugée conforme avec la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

⁹² Préambule de la convention, [ONU, 1961].

Au-delà des engagements internationaux, les changements perçus par l'opinion publique, les médecins et les décideurs politiques dans les comportements de consommation d'une partie de la jeunesse, et leurs conséquences sociales, largement médiatisées, ont durant les années soixante agi de façon déterminante sur la prise en compte des usages de drogues et sur l'imagerie stéréotypée qui l'a dès lors accompagnée.

La France se découvre en outre, à la fin de la décennie, un rôle important dans le trafic international qui suscite des réactions rapides et vigoureuses. La concomitance entre l'émergence des questions liées au développement du trafic et la diffusion de pratiques de consommations nouvelles (comprenant de plus en plus l'usage d'hallucinogènes) confirme l'idée qu'il existe un lien entre l'offre et la demande illicites de stupéfiants. Le caractère revendicatif des usages et le discours hédoniste de nombreux usagers attirent l'attention sur toute présentation favorable des effets provoqués par la consommation de psychotropes illicites⁹³.

La dualité santé publique/ordre public est le résultat d'un compromis « historique »⁹⁴ qui permet au législateur de répondre aux inquiétudes exprimées et d'affirmer un choix de société (sans drogues), tout en ménageant les personnels soignants et travailleurs sociaux hostiles au durcissement, perceptible dès 1968-69, du traitement pénal des usagers.

La loi prévoit de réprimer sur le même plan trafic, détention, cession, possession et usage de stupéfiants. Elle propose un dispositif de prise en charge sanitaire alternatif aux poursuites pénales, fondé sur le volontariat de l'utilisateur (sous forme d'une cure ou d'un suivi sanitaire plus tard consacrés par l'expression « injonction thérapeutique »⁹⁵) et la gratuité des soins ; à cette fin, le Ministère de la santé se voit confier la tâche de recevoir les demandes, de garantir le suivi et de veiller au bon déroulement des mesures prononcées. Il finance également un secteur spécialisé qui, à ses débuts, accorde une large place à l'expérimentation. La loi prévoit en outre d'autres mesures diversement coercitives visant à soigner le toxicomane.

L'usage illicite des stupéfiants est incriminé et passible d'un an de prison ferme et 25 000 francs d'amende. La provocation à une des infractions visées par le Code pénal ou la présentation sous un jour favorable sont également punies, et différentes initiatives législatives viendront renforcer par la suite les peines prévues dans le cadre des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), à l'exception de l'usage.

Une loi qui renforce les stéréotypes

Le texte de 1970 était conçu comme un compromis entre les principes moraux et les pratiques de différents horizons institutionnels et privés (personnels de justice, forces de l'ordre, médecins et travailleurs sociaux). Il s'agissait, concernant l'usage, de préserver l'efficacité répressive tout en offrant un « sas » entre système pénal et système de soins spécialisés. L'existence d'une alternative sanitaire aux poursuites a ainsi été conçue comme pendant nécessaire de la lutte contre les stupéfiants.

⁹³ [Froment, 1989].

⁹⁴ Le terme est emprunté à A. Morel, ancien président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT). [Morel, 1997]. Sur la constitution du secteur spécialisé, voir [Bergeron, 1999].

⁹⁵ Cette expression est officiellement adoptée à partir de 1984. [Simmat-Durant, 1997].

D'emblée, le texte a été dénoncé pour sa duplicité, ses difficultés de mise en œuvre, le défaut de suivi des mesures alternatives aux poursuites prononcées, etc. Il a fait l'objet par la suite d'un nombre important de circulaires, parfois contradictoires, visant à clarifier les modalités et principes du traitement des différentes infractions ou de la mise en œuvre des alternatives sanitaires.

Le déséquilibre a été rapidement souligné entre la prise en charge médico-sociale et la répression, au profit de cette dernière. En outre, l'intervention en toxicomanie a été durablement marquée par les cloisonnements, entre un secteur spécialisé de plus en plus orienté vers une prise en charge médicalisée et le suivi social, dévolu peu à peu aux institutions territoriales ; le retrait des spécialistes du suivi des usagers à l'extérieur des structures de soins⁹⁶ – entériné par le décret de 1992 définissant les missions des CSST⁹⁷ - a contribué à réduire les contacts ordinaires des usagers de drogues avec les institutions à un face-à-face avec les forces de l'ordre et la justice⁹⁸.

Enfin, en favorisant l'émergence d'un champ spécialisé de la toxicomanie, la loi de 1970 a permis de traduire dans les actes le statut exceptionnel de l'utilisateur de drogues. Celui-ci fait l'objet d'un dispositif législatif inédit du point de vue du contrôle des conduites individuelles, qui ne prévoit pas toutefois explicitement le cadre du suivi sanitaire. En faisant le choix – dans l'urgence - d'un secteur spécialisé subventionné, les pouvoirs publics ont durablement approfondi le fossé séparant les usagers de drogue des dispositifs de soins ambulatoires habituels (médecine de ville et hospitalière) tant que les prises en charge ne s'adressaient qu'à la dépendance elle-même.

Ces éléments ont établi, dans les consciences et dans les faits, une approche sécuritaire des usages de drogues illicites, au détriment des soins aux usagers initialement visés. En entérinant de droit la confusion entre les infractions liées au trafic et celles liées à l'usage simple, le processus de construction juridique ayant abouti à la loi du 31 décembre 1970 renforce le caractère criminel de l'usage simple et surtout, de ses actes préparatoire (achat, détention, cession...). Il assimile l'ensemble des comportements d'usage : individuel, collectif, en privé, en public. En cantonnant la prise en charge sanitaire à la cure de désintoxication et à la post-cure, l'application des mesures de soins a conduit au retrait, paradoxal, d'un grand nombre de professionnels extérieurs au secteur spécialisé de la prise en charge des usages de drogues. Les dispositions concernant la présentation des usages de stupéfiants « sous un jour favorable »⁹⁹ ont participé à la modestie du débat de société sur la place des usages de drogues et sur leur prise en charge.

La loi du 31 décembre 1970 a ainsi cristallisé l'ensemble des obstacles à une identification pertinente des risques liés à certains usages de drogues. La référence globale aux stupéfiants a masqué les différences de dangerosité entre les produits et entre les comportements d'usage. Elle condamne dès lors à un retard constant des réponses, de la part des pouvoirs publics, vis-à-vis de nouvelles consommations et ne permet pas d'envisager la prise en charge des usagers (notamment polytoxicomanes) de substances licites détournées ou consommées de façon abusive. En outre, en cloisonnant les interventions et en restreignant le débat sur

⁹⁶ Bien décrit dans [Bergeron, *op. cit.*].

⁹⁷ Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie.

⁹⁸ [Morel, 1997].

⁹⁹ Article L 3421-4 du Code de la santé publique.

l'incrimination et sur les effets des drogues illicites, elle nuit à l'échange et à l'accumulation des connaissances (notamment celles des usagers directement exposés aux risques).

Mais surtout, la double identification - pathologique et pénale - des usagers fait obstacle à des choix véritables de la part des pouvoirs publics en faveur de l'accès aux soins, à l'information, au suivi social de l'ensemble des usagers. Leur situation les expose à une répression policière et pénale, inadaptée sur le plan des objectifs sanitaires et impuissante à éradiquer les consommations de drogues ; elle complique le suivi par les autres intervenants. Globalement, la loi de 1970 participe à figer les attitudes et les pratiques ; elle alimente de nombreuses controverses, parfois déplacées ou infructueuses, sur les usages de drogues, dont le débat sur la loi elle-même est parfois l'illustration.

Conclusion préliminaire

L'avis rendu le 8 juillet 1993 par le Conseil national du sida fondait les recommandations adressées aux autorités sur trois remarques liminaires, dont la pertinence ne paraît pas, à ce jour, devoir être remise en cause.

En premier lieu, le Conseil national du sida affirmait le droit au soin des usagers de drogues, à l'instar de toute autre personne. Fidèle à un principe général de non-discrimination dans l'accès à la prise en charge médicale, le Conseil rappelait ainsi le devoir des pouvoirs publics de protéger le plus possible la santé des usagers de drogues.

En second lieu, eu égard à la fréquence de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, le Conseil national du sida affirmait que la prise en charge devait tenir compte des conditions de vie et de santé des usagers de drogues, ainsi que mettre au premier plan de ses préoccupations la prévention de la diffusion du virus de l'immunodéficience humaine.

Enfin, rappelant le « double registre » sur lequel repose l'action des pouvoirs publics, entre santé publique et répression de l'usage sans trafic de stupéfiants (l'usage simple), le Conseil national du sida notait l'absence de priorité donnée officiellement à l'un de ces deux registres, et exprimait au contraire une recommandation claire visant à donner la priorité à la protection de la santé publique.

Les usages de drogues licites et illicites, qui concernent une majeure partie de la population française, impliquent tous, de façon variable, une prise de risque des consommateurs. Le Conseil national du sida souhaite donc que tout soit entrepris pour éviter les comportements qui tendraient à l'accroître.

Concernant les substances illicites, il constate la persistance des risques sanitaires et sociaux qui s'ajoutent aux situations dramatiques de dépendance et d'abus de drogues, notamment dans le cas de celles consommées par voie intraveineuse. L'exposition au VIH par voie sanguine et sexuelle et l'infection de personnes de plus en plus vulnérables appellent une action résolue de l'ensemble des intervenants. Car pour incomplètes que soient les connaissances issues des travaux scientifiques sur le sujet, l'état de santé des usagers de drogues, et notamment quand ces dernières sont injectées, paraît relever de mesures de santé publique constantes et volontaristes. Bien qu'ayant été semble-t-il enrayerée pour le VIH, l'évolution des infections virales au sein de ce groupe ne permet pas de tenir pour acquis les progrès réalisés dans la prise en charge sanitaire et sociale ; les usagers de drogues sont encore trop souvent exposés aux risques de contamination, et de dégradation somatique et psychique.

C'est pourquoi le Conseil national du sida regrette le maintien des stéréotypes touchant aux usages de drogues et à leurs consommateurs, entraves déterminantes à une politique résolue de réduction des risques. Cette dernière doit au contraire envisager avec pragmatisme l'ensemble des aspects touchant à la consommation de drogues licites et illicites pour agir

avec une efficacité optimale, notamment auprès des usagers les plus vulnérables socialement, lesquels, trop souvent, échappent à toute prise en charge.

Cette politique de réduction des risques ne peut pas être menée sans participation des usagers eux-mêmes. Premiers visés par la lutte contre la propagation des risques sanitaires, ils sont aussi dépositaires de connaissances pratiques et susceptibles d'une reconnaissance au sein des groupes de consommateurs.

La loi de 1970 a constitué un facteur déterminant des cloisonnements des interventions, entretenant le flou des objectifs poursuivis, et le maintien d'appréciations erronées sur les comportements des usagers de drogues. Les usages de drogues illicites comme licites constituent un défi de santé publique avant d'être un problème de sécurité et d'ordre publics.

2) Etat des lieux sur la prise en charge des risques liés aux usages de drogues

Les stratégies actuellement privilégiées par les pouvoirs publics peuvent se décliner, de façon schématique, en quatre volets : répression, soins, accompagnement et prise en charge médico-sociale, et prévention. Ces différents aspects comportent des actions qui peuvent être menées de façon conjointe et parfois par les mêmes acteurs et structures. La présentation adoptée vise à établir la façon dont sont hiérarchisés les objectifs poursuivis, à évaluer les moyens mis en œuvre et leurs résultats.

Le Conseil national ne méconnaît pas la volonté exprimée de privilégier d'autres dimensions de la politique de lutte contre les dangers des usages de drogues que la répression. Aussi le bref état des lieux auquel il s'est livré envisage-t-il également les champs des actions sanitaires et psycho-sociales, profondément renouvelés sous l'effet des efforts de réduction des risques depuis l'avis rendu le 8 juillet 1993.

La prévention primaire et secondaire auprès des plus jeunes, constituant de son point de vue la pierre angulaire de toute action de long terme, fait l'objet d'une attention particulière.

A. Une approche répressive largement remise en cause

La lutte contre le trafic de drogues illicites et contre leur consommation vise, d'une part, par la poursuite des trafiquants, à limiter l'offre de drogue qui entretient les réseaux criminels, l'hypothèse étant que la lutte contre l'offre participe également à une réduction de la demande de drogues illicites par les consommateurs. D'autre part, la répression de l'usage de drogues est censée permettre à la fois de contenir la consommation par la sanction et de déstabiliser les réseaux du trafic.

L'évaluation des résultats de cette politique demanderait des investigations approfondies et contradictoires dont il est douteux qu'elles puissent apporter la preuve d'une relation causale univoque entre la mise en œuvre de la loi et des phénomènes d'offre et de demande par nature clandestins donc difficiles à connaître. Aussi ne dispose-t-on ici que d'indicateurs imparfaits, qui permettent néanmoins d'établir des constats limités au traitement de l'utilisateur de drogues par les services de police, de gendarmerie et de la Justice.

1. Des interpellations d'utilisateurs toujours plus nombreuses dont la cible n'est pas prioritairement le risque sanitaire

Une augmentation des interpellations pour usage de stupéfiants

Le relevé des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) permet surtout d'envisager l'activité des services chargés de veiller au respect de la loi et de dresser les procès-verbaux des infractions constatées, même si, comme le rappelle l'OFDT dans son rapport de 1996, l'accroissement constaté des ILS est sensible à diverses variations relatives à l'activité des consommateurs¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Cité par Hélène Martineau dans [Simmat-Durand *et alii*, 1998], p. 153. On ne développera pas ici les différents aspects touchant aux modifications intervenues dans les méthodes de relevé et de diffusion. Néanmoins, l'année 1986 a introduit une rupture importante dans la mesure où l'OCRTIS (Office central de

Quatre types d'infractions sont enregistrés sous le terme d'ILS : le trafic, l'usage-revente, l'usage simple, et les autres ILS. La création de la catégorie « usage-revente » en 1988 a contribué à modifier la répartition des différentes infractions, au détriment du trafic. On s'intéressera plus particulièrement ici aux infractions impliquant l'usage, ce qui n'exclut pas que leurs auteurs puissent être à l'origine d'autres infractions.

En tendance, depuis les premières années d'enregistrement des délits, deux constats peuvent être dressés : d'une part, si la proportion des ILS reste marginale par rapport à l'ensemble des crimes et délits constatés en France, la part des personnes mises en cause pour ILS n'a cessé de progresser par rapport à l'ensemble des individus verbalisés ; d'autre part les statistiques de l'OCRTIS disponibles dès avant la loi, à partir de l'année 1968, indiquent jusqu'en 1996 un taux de croissance annuel moyen de 18% du nombre des ILS. Pour l'usage simple de drogues (infraction uniquement constituée par la consommation de stupéfiants), le nombre d'ILS a été multiplié par 10 entre 1971 et 1985, et par deux entre 1986 et 1996 (nouveau classement)¹⁰¹. En 1999, environ 80 000 infractions à la législation sur les stupéfiants relatives à leur usage ont été constatées.

Ces chiffres étant très sensibles à la conjoncture, notamment politique, les données de tendance sont difficiles à interpréter plus avant. On peut néanmoins, sur une plus courte période marquée par la permanence des objectifs de lutte « contre la drogue », disposer d'enseignements supplémentaires¹⁰² sur les infractions impliquant la consommation de drogues illicites.

Depuis 1993, le nombre des procès-verbaux dressés pour « usage simple » augmente beaucoup plus rapidement que pour « usage-revente ». Avant toute chose, cela permet de supposer qu'au niveau de l'action locale, les services répressifs concentrent leur activité sur la simple consommation.

Concernant les premiers, 38 189 faits avaient été constatés en 1993, 74 633 en 1998, ce qui représente un quasi-doublement (+ 95,4%). Pour les années les plus récentes, on observe une augmentation annuelle de 6% entre 1997 et 1998, et de 7,2% entre 1998 et 1999 (80 037 infractions rapportées). Concernant l'usage-revente (souvent considéré comme la manifestation des ramifications nombreuses du trafic à l'échelon local), 7 017 faits étaient constatés en 1993 contre 10 874 en 1998, ce qui signifie que le nombre des ILS considérées s'est accru de 55% en tout. Les années récentes indiquent un net retournement de tendance : entre 1997 et 1998, le nombre a diminué de 11% ; avec 10 367 ILS en 1999, l'usage-revente a connu une nouvelle diminution des effectifs (de 4,5%)¹⁰³.

Les chiffres relatifs indiquent la concentration des activités des forces de l'ordre sur les consommateurs : la part des infractions d'usage simple dans l'ensemble des ILS est de 82% en 1999, tandis que celles d'usage-revente ne cesse de diminuer.

En opérant des distinctions par produits, on constate que l'action répressive n'est pas non plus focalisée sur la protection des consommateurs face à la dangerosité intrinsèque des substances pour la santé.

répression du trafic illicite de stupéfiants) a depuis lors pris en compte dans l'établissement des statistiques annuelles l'ensemble des faits constatés et non plus seulement ceux qui lui étaient signalés. En outre, les distinctions entre usage « simple », c'est-à-dire sans autre ILS et l'usage-revente ont fait l'objet de variations plus ou moins sensibles notamment jusqu'à la fin des années quatre-vingt.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² Les chiffres qui suivent sont issus de [OFDT, 1999] et [OCRTIS, 2000]. Ils ne permettent pas d'envisager les évolutions les plus récentes (depuis 1999).

¹⁰³ Selon l'interprétation de certains auteurs, une telle diminution pourrait s'expliquer par le privilège accordé, dans le cadre de la lutte contre le trafic, à des interpellations des usagers pour détention de stupéfiants. [Barré, 1994].

La proportion des ILS pour usage et revente de cannabis a pour sa part augmenté fortement entre 1993 et 1998 ; leur nombre a ainsi été multiplié par 2,4, tandis que celui des ILS relatives à la consommation d'héroïne ne cesse de diminuer depuis le début des années quatre-vingt dix. En données absolues, l'année 1998 a été marquée par une diminution de 17,8% du nombre d'infractions impliquant l'usage (passé de 11 885 en 1997 à 7 469 en 1998). L'usage de cocaïne semble même de ce point de vue supplanter celui de l'héroïne dans certains départements. Peut-être est-ce le signe d'un tassement de la consommation d'héroïne dont rendrait compte également la forte diminution des ILS concernant le trafic d'héroïne. C'est le point de vue défendu par le rapport de l'OCRTIS de l'année 2000, qui insiste sur la désaffection dont l'héroïne fait globalement l'objet au profit de nouvelles formes de consommations et surtout, sous l'effet du développement de la substitution aux opiacés depuis 1996.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer cette évolution, selon l'OFDT, mais devraient également être confirmées de façon rigoureuse : l'impact des circulaires sur l'activité des services, une autonomie accrue des services de police en matière de stupéfiants, la banalisation des consommations de cannabis et la transformation de leur contexte d'usage. Il demeure que l'essentiel des interpellations pour usage et usage-revente concerne le cannabis

Qui sont les usagers interpellés ?

Les usagers visés (dont le nombre excède celui des faits constatés) sont de sexe masculin pour la plupart. Si sur la période 1972-1996, la proportion des mineurs a eu tendance à diminuer (de 20% à 10% environ) elle augmente dans les dernières années (17,3% pour l'usage simple en 1997, 15,7% pour l'usage avec revente).

Cette augmentation statistique est l'effet mécanique de la croissance du nombre d'infractions concernant le cannabis, puisque 98% des mineurs interpellés le sont pour usage de cette substance. Pour la tranche d'âge 21-25 ans, le même raisonnement peut être tenu. En ce qui concerne l'héroïne, on constate au contraire un vieillissement de la population des usagers interpellés.

Sur le plan de la répartition socioprofessionnelle, les individus sans emploi ont vu leur part augmenter depuis le début de la dernière décennie pour constituer aujourd'hui 50 à 60 % des personnes interpellées, alors que dans la période récente, les étudiants et lycéens sont en très forte progression (10% en 1990, 29% en 1999).

En moyenne, les usagers interpellés pour usage le sont 1,3 fois ; mais l'existence d'un passé d'ILS est déterminante dans la qualification des faits (la détention sera plus souvent retenue en cas de récidive), ce qui peut laisser supposer une confrontation plus fréquente après une première interpellation.

Les usagers interpellés composent donc une population jeune mais en voie de vieillissement en ce qui concerne l'héroïne, très fragilisée socialement, et habituée à la confrontation avec les services de police ou de gendarmerie.

Il n'appartient pas au Conseil national du sida d'évaluer le bien-fondé de l'action répressive en termes de lutte contre la délinquance¹⁰⁴. Aussi ne peut-il que constater que rien n'indique

¹⁰⁴ A ce sujet, voir [Setbon, 1995] et [Barré, 1996].

que l'activité de maintien de l'ordre vise spécifiquement les situations de comportements de consommation impliquant une prise de risque, sauf l'infraction à la loi elle-même. Les usagers de cannabis sont les premiers visés par les forces de l'ordre, alors que le danger immédiat sur le plan sanitaire en est relativement faible par rapport à celui représenté par les drogues injectables.

2. Une consommation importante de drogues illicites

L'hypothèse selon laquelle les interpellations pour ILS, ressortant essentiellement d'une démarche visant le trafic, aurait une action sur la demande de drogues illicites en la dissuadant, demanderait à être validée. Aucun élément ne permet d'attester le résultat de la répression de l'usage de drogues en termes de modération, voir de diminution de la consommation constatée.

En se fondant sur les déclarations recueillies au cours des enquêtes menées en milieu scolaire (étude européenne ESPAD) et lors de la journée d'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), on réalise que ni l'interdit légal, ni l'action des forces de l'ordre consécutive, n'ont contrarié la diffusion des comportements de consommation de drogues illicites, notamment de cannabis. L'expérimentation de cannabis est de plus en plus répandue : l'enquête ESPAD indique une première expérience pour 38% des garçons de 16 ans et 32% des jeunes filles de même âge. ESCAPAD, dont le principal mérite est certainement sa représentativité, indique qu'en 1999, 5 garçons de 17 ans sur 10 et 4 filles sur 10 ont expérimenté cette substance, et que plus de 6 garçons sur 10 ont déjà connu l'ivresse cannabique à 19 ans. En termes d'expérimentation, le cannabis connaît un succès moindre que ceux du tabac et de l'alcool ; mais l'usage répété de cannabis (10 fois au moins dans la dernière année) concerne 12,6% des jeunes filles et 23,8% des garçons de 17 ans (32,7% de ceux de 19 ans). Ainsi, quasiment un tiers des jeunes hommes de 19 ans consomment-ils régulièrement une substance interdite par la loi, susceptible de sanctions pénales. On doit y ajouter tous ceux qui, de façon plus ou moins régulière, avouent consommer hallucinogènes, LSD, cocaïne, ecstasy, amphétamines et héroïne, qui représentent une part très restreinte de l'échantillon.

A contrario, on connaît des situations très problématiques de prise de toxiques non prévues par la législation sur les stupéfiants ; ainsi que s'en est ému l'Organe de Contrôle International des Stupéfiants dans un récent rapport, l'usage de produits licites en dehors des prescriptions médicales constitue un trait majeur des consommations problématiques de drogues¹⁰⁵. Les nouvelles drogues synthétiques, pour leur part, mettent à mal l'action répressive dans la mesure où la législation se révèle en décalage constant par rapport à l'arrivée de ces molécules sur le marché. Autant d'éléments qui autorisent à douter à la fois des objectifs de réduction de la demande de drogues et des moyens de leur mise en œuvre.

3. Des filières de traitement pénal très imparfaites¹⁰⁶

L'interpellation conduit très rarement à une prise en charge adaptée, qu'il s'agisse de sanction ou de soins. Plusieurs éléments concourent à une situation d'où il ressort que la lutte contre les usagers peine à atteindre ses objectifs, pour autant qu'ils aient fait l'objet d'une définition claire.

¹⁰⁵ [ONU, 2001].

¹⁰⁶ Sur ce point, voir [Setbon, 1995], [Barré, 1994], [Simmat-Durand *et alii*, 1998], [Aubusson de Cavarlay, 1997].

Comprendre les processus judiciaires à l'œuvre suppose d'aborder préalablement la question sous l'angle de l'individu interpellé et de la « filière » qu'il emprunte, depuis l'interpellation jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

Les filières de poursuite¹⁰⁷

Il existe trois voies d'entrée dans les services de police ou de gendarmerie, correspondant à l'organisation des services et à l'origine de traitements différenciés des usagers. La très grande majorité des délits d'usage ou d'usage-revente résultent d'opérations de routine (le « ramassage »), dévolues à un personnel relativement peu qualifié. La seconde voie est celle du flagrant délit, réalisé plus fréquemment par un personnel qualifié : brigades anti-criminalité ou de répression du trafic illicite de stupéfiants. La troisième et dernière est celle de l'affaire de trafic. L'utilisateur est alors appréhendé au terme d'une procédure plus large, souvent initiée par la police judiciaire. Il doit pouvoir servir de témoin, durant l'examen des faits en procès, pour réunir des éléments de preuve.

Deux types d'argumentaires généraux fondent la poursuite d'une intense activité de contrôle : le respect de l'ordre et de la sécurité publics, d'une part, et la lutte contre le trafic d'autre part¹⁰⁸. Or les missions, les priorités et les interventions des différents services sont répartis de telle façon que l'on aboutit, dès ce stade et avant même signalement au parquet, à un classement de la grande majorité des faits (plus de 6 sur 10). Alors que le ciblage des activités de « ramassage » est trop approximatif pour permettre une réelle fonction de lutte contre la délinquance ou contre le trafic, les agents qui enquêtent sur des affaires de trafic ont de leur côté peu à gagner, du point de vue de la mission qui leur incombe, à transmettre certains faits concernant les délits commis par les usagers. Ils disposent ainsi d'un moyen utile de pression pour obtenir leur témoignage face aux trafiquants. Les cloisonnements dans l'organisation des services témoignent en fait de la division du travail de maintien de l'ordre entre les services en fonction de leurs objectifs respectifs.

Au total, en l'absence d'autre infraction, seuls 12 à 13% des usagers sont déférés au parquet.

La sélection judiciaire

A leur tour, les services judiciaires opèrent une sélection des usagers, qui les conduisait en 1994-1995 à ne poursuivre au chef d'usage de stupéfiants que 16% des contrevenants ayant fait l'objet d'une interpellation pour ILS, avec de très grandes variations dans l'attitude des différentes juridictions à l'égard des auteurs d'ILS¹⁰⁹.

Pour l'usage « simple », la personne mise à disposition de la Justice voit en général son sort réglé promptement : le classement sans suite pour les faits les moins importants, le classement avec rappel à la loi par un officier de police judiciaire, voire la comparution immédiate, constituent la règle.

¹⁰⁷ Le terme « filière » est une façon de désigner ici les voies du cheminement et les procédures déclenchées par l'interpellation pour ILS.

¹⁰⁸ Cette remarque vaut bien entendu pour la décision politique. Les avis recueillis par le CNS auprès de représentants syndicaux de policiers mettent pour leur part en avant la contrainte professionnelle s'exerçant sur les policiers, chargés de veiller au respect de la loi. Voir à ce propos la troisième partie du présent rapport.

¹⁰⁹ Des sources plus récentes indiquent un taux de poursuite des usagers interpellés de 8,4% en 1999 [note MILDT, avril 2001]. La différence avec la part de 12 à 13% indiquée plus haut tient au cumul de plusieurs types d'infractions dans ce cas.

Pour les usagers-revendeurs, le passé judiciaire et la disposition individuelle à se plier aux demandes formulées lors de l'enquête peuvent être des éléments déterminant la filière empruntée. Mais c'est surtout le type d'affaire dans laquelle l'utilisateur est mis en cause qui motive le type de poursuites et de peines requises. Lorsqu'il n'y a pas d'enquête pour trafic, l'affaire est jugée de façon rapide, les alternatives thérapeutiques sont réservées aux plus dépendants. Au contraire, l'enquête sur un réseau de trafiquants nécessite de mobiliser toutes les ressources permettant de s'assurer de la collaboration de l'utilisateur, y compris les alternatives thérapeutiques.

Résultat d'un travail important de contrôle de populations perçues comme potentiellement dangereuses, les infractions à la législation sur les stupéfiants, pour nombreuses qu'elles soient, aboutissent donc relativement rarement à une poursuite pénale par rapport au nombre d'infractions constatées. De multiples formes de classement ou d'alternatives contribuent à faire de l'usage de drogues illicites l'infraction pour laquelle l'abandon de poursuites est le plus fréquent, et les peines de prison les plus rares. Néanmoins, l'incarcération demeure possible pour un certain nombre d'utilisateurs de drogues (577 en 1999), même en l'absence d'autres comportements délictueux.

4. L'incarcération des usagers de drogues

L'incarcération des usagers de drogues est chose connue et récurrente dans l'ensemble des pays européens¹¹⁰. Beaucoup moins connue et excessivement mal documentée, en revanche, semble être la situation des usagers de drogues, les pratiques de soins et de réduction des risques dans les prisons françaises. Aussi ne peut-on que regretter l'irrégularité des évaluations dans le temps et l'absence de diffusion de leur résultats, concernant les nombreuses mesures prises sur ces différents aspects, depuis la publication des rapports du Conseil national du sida de 1992¹¹¹ et 1993.

Un certain nombre d'éléments plaident toutefois pour que soit absolument évitée toute incarcération pour usage simple. Outre que le séjour carcéral constitue un marqueur de risque majeur pour le VIH, le contexte spécifique de l'institution pénitentiaire fait obstacle de manière récurrente à une mise en œuvre satisfaisante de la réduction des risques. Le choix d'éviter l'incarcération, en l'absence de délit connexe, est également défendu par la MILDT¹¹².

Les UDVI en milieu pénitentiaire

Les prisons françaises comptent parmi leurs détenus entre 20 et 65 % d'utilisateurs de drogues (licites et illicites), dont au moins 15 à 20% d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse

¹¹⁰ Pour les données relatives aux usagers de drogues incarcérés, les soins et la prise en charge des risques liés aux usages de drogues en milieu carcéral, les sources sont très hétérogènes. Voir [Facy, Chevry, Verron, 1997], [Jean, 1997], [Sueur, Gauthier, Montana, Papadakou, 1997], [Facy, 1997], [Rousseau, 1997], [Rotily *et alii*, 1997], [Bès, 2000], [CNS, 2000], [Sueur, Lazarus, Molla, 1994], [ORS-PACA, 1997], [Emmanuelli, 1997], [Hausser, 1999], [Rotily, Weilandt, 2000], [Tortay, Morfini, Parpillon, Bourdillon, 1999], [Tortay, Morfini, 2000], [DAP, 2001], [Claudon-Charpentier *et alii*, 2000], [Rotily *et alii*, 1994].

¹¹¹ *Rapport et avis sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*, [CNS, 1996], pp. 156-179.

¹¹² [MILDT, 1999], p. 60.

dépendants¹¹³. Les ILS comptent parmi les premiers motifs d'incarcération (21% des détenus à Fleury-Mérogis en 1996, et 15% à l'entrée en détention¹¹⁴).

Des travaux déjà relativement anciens¹¹⁵ permettent d'envisager les caractéristiques pénales et socio-démographiques des usagers de drogues incarcérés. Sur le plan pénal, presque la moitié des usagers de drogues illicites sont détenus en l'attente de leur jugement, ce qui rend hypothétique leur maintien dans la maison d'arrêt et a bien entendu un impact sur les formes du suivi médical, psychologique et social dont ils peuvent bénéficier¹¹⁶. En 1996, la majorité des usagers de drogues reçus dans les « antennes-toxicomanies »¹¹⁷ sont incarcérés pour d'autres motifs qu'une ILS (52%). Pour la plupart, l'incarcération est une expérience connue, 45% ayant déjà été détenus avant l'âge de 20 ans. En effet, sur le plan socio-démographique, il s'agit d'hommes pour les 9/10^{èmes}, âgés en moyenne de 28 ans¹¹⁸ ; 17% sont bénéficiaires du RMI, 40% ne sont peu ou pas qualifiés, la grande majorité n'a pas d'activité professionnelle, 25% sont de nationalité étrangère. Il s'agit donc là d'une population qui – sous réserve de changements significatifs depuis 1996 – est massivement fragilisée et cumule les handicaps sociaux et judiciaires¹¹⁹.

Usagers incarcérés, VIH et hépatites

L'univers carcéral doit en principe offrir des opportunités pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'épidémie de VIH chez les UDVI. Eu égard à la population d'usagers, à la fréquence et à la répétitivité de leur incarcération tout d'abord : à un temps donné, en 1993, plus de 60% des UDVI détenus auraient déjà été incarcérés, et le nombre d'épisodes d'incarcération serait de 3 à 4 fois par individu selon les études menées en milieu ouvert. Les UDVI constitueraient la quasi-totalité (9/10) des détenus vivant avec le VIH. Si officiellement, la part des personnes incarcérées séropositives est de 1,6%, les différentes enquêtes situent plutôt cette prévalence entre 2 et 6%. En 1995, celles menées par l'ORS-PACA¹²⁰ indiquaient une séropositivité 10 fois plus élevée chez les UDVI incarcérés que dans la population générale, et 6 fois supérieure en 1992 pour les usagers de drogues déjà incarcérés que pour ceux qui ne l'avaient jamais été.

Le système de dépistage du VIH dans les prisons françaises s'inspire largement des pratiques ayant cours à l'extérieur : proposé à l'entrée, il est volontaire et gratuit¹²¹. Les principes de volontariat et de gratuité, conformes aux soucis de facilitation de l'accès aux soins et à la prévention, et de respect de la liberté de choix des détenus en la matière, rendent impossible le relevé de chiffres précis et généraux sur la séroprévalence du VIH en prison.

¹¹³ Il s'agit là d'une estimation basse qui peut être largement discutée. On avance plus souvent des proportions de l'ordre de 30 à 40%.

¹¹⁴ La différence est en partie liée à la durée relativement plus élevée des peines pour ILS.

¹¹⁵ [Facy, 1997], [Facy, Chevry, Verron, 1997].

¹¹⁶ De façon générale, les particularités des centres de détention ont, comme les caractéristiques de la population accueillie, une grande importance dans la mise en œuvre des prises en charge.

¹¹⁷ Ancienne appellation des services de prise en charge spécialisée en milieu pénitentiaire.

¹¹⁸ C'est également l'âge médian des UDVI incarcérés.

¹¹⁹ Voir [Bouhnik, Touzé, Jacob, Maillard, 1999].

¹²⁰ Observatoire Régional de Santé Provence – Alpes – Côte-d'Azur.

¹²¹ Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) sont chargées de mettre en œuvre le dépistage en prison. Les difficultés rencontrées par les détenus concernent les modalités de la communication des résultats. En effet, dans un certain nombre de centres de détention, un résultat négatif n'est pas communiqué ; outre que cette situation laisse les personnes dépistées dans l'incertitude, elle implique des risques accrus de révélation à l'insu pour ceux dont le résultat est positif.

Les séroconversions au VIH durant l’incarcération, n’ayant jamais pu être documentées en France, sont toutefois envisageables dès lors que subsistent des pratiques à risques de transmission sanguine ou sexuelle¹²². Des expériences de contamination par les virus des hépatites sont connues ; elles ont révélé des taux de partage de seringues pouvant concerner jusqu’à 66% des injecteurs.

Les risques amplifiés dans le contexte carcéral

La prison est un lieu d’addiction. La part des consommateurs, y compris les usagers occasionnels, peut atteindre les deux tiers de la population de certaines maisons d’arrêt. C’est aussi fréquemment un lieu de sevrage, ce qui contraint à envisager la prise en charge de l’usager à sa sortie pour éviter les situations d’amplification des risques, de surdose notamment¹²³. Le constat que la prison n’est en aucun cas un « sanctuaire » s’explique dès lors que l’on considère que l’univers carcéral concentre une proportion importante d’individus, pour qui les drogues constituent un « moyen » de vivre. L’exposition à l’introduction de drogues de la prison est aussi en grande partie imputable au fait qu’elle est un lieu de passage : pour les détenus bénéficiant de mesures de liberté partielle, les familles, les visiteurs et professionnels extérieurs, et pour les personnels pénitentiaires.

Tout indique non seulement des pratiques d’usages de drogues à haut risque en prison (injections¹²⁴ avec partage de seringues, rinçage à l’eau, premières injections), mais aussi le renforcement des facteurs de vulnérabilité déjà présents à l’extérieur, particulièrement pour les femmes : pauvreté, violence, contact avec les réseaux criminels, difficulté de contrôle de la qualité des produits...¹²⁵ Les pratiques sexuelles non protégées sont une réalité en prison ; elles engagent pour les autorités pénitentiaires les questions du respect de l’intimité et du contrôle des risques dans des situations parfois ambiguës de relations contraintes ou accordées avec contreparties.

Les dernières années ont vu se répandre des polyconsommations de la précarité, déterminées par la faiblesse des ressources matérielles de nombreux détenus, le coût et la rareté des substances illicites disponibles. Elles associent couramment médicaments de substitution et autres substances, parfois en injection de façon à potentialiser les effets de faibles quantités¹²⁶. Mais il s’avère que pour la plupart des usagers incarcérés, les pratiques de consommation et de gestion du risque ne diffèrent pas fondamentalement en prison et à l’extérieur ; elles se plient à un ensemble de contraintes plus strictes liées à l’administration de la peine.

C’est là un paradoxe majeur de la prise en charge des comportements à risque en prison : particulièrement favorable à l’amplification des risques sanitaires et aux usages de drogues eux-mêmes, l’univers pénitentiaire est régi par le respect de la loi et des interdits réglementaires. Dès lors, toute démarche fondée sur la reconnaissance des usages de drogues illicites ou des risques qui en résultent se heurte à un contexte répressif particulièrement prononcé.

¹²² On a authentifié des séroconversions VIH multiples de façon certaine en Ecosse depuis 1994. La question a été également étudiée à Berlin.

¹²³ Voir [CNS, 2000].

¹²⁴ Dans l’enquête menée dans les programmes d’échange de seringues, 19% des UDVI déjà incarcérés rapportaient l’injection en prison. [Lert, Emmanuelli, Valenciano, 1999].

¹²⁵ [Bouhnik, Touzé, Jacob, Maillard, 1999].

¹²⁶ *Ibid.*

La réduction des risques en milieu pénitentiaire

La gamme des actions envisageables pouvant théoriquement contribuer à la réduction des risques de contamination par le VIH et autres infections est similaire en milieu carcéral à celle offerte à la population générale des usagers de drogues : dépistage, information et prévention s'appuyant sur la proximité entre détenus, désinfection des seringues et du matériel utilisé lors de l'injection, protection au moyen de préservatifs lors des rapports sexuels, promotion des conditions permettant de limiter le risque de contamination par voie parentérale. Ces différents points ont fait l'objet de recommandations de la part du Conseil de l'Europe en 1993, de l'OMS et de l'ONUSIDA. Chacun des aspects, à des degrés divers, a donné lieu à des expérimentations dans les prisons d'autres pays européens, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne étant à ce jour les pays ayant mis en œuvre le plus large éventail de mesures de mesures parmi nos voisins.

Les autorités pénitentiaires et de santé française ont recherché activement, en partenariat avec des établissements publics et certaines associations, à se doter d'outils de prévention efficaces. Le dispositif de dépistage du VIH a le mérite de prévoir une proposition systématique aux détenus, et de se fonder sur le respect des meilleures pratiques. En outre, des actions d'information et de formation ont été engagées, notamment auprès des personnes incarcérées¹²⁷, mais ne visent pas explicitement les risques liés à l'injection de drogues en prison.

Les moyens de désinfection sont garantis de façon limitée, et leur adaptation devrait être évaluée. En effet, la circulaire du 5 décembre 1996, qui prévoyait l'initialisation des traitements à la méthadone dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH, a permis la généralisation de la distribution périodique d'eau de javel, en quantité et en concentration déterminées, à tous les détenus. Ces derniers ont également la possibilité de l'acheter à la cantine de l'établissement, et le personnel médical peut pourvoir ponctuellement à certaines demandes. Reste à confirmer l'adéquation de cette mesure aux besoins des UDVI incarcérés, notamment vis-à-vis de l'exposition aux virus des hépatites.

Les pratiques de mise à disposition de préservatifs sont quant à elles très aléatoires. Le contexte réglementaire joue un rôle dans cette hétérogénéité : les relations sexuelles en prison, notamment entre détenus, sont interdites par les règlements intérieurs. L'administration pénitentiaire délègue donc plus ou moins formellement la distribution de préservatifs aux personnels soignants. On ne dispose pas de données générales sur l'action de ses services contre les risques sexuels, mais celle-ci est sans conteste fragmentaire et très difficile à faire accepter tant par le personnel de surveillance que par les détenus.

En revanche, les autorités françaises ont officialisé le refus de l'installation de programmes de seringues depuis 1997, sans que soit même expérimenté ce type de dispositif. Plusieurs argumentaires fondent en général une telle position : la seringue est susceptible d'être utilisée comme une arme, l'accessibilité du matériel d'injection constituerait une incitation à la consommation de drogues par voie intraveineuse, et surtout, l'usage de drogues étant pénalisé, il serait impossible de le considérer comme une pratique acceptable en milieu carcéral.

¹²⁷ L'exemple d'une action de prévention menée par les détenus sur le thème du tatouage à moindres risques, grâce à l'association AIDES Provence, est une illustration des voies détournées que peut prendre la réduction des risques. Dès 1994, un manuel conçu par le CFES a été diffusé afin de favoriser la prévention des risques pour la santé ; [CFES, 1994].

Les deux premiers arguments résistent mal aux expériences menées en Espagne, en Allemagne, en Suisse, en Australie et au Canada¹²⁸. Ces pays fournissent en outre des éléments d'appréciation intéressants dans la mesure où ils ne se bornent pas à illustrer la faisabilité pratique de programmes d'échanges de seringues à usage unique dans les prisons. Ils fournissent les clés des débats à surmonter pour mener à bien de telles initiatives.

La question légale est en fait au cœur du problème. Le personnel de justice employé dans les structures carcérales a pour mission de veiller à l'administration de la peine dans le respect de la loi. Reconnaître la nécessité de l'échange de seringues suppose de prendre acte de l'existence de l'injection de drogues dont la présence est illégale en prison. Il y a un paradoxe à exiger des surveillants de collaborer à une action répressive contre les usagers, tout en veillant au bon fonctionnement de l'échange de seringues. En outre, quand bien même leur implication dans cet échange serait inexistante, son existence même peut être vécue comme la conséquence d'un échec professionnel.

La prison présente donc certaines contradictions qui justifient une évaluation globale de la situation de la part des autorités concernées¹²⁹. Les centres de détention accueillent une population présentant des risques élevés, pour laquelle la prison est un lieu essentiel sur le plan biographique. Elle accroît en outre les possibilités d'exposition aux risques de contamination sanguine et sexuelle, notamment du fait de la clandestinité des pratiques concernées. Inversement, les moyens les plus simples de réduire les risques sanitaires, par une prise en charge médicale appropriée¹³⁰, sont inégalement adoptés, et les outils de la réduction des risques en grande partie inacceptables. En conséquence, la gamme des dispositifs de réduction des risques auxquels les usagers de drogues accèdent en cas de détention est plus restreinte que celle proposée à l'extérieur.

L'argument légal constitue un élément déterminant pour la conduite des actions de prévention et de réduction des risques en prison. L'interdit de consommation empêche en effet d'envisager toute mesure fondée explicitement sur la présence de stupéfiants pourtant patente dans le contexte carcéral, car il en fonde les règlements et structure l'identité professionnelle des personnels de surveillance. Les pouvoirs publics, conscients de cette difficulté, à l'intérieur comme à l'extérieur des enceintes carcérales, ont depuis longtemps tenté de clarifier les modalités d'application de la loi

5. Une volonté d'amendement de la loi du 31 décembre 1970 qui la vide de sens et/ou accentue le caractère hétérogène de sa mise en œuvre

Des tentatives d'amendement de la loi, anciennes mais infructueuses

Face à la multiplicité des critiques dont la loi du 31 décembre 1970 a pu faire l'objet, dès sa rédaction, et aux difficultés pratiques d'interprétation et de mise en œuvre, un grand nombre

¹²⁸ Voir [Garcia-Villanueva, 2001], [Labrosse-Solier, Pachabézien, 2000], [Merino, 2001], [Rotily, Weilandt, 2000], [Williams, 1998] pp. 70-72, [Nelles, Harding, 1995].

¹²⁹ Evaluations menées depuis 1996 avec constance, à la demande du Ministère de la justice. Aux missions ponctuelles confiées à des personnalités qualifiées s'ajoute le travail interministériel mené conjointement par la Direction des hôpitaux, la Direction générale à la santé et la Direction de l'administration pénitentiaire, dont la synthèse demeure à ce jour indisponible.

¹³⁰ La presse médicale s'est fait récemment l'écho des lacunes dans l'accès et le suivi des soins. Voir [Roy, 2001]. Ce point est développé plus loin.

de textes réglementaires et administratifs ont cherché à guider l'action des services de police, de gendarmerie, de justice ou de santé.

A elles seules, les circulaires d'application représentent des centaines de textes, parmi lesquels on peut distinguer quelques éléments importants et révélateurs des difficultés à faire évoluer les pratiques.

La circulaire du 30 mars 1973 qualifiait « d'errements » les poursuites d'usagers pour la détention de quantité négligeables de stupéfiants, auxquels il devait être mis un terme ; de manière emblématique au regard des débats actuels, les pouvoirs publics reconnaissaient ainsi la difficulté d'appréciation que la loi impose aux parquets dans l'évaluation de la gravité des faits d'usage, et le conflit entre objectifs de santé publique et objectifs répressifs. La circulaire du 7 mars 1977, quant à elle, a mis en évidence la difficulté à qualifier les faits, en l'absence de seuils établis de quantités de stupéfiants détenus, et incitait à l'inverse à requérir plus fréquemment des peines d'emprisonnement à l'encontre des usagers-revendeurs.

La circulaire ministérielle du 17 mai 1978, dite « circulaire Pelletier », a profondément marqué les attitudes face à l'usage de drogues. Celle-ci visait à mieux définir les conditions de mise en œuvre de l'injonction thérapeutique en alternative aux poursuites. Le texte constate l'absence de dépendance physique des usagers de cannabis, et énonce donc des mesures alternatives sans obligation de soins, sauf en cas de réitération des infractions (simple mise en garde lors d'une convocation). En même temps, pour les « toxicomanes » (à l'exclusion des fumeurs de cannabis), la Ministre de la Justice invitait à privilégier l'action sanitaire, même en cas d'échecs successifs des mesures d'injonction thérapeutique prononcées auparavant¹³¹. Les mesures d'incitation ou d'obligation de soins devaient ainsi « être largement utilisées à l'égard des toxicomanes de préférence à l'exercice des poursuites pénales, même en cas de réitération »¹³². La circulaire Pelletier a été interprétée comme instituant une dépénalisation de fait de l'usage modéré de cannabis. Diversement appréciée par les parquets, elle est restée néanmoins une référence jusqu'en 1987.

Toujours dans le même mouvement oscillatoire, la circulaire du 19 septembre 1984 invite les procureurs à déterminer si la qualité de trafiquants ne prévaut pas sur celle d'utilisateur chez les usagers-revendeurs. Remarquant que l'injonction thérapeutique a montré ses limites, liées au caractère souvent subi de la cure et à l'association entre action pénale et action médicale « dans des conditions difficiles à comprendre pour l'utilisateur », cette circulaire conduit donc à un durcissement répressif dans le sens d'une généralisation des poursuites¹³³ ; elle sera d'ailleurs suivie de la rédaction d'un article spécifique figurant au Code de la santé publique, l'article L627-2 (abrogé depuis), sur l'usage-revente.

La circulaire « justice-santé » du 12 mai 1987 constitue un texte important dans le processus de durcissement des mesures prises à l'égard des usagers. Tout d'abord, le texte abandonne toute distinction entre drogues « douces » et « dures » (respectivement le cannabis et les autres drogues connues) au profit d'une appréciation de l'opportunité des poursuites en fonction du caractère occasionnel ou habituel de l'usage. C'est donc la violation de l'interdit qui est soulignée. Si les usagers occasionnels ne doivent faire l'objet que d'une mise en garde, l'injonction thérapeutique doit être privilégiée pour les seconds, toutes les interpellations pour usage devant faire l'objet d'une transmission au parquet et d'une instruction par un magistrat spécialisé. Aux termes de cette circulaire, les usagers-revendeurs devraient être poursuivis en

¹³¹ Ce point a fait l'objet de divergences d'interprétation dans la loi. L'injonction thérapeutique doit être considérée comme une alternative aux poursuites, notamment lors d'une première infraction. Dès lors, elle a pu être refusée à des usagers confrontés de nouveau à la justice, les parquets opérant une confusion entre la récidive d'une infraction précise et la rechute de l'utilisateur dépendant.

¹³² Circulaire AP 78-08 bis du 17/05/1978.

¹³³ [Simmat-Durand *et alii*, 1998].

priorité au chef de trafic et non plus d'usage. Une note du ministère viendra d'ailleurs en 1993 préconiser leur jugement par voie de comparution immédiate.

Ces deux dernières circulaires relevaient déjà l'extrême variabilité selon les juridictions, et globalement le faible recours à l'injonction thérapeutique. Elles ont marqué une décennie de mise en œuvre plus répressive de la loi, qui a conduit à l'inscription de nouveaux articles relatifs au trafic de stupéfiants dans le Nouveau code pénal.

A l'instar des Conventions départementales d'objectifs et d'autres textes, la circulaire du 28 avril 1995 prévoit la généralisation du recours aux soins pour les infractions d'usage simple.¹³⁴ En admettant l'exercice de poursuites pénales à l'encontre des usagers, elle recommande toutefois, à son tour, le développement de l'injonction thérapeutique, dont une évaluation menée en 1991 par l'INSERM¹³⁵ avait montré qu'elle était l'occasion d'un premier recours aux soins pour 59% des usagers. Un point important est l'élargissement du bénéfice de l'injonction thérapeutique aux usagers-revendeurs ; par ailleurs, la circulaire détaille l'ensemble des alternatives aux poursuites et à l'exécution de peines pouvant être mobilisées dans le cadre de l'obligation de soins.

L'activité réglementaire témoigne donc de volontés d'inflexion dans la mise en œuvre de la loi, à l'égard des usagers ; tendances qui soulignent ses contradictions. Après une période d'application plutôt libérale, les pouvoirs publics ont recommandé une plus grande sévérité à l'égard des usagers, tout en reconnaissant le dilemme posé entre sanction répressive et opportunité sanitaire. L'accentuation des préoccupations sanitaires a été patente à partir du début des années quatre-vingt dix ; elle a conduit à une réévaluation de la prise en charge pénale et à un affinement des recommandations à la fin de la décennie.

Ces tentatives d'inflexion révèlent néanmoins la faiblesse de l'intervention par voie de circulaires : instable, elle est assujettie à une approche plus ou moins éloignée du texte même de la loi, et susceptible de conséquences très variables selon la sensibilité des parquets et des procureurs. Ces derniers sont en effet démunis face aux nombreuses ambiguïtés des textes juridiques et réglementaires. On peut également émettre l'hypothèse que l'hétérogénéité des connaissances et des opinions personnelles du personnel de justice a des conséquences sur leurs pratiques professionnelles.

Vers une modification des pratiques répressives ?

La circulaire de la Ministre de la Justice datée du 17 juin 1999¹³⁶ vise à rappeler un certain nombre de points relatifs à l'application de la loi concernant les usagers, et détaille l'ensemble des réponses envisageables à leur égard.

La diversification des réponses judiciaires apportées aux problèmes des usagers dépendants doit s'appuyer sur des enquêtes sociales et des expertises médicales plus nombreuses. Les besoins de soins et d'insertion sociale des usagers doivent être prise en compte tout au long de la procédure. Les interpellations du seul chef d'usage de stupéfiants à proximité des structures d'accueil et de soins sont à proscrire, de même qu'au sortir des structures d'échange de seringues. « [Les] interpellations de simples usagers, dans la mesure où elles ne seraient pas indispensables pour enquêter sur les trafics » doivent donner « lieu à des procès-verbaux simplifiés ».

¹³⁴ Circ. DGLDT/CRIM/DGS n° 20 C du 28 avril 1995. Voir à ce sujet [Simmat-Durand, 1997].

¹³⁵ Unité U 302.

¹³⁶ Circulaire NOR : JUS A 9900148 C relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.

Concernant la nature des réponses à apporter aux infractions pour usage, l'injonction thérapeutique doit être réservée aux usagers réellement dépendants, un simple rappel à la loi devant suffire pour les usagers occasionnels, surtout de cannabis. En cas de condamnation, les procureurs sont invités à privilégier les ajournements de peine, les alternatives à l'incarcération et les aménagements de peine, assortis de l'exécution provisoire, nécessaire à une prise en charge médicale rapide des personnes concernées. En cas d'incarcération, la préparation à la sortie et la continuité de la prise en charge entre milieux ouvert et fermé doivent être une préoccupation permanente des établissements pénitentiaires.

Surtout, en cas de poursuite et de jugement, « l'emprisonnement ferme à l'encontre d'un usager n'ayant pas commis d'autre délit connexe doit constituer un ultime recours ».

Les services judiciaires disposent avec la circulaire du 17 juin 1999 d'un texte éminemment détaillé, apportant de nombreux éclaircissements techniques aux parquets.

On doit souligner que ce texte abandonne largement les catégories anciennes pour fonder la différenciation du traitement judiciaire et pénal des usagers non seulement sur la nature des infractions, mais aussi en fonction du type de comportement d'usage incriminé (usage « occasionnel », « abusif », « dépendance ») et la situation personnelle des personnes mises à disposition de la justice. En d'autres mots, il est résolument orienté par une logique de réduction des risques, comme l'indiquent ses annexes. Il vise à entériner des recommandations précises et élaborées, et à éviter le renouvellement de situations préjudiciables aux actions sanitaires (par exemple l'interpellation d'usagers motivée par le simple port d'une seringue).

Rien ne garantit pourtant que, plus que les autres circulaires, il engendrera une attitude homogène et pérenne de l'ensemble des juridictions. En outre, il consomme le divorce entre les pratiques visées (éviter l'incarcération d'usagers) et la loi (qui permet l'incarcération pour usage simple). Enfin, il a une portée très large, qui engage l'action de nombreux services de l'Etat et nécessite un effort interministériel. Un enjeu important réside donc dans l'engagement de l'ensemble des ministères concernés à promouvoir des objectifs de santé publique.

La circulaire du 17 juin 1999, texte ambitieux, a été finalisée lors d'une réunion du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 16 juin. La mise œuvre des actions préconisées repose sur le degré de collaboration entre les services et sur l'efficacité de la coordination entre les services de l'Etat.

Elle constitue une référence pour un certain nombre d'autres textes¹³⁷. Tant l'esprit que la lettre de la circulaire sont toutefois sujets à des divergences dans la présentation des grandes lignes d'action. Le texte du ministère de l'Intérieur, dans la mesure où il doit traduire les indications relatives à l'action répressive directement au contact des usagers, est probablement un de ceux les plus déterminants pour la mise en œuvre des évolutions envisagées. Son intitulé indique avec éloquence le faible degré de priorité donné à la santé publique : *Circulaire du 11 octobre 1999 relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants*. Sa construction met l'accent sur la lutte contre l'usage d'une part, et celle contre le trafic d'autre part. Sur le premier point, les différences de perspectives apparaissent parfois crûment, comme l'ont noté certains auteurs :

¹³⁷ Circulaires INTC9900206C du Ministère de l'intérieur, du 11 octobre 1999 ; 00-090JS du Ministère de la jeunesse et des sports en date du 6 juin 2000 ; note MILDT du 3 décembre 1999 ; PRMX9903743C du Premier ministre en date du 13 septembre 1999. Cette présentation n'est pas exhaustive.

« Quand le garde des Sceaux proscrit les interpellations à proximité immédiate des lieux d'échange de seringues, le ministre de l'Intérieur envisage seulement de « définir en concertation » avec la préfecture « les modalités d'action des services de police à proximité immédiate des lieux d'échange de seringues », ce qui n'est pas vraiment la même chose. Quand le garde des sceaux considère que « en tous lieux, le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation », le ministre de l'intérieur n'en souffle mot [...] »¹³⁸

In fine, cet exemple récent met en lumière la difficulté à mener une politique coordonnée de santé publique dans un contexte essentiellement répressif.

En vertu du principe de hiérarchie des normes, tout individu dépositaire de l'autorité publique, qu'il s'agisse d'un magistrat, d'un policier ou d'un gendarme, fonde sa pratique sur la loi, plutôt que sur les règlements ou instructions administratives. Rien ne garantit donc que les services concernés par chacune des circulaires soient tous à même d'en prendre la mesure et d'agir conséquemment. Le foisonnement antérieur des circulaires ajoute à la difficulté d'appréciation de la loi elle-même.

Ainsi, la distinction entre les comportements d'usage qui motive les différences dans les réponses judiciaires demande-t-elle à être explicitée. C'est ce que permettrait le décret n° 99-249 du 31 mars 1999 relatif à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance¹³⁹ ; on ne peut assurer que tous les personnels concernés en aient pris connaissance, ni même qu'ils l'appliquent, malgré le peu d'instruments d'évaluation de la dépendance ou de l'abus de drogues dont ils disposent. L'expertise médicale et l'enquête sociale préconisées par la circulaire du 17 juin visent à pallier cette lacune¹⁴⁰.

Il en ressort que si les textes en question ne parviennent pas à vider la loi de son esprit en permettant de disjoindre les infractions et de moduler les réponses en fonction de leur gravité, ils ne feront que souligner les incohérences et les problèmes pratiques d'application. Au pire, ils sont susceptibles d'aggraver les divergences d'approche entre les juridictions en matière de prise en charge judiciaire des comportements d'usage de drogues illicites, ou d'entraîner une plus grande sévérité dans la qualification des faits reprochés aux usagers (qui détiennent souvent la substance incriminée, dans des quantités nécessaires à leur consommation personnelle). Il est plus probable encore qu'ils demeurent entièrement ou partiellement inappliqués¹⁴¹.

Il apparaît donc que si la répression de l'usage de drogues illicites a connu une intensification depuis l'entrée en vigueur de la loi, reflétée par l'augmentation des infractions constatées, elle n'a pas fait diminuer la fréquence des pratiques de consommation de drogues. En outre, des ambiguïtés demeurent quant aux finalités respectives des services dans leur action de lutte

¹³⁸ [Caballero, Bisiou, 2000], p. 565.

¹³⁹ Article R 5219-1 du Code de la santé publique.

¹⁴⁰ En cas de transmission systématique au parquet et dans l'hypothèse d'une mise en œuvre des distinctions sur le fondement d'expertises, on doit envisager que les ILS puissent représenter un surcroît de travail important pour les juridictions.

¹⁴¹ Prévue comme ultime recours en réponse à l'usage simple, l'incarcération ne semble pas être devenue plus rare qu'auparavant. En 1994, l'enquête « un jour donné » menée le 1^{er} avril dans les établissements pénitentiaires révélait que 168 personnes étaient détenues pour usage seul, soit 0,28% de la population carcérale à jour donné ; au premier novembre 2000, le renouvellement de cette enquête a permis de dénombrer 197 détenus dans ce cas, soit 0,4% de la population pénale « à jour donné » [DAP, 2001].

contre l'usage de stupéfiants ; en particulier du fait de ce brouillage des objectifs, plus des 9/10^{èmes} des interpellations impliquant l'usage ne donnent lieu à aucune condamnation.

En d'autres termes, l'action répressive à l'encontre des usagers résulte d'un ensemble de contraintes pratiques et de confusions juridiques (entre le suivi médical et le suivi pénal, entre la réduction de la demande et la réduction des risques, entre l'offre et la demande de stupéfiants...) qui ne permettent ni de supprimer le trafic de stupéfiants dans la forme où elle est menée, ni de remplir les objectifs indispensables à la préservation de la santé publique.

Plus inquiétant, des habitudes d'incarcération, dont la contribution à l'amplification des risques sanitaires est démontrée, perdurent à l'encontre d'usagers de drogues pour qui la détention ne fait que participer à la dégradation de l'état somatique et psychologique ; elle entre dans des parcours de marginalisation préjudiciables au maintien de leur santé. L'amplification des risques sanitaires au sein des structures pénitentiaires n'a en outre pas fait l'objet de l'ensemble des mesures de réduction des risques décidées ou recommandées à l'échelle internationale.

Reconnaissant les enjeux d'une mise en œuvre efficace de la loi, les pouvoirs publics ont accompagné leurs efforts en matière de prise en charge sanitaire des usagers de drogues, depuis les années soixante-dix, d'inflexions multiples déterminées par des priorités conjoncturelles. Celles-ci ont contribué à la disparité des pratiques judiciaires entre les différentes juridictions, et n'ont pas permis d'apporter de réponses claires quant aux objectifs poursuivis par la répression de l'usage de drogues. Ces confusions, tenant au texte de loi lui-même, perdurent parce qu'il constitue le texte de référence incontournable des institutions chargées de veiller au maintien de la sécurité publique.

B. Le dispositif sanitaire : marqué par d'importants progrès, il souffre de cloisonnements et de contradictions

La dimension répressive s'est certes révélée la plus effective parmi les deux axes préconisés par la loi. Mais parallèlement, les pouvoirs publics montrent une volonté constante de fournir les réponses adéquates sur les différents terrains de la prise en charge médicale et psychologique des usagers de drogues illicites.

Construites avant tout autour du dispositif d'injonction thérapeutique, celles-ci se sont largement diversifiées avec le recours à de nouveaux outils de soins. Ces changements doivent être évalués au regard des problèmes anciens évoqués ci-dessus, tout en tenant compte de l'émergence de nouveaux comportements de consommation à risque.

1. L'injonction thérapeutique et les obligations de soins : bref bilan

La mise en œuvre des obligations de soins et de l'injonction thérapeutique par les parquets

La loi prévoit non seulement de réprimer, mais aussi de soigner les usagers de drogues dépendants. Aussi a-t-elle prévu certaines actions sanitaires au cours de la procédure judiciaire. La plus connue d'entre elles est la cure, ou la prise en charge médicale, qui permet aux usagers d'échapper aux poursuites ; elle devait au départ être réservée à la première

infraction. Utilisée pour les auteurs d'infractions d'usage simple, elle peut également, comme l'a rappelé la circulaire du 28 avril 1995, être mobilisée en cas de délits connexes à l'ILS, qui peuvent faire l'objet de poursuites indépendamment des réquisitions retenues concernant l'usage de stupéfiants. L'injonction thérapeutique¹⁴² constitue ainsi un pilier de la loi du 31 décembre 1970.

Mais la loi énonce également d'autres formes d'actions sanitaires décidées au cours de l'instruction, lors du jugement ou en cours de peine, c'est-à-dire durant les phases pré-sentencielle, sentencielle et post-sentencielle¹⁴³.

Pour la première, la loi prévoit que le juge d'instruction ou le juge des enfants peut prononcer une ordonnance prescrivant une prise en charge médicale¹⁴⁴, qui n'entraîne pas l'extinction des poursuites, et peut placer le prévenu sous contrôle judiciaire assorti de soins¹⁴⁵. Le jugement, quant à lui, peut également comprendre une ordonnance de soins¹⁴⁶ ou le prononcé d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, imposant éventuellement les soins jugés appropriés¹⁴⁷. Le condamné peut bénéficier d'un ajournement de peine avec mise à l'épreuve sous forme d'une obligation de soins¹⁴⁸. Enfin, le juge d'application des peines peut, durant l'exécution de la peine, exercer un contrôle de l'exécution des soins imposés dans le cadre de la mise à l'épreuve ; il a également la possibilité de décider d'une libération conditionnelle si le détenu accepte de se soumettre à des soins médicaux¹⁴⁹.

La justice peut donc recourir à des dispositions exceptionnelles (dont l'injonction thérapeutique), destinées à la prise en charge des usagers de drogues illicites, mais aussi mobiliser, à tous les stades de la procédure, les ressources offertes par le droit commun face aux situations de dépendance.

Peu de chiffres sont disponibles concernant l'utilisation des dispositions sur les soins, à l'exception de l'injonction thérapeutique ; il semble que les mesures spécifiques aux toxicomanes prévues par la loi de 1970 soient très rapidement tombées en désuétude dans les années soixante-dix et quatre-vingt. Ce n'est qu'au cours des années quatre-vingt dix qu'elles ont de nouveau attiré l'attention de certaines juridictions.

Si les obligations de soins sont peu utilisées, l'injonction thérapeutique a retenu l'attention des magistrats. Présentant la spécificité d'être une alternative à la poursuite, elle est fondée sur une démarche théoriquement volontaire de la part de l'auteur d'infraction. L'exécution du volet sanitaire est soumise au contrôle de l'autorité de santé départementale (DDASS). Comme le mentionne le rapport de 1993 du Conseil national du sida¹⁵⁰, elle a depuis 1987 fait l'objet de plusieurs circulaires invitant à la réactivation de l'injonction thérapeutique. Celle de 1993 (circulaire du 15 février) a été particulièrement efficace en termes quantitatifs.

¹⁴² Le terme apparaît officiellement dans la circulaire du garde des Sceaux du 17 septembre 1984.

¹⁴³ [Simmat-Durand, 1997].

¹⁴⁴ Il s'agit là d'une mesure prévue par la législation relative aux stupéfiants, qui figure à l'article L 3424-1 du Code de la santé publique (CSP).

¹⁴⁵ Mesures de droit commun inscrites aux articles 137 et 138 du Code de procédure pénale (CPP).

¹⁴⁶ Législation sur les stupéfiants, art L 3424-2 du Code de la santé publique.

¹⁴⁷ Mesure de droit commun, art. 132-45 du Code pénal.

¹⁴⁸ Article 132-63 du Code pénal.

¹⁴⁹ Article 729 du Code de procédure pénale.

¹⁵⁰ [CNS, 1996], p. 203.

On dispose de deux séries chronologiques de sources judiciaires pour suivre les décisions d'injonction thérapeutiques¹⁵¹. La première indique un faible recours de 1971 à 1983, qui permettait au début de la période de prendre en charge 352 patients, contre 2 893 en fin de période. Cet effectif est resté assez bas dans les années quatre-vingt, tant les financements ont été perçus comme insuffisants pour augmenter l'offre de cures. Dans les années quatre-vingt dix, le dispositif s'est développé beaucoup plus conséquemment : de 4 935 en 1992, le nombre d'injonctions thérapeutiques est passé à plus de 8 000 mesures à la fin de la décennie. L'augmentation est donc significative, même si l'effectif des individus ayant bénéficié de cette mesure stagne depuis 1996. Elle a été en grande partie motivée par l'application, en dépit des instructions données par voie de circulaire, de mesures d'injonction thérapeutique à des usagers de cannabis (ce qui tendrait à l'assimiler à une mesure de contrôle de la délinquance en milieu ouvert). En 1997, 36% seulement des injonctions thérapeutiques prononcées concernaient des usagers d'héroïne. En outre, l'élévation quantitative suit la tendance des interpellations, à un rythme toutefois plus soutenu.

Evaluation de l'injonction thérapeutique

Première occasion de l'entrée dans le système de soins pour la majorité des usagers concernés au début des années quatre-vingt dix, l'injonction thérapeutique (IT) a été mise en œuvre avec de très fortes disparités régionales, reflétant l'hétérogénéité des capacités des autorités de santé auxquelles les parquets adressent les réquisitions à répondre à leurs demandes, et l'inégal développement de la consommation de drogues illicites sur le territoire ; mais aussi des conceptions différentes, selon les parquets, de l'usage de drogues et de la réponse pénale qu'il appelle, et des habitudes variables de collaboration aux échelons décentralisés de l'Etat. On a certes assisté à un redéploiement par rapport aux années quatre-vingt, mais en 1994, 38% des tribunaux de grande instance (TGI) n'avaient prononcé aucune mesure de ce type. Aujourd'hui encore, les trois quarts des IT sont décidées dans 18 juridictions seulement¹⁵².

Sur le plan quantitatif, la généralisation du recours à l'IT semble marquer le pas depuis 1996, après une lente montée en puissance. Les critiques évoquées en 1993 dans le rapport du Conseil national du sida perdurent toutefois. Perçue comme une contrainte et souvent subie, l'IT ne permet que rarement une relation satisfaisante entre les soignants et l'utilisateur ; elle met ainsi en cause le résultat attendu de la prise en charge.

Les conditions de mise en œuvre de l'IT, dans le cadre de l'application de la loi de 1970, ont conduit à ne proposer longtemps que des cures de désintoxication privilégiées alors par le secteur spécialisé ; or en l'absence de volonté exprimée de parvenir à l'abstinence, l'utilisateur accueilli était voué à échouer. C'est pourquoi il demeure indispensable d'envisager d'autres formes de prise en charge à l'occasion de l'IT.

En outre, l'expérience a fourni les éléments d'une appréciation critique du dispositif. Sur le fond, le caractère contraint de la prise en charge la renvoie vers le registre de la peine, ce qui soulève nombre de questions quant au rôle et à l'attitude des soignants en cas de défaillance de l'utilisateur. L'injonction thérapeutique passe également sous silence la divergence fondamentale entre l'objectif judiciaire (le non-renouvellement de l'infraction) et l'objectif sanitaire (permettre à l'utilisateur d'engager un processus de prise en charge thérapeutique adapté à sa situation), qui coïncident.

¹⁵¹ Pour ce qui suit, voir [Simmat-Durand *et alii*, 1998], [OFDT, 1999], [Setbon, Calan, 2000], [MILDT, 1999].

¹⁵² En 1996, le TGI de Bobigny, en Seine-Saint-Denis, a prononcé 16% de l'ensemble des IT en France.

A la complexité de la procédure (le juge doit déterminer le caractère pathologique de l'usage de drogues, le lieu de mise en œuvre de l'IT n'est pas toujours dans le département où elle a été prononcée...) s'ajoutent de nombreuses imprécisions quant aux modalités de sa réalisation. Ces dernières ne font que renforcer les phénomènes de cloisonnements institutionnels, de conflits d'autorité et d'appréciation de l'opportunité de la mesure, de manque de personnels référents stables dans les services de l'Etat, d'absence de structures médico-psychologiques avec un personnel qualifié, etc.

Finalement, la déperdition des usagers est telle que l'ampleur des moyens dégagés (12 millions de francs en 1997) pour la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique pourrait sembler disproportionnée au regard de son effectivité. Derrière le chiffre global de 70% d'usagers sous le coup d'une mesure d'IT entrant en contact avec le système de soins, une évaluation menée en 1994 auprès de 25 TGI montre des résultats beaucoup plus modestes. Les usagers de drogues injecteurs interpellés bénéficiaient alors d'une injonction thérapeutique dans une proportion de 16,7% ; ce sont en fait seulement 5,5% qui ont été pris en charge par les soignants et suivis par les DDASS¹⁵³. Ce qui ne préjuge en rien des résultats de ces prises en charge ni même ne garantit qu'elles ont été menées à terme.

2. Un accès aux soins nettement amélioré

L'éventail des réponses thérapeutiques à la dépendance aux opiacés s'est considérablement enrichi depuis l'avis du Conseil national du sida, et la prise en charge des problèmes de santé des usagers a globalement avancé sur la voie d'une contribution importante à la réduction des risques.

Dans la période qui a précédé, le dispositif d'accueil et de soins spécialisé est demeuré marqué par ses exigences envers les usagers de drogues ; l'abstinence était dans la plupart des cas conçue comme le préalable au soin des causes « profondes » de la toxicomanie. Les centres de cure et de post-cure, à l'instar des communautés thérapeutiques, ont peu à peu participé à la marginalisation d'une grande partie des usagers de drogues en demande de soins (concernant la dépendance ou non), la plupart d'entre eux n'assumant pas les pré-requis minimaux pour le suivi des cures et post-cures, ou ne souhaitant pas accentuer la proximité avec le milieu des usagers présent dans les structures.

Les constats dressés par le Conseil national du sida en 1993 mettaient en exergue les réactions de rejet dont les usagers injecteurs faisaient couramment l'objet de la part d'une frange importante des structures de soins hospitalières et des généralistes. Ce rejet résultait du manque de dispositifs d'accueil et de suivi adaptés, mais aussi en partie des représentations péjoratives des soignants vis-à-vis des consommateurs d'héroïne, et de la surévaluation de difficultés dans la relation thérapeutique avec les patients usagers de drogues.

De fait, le corps de l'utilisateur de drogues, et plus encore son état psychologique et mental, ont été largement ignorés jusqu'à la moitié des années quatre-vingt dix. Les résistances sont encore nombreuses et les attitudes des soignants disparates, comme en témoignent les associations d'usagers¹⁵⁴ ou les documents des pouvoirs publics¹⁵⁵.

¹⁵³ [Setbon, Calan, 2000].

¹⁵⁴ [Matter, 2000].

¹⁵⁵ [MILDT, 1999].

La construction de nouvelles pratiques de réduction des risques par l'accès aux soins

On doit aux associations de lutte contre le sida d'avoir favorisé la prise en compte des risques de co-morbidité associés aux usages de drogues injectables, car elles ont imposé l'idée que devaient être proposées de nouvelles formes de prise en charge par le système de soins spécialisés et par le système ambulatoire de droit commun. Le sevrage d'opiacés, et surtout l'arrêt de tout comportement de prise de produits entraînant une pharmacodépendance, ne pouvaient être tenus comme seule solution envisageable, dès lors que celle-ci contribuait à éloigner les UDVI des professionnels de santé et empêchait la prise en charge des affections liées au VIH/sida.

Sortant d'une longue période d'expérimentation de la méthadone, qui ne concernait que 52 patients admis dans des dispositifs très contraignants et exclusivement parisiens en 1993¹⁵⁶, les pouvoirs publics ont pris des mesures rapides visant à favoriser l'accès aux soins par l'offre de médicaments de substitution à l'héroïne. « Substituer », en matière de soins aux UDVI, consiste à offrir à la personne devenue dépendante à la suite d'un usage répété de l'héroïne une substance que les récepteurs morphiniques accepteront de recevoir à la place.

La substitution est définie et les pratiques encadrées par des textes administratifs et réglementaires qui ont permis la mise sur le marché officielle de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage, respectivement depuis mars 1995 et février 1996¹⁵⁷.

Les molécules capables d'empêcher la survenue des douleurs et des désordres qui caractérisent le syndrome lié au « manque » d'héroïne font nécessairement partie de la famille de cette substance. Parmi toutes celles connues, deux seulement sont titulaires en France d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de la substitution : la méthadone et la buprénorphine haut dosage.

La méthadone¹⁵⁸ est un opiacé fort, agoniste pur de la morphine et de longue durée d'action. Comme la morphine, elle figure au registre des stupéfiants. Elle est distribuée en France sous forme de sirop, ce qui en rend l'injection impossible.

La buprénorphine haut dosage est un « para-opiacé », à la fois agoniste et antagoniste de la morphine, que l'on classe dans le registre des psychotropes non stupéfiants. Elle est distribuée en France sous forme de cachets et est administrée par voie sublinguale.

Méthadone et buprénorphine, tout en permettant de supprimer le manque d'héroïne, sont incapables d'en induire les effets dysphoriques.

Pour l'heure, ces deux médicaments dits « de substitution » obéissent à des règles de prescription et de délivrance fort différentes :

- La méthadone doit être prescrite pour la première fois par un médecin qui exerce dans un CSST. Le relais de la prescription peut être pris par tout médecin inscrit à l'Ordre, dès lors

¹⁵⁶ [CNS, 1996], p. 198.

¹⁵⁷ Circulaire n° 4 du 11 janvier 1994 et annexe à la circulaire n° 14 du 7 mars 1994, annexe à la circulaire n° 29 du 31 mars 1995. Certains aspects spécifiques ont été par la suite clarifiés par décret. Subutex® est le nom commercial de la buprénorphine haut dosage disponible en France. La présentation qui suit fait l'économie d'une explication plus détaillée des caractéristiques pharmacologiques et des spécificités techniques de la prise en charge médicale associées à ces deux produits. Pour plus d'information, on se reportera utilement à l'annexe 2 du rapport du CNS de novembre 1998, *Les traitements à l'épreuve de l'interpellation...* [CNS, 2000], pp. 67 et suivantes. Voir aussi [Emmanuelli, 2000], tome 1, pp. 26-29.

¹⁵⁸ La méthadone a été synthétisée à la fin des années trente par des chimistes allemands qui cherchaient à fabriquer un antalgique de synthèse puissant, car les autorités craignaient qu'en cas de conflit militaire important à venir, il devienne impossible de se fournir en opium.

qu'il est nommément désigné par le prescripteur. La méthadone sera alors délivrée par le pharmacien choisi par le prescripteur, pour une durée de 7 ou de 14 jours.

- La buprénorphine haut dosage peut être prescrite par tout médecin inscrit à l'Ordre, pour une durée de 7, 14, 21 ou 28 jours.

Depuis la suppression du « carnet à souches », ces deux médicaments de substitution doivent être prescrits sur des ordonnances dites « sécurisées ».

L'apport de nouvelles réponses médicales aux usages de drogues a dans un premier temps été rendu possible par une codification des pratiques et la fixation d'un compromis entre « bas-seuil » et « haut-seuil » d'exigences ; en admettant le maintien de la dépendance, les traitements de substitution participent à accompagner le parcours thérapeutique de l'usager. En d'autres termes, ils contribuent à pérenniser la présence des usagers de drogues dans les structures de soins par l'énonciation d'objectifs beaucoup plus modestes qu'auparavant¹⁵⁹.

Au regard des catégories établies en termes de seuils d'exigences imposées aux usagers souhaitant accéder à la substitution, méthadone et Subutex® ressortent de logiques différentes. La méthadone est théoriquement utilisée dans des programmes de moyen à haut-seuil¹⁶⁰, tandis que le Subutex® est régi par une démarche de beaucoup plus bas seuil, son accès étant largement facilité.

Si ces formes officiellement reconnues de substitution à la prise d'opiacés sont récentes, elles ne sont pas exclusives du recours à d'autres types de molécules (les sulfates de morphine, dont l'indication dans le cadre d'une démarche de substitution médicalisée n'est pas prévue par les AMM, font l'objet d'un contrôle étroit). En outre, la légitimité récente de la substitution passe sous silence des formes de gestion du manque d'héroïne par auto-médication ou même au moyen de prescriptions de médicaments en dehors des indications prévues. Ainsi, le recours aux produits codéinés (Néo-Codion®), aux sulfates de morphine (Moscontin®, Skénan®) ou à la buprénorphine à bas dosage (Temgésic®) est-il bien connu des usagers d'opiacés comme de certains soignants. Enfin l'absorption d'alcool comme palliatif de la consommation de drogues devrait probablement être analysée avec sérieux¹⁶¹.

Quantitativement, la substitution a connu un essor sans commune mesure avec les expériences de prise en charge expérimentées jusque là. Les estimations sont bien entendu sujettes à caution, dans la mesure où elles se fondent sur l'évaluation de doses individuelles quotidiennes moyennes, mais elles révèlent bien l'ampleur du phénomène.

Celui-ci concerne avant tout le Subutex®, même si chronologiquement, son arrivée est postérieure à celle de la méthadone. De moins de 2500 doses-usager/j¹⁶² en 1995, on est passé officiellement à 73000 en mai 2000 (probablement plus près de 80 à 90000 lors de la rédaction de ces lignes). Pour la méthadone, l'augmentation est plus lente mais régulière, contrainte par les capacités d'accueil des centres spécialisés.

En termes de résultats sur l'état sanitaire et social de la plupart des usagers en bénéficiant, le bilan de la substitution comporte de nombreux points positifs. Au-delà de la diminution des

¹⁵⁹ [Bloch-Lainé, 2000].

¹⁶⁰ A l'exception notable du bus méthadone à moindre seuil d'exigence de Médecins du Monde.

¹⁶¹ Une réflexion psychanalytique mettant en avant les avantages d'un diagnostic et de prises en charges distincts dans le cadres d'addictions doubles propose des éléments d'interprétation. Voir [Hachet, 1999].

¹⁶² Equivalant à 8 mg/j.

infractions concernant l'héroïne, révélée par l'OCRTIS (de 58% pour l'usage entre 1996 et 1999, 68% pour le trafic, 60% pour les quantités saisies, 79% pour les surdoses), les études de cohorte menées auprès d'usagers bénéficiant de traitements de substitution indiquent que de nombreux éléments dénotent une amélioration de leur bien-être.

Sur le plan de la « rétention » dans le système de soins et du suivi des traitements de substitution, les études SPESUB et SUBTARES montrent l'efficacité du Subutex® : près de 69% des patients étaient toujours suivis pour le traitement, 53% par le même médecin un an après le début de leur traitement¹⁶³. La prise en charge, pour la grande majorité d'entre eux, s'accompagne d'un arrêt de l'usage régulier d'héroïne. Les changements sur le logement, l'activité professionnelle et les comportements de criminalité sont également très positifs. Les mêmes évolutions ont été observées concernant la méthadone aux Etats-Unis et en Suisse¹⁶⁴, avec en plus une diminution prononcée des comportements d'injection.

Les traitements de substitution peuvent contribuer également à l'amélioration d'une observance aux traitements antirétroviraux prescrits aux usagers séropositifs au VIH. Ainsi, l'étude MANIF 2000, menée auprès d'une cohorte de personnes séropositives contaminées à la suite d'un usage de drogue par voie intraveineuse, montre clairement que si une plus mauvaise observance est statistiquement associée à un usage actif de drogues injectables, la mise sous traitement à la buprénorphine contribue (plus encore que l'abstinence) à un respect des prescriptions, dans le cadre d'une thérapie antirétrovirale hautement active¹⁶⁵. Il est d'ailleurs encourageant de constater que la diffusion des traitements de substitution et la diminution de la mortalité des usagers de drogues du fait du sida sont contemporains.

Les médicaments de substitution sont donc un élément essentiel de la politique de réduction des risques, dans la mesure où ils rapprochent les usagers des institutions médicales et agissent sur l'ensemble de leur style de vie. Ce point peut être envisagé d'une autre perspective : lorsque les UDVI entreprennent une démarche auprès d'un professionnel de santé afin de bénéficier d'une prise en charge à la méthadone ou à la buprénorphine, leur motivation relève parfois d'un souci à l'égard de problèmes somatiques ; elle est aussi, fréquemment induite par les contraintes existentielles d'une consommation à l'origine de conditions de vie auxquelles ils souhaitent échapper. Que cette démarche puisse évoluer vers une demande de soins et que les soignants l'acceptent est un enjeu crucial pour la réussite de la réduction des risques dans son ensemble.

L'organisation du système de soins et la formation des professionnels

Constatant les faiblesses soulignées par le CNS dans l'organisation des soins ambulatoires, et le manque de coordination entre les différents intervenants, les pouvoirs publics affirment, avec un certain retard, leur souci d'améliorer l'accueil dans les structures de soins et en médecine de ville.

La France dispose d'un nombre important de structures spécialisées¹⁶⁶, cependant très inégalement réparties sur le territoire. A côté de ce dispositif, les pouvoirs publics visent aujourd'hui une meilleure adaptation de la prise en charge des usagers de drogues à l'hôpital.

¹⁶³ Voir [Lert, mai 1999].

¹⁶⁴ Sur l'étude Ball et Ross menée aux Etats-Unis, voir [CNS, 1996], p. 197. [Emmanuelli, 2000], tome 1, p. 28

¹⁶⁵ [Moatti, Carrieri, Spire, Gastaut, Cassuto, Moreau *et alii.*, 2000].

¹⁶⁶ Selon la MILDT, cent quatre-vingt dix centres ambulatoires et cinquante six permanence d'accueil en 1999. [MILDT, 1999], p. 77.

Le Conseil national du sida se félicite donc des initiatives récentes prises en ce sens, qui doivent permettre d'aborder globalement l'état de santé des usagers en liaison avec leur consommation, à l'instar des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Le renforcement des équipes et l'élargissement des missions des services prenant en charge les problèmes d'alcool à l'ensemble des pratiques addictives, ainsi que l'établissement de liens étroits avec les CSST, ne peut que contribuer à un éventail plus complet d'interventions répondant à la diversité des besoins et demandes des usagers¹⁶⁷.

Afin de surmonter les réticences et les difficultés de l'accueil par les médecins généralistes, une initiative a conduit à la rédaction d'un document de sensibilisation à l'intention des praticiens sur l'accueil et les soins au bénéfice des usagers de drogues. Cet effort de formation mérite d'être poursuivi¹⁶⁸. En effet, aujourd'hui encore, la prise en charge d'une large partie des situations de dépendance repose sur l'engagement personnel d'une part limitée de médecins. Les efforts de formation ne peuvent que contribuer à développer les attitudes de compréhension nécessaires à une relation parfois difficile.

En définitive, l'amélioration de l'accueil et des soins aux usagers de drogues semble emprunter les principes et les outils dont le CNS avait souhaité la mise en œuvre en 1993 : ancrer une logique de réduction des risques dans les pratiques des soignants, en élargissant la palette des outils de soins et les modes de prise en charge. La situation présente est cependant largement perfectible, au regard des problèmes qui persistent ou émergent.

3. Un dispositif trop souvent cloisonné qui contribue aux lacunes dans la prise en charge

L'histoire de la prise en charge des usagers de drogues contribue, aujourd'hui encore, à segmenter les interventions des différents professionnels, notamment parmi les professions médicales. La prise en charge pluridisciplinaire dont peuvent bénéficier les usagers fréquentant les centres spécialisés n'est pas, en effet, suffisamment assurée au dehors de ceux-ci. En outre, la possibilité pour des usagers d'être suivis par différents professionnels et structures suggère que soient assurées les conditions d'un véritable accompagnement au sein de réseaux de soins locaux.

Pour l'heure, il apparaît que les frontières sont bien souvent solidement établies entre les interventions concernant les soins somatiques, la prise en charge psychothérapeutique et le suivi d'affections particulières touchant les usagers de drogues (VIH/sida et hépatites). La mise en place de réseaux de professionnels volontaires n'a pas été suffisamment soutenue par les pouvoirs publics, et il apparaît que ceux-ci, même quand ils existent, ne réunissent que trop rarement les moyens d'une action globale sur l'ensemble des facteurs de vulnérabilité touchant les usagers de drogues.

Ces cloisonnements au sein même du système de soins médicaux sont redoublés de façon récurrente par une liaison très lâche avec la prise en charge des problèmes sociaux des usagers de drogues, et avec le réseau d'officines pharmaceutiques. Il apparaît pourtant que ces différents aspects exercent une influence mutuelle les uns sur les autres ; pour être efficace, eu

¹⁶⁷ A ce propos, la circulaire DHOS/02 – DGS/SDB 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des pratiques addictives prévoit un effort budgétaire de 38 millions de francs.

¹⁶⁸ Ce fascicule est disponible auprès de la MILDT. [Carpentier, 1999].

égard à la complexité et à l'imbrication des problèmes sanitaires et sociaux touchant de nombreux usagers de drogues, la prise en charge doit être globale¹⁶⁹.

Dans la pratique, ces cloisonnements aboutissent, notamment, à l'isolement des médecins généralistes dont les compétences ne peuvent toujours répondre au besoin en accompagnement psychosocial que requièrent certains patients traités au Subutex®. Les inquiétudes qu'une majorité de prescripteurs nourrissent quant au détournement, au trafic et à la dépendance engendrés par ces traitements caractérisent également une lacune dans l'établissement d'un suivi exhaustif, et contribuent à entretenir des réticences vis-à-vis de l'accueil des usagers de drogues¹⁷⁰.

4. Les limites des choix en matière de substitution

D'autres types de cloisonnements marquent plus spécifiquement l'utilisation des traitements de substitution. Ceux-ci ont par ailleurs soulevé un certain nombre d'incertitudes et posent des questions auxquelles il est nécessaire de trouver des réponses adaptées et pragmatiques.

La relative méconnaissance des effets secondaires et interactions entre produits de substitution et traitements du VIH/sida¹⁷¹

Les médicaments de substitution n'ont pas fait l'objet, avant leur mise sur le marché français, de recherches thérapeutiques sur le sujet. Les recherches menées en France et à l'étranger ont démontré, en 1998 et 1999, qu'une part importante des traitements antirétroviraux a une interaction, *in vitro*, avec la méthadone. A condition d'une bonne information des praticiens et d'indications précises quant aux stratégies thérapeutiques à entreprendre, ces interactions peuvent être palliées. Cela nécessite, compte tenu de la variété des interactions observables chez les individus pris en charge, que soient menées des études de cohortes.

La situation paraît beaucoup plus imprécise en ce qui concerne le Subutex®. La France étant le pays où son usage est le plus répandu, la modestie des expériences étrangères n'a pas permis de disposer des résultats de la recherche internationale. Par ailleurs, le laboratoire commercialisant ce traitement n'a pas, semble-t-il, mené les études appropriées ni diffusé de résultats complets sur le sujet. Les risques se situent, semble-t-il, à la fois dans l'interaction entre les molécules et dans l'éventuelle hépatotoxicité du Subutex®. Compte tenu de l'importance de la fonction hépatique dans l'efficacité des traitements antirétroviraux, et d'un point de vue épidémiologique, de la fréquence des co-infections par les virus des hépatites chez des personnes séropositives au VIH, toutes les études nécessaires doivent être menées.

En tout état de cause, l'aspiration des usagers de drogues touchés par le VIH à recevoir des réponses à leurs interrogations, et la nécessité d'adapter les pratiques cliniques à la conduite de deux types de traitements, appellent en la matière des recommandations destinées aux médecins. Le cas échéant, une réflexion sur le choix d'autres produits de substitution devrait être engagée.

¹⁶⁹ Voir à ce propos [Lert, mai 1999].

¹⁷⁰ La société EVAL a mené plusieurs enquêtes auprès des généralistes prescripteurs, soutenues par l'OFDT. Voir [Jauffret, 1999].

¹⁷¹ [Act Up - Paris, 2000].

Les dysfonctionnements des programmes méthadone

Avant toute chose, il convient de souligner qu'il n'existe pas une bonne et une mauvaise substitution, mais que la qualité du traitement tient en grande partie à la capacité à mettre en œuvre les soins adaptés à chaque situation, à chaque demande, à chaque trajectoire d'usager.

On constate pourtant que la diversité des prises en charge est aujourd'hui remise en question par le nombre trop restreint d'usagers orientés vers la méthadone (4 905 en CSST en mai 1999, presque autant de patients orientés vers la médecine de ville). En cas d'engorgement de certaines structures, cela contribue *de facto* à accroître des velléités de sélection des usagers éligibles, en fonction de l'urgence. En outre, une telle situation déséquilibre les logiques médicales motivant les prises en charge.

Ce déséquilibre est aussi imputable aux difficultés de passage des patients suivis sous traitement à la méthadone dans les CSST vers la médecine de ville. Dès lors qu'ils sont « stabilisés » en termes de posologie et d'observance et qu'il reçoivent des prescriptions de méthadone, les conditions devraient pouvoir être réunies pour qu'une prise en charge équivalente soit proposée par les réseaux généralistes. L'articulation entre les différentes interventions est donc un impératif de fonctionnement du système de soins dans son ensemble.

A l'inverse, l'orientation des usagers de drogues vers les programmes méthadone est aussi un enjeu de la réussite des programmes, qui sont aujourd'hui largement capables, pour certains, de répondre aux demandes.

Des inégalités géographiques persistantes

Certaines zones géographiques pâtissent plus que d'autres des cloisonnements et failles qui marquent le modèle français de substitution. Compte tenu de la répartition des consommations d'opiacés, l'effort pour répondre partout aux besoins locaux et régionaux, impulsé par la puissance publique, est pourtant le gage de l'égalité d'accès aux soins.

Les disparités interrégionales et interdépartementales sont aujourd'hui telles qu'elles ne correspondent pas aux différences de prévalence de la consommation de drogues opiacées dans les populations des zones considérées.

Si la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur bénéficie d'un taux de distribution de la méthadone pour 10 000 habitants 2,4 fois plus élevé que la moyenne nationale, et l'Ile-de-France 1,8 fois plus élevé, certaines régions paraissent totalement oubliées. Les Pays-de-Loire, la Picardie, le Centre, le Limousin sont encore particulièrement défavorisés. En Corse, l'absence de prescription ambulatoire deux ans après sa mise sur le marché en officine a résulté de son insuffisante reconnaissance¹⁷².

Les inégalités géographiques ne sont pas seulement illégitimes, dans la mesure où elles conduisent à refuser à certains la prise en charge dont d'autres bénéficient du seul fait de leur résidence. Elles contribuent localement à alimenter un marché noir des médicaments de substitution sans que soit assuré le nécessaire contrôle médical¹⁷³. Les dynamiques de rattrapage aujourd'hui à l'œuvre nécessiteront un effort particulier de construction de réseaux complets de prise en charge s'appuyant sur du personnel expérimenté.

¹⁷² [Emmanuelli, 2000], tome 2 pp. 18 et suivantes.

¹⁷³ [ASUD, 2000].

Le manque d'empressement à renforcer et à homogénéiser l'offre en traitements à la méthadone a pour conséquence d'entretenir artificiellement la scission entre bas et haut seuil. En effet, du côté des usagers, le passage par un traitement par Subutex® devient une garantie supplémentaire de pouvoir bénéficier de la méthadone lorsque l'occasion se présente à eux ; en l'attente, le manque est géré par une forme de médication. Mais dans ce cas, l'absence de suivi psychosocial évoqué plus haut disqualifie largement une grande partie des traitements au Subutex® et en fausse les objectifs. La relation entre l'utilisateur et le médecin risquerait, dans cette configuration, de rester cantonnée à une prestation de service permettant d'accéder au produit. L'éventualité de mésusages ou de détournements s'en trouve confortée.

Les nouveaux risques de la substitution

L'utilisation massive de Subutex®, et à moindre escient de certains sulfates de morphine destinés à une absorption *per os*, nécessite à plus d'un titre que soient prises des précautions dans les conditions de prescription, de délivrance et de suivi des traitements.

On sait depuis les premières études, mais le problème semble s'amplifier, que le Subutex® et les sulfates de morphine constituent des ingrédients centraux de polyconsommations d'usagers démunis et qu'il en résulte de nombreux dangers sur le plan sanitaire.

En tout premier lieu, des interrogations subsistent sur l'adaptation de la forme galénique choisie à tous les usagers qui en consomment. En effet, le Subutex®, destiné à une absorption sublinguale, est très fréquemment utilisé par voie parentérale.

Les estimations de départ faisaient état d'un détournement vers la voie injectable de 12 à 20%¹⁷⁴ environ. Les données les plus récentes ne laissent pas d'inquiéter et d'appeler des réponses de la part des pouvoirs publics. Ainsi, l'enquête « PES » avance une part de 44,6% d'injecteurs quotidiens du Subutex® parmi ses consommateurs, 78,7% admettant l'injecter « de temps en temps »¹⁷⁵. Or il apparaît¹⁷⁶ que le Subutex® cause une dégradation très rapide du réseau veineux lorsqu'il est injecté, du fait des additifs à la buprénorphine dans la forme galénique disponible. De même que certains sulfates de morphine, il peut aussi être à l'origine de chocs anaphylactiques létaux.

Accessible parce que peu coûteux et légal, le Subutex® devient localement le soutien essentiel de polytoxicomanies des consommateurs les plus précaires¹⁷⁷. L'usage avéré de Subutex® par voie intraveineuse nécessite donc en second lieu de mieux prendre en compte sa place dans la recomposition de certains comportements d'usage.

Une étude à paraître a permis d'établir des relations statistiques selon lesquelles l'injection de Subutex® (47% des personnes interrogées lors de cette étude) est associée à des marqueurs de risques spécifiques : revenus autres que ceux du travail, absence d'activité professionnelle, précarité de l'habitat, sérologie positive au VIH ou pour le VHC, précocité de la première injection, utilisation d'un autre produit en injection, usage de cannabis, de cocaïne, de crack, de Skénan®¹⁷⁸.

¹⁷⁴ [MILDT, 1999, p. 81].

¹⁷⁵ [Lert, Emmanuelli, Valenciano, 1999], p. 19.

¹⁷⁶ [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, 1999].

¹⁷⁷ Plusieurs études rapportent d'ailleurs des primo-injections au Subutex®, pour lequel le risque de surdose est modéré.

¹⁷⁸ [Boissonnas, 2000].

Injecté pour potentialiser les effets de bien-être – faibles par la voie sublinguale – mais surtout fréquemment associé à d'autres produits (hypnotiques, dérivés de morphine, codéinés et benzodiazépines), le Subutex® devient très dangereux. Ces injections impliquent une aggravation des risques pouvant causer la mort de l'injecteur ; la saturation des récepteurs centraux aux opiacés et la potentialisation des effets par l'association à certaines molécules sont à l'origine de sévères détresses respiratoires¹⁷⁹.

Pur ou associé à d'autres médicaments détournés, le Subutex® est en outre utilisé pour gérer la « descente » de crack ou de cocaïne. Il permet d'amoindrir les effets secondaires consécutifs à l'absorption de ces drogues. Or ces psychostimulants peuvent donner lieu à des effets dévastateurs par rapport à l'héroïne : déstructuration des comportements sociaux et, ponctuellement, déchaînements de violence. A la dépendance au Subutex® (qui selon des témoignages d'injecteurs engendre des états de manque très pénibles¹⁸⁰) s'ajoute de surcroît le caractère très compulsif de la consommation de crack ou de cocaïne. La répétition du geste d'injection à intervalles de temps rapprochés, dans des conditions sanitaires souvent déplorable, augmente les risques de partage et de contamination par le VIH et les virus des hépatites. Fréquemment fumés ou prisés, ces produits peuvent aussi accroître les risques de contamination par les hépatites quand le matériel d'absorption est partagé (et c'est souvent le cas dans les contextes de consommation de rue qui les caractérisent¹⁸¹).

Toutes ces remarques pourraient se révéler n'être que le reflet de situations locales et ponctuelles si on en connaissait l'ampleur réelle. Or le dispositif de soins est conçu historiquement autour de la dépendance aux opiacés et ne permet pas de relater avec certitude la fréquence de ces pratiques. Les informations statistiques sur les consommations de Subutex®, la vente de seringues et les usages de cocaïne recèlent en revanche des hypothèses qui appellent des réponses scientifiquement étayées et rapides¹⁸². La gravité des risques sociaux (marginalisation et précarisation), institutionnels (répression), et bien entendu sanitaires, que les consommations en question impliquent, est en effet susceptible de fragiliser une partie des dispositifs d'intervention médico-sociale, en particulier l'intervention de première ligne.

En dernier lieu, et probablement en étroite liaison avec les phénomènes décrits ci-dessus¹⁸³, le Subutex® connaît une diffusion probablement plus large que ce qu'indiquent les statistiques de ventes fondées sur des estimations de doses/usager/jour¹⁸⁴. Comme évoqué précédemment, il existe un marché noir du Subutex®, notamment en région parisienne, alimenté par les prescriptions multiples ou falsifiées¹⁸⁵, le troc de substances ou leur revente, le non-respect des posologies indiquées. L'usage incontrôlé qui en résulte nécessite que soient étudiées les solutions thérapeutiques à même de remédier à la dépendance à ce produit.

¹⁷⁹ [Storogenko, 1999].

¹⁸⁰ [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, 1999].

¹⁸¹ Voir [Lert, Emmanuelli, Valenciano, 1999], p. 23.

¹⁸² La croissance des ventes de Subutex® est étroitement corrélée avec l'augmentation de l'utilisation de seringues – en certains endroits de kits d'injection – et contemporaine de l'augmentation très rapide des ILS pour usage de cocaïne.

¹⁸³ Voir [Emmanuelli, 2000], tome 1, p. 30.

¹⁸⁴ [OFDT, 1999], p. 108.

¹⁸⁵ Un dispositif de surveillance est expérimenté pour mieux connaître l'ampleur du problème. Voir [Lapeyre-Mestre *et alii*, 2000].

Au cœur des risques liés aux nouvelles consommations, la diffusion de Subutex® (et dans une moindre mesure les sulfates de morphine en cachets) nécessite que soient envisagés les moyens de contrôle de ses conditions d'utilisation, et de réduction des dangers que peut impliquer sa galénique. A défaut de quoi mésusages et détournements pourraient remettre en cause l'ensemble du dispositif de réduction des risques et notamment de la substitution. Ce contrôle ne saurait, sauf à redéfinir les fondements de la réduction des risques, être assumé par la voie répressive¹⁸⁶ ; il incombe aux pouvoirs publics de prendre en considération le fait qu'une partie des usagers sous traitement de substitution poursuivent des pratiques d'injection plus ou moins fréquentes.

La substitution au prix de l'abstinence

Compte tenu des choix ayant guidé les modes de prise en charge les plus anciens (cure de désintoxication) et de l'interdit légal de l'usage de stupéfiants, l'ensemble des textes qui organisent la substitution rappellent que celle-ci vise l'arrêt de la dépendance. Le traitement à la méthadone ou au Subutex® constituerait donc théoriquement une étape dans un parcours thérapeutique menant à l'abstinence de drogues illicites.

Pour sa part, le CNS avait insisté en 1993 sur la nécessité de « s'engager plus vigoureusement dans une politique de réduction des conséquences néfastes de la consommation de drogues »¹⁸⁷.

Ces deux ambitions, de façon générale, ne sont aucunement antinomiques. En revanche, l'indication donnée pour l'utilisation des traitements de substitution est parfois en décalage avec la réalité de la prise en charge de la dépendance des usagers d'opiacés¹⁸⁸. La volonté d'abstinence de drogues se fonde sur une trajectoire biographique de consommation, une relation avec les médecins, et un cheminement personnel à chaque fois différents. L'arrêt de la consommation de drogues illicites peut aussi s'accompagner de certains comportements très nocifs d'usage de produits autorisés. Le traitement de substitution induit en outre lui-même une dépendance.

L'objectif d'abstinence officiellement poursuivi au moyen de la substitution est dès lors contestable. Pour le thérapeute, d'un point de vue pratique, cela n'a pas d'implication immédiate ; d'un point de vue légal, cette précision est susceptible de le placer en situation délicate dès lors qu'il sait – plus ou moins précisément – que la prise du traitement s'accompagne parfois d'usage de stupéfiants. Pour l'utilisateur, cela revient à réaffirmer en des formes renouvelées l'impératif de sevrage, alors que l'objectif même de la substitution est d'envisager une réduction des dommages sanitaires liés à l'usage de drogues opiacées qui emprunte des voies diverses¹⁸⁹.

Cette réflexion rencontre donc deux enjeux pratiques : l'utilisation par le soignant du produit de substitution comme un outil thérapeutique parmi d'autres dans la prise en charge de

¹⁸⁶ Sauf à considérer le Subutex® comme un stupéfiant. Les témoignages d'usagers appréhendés par les forces de l'ordre et interrogés pour avoir transporté du Subutex® sans disposer de prescription motivent d'ailleurs une réflexion n'engageant pas seulement les acteurs de santé publique. Voir [Bouhnik, Jacob, Maillard, Touzé, 1999]. La délivrance du Subutex® a été fractionnée en durées limitées à sept jours.

¹⁸⁷ [CNS, 1996], p. 205.

¹⁸⁸ Pour une réflexion sur le sens de la substitution, voir [Gibier, 1997].

¹⁸⁹ [Wieviorka, 1998], [Lhomme, 1998].

pathologies à chronicité variable ; la garantie pour le médecin prescripteur de pouvoir mener ce suivi à l'abri de tout empiétement de l'action répressive dans son intervention.

Les prescripteurs et la loi : une relation ambiguë

Sur ce dernier point, le Conseil national du sida dénonce vigoureusement les décisions qui ont conduit, à plusieurs reprises, à des intrusions des services de police ou de justice dans une pratique médicale largement acceptée et dont l'efficacité est reconnue. Il affirme en outre qu'il ne saurait être exigé de la part des prescripteurs d'assumer dans le cadre de leur pratique médicale quelque fonction auxiliaire dans la lutte contre le trafic de stupéfiants.

Deux exemples récents ont particulièrement attiré son attention. Le premier est la mise en cause d'un médecin prescripteur de médicaments de substitution dans le cadre d'une affaire d'infraction à la législation sur les stupéfiants fondée sur ses pratiques médicales¹⁹⁰. Médecin généraliste, cette femme, très engagée dans les soins aux usagers de drogues dépendants et dans la prise en charge du VIH, a été mise en examen pour « facilitation d'usage de stupéfiants » au motif d'une prescription jugée abusive de Subutex®, dont le principe actif (la buprénorphine) ne figure pas au tableau des stupéfiants. Placée sous contrôle judiciaire par le tribunal de Nemours, elle a été temporairement interdite de toute pratique de prise en charge impliquant des médicaments de substitution ou autres produits psychoactifs (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs...). Les dossiers médicaux de ses patients ont été saisis. Si les poursuites et l'interdiction partielle d'exercer ont depuis été annulées, ces derniers sont restés pour un temps injustifié dans les mains de la justice¹⁹¹.

Le second exemple, plus récent, concerne un CSST de la région parisienne, le centre Rivage, où est prescrite de la méthadone à des patients dépendants. En juillet 2000, dans le cadre d'une enquête sur un trafic de stupéfiants, un juge d'instruction a saisi des pièces contenues dans les dossiers médicaux des patients ; les conditions dans lesquelles s'est ensuite déroulée la procédure (mise sous scellés de l'armoire contenant la méthadone) a sérieusement perturbé le bon fonctionnement du centre. Impliquant l'Association Française de Réduction des risques, la mobilisation de nombreux acteurs associatifs, médicaux, institutionnels et de particuliers a permis de mettre fin à cette initiative, cette fois encore sans que les pièces prélevées dans les fichiers médicaux (notamment les analyses biologiques) ne soient restituées immédiatement.

Ces deux épisodes judiciaires étaient parfaitement fondés sur un plan légal. Ils adressent toutefois deux questions à la prise en charge médicale dans un contexte de répression de l'usage de stupéfiants. Comment garantir la confidentialité des données médicales sur laquelle repose la relation médecin-toxicomane ? La répression de l'usage de stupéfiants peut-elle légitimement remettre en cause le suivi médical de patients déjà fragiles impliqués dans un parcours de soins souvent difficile ?

Le Conseil national du sida adopte à ce propos une position sans ambiguïté. Il est du devoir de l'Etat d'assurer les conditions de légalité de l'exercice des bonnes pratiques médicales. Il lui incombe également d'assurer la confidentialité des données recueillies au cours de la prise en charge, tout en réunissant les conditions de contrôle nécessaires à une application complète de la loi.

¹⁹⁰ Voir [Murat, 1999] et [Prieur, 1999].

¹⁹¹ Une telle initiative n'est pas isolée ; plus récemment, un médecin parisien prescripteur de Subutex® a lui aussi été mis en examen par un juge d'instruction pour « incitation à l'usage de stupéfiants et mise en danger de la vie d'autrui » et sa pratique professionnelle soumise au même type de contrôle judiciaire.

Touchant ici les médecins prescripteurs, ces difficultés sont également rencontrées par certains pharmaciens, puisqu'ils remplissent une fonction de « gardiens des toxiques », et se trouvent, pris entre les usagers, les médecins et la loi, au cœur d'injonctions parfois paradoxales. Des procédures judiciaires à leur encontre, pour des faits de délivrance de médicaments de substitution, sont également régulièrement entamées¹⁹².

En l'absence de clarifications légales sur les conditions d'exercice médical au moyen des traitements de substitution, le risque est grand de renforcer les handicaps qui entravent l'accès aux soins des usagers de drogues les plus vulnérables et les plus éloignés du système de soins. Or la réduction des dommages sanitaires par la prise en charge médicale rencontre déjà de nombreux obstacles dans certains contextes.

5. Des blocages dans la prise en charge

Le premier élément s'opposant à un accueil et des soins les plus complets possibles est la difficulté avec laquelle le dispositif de soins en milieu pénitentiaire, dans le suivi de nombreux usagers de drogues, intègre les exigences au fondement de la loi du 18 janvier 1994 sur l'équivalence de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées à l'intérieur et au dehors du milieu pénitentiaire. Le second facteur constituant un frein à la prise en charge médicale des usagers de drogues repose dans la permanence de réticences, de quiproquos quant aux attentes respectives du patient et du soignant, voire de refus de soins de la part de certains médecins généralistes.

Les soins en prison

La réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994 et ses textes d'application¹⁹³, postérieure à l'avis du Conseil national du sida de 1993, a permis des améliorations conséquentes de la prise en charge et de l'accès aux soins des personnes incarcérées, que l'avis adopté le 18 novembre 1998¹⁹⁴ a largement souligné. En matière de traitements concernant le VIH, les centres de détention ont également avancé sur la voie d'un accès plus adapté et élargi aux soins, et particulièrement aux traitements antirétroviraux. En 1998, 68% des détenus séropositifs au VIH étaient traités par antirétroviraux ; 62% recevaient une trithérapie. Cette amélioration laisse néanmoins perdurer des situations critiques en des structures ou à des moments de l'expérience carcérale particuliers¹⁹⁵. Ainsi les situations d'urgence de nuit sont-elles l'objet de nombreuses critiques de la part des associations, comme les ruptures de traitement lors de transferts ou à la libération, toujours possibles ; les règles explicites et implicites de la vie carcérale aussi s'accordent difficilement avec des traitements dont le suivi nécessite un aménagement du temps, entraîne des effets secondaires parfois importants et peut causer des situations de rupture de la confidentialité (présence de surveillants lors des soins, « surveillance sécuritaire » des cellules, communications et courriers au sein de la prison,

¹⁹² Un relevé systématique de toutes les affaires est effectué par l'Association Française de Réduction des risques (AFR).

¹⁹³ Mise en œuvre à la suite de la circulaire n° 45 DH/DGS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.

¹⁹⁴ [CNS, 2000].

¹⁹⁵ Le rapport du 18 novembre 1998, rendu public au début de l'année 1999, insistait sur les moments critiques constitués par la garde à vue et la libération. Sur les difficultés de soins durant la garde à vue, voir notamment : [Questel, Diamant-Berger, 2000]. Le rapport d'observation 2000 de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers incite à demeurer vigilant sur ce qui concerne les soins dans les centres de rétention. Voir [ODSE, 2001], p. 19 et suivantes.

promiscuité). La rareté des vacations spécialisées de personnels médicaux pour la prise en charge du VIH/sida s'ajoute aux entraves que pose le contexte pénitentiaire à la confidentialité de la prise en charge du VIH/sida.

Concernant l'accès aux traitements spécifiques de la dépendance aux opiacés, la circulaire du 8 décembre 1994 a prévu de garantir la qualité et la continuité des soins à l'intérieur du milieu pénitentiaire, conformément aux recommandations internationales (notamment OMS et ONUSIDA). La circulaire n°96/239/DGS/DH du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes autorise la poursuite des traitements de substitution à la méthadone et au Subutex® ainsi que la prescription initiale du Subutex® en vue de la préparation à la sortie ; la circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire a défini les cadres et les modalités de la prescription initiale de méthadone durant l'incarcération, par un médecin du Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST)¹⁹⁶. Dans les établissements pénitentiaires exclusivement gérés par le service public, deux types de structures de soins interviennent donc : les UCSA¹⁹⁷ et les CSST. La situation est toute autre dans les 25 établissements construits à la suite du vote de la loi du 22 juin 1987¹⁹⁸, où la fonction de santé, autonomisée, était jusqu'alors « concédée » à des groupements privés¹⁹⁹ pour une durée transitoire. Cette concession a été récemment prolongée pour un an.

De façon générale, les soins aux usagers de drogues rencontrent des difficultés structurelles imputables au contexte dans lequel ils sont prodigués²⁰⁰. L'autonomie de la fonction soignante dans un cadre pénitentiaire est parfois mise à mal, la confidentialité du dossier médical menacée. En la matière, les relations entre personnel sanitaire et personnel soignant sont déterminantes et portent parfois préjudice aux actes médicaux et infirmiers ; l'association des surveillants aux actions de prévention et d'éducation à la santé se révèle ponctuellement difficile. Enfin, les carences de personnels, notamment de psychologues, obèrent parfois la qualité du suivi des personnes en CSST²⁰¹.

3,3% seulement des détenus bénéficiaient en 1999 de traitements de substitution, soit 1 653 usagers²⁰² ; cette part est plus faible encore que celle des personnes entrant avec un traitement de

¹⁹⁶ Les seize antennes-toxicomanies créées ont été rattachées aux Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dépendant du service public hospitalier en 1986 et sont devenues CSST par effet du décret n° 92-590 du 29 juin 1992. Ces CSST ont pour mission les prises en charge médico-psychologique et socio-éducative, la coordination des différentes équipes spécialisées, l'établissement des liens avec l'extérieur et le recueil épidémiologique des situations de dépendance. Des CSST extérieurs peuvent également intervenir en milieu pénitentiaire.

¹⁹⁷ Chaque établissement pénitentiaire est jumelé avec un établissement de santé de proximité chargé de la prise en charge en milieu fermé, de l'accueil en milieu hospitalier, de l'organisation du suivi médical après incarcération, et de la coordination des actions de prévention. Pour répondre à ces missions, il est créé une structure de soins, l'UCSA, placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier. La nomination et l'affectation du personnel repose sur le volontariat.

¹⁹⁸ Voir à ce propos [CNS, 2000].

¹⁹⁹ Loi n° 87-432 du 22 juin 1987, article 15. Selon toute vraisemblance, cette concession pourrait être abandonnée en 2002.

²⁰⁰ Des actions d'éducation à la santé ont été conduites avec une plus grande constance dans les dernières années, à l'initiative de la Direction générale à la santé et du Comité français d'éducation à la santé. Elles visent entre autres choses à favoriser un travail en partenariat en prison [Raynal, 2001].

²⁰¹ Ces problèmes de moyens ont partiellement trouvé des solutions dans certains centres durant les dernières années.

²⁰² Pour ce qui suit, voir [Tortay, Morfini, 2000]. 84% des usagers concernés bénéficiaient d'un traitement au Subutex®, 16% à la méthadone. En 1998, la même enquête indiquait une part de détenus sous substitution de 2%.

substitution en cours (5,8%). De nombreuses hypothèses, étayées par les témoignages de personnels soignants, détenus et associations, et par les enquêtes disponibles, expliquent cette faiblesse globale de la substitution en prison, sans rapport avec l'ampleur des risques et des situations de dépendance présentes. Tout d'abord, un certain nombre de médecins exerçant en milieu pénitentiaire ont manifesté – et manifestent encore – leur hostilité à ce type de prise en charge²⁰³. De plus, les détenus peuvent souhaiter profiter de l'incarcération pour se sevrer. En outre, les perturbations créées par l'usage de médicaments de substitution dans certains centres sont susceptibles de limiter l'utilisation de ces traitements compte tenu des risques de trafic ou mésusage²⁰⁴.

A ces remarques d'ordre général sur la modestie de l'utilisation des médicaments de substitution en milieu pénitentiaire s'ajoutent des facteurs qui contribuent à accroître l'hétérogénéité des pratiques. L'impossibilité pour les UCSA d'initier des traitements à la méthadone souvent plus adaptés au contexte et aux patients rencontrés que le Subutex®, et le fait que le statut du système de soins dans les prisons du programme « 13000 » ne permette pas de garantir le même niveau de prestations que dans les structures publiques, sont probablement les plus importants. Mais ponctuellement, des sources convergentes font état d'interruptions de traitement²⁰⁵, de refus de mise sous traitement de longue durée, en particulier dans les centres de détention destinés à l'accomplissement de longues peines. Certains établissements optent pour des traitements courts, en particulier en préparation à la sortie, sans que la coordination soit toujours bien assurée avec l'extérieur.

Le Conseil national du sida se voit donc fondé à renouveler la remarque figurant dans le rapport du 18 novembre 1998 relatif au suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention : rien ne saurait légitimer, en République, l'hétérogénéité de la nature et de la qualité des soins disponibles au sein du contexte pénitentiaire.

Les difficultés de la prise en charge en médecine de ville

Le Conseil national du sida constate la persistance de résistances à l'accueil de l'usager de drogues par un nombre important de médecins généralistes, qui conduit à restreindre localement l'éventail de solutions thérapeutiques offertes aux usagers pour minimiser les risques induits par leur consommation ou pour y mettre fin.

Il n'y a pas d'explication univoque de ces attitudes, et il est nécessaire de rappeler en tout premier lieu que le médecin, pour autant qu'il oriente la personne ayant un besoin de soins avéré vers des relais offrant une prise en charge médicale, peut légitimement refuser de la traiter.

Mais en second lieu, on doit tenter d'identifier la nature des obstacles à l'accueil de l'usager par le médecin généraliste. L'amélioration des solutions offertes par la médecine de ville, directement confrontée aux réalités de la demande des usagers de drogues dépendants, en dépend en partie.

Une forte contrainte restreignant l'accueil des usagers tient à la violence fréquente développée au cours de la prise en charge, et à la complexité de leurs relations avec les praticiens. La relation entre médecin et usager de drogue, même sans conflit, s'engage en outre bien souvent

²⁰³ 21% des centres ne pratiquaient pas de traitement de substitution selon cette même enquête en 1999.

²⁰⁴ Les difficultés du personnel soignant vis-à-vis de la buprénorphine haut dosage sont illustrées dans un article récent concernant les détenus suivis à la maison d'arrêt d'Elsau, à Strasbourg.

²⁰⁵ Parmi les 967 détenus entrés entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} novembre 1999 en prison, 19% ont vu leur traitement interrompu ; huit centres ont interrompu la totalité des traitements.

sur une série de quiproquos relatifs aux motivations du patient, induits notamment par l'intrication des difficultés sanitaires et sociales auxquels ces derniers sont soumis²⁰⁶. La nature même des soins à apporter est sujette à réévaluation constante et à négociations. Enfin, certains praticiens, pour des raisons morales, éthiques ou par anticipation d'une mauvaise observance des prescriptions de la part des usagers de drogue en général, refusent tout simplement les prises en charge ou se bornent à répondre à une demande de substitution sans envisager l'ensemble des problèmes somatiques rencontrés (en particulier liés au VIH).²⁰⁷

Sur l'ensemble de ces registres, des actions propres à amoindrir les difficultés de prise en charge peuvent être trouvées : en amont de la prise en charge, sur les déterminants de l'état sanitaire et social des usagers consultants ; pour modifier les représentations des médecins en leur apportant un soutien technique et des savoir-faire, et sur le contexte de prise en charge par l'établissement de conditions propres à rompre l'isolement du praticien dans sa confrontation avec des problèmes sur lesquels il a peu d'influence.

S'agissant de la vulnérabilité sanitaire et sociale des usagers, l'interdit légal a une série d'effets directs et indirects qui contribuent à creuser l'écart entre les objectifs des soignants et la recherche, par les patients, d'une aide dans leurs tentatives d'éloignement d'une existence délétère. Il justifie également un certain nombre de stéréotypes péjoratifs souvent éloignés de la recherche de solutions thérapeutiques spécifiques pour chaque usager dépendant.

Concernant l'observance, les enquêtes menées en France, en particulier sur la cohorte MANIF 2000, montrent que les « anticipations négatives » des médecins sont à l'origine de distorsions dans les soins proposés qui ne sont pas justifiées par les comportements d'observance des patients²⁰⁸. Les corrélations établies sur le plan statistique entre vulnérabilité sociale, usages de drogues et mauvaise observance des traitements servent la justification de la sous-prescription (en l'occurrence d'antirétroviraux). En adoptant une attitude véritablement empathique, le médecin peut au contraire établir une relation d'échange avec les patients, favorisant un meilleur suivi des prescriptions. De la conviction du médecin découle donc en partie celle du malade. Les préjugés négatifs, contribuent au contraire masquer les causes véritables des difficultés d'observance, souvent étroitement liées à des conditions de vie précaires²⁰⁹.

Enfin, le problème d'isolement des médecins de ville ne peut se satisfaire de déclarations d'intention encore trop peu suivies d'effets sur le soutien des pouvoirs publics aux réseaux de professionnels (généralistes, spécialistes, travailleurs sociaux, psychologues, etc). Le contexte de prise en charge est un élément moteur de son adaptation à des problèmes pour lesquels il n'existe pas de solution unique, mais des éléments de réponses multiples et spécifiques à chaque patient.

La réaffirmation des principes de la réduction des risques, selon lesquels le sevrage ne saurait être la condition ni l'objectif systématique de la prise en charge thérapeutique, s'appuie sur

²⁰⁶ Voir à ce propos la très éclairante étude qualitative soutenue en 1997 par l'OFDT dans le cadre du programme « populations et trajectoires » ; [Grelet, Lalande, 1999].

²⁰⁷ [Jauffret, 1999].

²⁰⁸ [Moatti, Spire, 2000] et [Spire, Moatti, 2000]. L'expression « anticipation négative » est empruntée aux auteurs.

²⁰⁹ [Katlama, Gastaut *et alii.*, 2000].

une recherche sans cesse renouvelée de solutions concrètes aux difficultés sanitaires et sociales des usagers de drogues dépendants. Pour les consommateurs d'opiacés, l'utilisation du Subutex® et de la méthadone a constitué un progrès majeur, notamment pour combattre les risques infectieux, parmi lesquels la contamination par le VIH. La réflexion des pouvoirs publics, stimulée par les associations, porte par ailleurs sur les moyens d'améliorer l'ensemble du système de soins en jouant sur la complémentarité des interventions et la pluridisciplinarité. Peu de décisions importantes ont néanmoins été prises sur ce dernier point. La substitution a en outre fait émerger un ensemble de nouveaux problèmes, problématiques et comportements d'usages à risque, dont l'entreprise de répression des usagers constitue un facteur important.

Les constats relatifs à des éléments d'amélioration de la prise en charge ne se bornent pas aux pratiques médicales. La réduction des risques implique en effet une action résolue de modification des conditions sociales propices au développement de consommations à hauts risques.

C. L'accompagnement psychosocial et les actions de « première ligne » : des lacunes demeurent

Les actions de réduction des risques ont été initiées dès 1987. Plus que sur l'imposition de pratiques aux usagers, elles ont reposé sur l'apport de connaissances et la prise en compte des situations à risque au bénéfice direct des usagers de drogues. Largement soutenues par les autorités locales et les pouvoirs publics au niveau national, ces initiatives ont permis l'émergence de structures prodiguant un soutien matériel indispensable, mais aussi une écoute, et ouvrant la voie à une autonomie des usagers de drogues dans la prise en charge des risques sanitaires. De tels lieux sont en effet propices à la diffusion, par et parmi les usagers de drogues, des informations et des moyens concrets de réduire les risques de contamination du VIH, que le Conseil national du sida appelait de ses vœux en 1993.

Globalement, une certaine permanence a marqué l'évolution du dispositif d'accueil de proximité et d'entraide communautaire depuis quelques années. En termes d'expériences, il est difficile de distinguer des véritables nouveautés (à l'exception des *sleep-in*). C'est dans l'adaptation des solutions aux situations locales, et dans la multiplication des structures sur le territoire - grâce entre autres choses à l'action réglementaire des autorités gouvernementales - qu'ont été réalisées les avancées les plus importantes. De ces mêmes points de vue, il convient d'apporter des nuances à un bilan largement positif, mais néanmoins soumis à des tensions permanentes liées à la mission de « première ligne »²¹⁰ que remplissent de fait de nombreux lieux d'accueil.

La réduction des risques a été guidée par quelques objectifs simples :

- limiter la réutilisation des seringues par une amélioration de l'accès à des matériels stériles ;
- en cas de réutilisation, promouvoir les conditions d'injections à moindre risque, notamment par la désinfection du matériel d'injection ;
- améliorer la prise en compte des risques d'infection par voie sexuelle ;

²¹⁰ On désigne sous ce terme l'ensemble des actions mettant les intervenants directement au contact avec les usagers de drogues.

- inciter au dépistage²¹¹ ;
- engager une démarche globale d'amélioration des conditions de vie et de prise en charge médicale.

1. De nombreuses initiatives et une diversification des formes de réponse

L'encadrement et la pérennisation des expériences initiales²¹²

Reposant souvent sur l'engagement actif de quelques personnalités (usagers, médecins, membres d'associations de quartier, clubs de prévention...), les actions de proximité alors expérimentales étaient encore, en 1993, non seulement peu nombreuses mais aussi fragiles. La poursuite des financements publics restait aléatoire, les formations des intervenants et des partenaires locaux insuffisantes, l'hostilité des riverains très fréquente. Ces difficultés persistent parfois, et sont à l'origine d'une profonde inégalité territoriale dans l'accumulation des expériences acquises.

Sur le plan réglementaire, entre 1987 et 1989, une série de décrets a permis la libéralisation de la vente de seringues en officine²¹³. En s'appuyant sur l'étroit maillage de proximité constitué par les officines pharmaceutiques inscrites désormais au cœur de la réduction des risques, ces décrets ont ouvert la voie à un approvisionnement régulier des usagers de drogues en matériel d'injection stérile. Vendus en officine, ces instruments reçoivent le soutien financier de l'Etat grâce à l'application d'un décret datant du 7 juin 1996²¹⁴.

Les premières mesures ont été suivies par l'expérimentation puis la généralisation de l'offre de kits et trousse d'injection à partir de 1994 : Kit®, Kap®, mais surtout les différents Stéribox®²¹⁵, ont depuis trouvé un nombre croissant d'utilisateurs (3 millions d'exemplaires de ce dernier produit vendus en 1999).

Une deuxième série de décrets a soutenu et stimulé la mise à disposition de matériels d'injection par les intervenants. Ces textes ont permis d'officialiser, d'encadrer et de développer les initiatives associatives²¹⁶, et de fixer les procédures d'affectation des subventions par l'Etat. Les PES (programmes d'échange de seringues) au nombre de 88 en 1999, seraient près d'une centaine aujourd'hui, accueillis dans diverses structures.

Au total, l'effort financier consenti par l'Etat en soutien aux actions de proximité contribuant à la réduction des risques chez les UDVI a très nettement augmenté : 24,6 millions de francs en 1994, 102 millions de francs en 1999. Ces crédits ont donc plus que quadruplé²¹⁷. A l'échelon déconcentré, cet engagement est parfois redoublé par l'apport ponctuel des crédits d'autres

²¹¹ Ce point ayant déjà fait l'objet d'un examen attentif, il n'en sera pas question dans les prochains développements.

²¹² [ANRS, 1999], [Emmanuelli, 1999], [Emmanuelli, 2000], tome 1, [OFDT, 1999].

²¹³ Décrets n° 87-328 du 13 mai 1987, n° 88-394 du 24 août 1988, n° 89-560 du 11 août 1989.

²¹⁴ Décret n° 96-494 du 7 juin 1996.

²¹⁵ Compte tenu la gravité des contaminations par les hépatites, une nouvelle formule a été mise sur le marché fin 1999 au prix conseillé de 10 francs au lieu de 5 francs pour la première version du Stéribox® ; ce kit comprend des tampons stériles et une coupelle de chauffage. Les conditions de mise sur le marché d'un kit équivalent destiné à la prise de cocaïne est actuellement à l'étude.

²¹⁶ Décret du 7 mars 1995, arrêté du 7 mars 1995, circulaire DGS n°37 du 12 avril 1995.

²¹⁷ Note DGS du 12 décembre 1999.

origines : Politique de la ville, Jeunesse et Sports, etc. Les engagements financiers des collectivités locales et territoriales sont en ce domaine variables mais essentiels²¹⁸.

Un comité de suivi réunissant associations de lutte contre le sida, d'usagers de drogues, médecins, humanitaires, infirmières, assistantes sociales, chercheurs et pouvoirs public permet de définir périodiquement les orientations des programmes nationaux²¹⁹.

Le dispositif de suivi des ventes et de la distribution de matériel stérile (SIAMOIS) indique qu'en 1999, plus de 18 millions de seringues auraient été distribuées aux usagers de drogues par voie intraveineuse.

Il est difficile d'estimer la contribution de l'accessibilité accrue aux seringues dans le recul relatif de l'épidémie chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Les actions sont multiformes et les voies d'accès nombreuses pour les usagers. L'inefficacité des PES dans la lutte contre les hépatites conforte l'hypothèse d'un rôle primordial que tiennent d'autres vecteurs d'information et de prévention (les pairs notamment). D'un côté, les PES ne sont donc efficaces que s'ils reposent sur un ensemble cohérent d'interventions ; c'est ce qui motive leur intégration dans les structures de première ligne. De l'autre, la généralisation de ces programmes est probablement la manifestation la plus importante de l'effort des pouvoirs publics pour prévenir les contagions liées au partage et à la réutilisation du matériel. En effet, les PES, sur lesquels insistait le rapport du Conseil national du sida en 1993, semblent avoir contribué à contrôler la diffusion du VIH chez les UDVI. Les pics de contamination n'ont pas été aussi brutaux, en termes épidémiologiques, dans les pays précocement engagés dans cette voie (Grande-Bretagne, Australie, mais surtout Pays-Bas dès 1970).

Un accroissement quantitatif des structures d'accueil

Toutes les structures proposent, sous des formes et à des degrés variables, un certain nombre de prestations essentielles : lieu d'accueil et de repos, services de proximité (douches, machines à laver), intervention sociale, soins médicaux et infirmiers, soutien psychologique, accès à un matériel d'injection stérile.

Leur vocation est non seulement de réunir des services d'urgence, mais aussi d'établir les liens indispensables avec les prises en charge administrative et médicale de droit commun et avec le secteur spécialisé. Aussi constituent-elles un maillon essentiel d'une politique de santé publique efficace à l'intention des usagers de drogues les plus marginalisés.

Certaines structures, intégrées dans un tissu institutionnel et associatif local étroit, sont conçues sur le modèle de lieux d'intervention « communautaire » associant riverains, consommateurs de drogues, professionnels, associations et pouvoirs publics²²⁰.

En 1999, il existait en France deux *sleep-in* (lieux d'hébergement de nuit), 88 PES (dont quelques structures mobiles, et auxquels il faut ajouter 148 automates distributeurs de matériel stérile), et 34 boutiques de proximité²²¹. Même si ces chiffres semblent importants, ils reflètent mal l'insuffisance de la couverture territoriale. Paris offre de loin la gamme et la densité de lieux d'accueil les plus importantes. En 1999, plus de la moitié des villes de plus de 70 000 habitants ne disposaient d'aucun programme. Le plan triennal de la MILDT s'est fixé d'ambitieux objectifs de développement et de maillage du territoire. Néanmoins, plusieurs facteurs contribuent à en rendre l'accomplissement difficile.

²¹⁸ Voir infra.

²¹⁹ COSAS : Comité de suivi et d'accessibilité aux seringues.

²²⁰ Voir le rapport d'activité de l'association Espoir Goutte-d'Or, [EGO, 2000].

²²¹ [MILDT, 1999], p. 85.

2. Un engagement et des habitudes variables des collectivités locales et territoriales²²²

La réalisation des programmes de réduction des risques dépend de façon déterminante du soutien des pouvoirs publics locaux (les municipalités) et des acteurs associatifs présents. Face à la difficulté parfois insurmontable constituée par l'opposition des riverains et voisins des implantations fixes (boutiques, *sleep in*, PES), l'expérience acquise en matière de concertation par les décideurs locaux est à l'origine des profondes inégalités dans le déploiement territorial des structures de réduction des risques. Néanmoins, l'issue des initiatives n'est jamais acquise, comme l'ont démontré certains échecs de la politique de réduction des risques à Paris même²²³. C'est pourquoi la recherche de cohérence et de partenariat entre décideurs locaux et administrations centrales de l'Etat doit être, en amont, la plus complète possible. La résolution des conflits de voisinage ne devrait pas prendre le pas sur la définition et l'affirmation de priorités de santé publique.

L'engagement dans des démarches concertées repose sur des savoir-faire acquis précédemment et sur leur diffusion. Ceci explique en grande partie que la participation précoce à des actions de prévention de la contamination par le VIH, de façon générale, ou aux dispositifs contractuels (notamment ceux de la Politique de la ville), favorise aujourd'hui encore la réalisation des projets d'implantation de structures de réduction des risques. L'existence préalable de réseaux bien établis et actifs d'intervenants, de relais associatifs locaux permettant d'organiser la médiation entre pouvoirs publics et riverains, de règles de co-financement des actions acceptées par tous, bénéficie aux dynamiques de santé publique locales, rendues parfois difficiles par le partage des rôles.

3. Adaptation de la réduction des risques et rôle des usagers

La capacité de l'ensemble des intervenants à proposer des modes de prise en charge ou des réponses adaptées non seulement à l'environnement local, mais aussi aux modifications des problématiques et au type de clientèle fréquentant les structures, est un élément compliquant singulièrement l'efficacité des interventions.

Du point de vue de l'adaptation des messages et des modalités d'action menées, le rôle essentiel des groupes d'auto-support doit être mieux considéré.

Ceux-ci ont été associés plus largement, dans les dernières années, à la mise en œuvre de la réduction des risques²²⁴. Il apparaît pourtant, d'une part, que cette reconnaissance n'a pas été suffisante. La participation de ces personnes, disposant de capacités particulières à entrer directement en contact avec la population d'usagers de drogues, en particulier les plus précaires d'entre eux, mérite d'être pérennisée : par un programme de formations qualifiantes permettant de garantir la continuité de leur investissement personnel, et par la création d'emplois stables au sein des structures de réduction des risques, rémunérés en conséquence de l'expérience acquise et de leurs responsabilités professionnelles. Au niveau national, les

²²² [Joubert, Jacob, Mougin, Weinberger *et alii*, 1999], [OFDT, 1999], pp. 247-250 ; [Benech-le Roux, 2000].

²²³ On retiendra notamment le contentieux qui a opposé une association de riverains du 10^{ème} arrondissement de la capitale à l'association Charonne et a conduit en 1999 à retarder l'implantation d'un premier accueil pour usagers de drogues dans la rue Beaurepaire. Voir [Delmotte, 1999].

²²⁴ [Rioufol 1998].

usagers ou ex-usagers de drogues ne peuvent constituer simplement un groupe d'exécutants au statut flou ; ils doivent être associés à la définition des problématiques et considérés comme les « vigies » de leur propre prise en charge.

Les écueils de la réduction des risques, notamment l'étonnant retard pris jusque récemment dans les stratégies nationales de lutte contre les hépatites, relèvent certainement en partie de la modestie de l'expertise publique sur les usagers de drogues eux-mêmes.

D'autre part, le risque subsiste actuellement que les quelques rares groupes d'auto-support français puissent être victimes de leur succès. En mobilisant les acteurs militants dans la réalisation de la réduction des risques, les pouvoirs publics conduisent une action en partie paradoxale²²⁵ : ils garantissent le financement d'associations participant à part entière à la politique de santé publique en direction des usagers de drogues, tout en réclamant un investissement personnel important des membres les plus actifs de ces groupes, et en orientant leur fonctionnement. Ce n'est qu'au prix d'un effort renouvelé pour développer l'auto-support que cette alternative pourra être dépassée. La diversification des groupes d'usagers repose en grande partie sur la volonté des échelons décentralisés de la décision publique de faire émerger et de soutenir les initiatives locales, comme le Conseil national du sida l'avait souligné en 1993. Cette démarche doit néanmoins être prolongée par un effort de structuration des réseaux associatifs et de reconnaissance officielle à l'échelon national.

L'engagement des personnes vivant avec le VIH/sida, dans la dernière décennie²²⁶, témoigne du rôle primordial des personnes directement confrontées aux problèmes de santé publique dans leur résolution. Cette reconnaissance, pour ce qui regarde les groupes d'auto-support, est partiellement acquise ; elle demeure néanmoins excessivement précaire tant que l'usage de drogues demeure soumis à l'interdit pénal. La démarche de soutien par les pouvoirs publics, sans apparaître comme une validation institutionnelle de la consommation de drogues, gagnerait à être plus volontariste, en particulier au regard des nouvelles formes de consommation de substances illicites et licites, parfois peu connues des plus anciens usagers de l'auto-support.

Au cœur de l'intervention auprès des usagers de drogues subsistent également des lacunes importantes de coordination et de partage des responsabilités. Un objectif permanent des pouvoirs publics, auquel doivent notamment répondre les conventions d'objectifs²²⁷, est la définition des modalités par lesquelles les différentes institutions et professions (travailleurs sociaux, soignants du secteur spécialisé et généralistes, médecine hospitalière et médecine de ville, police, justice, autorités de santé, pharmaciens...) sont susceptibles de constituer les unes pour les autres les soutiens mutuels en faveur d'une meilleure compréhension des besoins, et de la prise en charge globale des problèmes sociaux et sanitaires des usagers de drogues.

²²⁵ Pour une analyse détaillée, voir [Jauffret, 2000].

²²⁶ La reconnaissance mutuelle entre pouvoirs publics, soignants, travailleurs sociaux, usagers de drogues, peut contribuer de façon décisive à l'orientation et à la réussite des décisions publiques en matière de santé, à l'instar d'autres domaines d'intervention médicalisée. Les sciences sociales ont apporté une contribution importante à la maîtrise des enjeux du partenariat en matière médicale. Voir [Bach, 1995] et [Herzlich, 1995].

²²⁷ Ces conventions d'objectifs (inaugurées par la circulaire du 14 janvier 1993), établies sous l'autorité des préfets et bénéficiant de l'appui de chefs de projet au niveau départemental, sont destinées à mieux identifier les besoins, à planifier les actions, à coordonner les interventions et à garantir leur financement par des engagements contractuels. Leur évaluation devrait donner lieu à un examen approfondi des politiques locales.

4. Un dispositif incomplet et partiellement inadapté aux nouveaux risques

La réduction des risques en France se trouve donc au milieu du gué. Souffrant de la lourdeur des stéréotypes et des habitudes institutionnelles, elle est confrontée à des risques et à des comportements pour lesquels les réponses des pouvoirs publics sont lentes. Ainsi, l'ensemble des structures s'adressent-elles à des usagers socialement précarisés, sans répondre précisément aux besoins des plus marginalisés, pour lesquels des dispositifs plus souples ont été proposés dans d'autres pays (lieux d'injection, distribution d'héroïne sous contrôle médical...). Ces expériences ne doivent pas être systématiquement considérées comme des modèles. Néanmoins, là où elles ont été évaluées, elles proposent des réponses adaptées aux besoins d'une frange d'usagers particulièrement désocialisés, refusant les contacts avec le système de soins, insensibles parfois aux messages de prévention parce que mobilisés par la consommation de drogues. Pour ces usagers, la prise en charge doit se faire au plus près des lieux et des gestes de consommation ; c'est une condition de leur engagement individuel progressif dans des démarches de soins, et de l'adoption d'attitudes de prévention de la contamination des infections virales.

Incomplet, le dispositif de réduction des risques est également démuné face à la modification des usages de drogues licites et illicites. Conçu pour faire face à l'épidémie de VIH parmi les consommateurs d'opiacés par voie intraveineuse, il est confronté aujourd'hui à des comportements de consommation de cocaïne, de crack (souvent fumés ou prisés), de psychostimulants²²⁸, pour lesquels les propositions se réduisent trop souvent à une prise en charge pénale.

L'émergence rapide du VHC dans les préoccupations de santé des intervenants n'a pas été suivie d'une action concertée suffisamment vigoureuse pour imposer de nouvelles habitudes dans les comportements de partage du matériel de préparation de l'injection. Ce défaut touche particulièrement les personnes vivant déjà avec le VIH, à qui les suites de la co-infection laissent parfois entrevoir des perspectives dramatiques.

En définitive, on constate que la réduction des risques a bénéficié en France, depuis le début des années quatre-vingt dix, d'un effort des pouvoirs publics visant à promouvoir, grâce à la participation active des usagers, des comportements d'usage minimisant les risques de transmission du VIH. D'un point de vue strictement quantitatif, le nombre de structures s'est considérablement accru, et les initiatives diversifiées.

Néanmoins, la résistance et la vivacité des stéréotypes, comme la variété de l'engagement des pouvoirs publics locaux, contribuent aux fortes disparités dans le déploiement géographique des structures d'accueil et de première ligne. Des risques infectieux n'ont pas trouvé les réponses adéquates, et le dispositif s'est révélé, dans l'ensemble, inadapté à un certain nombre d'usagers de drogues. Ces transformations des risques sont redoublées par des cloisonnements persistant entre les différentes interventions.

Reconnus et défendus officiellement, les dispositifs de réduction des risques demeurent pourtant fragiles. Cette fragilité est aggravée ponctuellement par l'irruption de logiques

²²⁸ L'interpellation vigoureuse des pouvoirs publics par les intervenants a conduit à la restriction de l'accès au Rohypnol®, fréquemment associé à d'autres produits et facteur d'une agressivité difficilement contrôlable par les professionnels, par un arrêté ministériel daté du 1^{er} février 2001. Voir [Morel, 2001].

répressives dans le fonctionnement de certaines structures. En outre, la réduction des risques fonde son action sur la valorisation de l'initiative des usagers, sans que puisse leur être reconnue légalement cette capacité.

D. Une démarche de prévention primaire et secondaire aléatoire²²⁹

Le premier des objectifs généraux que devrait retenir une démarche de réduction des risques est d'empêcher ces risques d'advenir. En matière d'usages de drogues, il est donc important de mener à bien tous les efforts pouvant contrarier la première expérience.

L'expérience démontre pourtant qu'on ne peut se satisfaire de ce prérequis – empêcher l'usage pour prévenir la survenue des risques liés à l'usage de drogues – dans une démarche fondée précisément sur le constat que ces consommations existent, et ce dès des âges précoces. La prévention de comportements de consommation de drogues comportant des risques constitue la meilleure garantie de protection de la santé publique.

Les dernières années ont permis d'éclaircir les principes d'une prévention efficace auprès des plus jeunes ; en se fondant sur la convergence des perspectives les plus récentes en la matière, les pouvoirs publics ont défini, au niveau national, les orientations d'une stratégie clarifiée et ont mis en œuvre des initiatives à confirmer. En l'absence d'évaluation de l'ensemble des actions menées, le Conseil national du sida souhaite néanmoins privilégier une réflexion approfondie sur les cadres réglementaires, les moyens et le contexte légal de cette prévention.

1. Vers une vision commune des stratégies de prévention ?

Les concepts et les objectifs de la prévention des conduites à risques

Le rapport du Pr. Parquet de 1997 insistait sur la nécessité, pour que soit menée une politique de prévention efficace en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, d'une définition claire des concepts sur lesquels celle-ci doit se fonder, de ses objectifs et de la méthodologie retenue pour y parvenir.

Constatant qu'il n'existe pas, du point de vue de la prise de risques, de différence fondamentale liée au produit consommé ou à son statut légal, le Conseil national du sida considère que tout comportement à risque doit être visé par la prévention auprès des plus jeunes. En matière de psychotropes (licites ou illicites), la prévention ne peut se contenter de empêcher l'occurrence du contact avec les substances, dans la mesure où l'environnement de nombreux enfants et adolescents offre les opportunités de rencontre très précoce avec les drogues, et que leur consommation intervient de plus en plus tôt au cours de l'existence. Elle doit donc être alliée à une démarche de repérage des comportements problématiques afin d'apporter les soutiens adéquats (psychologique, sociaux, éducatifs...) aux jeunes les plus vulnérables. En outre, les résultats des travaux de recherche permettent aujourd'hui d'aborder la question des drogues dans un contexte plus large d'accumulation des pratiques à risque, qu'il s'agisse de consommation de drogues ou d'autres comportements, chez les mêmes

²²⁹ La littérature sur le sujet est extrêmement riche et hétérogène. Pour ce qui suit, on pourra notamment se reporter aux sources suivantes mentionnées dans la bibliographie : [Baillon, 1998], [Parquet, 1997], [Jacob, Joubert, Touzé, 2000], [MILDT, 1999], pp. 184-186, [MILDT, décembre 1999], [Cogans, 1996], [Parquet, 1998], [Arène, 1998], [Arwidson, 1998].

individus (vitesse de conduite excessive, attitudes suicidaires, incivilités, manque d'attention au corps, etc.). La prévention abordée ici concerne donc, sous des déclinaisons différentes mais dans une même démarche, l'ensemble des comportements à risque pour soi-même ou pour autrui.

Cette prévention n'est pleinement efficace que si les actions sont répétées tout au cours du développement de l'individu, et d'autant plus si elle intervient dès le plus jeune âge. Il s'agit donc de permettre aux plus jeunes, dans un cadre scolaire notamment, d'adopter des attitudes réfléchies d'évitement du risque ou d'évaluation de la prise de risque de manière à en minimiser les conséquences. Tous les domaines de la santé physique et mentale, et plus largement du bien-être, sont concernés ici ; l'action de prévention doit viser autant l'individu que son environnement privé – notamment familial – et le cadre institutionnel principal dans lequel il évolue : l'école.

Une telle perspective est aujourd'hui communément admise, et le discours général sur la prévention est résolument orienté vers les comportements et non sur les produits. Il tient compte des contextes dans lesquels les prises de risque interviennent (le groupe de pairs, la fête, la famille...) et ne fait pas de distinction préalable entre les drogues licites et illicites²³⁰. Cette évolution fondamentale de l'attitude préconisée envers les plus jeunes, qui s'appuie largement sur les expériences étrangères, est à l'origine d'une nécessaire redéfinition des aspects méthodologiques des stratégies de prévention.

Renouveler les méthodes d'intervention

Les inflexions méthodologiques en matière de prévention se fondent sur la proximité des jeunes visés avec les drogues, et sur le constat d'inefficacité de l'argument légal pour contenir la diffusion des usages de drogues illicites. L'action de prévention doit privilégier des principes simples de compréhension des attentes des enfants et adolescents, vis-à-vis desquelles le discours sur l'illégalité de certaines consommations a montré ses limites. Au registre des critères de construction de la prévention devraient pourtant figurer les motivations hédonistes de la consommation de drogues (licites et illicites) dans un cadre récréatif, la crédibilité d'un discours qui sait distinguer les risques et les argumenter de façon claire, et l'information réelle sur l'ampleur des risques encourus.

Les stratégies de prévention adoptées aujourd'hui contournent en partie le problème légal pour promouvoir une réflexion et des attitudes de préservation de soi, dans des domaines élargis et avec le soutien de l'ensemble des adultes qui participent aux processus éducatifs. Elles cherchent à encourager différentes compétences personnelles et collectives contrecarrant l'occurrence de la recherche du danger (prévention primaire), tout en favorisant l'expression des difficultés individuelles de certains jeunes déjà confrontés aux risques d'un usage immodéré de substances psychoactives (prévention secondaire). Elles visent également à favoriser des éléments de protection vis-à-vis de la prise de risque, qui incluent le renforcement de l'attention et la qualité des réponses offertes, dans leur contexte de vie, aux enfants et adolescents.

Pour mener à bien, dans la pratique, les objectifs de la prévention, des orientations claires manquaient au niveau national jusque tout récemment. Une circulaire du Premier ministre,

²³⁰ Les nouvelles missions de la MILDT, élargies à l'ensemble des substances psychoactives, l'intitulé et l'architecture globale du « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances » prennent d'ailleurs acte de ce dernier aspect.

datée du 13 septembre 1999, est venue en partie valider les principes mentionnés ci-dessus et défendus par le plan triennal de la MILDT²³¹. Elle répond à la dénonciation d'une « cacophonie des actions et des discours » maintes fois réitérée²³².

2. Des initiatives qui restent à confirmer

Des initiatives ont été prises pour améliorer l'efficacité de la prévention. Elles se déclinent en trois axes : une communication générale à l'attention du grand public et des professionnels, visant à améliorer les connaissances et les attitudes de l'opinion publique ; des structures d'écoute et de soutien des jeunes confrontés à des problèmes de consommation de drogues et de leurs proches ; enfin, une action partenariale visant les lieux de vie des jeunes, notamment les institutions d'éducation, de formation et d'insertion.

Actions de communication

Les actions de communication en direction du grand public, déjà assumées largement par les campagnes du Comité Français d'Education à la Santé et des différents CRIPS, ont été complétées par diverses initiatives de la MILDT, au premier chef desquelles on doit citer la série d'opuscules d'information « Savoir plus. Risquer moins », qui comportent une mine d'informations à vocation généraliste et professionnelle. Un site conçu dans le même esprit et hébergé par la MILDT²³³, proposé sur Internet, vise la diffusion des connaissances, la promotion des recherches, et le suivi de l'actualité nationale et internationale en matière de comportements à risque. Il présente l'avantage d'offrir des services adaptés à la nature des demandes et aux différents acteurs : parents, enfants, professionnels, administration.

Il apparaît impossible au Conseil national du sida d'évaluer avec suffisamment de recul la pertinence de cet outil en termes de prévention. On doit néanmoins souligner la qualité des services qu'il propose et la grande variété de points de vue qu'il accueille. D'ores et déjà, cet outil présente les bases d'un processus d'évaluation, et de création d'un socle commun de repères pour l'action.

Dispositifs d'accueil en prévention secondaire

Les dispositifs spécialisés de réponse aux demandes ponctuelles et d'écoute des difficultés auxquels sont confrontés les jeunes consommateurs et leur entourage familial se sont récemment déployés dans deux directions principales.

Un organisme d'accueil téléphonique national, Drogues Info Service, doté d'un numéro d'appel gratuit, a été mis en place ; ses missions ont été élargies récemment aux consommations d'alcool et de tabac.

Les Points Ecoute Jeunes (PEJ) et Points Ecoute Parents (PEP), initiés par une circulaire de la Direction de l'action sociale en 1997 et accueillis au sein de 67 structures d'accueil locales, sont le résultat, le plus souvent, d'une redéfinition des efforts de prise en charge des demandes

²³¹ Circulaire NOR : PRMX9903743C du 13 septembre 1999 (et annexes), relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances. Cette circulaire prévoit en outre les grandes lignes de la coordination des actions de prévention par les services déconcentrés à l'échelon départemental.

²³² [MILDT, 1999], p. 185.

²³³ <http://www.drogues.gouv.fr>

des jeunes les plus éloignés des institutions classiques. Une évaluation, récemment été publiée par l'OFDT, souligne que leur capacité à approcher les lieux de vie des jeunes adolescents et à cibler les individus présentant les risques le plus importants d'usage nocif ou de dépendance est très variable.

Essentiels pour le recrutement de la clientèle des Points Ecoute, les partenariats conduisent souvent à un recrutement par des voies institutionnelles ; la clientèle des PEJ, adressée pour une grande part par d'autres professionnels des secteurs sanitaire ou social, n'est pas en principe la première visée. La crainte d'instrumentalisation par d'autres dispositifs est confirmée par les personnels des Points Ecoute²³⁴. Ces difficultés peuvent sans aucun doute trouver de solutions, et l'on ne peut que soutenir de telles initiatives ; néanmoins, le nombre des Points Ecoute est sans commune mesure avec l'ambition annoncée de prévention dans un cadre national.

La prise en compte transversale des problèmes de prévention sur les lieux de vie des plus jeunes est confirmée aujourd'hui par les textes réglementaires et administratifs²³⁵. L'ensemble des structures d'insertion, de loisir, d'éducation populaire, et surtout l'école, sont donc invitées à prendre part aux programmes de prévention. Ces actions doivent faire l'objet d'évaluations ponctuelles, notamment au sein d'un comité de validation des outils de prévention réuni au sein de la MILDT²³⁶.

Les structures d'insertion (missions locales, permanences d'accueil, d'information et d'orientation, espaces jeunes) prennent part à la politique de prévention auprès des plus âgés (16-25 ans). Il s'agit fréquemment d'individus précocement déscolarisés et confrontés à d'importantes difficultés sociales. Agissant à la demande des jeunes usagers, les structures d'insertion visent à modifier le contexte de précarité dans lequel interviennent les consommations les plus problématiques. Cette mission est financée par la MILDT, mais s'inscrit dans le cadre habituel du suivi réalisé par ces structures.

Quels dispositifs de prévention à l'école ?

En milieu scolaire, l'Education nationale met en place des dispositifs spécifiques de prévention, visant un public ciblé ou général, depuis le début des années quatre-vingt.

Dans un premier temps, la désignation « d'adultes relais », puis « d'équipes relais », offrait des réponses grâce au volontariat individuel des adultes. Peu suivis d'effets, ces projets de « relais » ont été remplacés par des dispositifs plus formalisés, à partir de 1990. Les premiers Comités d'Environnement Social (CES) ont été créés dans le second degré par lettre ministérielle. Ayant vu leurs missions s'élargir progressivement, les comités ont été transformés, en 1998²³⁷, en Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). En théorie, ces structures composées d'individus volontaires, associant enseignants, élèves, parents et partenaires locaux, ont vocation à mener des actions de prévention dans et hors des établissements scolaires.

²³⁴ [Jacob, Joubert, Touzé, 2000], pp. 192-195.

²³⁵ Voir notamment la circulaire « Jeunesse et sports » du 6 juin 2000 relative au programme national de lutte contre les drogues et de prévention de dépendances, n° 00-090JS. Voir également [MENRT, 2000] pour la prévention en milieu scolaire.

²³⁶ Cette commission « labellise » les outils qui lui sont soumis et propose le soutien de la MILDT aux initiatives menées localement.

²³⁷ Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998, parue au *Bulletin Officiel de l'Education Nationale* du 9 juillet 1998.

L'évaluation des CES montre la grande satisfaction de la majorité des participants. Mais dans la pratique²³⁸, le CESC, comme le CES auparavant, est trop souvent un instrument de mobilisation des ressources humaines (localement) et financières (grâce aux subventions consenties par la MILDT) propres à faire aboutir les projets de l'établissement. Les défauts déjà imputés aux CES en 1997 (risque de « notabilisation » des membres du comité de pilotage, repli sur soi de l'institution scolaire, fonctionnement dépendant du volontariat des professionnels présents et orientations discrétionnaires des chefs d'établissement) peuvent perdurer. Il existe certes un CESC dans près de la moitié des établissements scolaires du second degré, mais une partie non négligeable a une « existence formelle »²³⁹.

En 1989, la loi d'orientation du ministère de l'Éducation nationale a explicitement inscrit l'éducation à la santé parmi les missions de la communauté scolaire. Mais les actions de prévention des comportements à risques, comme l'a confirmé la récente circulaire relative aux orientations générales pour la politique de la santé en faveur des élèves²⁴⁰ n'est qu'un des nombreux objectifs auxquels doivent participer les actions de promotion de la santé. Leur déroulement a surtout été précisé au sein des écoles primaires et au collège²⁴¹.

Deux textes importants ont été par ailleurs publiés à l'intention des personnels éducatifs²⁴² ; sur le fond, ils se rapprochent d'initiatives antérieures²⁴³, qui plaçaient les usages de drogues dans un ensemble plus élargi de conduites à risque. Ces guides constituent pour les personnels éducatifs des ressources utiles en termes de connaissances sur les comportements addictifs et sur les dispositifs de prévention, et comportent des scénarios concrets proposant une aide à la décision aux adultes confrontés à des situations problématiques.

Compte tenu de l'importance du milieu scolaire dans les processus de développement de la personnalité et pour l'adoption des comportements civiques fondamentaux, le caractère aléatoire des programmes de prévention, entièrement dépendant d'initiatives locales, rend pourtant les dispositifs publics contestables. Le plan triennal de la MILDT met d'ailleurs cette dépendance au volontariat en question²⁴⁴, sans y apporter d'autre réponse qu'en termes de « culture de la prévention ».

Or il apparaît que l'indigence des actions spécifiques de prévention en milieu scolaire n'est pas liée uniquement à l'absence de compétences théoriques en la matière ; elle ressort également d'un cadre inadapté et insuffisamment formalisé.

²³⁸ Voir l'évaluation publiée par l'OFDT en 1998 ; [Baillon, 1998].

²³⁹ *Ibid.*

²⁴⁰ Circulaire MEN n° 2001-012 du 12 janvier 2001, *Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale*, numéro spécial, 25 janvier 2001.

²⁴¹ Circulaire MEN n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

²⁴² *Repères pour la prévention des conduites à risques*, volumes 1 et 2, Bulletin Officiel de l'Éducation nationale, n°9, 4 nov. 1999.

²⁴³ Voir : *Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire*, publié dans la première moitié des années quatre-vingt dix avec le soutien de l'ex-DGLDT.

²⁴⁴ « La conduite dans les établissements scolaires d'une politique de prévention déterminée ne peut être laissée à la seule bonne volonté des acteurs locaux, mais doit devenir une véritable priorité » ; [MILDT, 1999], p. 185.

3. Une prévention sans cadre réglementaire, des moyens insuffisants, des décalages insurmontables entre les objectifs

Le contexte légal et réglementaire actuel ne permet pas d'assumer le caractère primordial des actions de prévention des conduites à risques dans les institutions éducatives, et notamment scolaires.

D'une part, les rôles et compétences sont excessivement parcellisés²⁴⁵. Tandis que l'Education nationale prévoit des actions partenariales facultatives centrées sur la vie de l'établissement et sur son environnement, il échoit aux autres services déconcentrés de l'Etat, sous l'autorité des préfets, de coordonner les plans départementaux de prévention des dépendances, les conseils départementaux de prévention de la délinquance, et autres dispositifs contractuels départementaux associant services de l'Etat, collectivités et associations. Au niveau local, d'autres dispositifs contractuels sont placés sous l'autorité conjointe du maire et d'un représentant de l'Etat.

Or la prévention en matière de santé est du ressort des collectivités territoriales et locales depuis les premières mesures de décentralisation en 1982 et 1983. L'Etat central est bien responsable en matière de soins, et notamment de toxicomanie, mais les structures qu'il finance dans le domaine, animées par des experts, se sont vues retirer, compte tenu des attributions confiées aux collectivités, toute implication en matière de prévention depuis un décret de 1992.

Pour compliquer cet imbroglio de répartition des compétences, au sein de l'Education nationale, les textes réglementaires et administratifs contribuent à rendre plus hypothétique encore l'application des orientations présentées comme prioritaires. Les chefs d'établissement sont seuls habilités à autoriser des interventions extérieures, notamment du secteur associatif, mais ces associations doivent parfois avoir préalablement reçu – beaucoup d'entre-elles l'ignorent – un agrément administratif des autorités académiques, sans qu'une règle claire ait été établie en la matière²⁴⁶. La médecine scolaire est pour sa part coordonnée au niveau académique en fonction des besoins de zones géographiques incluant parfois un grand nombre d'établissements, mais il est prévu d'associer étroitement les professionnels concernés (dont les attributions excèdent largement la mission préventive) à la vie des établissements et à leur environnement local.

D'autre part, il n'existe aucun texte contraignant les personnels éducatifs à s'impliquer résolument dans les actions de prévention des conduites à risques²⁴⁷. Le Code de la santé publique n'évoque pas le sujet ; son unique approche des drogues (partielle puisqu'elle ne concerne que les stupéfiants) est définie dans les termes de la loi du 31 décembre 1970, qui n'a en rien démontré son efficacité préventive.

²⁴⁵ Voir [Arène, 1998].

²⁴⁶ En l'absence d'agrément, une démarche spécifique doit être entreprise auprès des inspections académiques lorsque le chef d'établissement le demande. A ce propos, voir l'excellent travail d'expertise collective publié récemment par l'INSERM, [Arwidson, Bury, Choquet, De Peretti, Deccache, Moquet-Anger, Paicheler, 2001], pp. 10-12.

²⁴⁷ Bien que formellement, « l'éducation à la santé » figure au rang des missions abordées par le Code de l'éducation.

Les initiatives menées semblent encore aujourd'hui en décalage avec les préconisations que le Conseil national du sida avait énoncées dans son rapport en 1993²⁴⁸ : accroissement des moyens intellectuels et financiers, politique active de lutte contre l'exclusion et la marginalisation.

En termes de moyens financiers, les efforts de la société française en faveur des actions de prévention et de recherche sont notoirement insuffisants²⁴⁹. Une étude menée en 1997 conduisait, pour le tabac, l'alcool et les drogues illicites, à une estimation des coûts sociaux engendrés par l'effort public et privé dans ces domaines d'environ 949 millions de francs pour l'année, sur un coût total de 218 milliards de francs engendré par les drogues licites et illicites. En proportion, la prévention et la recherche réunies ne représentaient donc que 7,11% du total²⁵⁰, contre 29,30% aux efforts d'application de la loi ou 11,42% pour les soins.

Sur un strict plan quantitatif, ces ordres de grandeurs indiquent clairement le degré de priorité accordée à la prévention. La persistance d'une telle situation n'est pas seulement regrettable. Elle infirme avec vigueur les déclarations d'intention sur l'engagement des pouvoirs publics, et notamment de l'Etat, dans la prévention. A ce propos, pour positive qu'apparaisse l'augmentation des crédits interministériels dévolus aux actions de prévention (119 millions de francs en 1999, soit une croissance de 4% par rapport à 1998)²⁵¹, on peut s'interroger sur les justifications d'un engagement qui se substituerait en partie à celui des administrations centrales concernées (que l'on pense au financement des CESC). Les moyens humains, pour leur part, sont absolument disproportionnés par rapport aux ambitions affichées. Appeler au volontariat, voire au bénévolat, pour mener une politique prioritaire en milieu scolaire, cache mal l'insuffisance drastique des soutiens matériels et humains dévolus à la santé scolaire²⁵².

La création d'une « culture de la prévention » annoncée par la MILDT, par le renforcement des compétences, est pour sa part entravée par la diversité des objectifs des différents acteurs institutionnels. Les policiers formateurs anti-drogue (PFAD) de la police nationale ont d'abord vocation à veiller à l'application de la loi et à constater les infractions, à réprimer l'usage et le trafic de stupéfiants. Aussi est-il extrêmement illusoire, de la part de ces intervenants, privilégiés par l'institution scolaire, d'attendre une redéfinition des actions de prévention dans une perspective de santé publique²⁵³. Une telle remarque vaut également pour les intervenants reconnus venant de la magistrature. En revanche, ni dans la conception en amont des actions de prévention, ni dans leur suivi, ne sont officiellement sollicités les professionnels de la prise en charge des usagers de drogue ou les groupes d'auto-support ; or il apparaît qu'ils disposent d'une connaissance précieuse, favorisant la compréhension des

²⁴⁸ [CNS, 1996], p. 205. Dans le présent rapport, la réflexion a été concentrée sur les aspects pratiques des actions de prévention. La seconde série de remarques, concernant les déterminants sociaux des usages de drogues, n'y est pas abordée.

²⁴⁹ Voir à ce sujet [Fenoglio, Parel, Kopp, 2000].

²⁵⁰ Les auteurs appliquent à leur recherche la méthode d'évaluation des coûts « *cost of illness* » couramment employée dans les pays anglo-saxons en économie de la santé. Les « coûts sociaux » incluent l'ensemble des dépenses publiques et privées et des pertes de revenus, de ressources fiscales et de production. Les coûts directs (dépenses publiques et privées, pertes de prélèvements obligatoires) constituent environ 55,5% des coûts sociaux.

²⁵¹ [MILDT, 1999], [CFES/MILDT, décembre 1999].

²⁵² [Arwidson, 1998].

²⁵³ Voir à ce sujet les termes éloquents de la circulaire du ministère de l'Intérieur du 11 octobre 1999 relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants : « La compétence des services en matière d'usage et de trafic de stupéfiants, liée à la connaissance des spécificités de leur ressort géographique, leur confère un crédit qui les désigne d'emblée pour cette mission. »

processus individuels conduisant à l'expérimentation de risques, à même d'enrichir la réflexion des pouvoirs publics.

Ce propos ne vise en aucun cas à disqualifier le rôle des différentes institutions évoquées ni leur légitimité à intervenir dans le cadre de leurs missions ; il se fonde sur la conviction qu'une prévention efficace doit avant tout consister à reconnaître les objectifs respectifs des différents intervenants.

4. Contradiction entre principes légaux et logiques de prévention

En premier lieu, la loi en vigueur ne distingue pas les différentes situations d'usage, et renvoie à un ensemble d'infractions qui peuvent être très éloignées de celles que le jeune consommateur a le sentiment de commettre. La loi peut ainsi être comprise comme visant un registre de comportements étrangers à l'expérience du jeune usager de drogues. Elle est de nature à accentuer des attitudes de défiance à l'égard des messages soulignant les dangers de certains produits. La banalisation du discours sur la prétendue innocuité des substances cannabiques relève sans doute en partie de ce décalage entre l'expérience récréative des drogues et les justifications de l'interdit légal.

En second lieu, il est douteux que l'incrimination pénale de l'usage de drogues et la lourdeur des peines prévues favorisent les confidences ou les demandes d'aide à des adultes – parents ou professionnels – incarnant l'autorité. On doit d'ailleurs mentionner que les fonctionnaires sont tenus statutairement d'informer les services compétents d'infractions éventuellement portées à leur connaissance dans l'exercice de leur fonction ; or au-delà d'un certain âge, les adolescents consommateurs de stupéfiants relèvent de mesures pénales. La législation actuelle est en d'autres termes susceptible de dissuader la « verbalisation » des situations à risque. Elle peut même conduire à une situation paradoxale où le jeune usager qui souhaite demander de l'aide ne trouve pas dans son entourage l'adulte disposé à assumer la responsabilité de l'écoute, et plus fréquemment encore, à une situation où la dissuasion s'exerce sur les deux parties.

En troisième lieu, une relation d'échange complète doit être également recherchée, sur le thème des comportements à risque et en particulier des usages de drogues, dans un cadre collectif. Il est pourtant établi que l'énonciation des messages de prévention, sur le mode d'un argument d'autorité déconnecté des expériences de certains enfants et adolescents, n'est pas la méthode la plus efficace de transmission. Pour le jeune destinataire, la parole de l'adulte reste alors en partie confinée à un monde d'adultes. Au contraire, une stratégie pédagogique efficace nécessite que les individus ciblés s'approprient les messages et les outils de prévention et les intègrent dans un ensemble d'attitudes et de comportements qui jalonnent leur expérience²⁵⁴.

²⁵⁴ La « *peer education* », ou éducation par les pairs, dont l'efficacité a été démontrée par l'expérience de réduction des risques liés à l'injection de drogue chez les UDVI, obéit à une logique simple : l'impact des messages de prévention repose sur les conditions dans lesquels ceux-ci sont perçus, et en particulier sur la capacité des individus ciblés à les assimiler progressivement dans un ensemble de comportements et de représentations qui se transforment. Si le message ou son contexte de formulation paraissent disjoints de ces éléments, ils perdent une grande partie de leur pertinence. Voir [CNS, 1996], p. 190. Pour de plus amples précisions sur ces approches, voir [Arwidson *et alii*, 2001], pp. 84-99.

L'argumentation en faveur d'attitudes de protection de la santé exige, pour être perçue comme pertinente, la reconnaissance explicite de l'existence des pratiques et des risques vécus. Or ceux-ci ne sont indissociables du sentiment de bien-être ou du plaisir provoqués par l'usage de substances psychotropes ; le processus d'échange doit justement permettre d'apporter un éclairage ou une contradiction en vue de susciter les comportements les plus responsables.

Dans le monde adolescent, les drogues sont parfois associées à un ensemble de pratiques et d'attitudes hédonistes (la camaraderie, la fête, le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs...) perçues comme positives. Or les dispositions de la loi, dont l'article L 3421-4²⁵⁵ du Code de la santé publique énonce les termes, permettant de réprimer durement la présentation de l'usage de stupéfiants « sous un jour favorable » au même titre que la provocation à l'usage, sont de nature à contrarier fortement l'aveu de la recherche, voire même l'expérience de l'euphorie vécue sous l'effet de stupéfiants²⁵⁶.

Au total, le caractère indicible de la consommation de drogues, et de ses effets, pour de nombreux jeunes usagers, contribue potentiellement à favoriser des attitudes de marginalisation ou de repli sur un monde de consommateurs de stupéfiants perçu comme protecteur et porteur d'une vérité alternative.

L'argument légal, susceptible d'être contre-productif dans le cadre de la prévention secondaire, n'a pas montré son efficacité à ce jour²⁵⁷. Il est en outre de nature à amoindrir la crédibilité de toute action de prévention spécifique de la dépendance aux drogues illicites, qui ignore les drogues licites, notamment lorsqu'elle est assurée par les membres de services répressifs. Il peut venir contrarier la mise en œuvre des méthodologies efficaces de prévention fondées sur l'expression des expériences vécues de consommation de drogues. Il participe à l'irresponsabilité des adultes dans la prise en charge des comportements à risque liés aux usages de stupéfiants.

Le Conseil national du sida dénonce le manque général de professionnels qualifiés et formés pour la prévention en milieu scolaire. Il constate l'absence de cadre réglementaire ou légal garantissant la mise en œuvre systématique de la prévention primaire et secondaire, et d'assurer la coordination des actions au niveau local. Il s'étonne également de la très faible diffusion d'outils pédagogiques indispensables.

²⁵⁵ Ancien article L 630 CSP.

²⁵⁶ Ces dispositions, à n'en pas douter, sont bien connues dans le monde des jeunes consommateurs de drogues. Elles ont permis d'engager des poursuites à l'encontre de musiciens renommés auprès d'une partie du public adolescent, qui ont été fortement médiatisées. L'interprétation très large dont ce texte fait l'objet permet même de poursuivre l'aveu public de consommation. On passe de cette façon, dans l'application de l'article L 3421-4 du CSP d'une répression légitime de l'incitation à l'usage à celle de délit d'opinion évalué sur des fondements très controversés. Voir à ce propos [Caballerro, Bisiou, 2000], p. 618.

²⁵⁷ Problème également souligné en Suisse dans le rapport de la commission d'experts de 1996 portant avis de modification de la loi fédérale de 1951 sur les stupéfiants [Schild *et alii*, 1996], p. 70. En outre, la distinction entre consommations licites et illicites a été interprétée comme facteur d'incrédibilité du discours préventif sur les drogues illégales, reconnu dans le rapport explicatif du Département fédéral de l'Intérieur motivant la révision de la loi (Lstup), intervenue depuis : « Du point de vue de la politique de la santé, le travail de prévention est plus difficile lorsque la consommation de drogues illégales est interdite alors que celle de drogues légales est autorisée. Cette différence de traitement est de nature à remettre en cause, principalement chez les jeunes, la crédibilité des messages visant à prévenir les comportements de dépendance » ; [Département fédéral de l'Intérieur, 1999]

En dernier ressort, il apparaît que le principal facteur de continuité en la matière est l'existence de l'interdit légal de consommation et de trafic. La référence à cette loi n'est pas seulement en décalage avec les connaissances acquises sur le développement de pratiques à risques chez de jeunes individus. Elle est également inopérante et potentiellement contre-productive car elle entretient des tabous.

Conclusion préliminaire

L'état des lieux dressé par le Conseil national du sida en matière de prise en charge des risques liés aux usages de drogues conduit à une série de constats parfois nuancés mais qui expriment le décalage de l'action menée, notamment par les pouvoirs publics, avec les préoccupations de protection de la santé publique.

Avant tout, le panorama entrepris révèle une hiérarchie des priorités au sein de laquelle les considérations de santé publique n'occupent qu'une place secondaire. Tandis que les moyens sont globalement orientés en faveur de l'action répressive, les soins aux usagers de drogues et la réduction des risques continuent de souffrir du caractère prioritaire de l'objectif d'éradication des usages de drogues. L'appréciation des efforts menés par les pouvoirs publics dans ces domaines mérite toutefois d'être très nuancée. D'immenses progrès ont été accomplis dans la période qui nous sépare de l'avis du 8 juillet 1993. Cet engagement a été soutenu avec constance par de nombreuses institutions, et au premier chef par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont la contribution au renouvellement des approches théoriques et pratiques apparaît, sur de nombreux points, essentielle à la poursuite des progrès de la réduction des risques.

La prévention primaire et secondaire des comportements à risque, préalable à toute politique ambitieuse de santé publique, semble souffrir pour sa part de multiples carences : en termes d'encadrement réglementaire et législatif, de cohérence, de moyens humains et financiers. La disparité des actions et de leurs promoteurs ne permet pas d'envisager la mise en œuvre des objectifs avancés par les pouvoirs publics. Le flou qui entoure la conception comme l'évaluation des orientations nationales ne fait que contribuer à cette incertitude.

Les risques infectieux sont aujourd'hui bien mieux combattus qu'en 1993 ; pour autant, les réponses proposées face aux risques sanitaires et sociaux impliqués par certains usages de drogues ont en partie trouvé leurs limites. Dans certains contextes, la priorité donnée à la répression de l'usage de stupéfiants – notamment en prison – contribue même à amplifier les risques encourus par les usagers de drogues injectables. En outre, la réduction des risques n'a visé avec efficacité qu'une part limitée de l'ensemble des risques de contamination virale. Focalisé sur les risques de contamination par le VIH liés à l'injection d'opiacés, le dispositif français ne comprend que peu d'interventions centrées sur les facteurs de contamination sexuelle des usagers de drogues, sur les risques accrus par certaines formes de consommation alternatives à l'usage d'héroïne, ou encore sur les risques d'infection et de co-infection par les virus des hépatites²⁵⁸.

Dans ce contexte, la loi du 31 décembre 1970 connaît une application très imparfaite. Confondant tous les délits sous le terme générique d'infraction à la législation sur les stupéfiants, l'approche répressive s'interdit toute distinction réelle et durable dans la prise en charge de leurs auteurs. Elle contribue à obscurcir les objectifs de prévention, et motive des intrusions extérieures répétées dans les pratiques de la réduction des risques sanitaires.

Pour être levée, cette confusion appelle une action législative décisive. Il s'agit non seulement de mettre fin à l'incrimination de l'usage simple de drogues aujourd'hui illicites, mais aussi

²⁵⁸ Ces constats sont largement partagés par certains représentants des pouvoirs publics. Voir [Labrosse-Solier, Pachabézián, 2000]. La carence d'actions dans le domaine des hépatites a motivé l'annonce récente d'efforts en la matière, dans le cadre du *Plan national de lutte contre l'hépatite C*.

d'envisager les instruments légaux et réglementaires appropriés à une redéfinition déjà esquissée des priorités de santé publique en matière de consommation de produits psychoactifs. Une démarche similaire a été entreprise dans la quasi-totalité des Etats européens où l'usage de drogues était susceptible d'entraîner des sanctions pénales ; elle n'a pas entravé ni remis en cause les priorités prévalant en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants²⁵⁹.

Pour le Conseil national du sida, cette dépénalisation de l'usage simple et personnel de drogues et de ses actes préparatoires n'est que l'un des éléments d'une modification des perspectives en matière d'usage de stupéfiants. Celles-ci doivent s'appuyer sur quatre piliers clairement hiérarchisés : prévention, réduction des dommages, accès aux soins et répression guidée par la reconnaissance des risques les plus problématiques en termes de santé et de sécurité publique.

²⁵⁹ Voir, pour une comparaison européenne, [Cesoni, 2000].

3) Ancrer la prévention et la réduction des risques au cœur de l'intervention publique

Selon le Conseil national du sida, l'état actuel de la réflexion scientifique et politique doit permettre l'inversion du schéma précédemment décrit.

Quatre axes devraient ainsi structurer l'intervention publique.

- La mise en œuvre résolue de la prévention primaire et secondaire, l'exigence la plus haute. Conduite avec raison et détermination elle est de nature à contrecarrer le développement des comportements à risque.
- Une politique globale de réduction des dommages liés à certains usages de drogues doit être entreprise et reconnue par les textes.
- L'organisation des soins auxquels les usagers de drogue ont accès doit cesser de participer de quelque façon que ce soit à leur exclusion, ce qui nécessite l'abandon de distinctions aujourd'hui dépassées.
- L'action répressive ne pourra être conduite avec efficacité que si elle repose sur une clarification de ses objectifs.

A. Accorder la priorité à la prévention primaire et secondaire des conduites à risque.

1. Mettre en place les dispositifs permettant de formuler et de systématiser les démarches de prévention

Le Conseil national du sida rappelle sa conviction que l'apport de connaissances sur les risques de contamination par le VIH, régulièrement invoqué dans les livrets et les supports de prévention diffusés par le CFES et la MILDT, fait partie intégrante de l'action de prévention primaire et secondaire relative aux usages de drogues.

La situation actuelle sur le plan de la prévention présente un certain nombre de paradoxes évoqués précédemment. Reconnue comme étant l'affaire de tous (parents, professionnels de l'éducation, de la santé, milieux sportifs et festifs...), cette prévention n'échoit finalement à personne en particulier du point de vue de la mise en œuvre. Une fois formulée lorsqu'elle fait l'objet de politiques actives, elle se heurte aux limites des compétences respectives des différents partenaires.

Les quelques initiatives nationales ou locales, dont on ne peut que féliciter les pouvoirs publics, visant à une meilleure cohérence et à la coordination de ces actions de prévention, souffrent ainsi le plus souvent d'insuffisances qui en obèrent la pertinence et les effets.

Mieux coordonner l'effort institutionnel de prévention des conduites à risque

Afin de développer une politique de prévention durable et à la hauteur de l'enjeu que représentent les comportements à risque, la première exigence est de **garantir l'existence des compétences adéquates**. Aussi est-il nécessaire d'offrir à l'ensemble des professionnels en contact avec les enfants et les adolescents la formation transdisciplinaire spécifique que leur mission exige. En particulier, les enseignants ont vocation, durant leur formation initiale et au cours de leur carrière, à bénéficier d'un soutien méthodologique et scientifique permettant

d'accroître leur sensibilité et leur capacité d'action vis-à-vis d'éventuels comportements à risque.

Les connaissances théoriques ne suffisant pas, il semble aujourd'hui nécessaire que soit engagées à l'échelle nationale des initiatives visant à **proposer, pour tout établissement accueillant des jeunes, des équipes de référents locaux spécialisés en matière de prévention**. Quand ils existent déjà, ces référents n'ont bien souvent qu'un rôle réduit dans la vie des établissements, du fait d'un manque de moyens ou de cloisonnements institutionnels. Ils doivent donc être mieux reconnus et soutenus par l'ensemble des décideurs locaux.

Cette reconnaissance pourrait s'appuyer sur **la définition des objectifs et des cadres de collaboration**. Les dispositifs en la matière, déjà largement expérimentés, doivent faire l'objet d'une évaluation méthodique.

De cette façon, la coordination entre les différents acteurs des actions de prévention – qu'ils appartiennent ou non à la communauté scolaire – et la mise en œuvre d'actions transversales pourraient être mieux assurées.

Localement, **l'engagement des structures éducatives à leurs côtés doit obéir à des règles absolument contraignantes**. La prévention n'est pas un champ d'intervention secondaire ni même facultatif. Elle représente un défi de régulation des comportements en société qui doit être relevé. Aussi appartient-il aux autorités de tutelle de soutenir cet objectif par un effort réel en termes de moyens matériels et humains – notamment dans le secteur de la santé scolaire –, mais aussi de créer les conditions assurant que la prévention fera effectivement l'objet d'un investissement de l'ensemble des adultes.

A l'échelle territoriale des départements, des groupements d'intérêt public (GIP) associant les différents partenaires institutionnels concernés pourraient par exemple être activement promus. Leurs attributions comprendraient la définition d'outils facilement utilisables dans les établissements où la prévention est mise en œuvre, adaptés à leurs utilisateurs (jeunes et adultes), l'information, la coordination des ressources locales ou territoriales et l'évaluation des actions menées²⁶⁰.

Ces groupements présentent, au regard des principes sur lesquels peut être élaborée une prévention dans un cadre partenarial, un certain nombre d'avantages : collégialité des décisions devant permettre une mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels ; partage de la tutelle et diversification des financements à même de favoriser l'autonomie de fonctionnement, en évitant les éventuels conflits de compétences ; enfin, l'action et le fonctionnement de ces GIP peuvent être validés, dans un cadre interministériel, au regard des termes d'une réglementation claire précisant les modalités d'exécution de leur mission de service public. La capacité de telles structures à mettre à contribution l'ensemble des compétences présentes tient également à la relative souplesse de leur recrutement ou des partenariats qu'elles établissent, par exemple avec d'anciens usagers de drogues ou des représentants des groupes d'auto-support.

Le Conseil national du sida considère à ce propos que **la participation d'usagers et ex-usagers de drogues aux actions de prévention** en direction d'un jeune public doit être envisagée avec une extrême prudence : leur statut au sein des équipes d'intervenants et la référence à leurs parcours personnels posent de nombreuses questions d'ordre éthique. En

²⁶⁰ Un exemple éclairant est fourni par la création d'un GIP en Seine-Saint-Denis, associant la MILDT, l'Education nationale et la collectivité territoriale. Voir [Conseil général de Seine-Saint-Denis, 2000].

outre, l'impact de leur présence sur les représentations des jeunes est excessivement difficile à évaluer. En revanche, **leur expérience peut s'avérer utile à la définition du contenu des outils de prévention** (en particulier pour ce qui regarde la prévention secondaire), **au suivi et à l'évaluation des programmes** dans un cadre plus large.

Un raisonnement similaire peut être tenu, pour nombre d'acteurs extérieurs aux institutions publiques engagées dans ce partenariat : chercheurs, représentants d'associations, médecins, pharmaciens, entreprises locales, intervenants spécialisés.

Offrir à l'environnement familial des moyens de protection efficaces

Les structures de relais, d'écoute et de conseil des parents, peuvent favoriser la prévention primaire et secondaire, en apportant un soutien à la construction d'univers familiaux protecteurs. La famille, lieu principal de socialisation des jeunes enfants, a un rôle décisif dans la façon qu'ont ces derniers d'aborder la prise de risque. On ne peut que souligner combien il importe d'informer les parents des conséquences de leurs propres comportements sur ceux de leurs enfants. En outre, les parents sont bien souvent placés dans une situation de détresse face à des consommations de drogues qui échappent à l'influence de leur autorité.

Aussi les structures institutionnelles comme les « Points écoute parents » méritent-elles d'être multipliées. De même que doit être valorisé le rôle des structures mises en place par les Caisses d'allocations familiales et les centres de Protection maternelle et infantile, par exemple.

Mais face à la détresse et au sentiment d'échec ressenti par certains parents, l'écoute et la réponse d'autres parents peuvent aussi se révéler être une solution adaptée. L'information, l'accueil, et l'échange d'expériences, sont susceptibles de fournir des repères, face à la souffrance des familles ou aux comportements à risque des enfants et adolescents.

Les « Réseaux d'appui, d'écoute et d'accompagnement des parents » permettent d'intégrer l'ensemble de ces aspects. Ils proposent un appui à la fonction parentale, grâce au soutien des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale et du secteur associatif²⁶¹. Les conventions passées depuis 1999²⁶², dans un cadre départemental, avec les associations qui participent à ces réseaux méritent d'être reconduites après évaluation de leurs résultats. Leur pertinence a d'ailleurs été confirmée par la circulaire interministérielle du 20 mars 2001. Pour cette année, ils bénéficient de financements déconcentrés à concurrence de 68 millions de francs.

2. Inscrire la prévention dans un cadre réglementaire précis

L'ensemble des propositions qui précèdent suggère un travail de codification des pratiques qui assure la conduite d'actions de prévention auprès des jeunes enfants dès leur plus jeune âge, et leur renouvellement tout au long du développement de leur personnalité.

²⁶¹ Présents partout en France, ces réseaux, créés par le délégué interministériel à la famille, ont vu leur rôle reconnu lors des dernières Conférences de la famille.

²⁶² Les réseaux ont été officialisés par voie de circulaire interministérielle en date du 9 mars 1999 ; Circ. DIF/DAS/DIV/DPM153.

Concernant le caractère prioritaire de la prévention primaire et secondaire, **le Conseil national du sida voit dans l'inscription de cette mission de service public au Code de la santé publique**, conformément à un texte de loi, **la meilleure des garanties**. Il appartient en effet à la représentation nationale de formuler l'engagement collectif de la société française en faveur de la prévention primaire et secondaire.

Les difficultés actuelles rencontrées par les associations menant des actions de prévention en milieu festif illustrent les impasses du flou réglementaire. Elles sont soutenues financièrement par les pouvoirs publics pour informer les jeunes participant à des regroupements festifs sur la qualité et la dangerosité des produits qui s'y consomment, dans le cadre de ce qu'on nomme communément le « *testing* ». Mais l'intervention des membres qui conduisent ces opérations et leur manipulation de produits psychotropes s'effectuent en dehors de tout cadre réglementaire, donc sans une garantie de continuité et de stabilité pourtant indispensable.

3. Favoriser les conditions de déroulement de la prévention secondaire

La prévention secondaire, c'est-à-dire l'action de prise en charge de jeunes déjà initiés à certaines formes de risques dont la prévention primaire cherche à éviter l'occurrence, est probablement à l'aspect le plus délaissé des politiques conduites jusque récemment en direction de la jeunesse.

Le Conseil national du sida ne peut qu'exprimer sa satisfaction devant la récente mobilisation, sur ce thème, des différents services de l'Etat au plan national. Il reconnaît également dans les initiatives de la MILDT visant à soutenir la mise en place d'actions coordonnées au niveau local, la prise de conscience du manque de structures de référence pour assurer l'écoute, le soutien et la prise en charge des difficultés des jeunes confrontés à des comportements à risque pour eux-mêmes. **C'est notamment par la voie de Points écoute jeunes et parents ou des structures d'insertion que peut se poursuivre l'effort de réduction des risques en direction de jeunes usagers de drogues** que les pratiques de consommation éloignent souvent des messages et des cadres des actions menées jusqu'à présent.

Néanmoins, **les membres du Conseil déplorent la couverture très incomplète du territoire** par les structures de prévention secondaire, et expriment le souhait que les expériences les plus récentes soient généralisées, dès que leur pertinence aura été attestée par les évaluations menées. Tout jeune usager de drogue doit pouvoir trouver à proximité de ses lieux de vie des dispositifs d'accueil adaptés.

A cet égard, les distinctions entre une population d'usagers injecteurs d'opiacés vieillissante, assimilée au stéréotype du « toxicomane » d'une part, et les jeunes usagers plus souvent polytoxicomanes d'autre part, constituent selon le Conseil une limite importante à l'adoption de comportements préventifs des risques sanitaires, qu'il relevait déjà en 1993²⁶³. Confrontés parfois au risque de contamination par le VIH, ces jeunes usagers sont peu touchés par les campagnes de prévention et fréquentent plus rarement les centres de soins spécialisés.

²⁶³ Les auditions menées lors de ses travaux et les enquêtes disponibles révélaient en effet une relative déconnexion entre les usagers selon leurs pratiques de consommation, résultant de comportements et de représentations hétérogènes de la catégorie des « toxicomanes » au sein même de la population d'usagers de drogues. [CNS, 1996], p. 193.

Les mêmes difficultés de ciblage de la prévention du VIH et d'hétérogénéité des groupes concernés sont propres à entraver les tentatives de prévention secondaire des comportements à risque fondées sur des campagnes d'information générale en direction des usagers de drogues. Elles doivent donc être accompagnées **d'interventions spécifiques envers les plus jeunes consommateurs**, dans les institutions qu'ils fréquentent et sur les lieux de consommation. Les documents approuvés récemment par la commission d'évaluation mise en place à la MILDT et les actions soutenues par cette dernière (en particulier les opérations de *testing*) répondent à ce souci.

Les initiatives prises récemment par cet organisme devraient inspirer les supports d'une prévention en milieu scolaire ou dans d'autres institutions, accueillant jeunes usagers et non usagers. Les difficultés de repérage des situations à risque impliquent que les démarches de prévention primaire et secondaire soient menées de front.

4. Modifier une loi qui dissuade les démarches de prévention

Les difficultés auxquelles les jeunes usagers de drogues sont confrontés sont redoublées par un contexte légal concourant à entraver leur expression à un stade précoce, à renforcer l'appréhension d'attitudes de stigmatisation par les adultes, et à affaiblir l'efficacité des messages préventifs.

Dans la perspective prioritaire d'une politique de prévention, le Conseil national du sida se voit donc fondé à recommander **une modification des dispositions législatives relatives à l'usage de stupéfiants**.

Il considère en outre que si la lutte contre la provocation à l'usage se justifie pleinement à la fois pour des raisons de politique de santé et de sécurité publiques, **les dispositions actuelles relatives à la présentation de l'usage de drogues « sous un jour favorable » ne sont pas opportunes**, parce qu'elles sont de nature à entraver les efforts en matière de prévention de l'accroissement des risques auprès des jeunes consommateurs. **Il souhaite donc qu'elles soient retirées du cadre législatif**²⁶⁴.

Le Conseil national du sida suggère en revanche que soit favorisée, dans les établissements publics accueillant enfants et adolescents, **l'adoption de règlements intérieurs adaptés, énonçant clairement l'interdiction de consommation de toute drogue** (quelle qu'en soit la nature et le statut légal) par les jeunes accueillis et par les adultes en leur présence.

L'existence de « déontologies » de ce type, attachées à des contextes locaux (écoles notamment), présente l'avantage de pouvoir être discutée dans des cadres de prévention et de rappel à la règle. Elle offre l'opportunité d'en confronter les principes aux représentations des jeunes, exprimées essentiellement en dehors de la présence d'adultes. L'application serait facilitée éventuellement par l'existence de sanctions adaptées et efficaces dans les structures considérées, ne mettant pas en péril l'équilibre psychologique de jeunes consommateurs de drogues déjà fragilisés.

Au contraire d'une stratégie s'appuyant sur un interdit légal et moral, une prévention efficace doit être pensée de façon à bénéficier de la meilleure appropriation possible par les individus,

²⁶⁴ Il va de soi que les actes aujourd'hui poursuivis pour « présentation sous un jour favorable de l'usage de drogues » ne doivent pas être requalifiés demain, aux fins de poursuite, comme « provocation à l'usage ».

comme l'indiquent les expériences menées dans de nombreux pays²⁶⁵. **La prévention doit être menée à un âge précoce, de façon continue, en privilégiant l'enrichissement des connaissances et des expériences des jeunes participants.**

Le Conseil national du sida préconise que l'ensemble des modalités et de l'organisation de la prévention, en particulier scolaire, fasse l'objet d'une réévaluation et de mesures adéquates. Les moyens, les structures, les connaissances disponibles et les outils sont aujourd'hui en cause en ce qui concerne l'organisation de la prévention.

La fin de l'incrimination de l'usage (simple) n'est bien sûr pas contradictoire avec la mise en œuvre par les différents services concernés, quand cela s'avère opportun, de **mesures de prise en charge et de suivi sanitaire et social des consommateurs chez qui l'abus ou la dépendance sont dépistés**, conformément aux dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. **En revanche, vis-à-vis de ces jeunes usagers de drogue, toute poursuite judiciaire liée à l'usage doit être exclue.** Ces derniers relèvent d'une prise en charge visant à la réduction des risques de dépendance et plus largement, des risques sanitaires et sociaux.

B) Faire de la réduction des dommages liés à certains usages un pilier légal de l'action publique

La réduction des risques demeure, pour l'heure, fondée sur un compromis fragile établi entre intervenants et pouvoirs publics. Mais, dans un certain nombre de circonstances, cet équilibre peut se voir mis en cause par la poursuite d'autres objectifs.

Des mesures garantissant les conditions de fonctionnement l'amélioration des stratégies de réduction des dommages sanitaires et sociaux (entendus dans une acception large), doivent répondre aux carences constatées dans le système actuel. De telles mesures sont d'abord d'ordre légal ; cependant, les pouvoirs publics se doivent également de maintenir et d'accentuer dans certains domaines leur efforts pour permettre à tous les professionnels concernés de s'approprier véritablement une culture de la réduction des risques. Dans la mesure où la réduction des risques s'intègre dans un contexte de comportements de consommations de drogues très évolutif, il semble indispensable de mettre en œuvre un dispositif souple.

1. Inscrire l'impératif de réduction des risques dans la loi

La réflexion menée au sein du Conseil national du sida a montré de façon récurrente combien les attitudes politiques en matière de prise en charge des consommations de drogues sont marquées à la fois par les ruptures et une certaine continuité. Ruptures, dans les approches adoptées au cours du siècle écoulé à l'égard des usagers. Continuité, en revanche, depuis 1970 au moins, dans la mise en œuvre de poursuites judiciaires et l'activité de répression.

La gravité de l'épidémie de VIH/sida, dans les années quatre-vingt, a motivé un revirement des attitudes et des choix politiques en matière de prise en charge des risques sanitaires ; le

²⁶⁵ Voir [CRIPS-IdF, juillet 2000], [McKeown, 1998].

dispositif de réduction des risques est ainsi, en quelque sorte, préservé des logiques répressives, sans toutefois que cette protection puisse être invoquée en cas de confrontation avec la logique qui guide les actions de sécurité publique, en particulier dans le cadre de la lutte contre le trafic de stupéfiants. Les circulaires ne suffisent pas, elles-mêmes, à empêcher que soient mises en péril un certain nombre d'initiatives.

Rien ne permet donc de garantir que la réduction des risques fasse à terme l'objet du quasi-consensus qui la caractérise actuellement, quelle que soit l'efficacité qu'on lui reconnaît. Elle relève encore aujourd'hui d'un statut d'exception, d'une tolérance dans un contexte de « guerre à la drogue ».

A l'inverse, la permanence de l'activité répressive des services de police, de gendarmerie et de justice, à l'égard des usagers de drogues résulte avant tout du dispositif légal qu'ils ont pour mission d'appliquer. Si de très nombreux simples usagers sont poursuivis, et même confrontés à l'incarcération, la fréquence de l'association des usagers à des faits de trafic explique que beaucoup ne bénéficient pas de la clémence relative qu'implique la stratégie de réduction des risques.

Aussi le Conseil national du sida souhaite-t-il que cette volonté de réduction des risques soit clairement l'objet d'une priorité inscrite dans la loi. Cela non seulement parce que les textes ont vocation à garantir l'engagement public dans la durée, mais aussi pour soumettre l'ensemble de l'action publique à un principe d'opportunité explicite et répété si nécessaire. La réduction des risques, de façon générale, doit être exprimée comme relevant d'une priorité supérieure à la répression et à la sanction pénale en matière de prise en charge des usagers de drogues.

2. Créer une véritable culture de réduction des risques

Il ne suffit pas d'agir sur le cadre légal pour modifier les pratiques. En effet, l'organisation d'une large part de l'action des pouvoirs publics et les compétences professionnelles de nombreux intervenants contribuent à maintenir des contextes de prohibition et de répression qui peuvent conduire, comme l'illustre le cas du milieu pénitentiaire, à une aggravation des comportements à haut risque chez les usagers de drogues.

Le simple renoncement à l'incrimination de l'usage simple de stupéfiants rencontrerait ses limites s'il devait conduire à un désinvestissement des services concernés vis-à-vis des comportements à risque des usagers dépendants.

D'une part, il ne règle pas l'ensemble des situations intermédiaires entre usage et trafic, usage simple et usage avec revente de stupéfiants, actes préparatoires à l'usage privé et actes préparatoires à l'usage collectif. Or il s'avère que ces situations sont souvent associées à des prises de risque accrues (sur les plans légal, sanitaire, social) chez des usagers démunis, et parfois marginalisés.

D'autre part, eu égard à cette première remarque, et compte tenu du cumul fréquent de facteurs de risque chez les usagers, le Conseil national du sida rappelle que les risques infectieux sont irréductibles à de simples gestes de consommation. Ils participent à un contexte d'existence précaire, dangereux pour l'utilisateur et pour autrui. La fréquence des faits

délictueux commis par des usagers de drogues et constatés indépendamment des ILS témoigne de l'intrication des problématiques, tout autant que la grande précarité sociale et professionnelle qui favorise leur survenue.

Quel que soit le dispositif légal adopté, il est donc du ressort de l'ensemble des intervenants, spécialisés ou non, de savoir repérer et réagir de façon adaptée à l'ensemble de ces risques dans leur fréquentation des usagers de drogues.

Pour faire émerger cette « culture commune », les pouvoirs publics doivent accroître, en privilégiant en ce domaine la formation initiale des professionnels concernés (policiers, magistrats, pharmaciens, médecins, travailleurs sociaux, enseignants...), les efforts visant à les doter des compétences nécessaires en matière de réduction des risques. Cela nécessite de dépasser les cloisonnements entre les services, de susciter des logiques de fonctionnement transversales, à tous les niveaux hiérarchiques. La MILDT offre évidemment le cadre le plus pertinent pour la négociation et la définition de ces formations. **Mais aux échelons déconcentrés de la décision administrative, les autorités de tutelle doivent aussi veiller à ce que cette stratégie soit poursuivie avec conviction.**

3. Abandonner des distinctions et des règles rigides au profit de dispositifs souples de prise en charge

Les dispositifs sanitaires et sociaux de réduction des risques ont émergé d'un contexte ancien, et en partie dépassé, de prise en charge de la dépendance aux opiacés. On a créé les conditions nécessaires à cette première phase de développement par l'élaboration de distinctions artificielles entre les modalités d'intervention des uns et des autres.

Pourtant, ces parti-pris font aujourd'hui ressortir, paradoxalement, les cloisonnements professionnels (secteur spécialisé/médecine générale, soignants/travailleurs sociaux, prise en charge somatique/prise en charge des problèmes psychiques et sociaux), administratifs (partage des compétences entre les échelons de décision publique) ou budgétaires (financements d'Etat centralisés, budgets des collectivités locales et territoriales, système de solidarité assuré par les caisses d'assurance maladie).

La distinction entre prise en charge de haut-seuil (sevrage, post-cure, certains programmes méthadone en secteur spécialisé) et bas seuil (substitution à la buprénorphine, actions de proximité et de première ligne) renforce ainsi le morcellement des logiques professionnelles. Elle contribue aux situations de blocage que rencontrent aujourd'hui un certain nombre de programmes de prescription de méthadone, autant qu'aux difficultés de suivi de nombreux patients sous substitution en médecine de ville.

En outre, cette distinction se traduit dans les faits, pour les usagers pris en charge, souvent extrêmement vulnérables, par l'obligation d'admettre des « seuils d'exigence » trop formels et trop généraux pour être adaptés aux parcours individuels, ou des « contrats » les engageant vis-à-vis de structures dont la mission est pourtant de fournir une aide individualisée. **Le Conseil national du sida souhaite que ces notions soient réévaluées et que les cadres de prise en charge puissent être adaptés au plus près des risques encourus et aux besoins personnels des usagers de drogue.**

Des efforts ont été entrepris pour favoriser une prise en charge globale de ces derniers. Néanmoins, il semble qu'une réflexion doive être menée visant :

- **à mieux définir les modalités d'intervention respectives au sein des différents services publics et des professions participant à la réduction des risques ;**
- **à réunir les conditions de mise en place et de fonctionnement des réseaux de professionnels ;**
- **à planifier et affecter les moyens nécessaires à son développement en cohérence avec les besoins des usagers.**

4. Perfectionner la stratégie de réduction des risques

Le perfectionnement de la stratégie de réduction des risques devrait concerner à la fois :

- la promotion d'attitudes de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle ;
- la généralisation des dispositifs efficaces et l'amélioration des compétences ;
- le renforcement de l'information sur les virus des hépatites ;
- l'expérimentation de nouveaux dispositifs en direction des usagers les plus marginalisés ;
- les conditions d'évaluation des actions menées.

Adapter la réduction des risques de contamination par le VIH par voie sexuelle aux UDVI

Il existe pour nombre d'usagers injecteurs, qu'ils aient abandonné ou non les pratiques de partage de la seringue, des indicateurs de risque élevé de contamination par voie sexuelle. Une étude menée à San-Francisco (Etats-Unis), dont les résultats ont été diffusés récemment, parvient même à la conclusion que pour une partie des usagers injecteurs, le risque de contamination est plus élevé par voie sexuelle que par voie parentérale²⁶⁶.

Les instruments de prévention du risque de contamination par voie sexuelle sont demeurés au second plan de la mise en place des programmes français de réduction des risques. Ils sont proposés essentiellement sous la forme de campagnes et mesures à destination de la population générale. Il apparaît aujourd'hui de plus en plus nettement, compte tenu de la persistance de facteurs de risques révélés par les enquêtes menées auprès des usagers fréquentant les lieux d'accueil et de soins, que **les structures de réduction des risques ont**

²⁶⁶ Les résultats de cette étude reflètent certainement des particularités dans les comportements de usagers interrogés qui ne peuvent être affirmées *a priori* pour le contexte français. Néanmoins, celle-ci est particulièrement intéressante sur le plan méthodologique. San Francisco est une ville disposant d'un ensemble assez complet de programmes de réduction des risques mis en oeuvre depuis 1986 (échange de seringue, éducation par les pairs, prescription de méthadone) ; ils permettent de suivre une cohorte importante d'usagers de drogues injectables. La prévalence au VIH parmi les UDVI y est estimée entre 10 et 14%. Des enquêtes comprenant 13 099 entretiens et tests de dépistage du VIH-1, ont été répétées à intervalles de six mois dans les différents dispositifs, entre 1986 et 1998, auprès de 6 115 usagers. Les questions portaient notamment sur leurs comportements de consommation, leurs conditions de vie, leur pratiques sexuelles et l'éventuel engagement dans le travail sexuel. En fin de période, les investigateurs ont isolé un groupe de répondants constituant l'échantillon statistique sur lequel portent les résultats. Des séroconversions au VIH ayant été prouvées, cet échantillon comprenait le groupe de personnes dont la séroconversion avait été avérée et un groupe témoin. Il apparaît que certains comportements sexuels – relations avec une personne du même sexe pour les hommes, travail sexuel, et partenaire stable non usager de drogues pour les femmes – constituaient des facteurs d'aggravation du risque de séroconversion toutes choses égales par ailleurs (caractéristiques « ethniques » et socio-professionnelles, type de consommation, pratique de nettoyage du matériel d'injection, partage de la seringue, fréquentation des structures de réduction des risques). Voir [Kral *et alii*, 2001].

vocation à accueillir des outils de prévention du risque sexuel adaptés aux usagers de drogues, voire à certains groupes spécifiques d'UDVI. L'effort mené par les usagers auprès d'autres usagers doit viser également une modification des pratiques sexuelles à risque.

Des recherches visant à mieux cerner l'occurrence des prises de risque et de préciser les facteurs de risque de contamination par voie sexuelle les plus significatifs permettraient quant à elles d'inspirer ces différentes initiatives²⁶⁷.

Accroître les efforts visant à la généralisation des initiatives concluantes et renforcer les compétences

Compte tenu du rôle primordial des structures de proximité dans la réduction des risques de contamination par le VIH, soit par une action de prévention visant directement les comportements des usagers de drogues dans le cadre de leurs pratiques de consommation et sexuelles, soit par l'aide psychologique, sociale et matérielle qu'elles offrent, une extension de ces dispositifs est souhaitable.

Le Conseil national du sida considère que les programmes d'échange de seringues, les lieux d'accueil des plus précarisés parmi les usagers de drogue (*sleep-in*), ainsi que les dispositifs mobiles devraient être soutenus activement de manière à couvrir la totalité du territoire.

Au niveau national, il appartient aux pouvoirs publics de permettre la formation d'équipes pluridisciplinaires qualifiées, en favorisant la reconnaissance et la validation de compétences dans les organismes de formation professionnelle dont provient une partie des intervenants. L'engagement financier doit être soutenu.

Le Conseil national du sida souhaite en outre que les évaluations des dispositifs menées ponctuellement, et les études relatives aux pratiques des usagers qui les fréquentent, fassent l'objet d'une médiatisation la plus large possible. La modification des perceptions des questions liées aux usages de drogues au sein de la société française peut en effet être favorisée par la connaissance des enjeux auxquels sont confrontées la réduction des risques et la prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux des usagers.

Au niveau local, il est indispensable que soit accru l'effort de concertation et la recherche de dispositifs adaptés à l'état de la consommation et à l'environnement immédiat des structures. Il incombe aux élus locaux de soutenir les projets d'implantation de structures de réduction des risques, et d'organiser la concertation avec les associations, les forces de l'ordre, les commerçants et les habitants.

L'implication de l'ensemble des acteurs concernés, notamment associatifs, et au premier chef des usagers de drogues, est nécessaire. Les résultats des expériences acquises démontrent les effets positifs de l'appropriation des messages de prévention par les usagers eux-mêmes, et la part que ces derniers prennent dans la distribution de matériel d'injection stérile auprès des consommateurs qui ne fréquentent pas les structures de réduction des risques. **Le Conseil national du sida souhaite donc que soient envisagées toutes les voies possibles afin de stimuler la formation de groupes d'usagers ou ex-usagers.**

²⁶⁷ Cet objet entre dans le cadre d'une recherche dont les premières étapes ont été soumises et acceptées lors du premier appel d'offres ANRS 2001 ; [ANRS, 2001], p. 7.

Tout en rappelant les précautions éthiques que nécessite leur association au fonctionnement des structures de réduction des risques²⁶⁸, **il considère que les conditions de leur participation, aux côtés des intervenants, devraient être formalisées.** L'apport de formations complémentaires et, si nécessaire, la rémunération des ex-usagers seraient de nature à pérenniser cet engagement.

Le Conseil national du sida appelle en outre le législateur à inscrire dans le droit l'impossibilité d'interpellation d'usagers de drogues en raison de la détention de matériel d'injection.

Renforcer l'information sur les hépatites

L'ampleur des épidémies d'hépatite qui touchent les usagers de drogues implique que soient prises rapidement les décisions conduisant à une mobilisation de ces derniers autour de l'ensemble des risques infectieux. Cette problématique est intimement liée à celle du VIH, dans la mesure où le développement des pathologies hépatiques fragilise la santé de nombreux usagers de drogues atteints par le VIH ; il obère les perspectives de retour à une vie « normale » lorsqu'ils bénéficient de thérapies antirétrovirales, et complique le choix de solutions thérapeutiques adaptées à leur situation.

Il appartient aux pouvoirs publics de favoriser la mise à disposition rapide des ressources matérielles propres à éviter la transmission des hépatites par partage du matériel de préparation et de consommation de drogues. La panoplie des kits de consommation de drogues à moindre risque doit être enrichie en tenant compte de la virulence de ces virus et de la multiplicité des vecteurs de contamination. Ces initiatives ont vocation à être accompagnées d'un effort continu d'information des usagers et des intervenants sur les risques et les moyens de les prévenir.

Expérimenter de nouveaux dispositifs

Les expériences menées à l'étranger permettent aujourd'hui d'envisager les conditions dans lesquelles peuvent être mis en place de nouveaux dispositifs de réduction des risques. Les autorités de santé comme la MILDT ont mené une analyse approfondie de leurs effets et des conditions possibles de leur mise en œuvre en France. Cette analyse mérite d'être poursuivie, et le cas échéant, les expériences menées et évaluées.

Trois types d'initiatives retiennent particulièrement l'attention du Conseil : les programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire, les lieux d'injection, et les programmes de distribution d'héroïne sous contrôle médical.

- Les programmes d'échange de seringues en prison

L'expérimentation de dispositifs d'échanges de seringues en prison est une nécessité, car la consommation de drogues sous différentes formes, en particulier par voie intraveineuse, y est une réalité. A certaines conditions, comme l'indiquent les expériences positives menées

²⁶⁸ [CNS, 1996], p. 190.

dans certains pays étrangers, notamment en Allemagne, en Suisse et en Espagne²⁶⁹, cette expérimentation est possible.

Compte tenu de l'amplification des risques qu'engage la vie carcérale, l'absence de décisions claires de la part des autorités de justice françaises et en particulier de l'administration pénitentiaire, contribue indirectement à ce que perdure cet état de fait.

Une telle initiative impliquerait un ensemble de garanties quant aux conditions de faisabilité de ces programmes - concertation avec les représentants de personnels pénitentiaires, repérage du contexte adéquat, préparation des équipes médicales, planification des moyens budgétaires nécessaires – et d'évaluation des résultats.

Les recommandations du Conseil national du sida rejoignent ici celles de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1993 : un accès à la prévention de la contamination virale équivalent à celle de l'extérieur doit être prévu en milieu carcéral.

- Les salles d'injection « à moindre risque »

La France ne dispose pas, à ce jour, de structures d'accueil où les usagers puissent procéder à l'injection de drogues dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales, en bénéficiant d'une analyse des substances consommées sur place.

Les expériences sont pourtant nombreuses²⁷⁰, et demandent à être évaluées au regard des objectifs poursuivis. Implantées à proximité des lieux de consommation de rue, ces « salles d'injection » visent à minimiser les risques qu'y peuvent s'y développer, et accueillent les usagers les plus marginalisés. Les injections se font sous contrôle d'une personne qualifiée pour faire face à un problème de sécurité ou de santé. Un lieu de détente, voire de restauration est à la disposition des usagers, et les consommations d'alcool et de cannabis, comme les injections, sont sévèrement encadrées.

Si les locaux d'injection ont montré peu d'efficacité en matière de contrôle des quantités de toxiques consommés par ceux qui les fréquentent²⁷¹, les évaluations montrent leur pertinence pour engager un processus d'amélioration de la situation sanitaire et sociale des usagers les plus fragilisés socialement, parce qu'elles permettent des contacts réguliers et un suivi de ces personnes. Surtout, le contexte semble favoriser l'approche des usagers sur le thème de la prévention, dans la mesure où des conseils peuvent leur être procurés en relation directe avec les pratiques observées²⁷².

²⁶⁹ Il existe actuellement 14 programmes en Europe : en Suisse, en Allemagne et au Nord de l'Espagne. Le Portugal s'est engagé dans la voie d'une expérimentation récemment. Il faut insister à ce propos sur l'importance primordiale de l'association des personnels pénitentiaires à la mise en œuvre de ces programmes, qui privilégient en général le volontariat pour ce qui regarde leur participation. Au-delà des questions d'éthique professionnelle et de réglementation, la mise en place d'un PES peut modifier des équilibres de pouvoir et induire certains effets pervers pour les usagers. Voir à ce sujet les contributions (en cours de publication sur le site du réseau) des différents participants au 4^{ème} Séminaire européen sur le sida et les hépatites en prison (16 et 17 mars 2001, Lisbonne). Voir également [Labrosse-Solier, Pachabézián, *op. cit.*] et [Hausser, 1999].

²⁷⁰ Les sources administratives, médiatiques et associatives sur le sujet abondent. Les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Espagne, l'Australie, la Suisse sont les pays qui ont mené le plus loin ces expérimentations.

²⁷¹ Selon la Secrétaire d'Etat Christa Nickels, les évaluations menées en RFA, où existent une quinzaine de « locaux de consommation de drogue », indiquent néanmoins que le nombre de consommateurs à proximité immédiate a eu tendance à diminuer plus fortement qu'ailleurs. Voir [Nickels, 2000].

²⁷² Voir [IUMSP, 1999], [Geense, 1997] et [Dolan, Wodak, 1996] sur les expériences suisses menées depuis 1987.

On remarquera en outre que l'existence de frontières communes entre la France et trois pays ayant expérimenté les salles d'injection est de nature à favoriser le « tourisme »²⁷³ des usagers français qui souhaitent trouver les conditions les plus favorables à leur consommation. Cette situation nuit à la stabilité des dispositifs de réduction des risques de ces pays sans répondre aux besoins de l'ensemble des usagers potentiellement concernés en France.

Ces constats méritent d'être discutés, dans la mesure où, insuffisamment soutenue par les partenaires locaux ou mal maîtrisée du point de vue du fonctionnement interne, l'installation d'une salle d'injection peut conduire à des effets pervers²⁷⁴. Un local d'injection de produits de substitution installée en 1994 à Montpellier a ainsi été prématurément fermé. En outre, la présence d'une telle structure peut contribuer à orienter la consommation locale et régionale, et le trafic, à proximité du local²⁷⁵. Mais nombreux sont les intervenants de terrain qui constatent la difficulté à remplir la mission de réduction des risques dans les lieux les plus attractifs pour le commerce et la consommation de stupéfiants, en l'absence de locaux permettant de réunir les conditions adéquates à un usage de drogues « à moindres risques »²⁷⁶.

- La distribution d'héroïne sous contrôle médical

La prescription et la consommation d'héroïne sous contrôle médical sont des pratiques assez anciennes²⁷⁷, au moins à titre expérimental (les premières expériences ont eu lieu aux Etats-Unis entre 1911 et 1923²⁷⁸). La Suisse a plus récemment rendu un certain crédit à cette démarche.

Les premières autorisations administratives en Suisse datent de 1992²⁷⁹. Le projet « PROVE » d'une durée de cinq ans, a permis officiellement le lancement des programmes Expérimentaux de Prescription de Stupéfiants (PEPS). Cette décision faisait écho au constat qu'une partie de la « scène » la plus dure de consommateurs, en échecs récurrents de prise en charge, poursuivait des pratiques à haut risque sur les plans sanitaire, psychique, et social.

Un second objectif poursuivi par ces programmes était d'utiliser l'héroïne elle-même comme premier outil de contact avant la prise en charge d'usagers très éloignés du système de soins ; la finalité demeurait à terme l'abandon de la dépendance à cette substance. Concrètement, il s'agissait donc de favoriser le suivi des participants en assurant mieux leur fréquentation des programmes de réduction des risques.

²⁷³ [Beninghoff, 1994].

²⁷⁴ L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), dans son rapport pour l'année 1999, a considéré par la voie de son bureau que les autorités autorisant l'ouverture de locaux d'injection favorisaient « l'abus de drogues » et donc le trafic. Elles contreviendraient ainsi aux termes de la Convention de Vienne de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants. Ces arguments juridiques ont été largement discutés et il apparaît que, orientées par des objectifs médicaux et obéissant à une démarche rigoureuse d'expérimentation et d'évaluation, les salles d'injections ne sont pas de nature à motiver des sanctions internationales. Voir [ONU, 1961], [ONU, 1977], [ONU, 1991], [ONU, 2000], p. 29 et [Institut suisse de droit comparé, 2000].

²⁷⁵ Ce qui peut faciliter le contrôle du trafic de stupéfiants par les services de police.

²⁷⁶ On lit ainsi, dans le rapport d'activité de l'association Espoir Goutte-d'Or pour l'année 1999, les constats suivants venant du « groupe première ligne », à propos des « points chauds » du XVIIIème arrondissement parisien :

« Malheureusement, nous constatons que le problème de consommation reste difficile à gérer dans la mesure où : d'une part, les usagers rencontrés sont très marginalisés et de ce fait sans hébergement, et d'autre part, il n'existe pas de lieux de consommation et d'injection. » ; [EGO, 2000].

²⁷⁷ En Angleterre, la prescription d'héroïne et de morphine injectable est permise par la loi, et pratiquée depuis les années vingt.

²⁷⁸ [Mino, 1990].

²⁷⁹ Sur le cas suisse, voir notamment [IUMSP, 1999] et [Mino, 1995].

Pour être inclus dans de tels dispositifs, les patients doivent répondre à des critères stricts de durée de la consommation, d'âge, de problèmes somatiques (une grande partie des premiers bénéficiaires étaient séropositifs au VIH), de parcours avortés dans le système de soins ; ces conditions s'accompagnent d'autres précautions relatives à leur situation administrative et à la régularité de leur participation au programme. La consommation se fait sur le lieu de délivrance et de prescription, à horaires définis. L'exemple suisse est donc un modèle où la remise d'héroïne se déroule dans un cadre médical et social très contrôlé²⁸⁰.

Les évaluations menées en Suisse, en particulier à la demande et sous le contrôle de l'OMS²⁸¹, font état de résultats spectaculaires par rapport à la situation prévalant, avant entrée dans les PEPS, pour les usagers concernés : amélioration de l'état somatique (65% des patients), de l'état psychologique (66%), arrêt ou diminution des consommations parallèles (74%), progrès dans la situation administrative et pécuniaire (55%), et amélioration des comportements sociaux (65%)²⁸².

Cette expérience, qui a concerné environ 1 200 usagers en septembre 2000, a été l'une des raisons pour lesquelles l'incrimination pénale des usages de drogues en Suisse a été abandonnée²⁸³.

En France, les études prospectives sur cette question ont été menées depuis quelques années (dans la première moitié des années quatre vingt dix pour les autorités de santé), et dès 1997, l'actuel ministre délégué à la Santé, avait estimé que des initiatives de ce type étaient possibles. Un tel point de vue est soutenu par le fait, notamment, que la Grande-Bretagne où se pratique depuis longtemps la prescription d'héroïne pour les usagers dépendants, n'a pas connu la flambée épidémique de VIH qui a touché les usagers de drogues dans les années quatre-vingt en France.

Le Conseil national du sida recommande une mise en œuvre rapide, à titre expérimental, d'un ou plusieurs programmes de remise d'héroïne dans un cadre médical, afin qu'il puisse être procédé aux évaluations nécessaires et à la diffusion éventuelle de cette expérience si elle s'avère positive. Conçue comme un outil favorisant les soins et comme moyen de réduire les risques de consommation de rue, la distribution contrôlée de ce stupéfiant doit permettre de favoriser l'entrée en contact avec les usagers de drogues opiacées les plus marginalisés.

L'importance primordiale de l'évaluation des programmes de réduction des risques

Le fait que l'expérience helvétique ait alimenté la réflexion menée au sein du Conseil national du sida sur les dispositifs expérimentaux évoqués plus haut ne signifie en aucun cas qu'elle

²⁸⁰ Les pratiques sont encadrées strictement aux termes de l'ordonnance du Conseil fédéral n° 812.121.6 du 8 mars 1999. Ce n'est pas le cas dans la totalité des pays qui l'autorisent, notamment la Grande-Bretagne. L'Allemagne a récemment réuni les conditions légales d'une prescription d'héroïne pouvant être consommée en privé, aux termes des modifications de la loi sur la circulation de stupéfiants du 28 mars 2000 (article 1 de la loi portant réforme du droit sur les stupéfiants). A propos des pratiques britanniques, voir [CRIPS-IdF, décembre 2000].

²⁸¹ [OFSP, 2000], [Marsset, 2000], [CRIPS-IdF, décembre 2000], [Mino, 1999].

²⁸² Ce dernier indicateur est construit à partir de variables relatives aux relations familiales, à la violence des comportements, aux infractions commises...

²⁸³ [Département Fédéral de l'Intérieur, *op. cit.*], pp. 11-12. Dans un premier temps, à l'issue du programme PROVE et au vue des résultats de son évaluation, un arrêté fédéral a été pris le 9 octobre 1998 ; il a été soumis à votation populaire et adopté le 13 juin 1999 par plus de 54% des voix.

doive constituer un modèle à transposer en France. En revanche, la politique publique y obéit à une démarche méthodologique très formalisée qui permet, dans la pratique, de bénéficier des connaissances acquises dans un cadre consensuel minimal à l'échelon national²⁸⁴.

Cette démarche suit des principes simples, ordonnés selon la logique chronologique suivante²⁸⁵ :

- définition des objectifs (prévention, réduction des risques – en particulier de contamination par le VIH – soins, répression) ;
- décision d'expérimentation dans un cadre restreint et premières initiatives ;
- évaluation des résultats avec un recul suffisant pour que ceux-ci soient analysés par des instances indépendantes, dans un cadre fédéral, et médiatisation des conclusions²⁸⁶ ;
- décision politique de poursuivre l'expérience dans un cadre national, définition des moyens humains et financiers, mise en place des équipes de professionnels et des instances de coordination et appel à candidatures.

Une telle méthodologie, pour peu répandue qu'elle soit dans le cadre français, est assez similaire à celle que la MILDT, avec l'ensemble des ministères concernés par son action, poursuit aujourd'hui. Un élément essentiel manque cependant actuellement pour permettre le développement d'une stratégie dynamique : le cadre fédéral par lequel sont mises en œuvre les stratégies de santé publique²⁸⁷.

Il permet en effet, en amont et en aval de la décision, une expression de la pluralité des points de vue pris en compte. Des Conférences nationales sur la drogue associent l'ensemble des grandes « familles » politiques et professionnelles, et courants de la société civile, et les représentants des pouvoirs publics des différents échelons territoriaux et administratifs.

Quelle que soit la qualité des initiatives prises actuellement en matière de réduction des risques, il apparaît que le cadre institutionnel français n'offre pas les mêmes avantages ; partant, les débats et l'information sur les expériences menées sont moins larges, plus marqués par les appartenances politiques et les sensibilités éthiques, et n'impliquent pas la recherche systématique de consensus.

Le Conseil national du sida estime toutefois que l'évaluation de la réduction des risques est menée actuellement dans un cadre imparfait, dans la mesure où c'est l'instance de coordination au niveau national, la MILDT, qui se voit confier les responsabilités en matière d'évaluation et de diffusion des connaissances acquises. Il invite donc les pouvoirs publics à engager une réflexion permettant, sans priver cet organisme interministériel de sa capacité de décision, d'assurer les conditions d'une évaluation, d'un suivi et d'une discussion élargie sur les initiatives liées aux usages de drogues, associant l'ensemble des acteurs de la prise en charge : chercheurs d'horizons disciplinaires divers, administrations, politiques, intervenants, usagers et société civile.

²⁸⁴ Ce qui ne met pas les arbitrages à l'abri de certains conflits politiques. Voir à ce sujet [Boggio, 1999], pp. 41-58.

²⁸⁵ *Ibid*, pp. 35-38.

²⁸⁶ Sur le rôle essentiel de l'évaluation de la politique de réduction des risques de contamination par le VIH, voir [Dubois-Arber, Jeannin, Spencer, 1999].

²⁸⁷ Cet élément se retrouve dans l'Etat fédéral allemand, mais aussi dans les régions espagnoles. Pour une comparaison européenne, voir [Cesoni, 2000].

La réduction des risques sanitaires et sociaux doit reposer sur des processus d'action et de décision plus dynamiques et moins controversés qu'ils ne le sont actuellement. Les oppositions, les retards et les blocages que cette stratégie accuse encore ne sont pas le fait d'une inactivité des acteurs concernés, bien au contraire. En revanche, le cadre institutionnel et légal dans lequel elle se développe conduit à des déficits multiples. Dans certains contextes, alors que la politique de réduction des risques et la protection de la santé des usagers de drogues constituent des priorités maintes fois affirmées, elles sont réduites à la portion congrue ; déséquilibres dans la couverture territoriale des dispositifs, et l'absence de structures adaptées en milieu carcéral en sont les manifestations les plus visibles.

Les expériences menées à l'étranger plaident pour un élargissement des modes d'intervention, tandis que le développement sur le sol national de risques aggravés liés à certains comportements de consommation de drogues et à la marginalisation des consommateurs appelle des mesures nouvelles de la part des pouvoirs publics.

La dernière décennie a constitué une période cruciale de mise en place de la stratégie de réduction des risques. Celle-ci mérite aujourd'hui d'être repensée, au regard de ses objectifs, des moyens financiers et humains sur lesquels elle repose, de son organisation et des limites qu'elle rencontre.

C. Inscrire les soins dans le droit commun

A ce jour, les cloisonnements multiples, les représentations péjoratives sur les usagers et le nombre restreint de solutions thérapeutiques concourent à proroger la situation d'exception caractérisant la prise en charge des usagers.

Le Conseil national du sida souhaite que soit privilégié le devoir de soigner l'ensemble des souffrances des usagers de drogues, ce dans un cadre ordinaire, en élargissant la palette des modes de prise en charge de manière à répondre au plus près des besoins des usagers. Une telle perspective repose nécessairement sur l'engagement de moyens adéquats pour renforcer les réseaux interdisciplinaires d'intervenants.

1. Les usagers de drogues, usagers du système de santé

Pour le Conseil national du sida, il est possible en pratique – comme l'a clairement montré l'expérience en matière de prise en charge du VIH/sida – et fondamental sur le plan des principes éthiques, que la définition des besoins sanitaires des usagers de drogues fasse l'objet de décisions partagées par les professionnels de santé et par les intéressés. Il n'existe pas d'argument solide permettant d'infirmer le fait – démontré à l'issue d'évaluations respectant une méthodologie scientifique approuvée – qu'en de telles conditions **les usagers de drogues sont capables d'une « observance » médicale comparable à celle d'autres patients, toutes choses égales par ailleurs.**

Ce parti-pris raisonné suggère deux éléments relatifs à la prise en charge sanitaire des usagers de drogues.

Au plan individuel, la démarche volontaire de demande de soins conduit, quel que soit le regard éthique porté sur la consommation de stupéfiants, à **reconnaître à l'usager de drogues, en tant que sujet de droit, un statut de patient à part entière**. Le recours à la substitution ou à d'autres outils de soins visant spécifiquement la consommation de drogues entraîne la reconnaissance mutuelle, par le patient et le médecin, d'une dépendance au toxique. **L'attitude des pouvoirs publics en la matière doit donc être fondée sur le respect de la relation thérapeutique et de la confidentialité du cadre médical, au même titre que pour les autres pathologies**. Les intrusions de la force publique au sein de l'exercice médical constituent, en tout état de cause, un problème majeur exigeant une intervention réglementaire ou légale qui en précise les objectifs et les modalités. A défaut, la qualité et la nature de la prise en charge sont susceptibles d'en souffrir.

Au plan de l'organisation des pratiques médicales et de la relation thérapeutique, cette recommandation implique que les représentants des usagers de drogues ou ex-usagers soient considérés comme des interlocuteurs privilégiés pour la définition des bonnes pratiques de soins.

2. Modifier les dispositions en matière d'obligations de soins

Le maintien de dispositions spécifiques concernant l'obligation de soins aux « toxicomanes » dans la loi française ne paraît pas nécessaire au Conseil national du sida.

Il considère que l'incrimination pénale de l'usage de drogues fait obstacle à l'inscription des soins dans le cadre du droit commun. Partant, la formulation des obligations de soins spécifiques retenues par le Code de la santé publique pour la prise en charge des situations d'abus ou de dépendance aux stupéfiants n'est pas pertinente. En effet, elle maintient un statut d'exception de la prise en charge médicale qui obère les perspectives thérapeutiques dans de nombreuses situations et nuit notamment aux efforts de la politique de réduction des risques en faveur d'un rapprochement entre les usagers de drogues et le système de soins.

Cependant, la préservation d'obligations de soins pour un certain nombre d'usagers de drogues est une nécessité, que le Conseil national du sida n'ignore pas. Il existe de nombreuses infractions pour lesquelles on constate que la dépendance à des drogues (licites et illicites) conduit à des dommages à l'égard d'autres individus ou de la collectivité, qui nécessitent une intervention judiciaire. Il souhaite donc que soit envisagée une action de nature législative visant à modifier l'ensemble des dispositions spécifiques aux soins des « toxicomanes ».

Cette initiative doit conduire à la refonte des livres 3 (« alcoolisme ») et 4 (« toxicomanie ») de la troisième partie du Code de la santé publique (« Lutte contre les maladies et les dépendances »). **L'organisation légale de la prise en charge sanitaire a vocation à être énoncée dans les mêmes termes pour l'ensemble des dépendances aux drogues**, quelle que soit leur statut légal, dans la mesure où il s'agit ici clairement de problèmes de santé similaires. **Il n'appartient pas à l'autorité judiciaire d'intervenir sur l'aspect médical de la prise en charge de la dépendance considérée d'un individu.**

3. Les soins des usagers et de leurs souffrances

La dichotomie apparente des deux objectifs que sont le soin de la toxicomanie et les soins des usagers de drogue conduit à se méprendre sur les modalités de la prise en charge thérapeutique des usagers de drogues ; elle est susceptible d'entretenir des pratiques institutionnelles et médicales entravant le processus thérapeutique dans lequel s'engagent ces personnes.

Le parcours de l'utilisateur et les objectifs que poursuit la prise en charge, d'une part, sont soumis à des déterminants individuels et à une chronologie variables pour chaque patient. La demande de soins de départ peut se transformer au cours du temps, et un désir de maintenance par recours à la méthadone ou au Subutex® peut aboutir à une recherche d'abstinence, au besoin par la voie d'autres outils ou formes de suivi.

D'autre part, pour l'organisation globale des soins aux usagers de drogues, le couple soins/sevrage ne constitue aucunement une alternative. Il ne s'agit pas, soit de soigner, soit de combattre la dépendance, mais d'offrir une gamme de possibilités correspondant à la diversité des besoins.

Elargir la palette des modes de prise en charge pour mieux répondre à la diversité des besoins identifiés

Il est donc nécessaire de proposer une palette diversifiée d'outils de soins et de modes de prise en charge. Les communautés thérapeutiques, les centres de cure et de post-cure, l'utilisation des médicaments de substitution, contribuent tous à la reconnaissance de la diversité des objectifs thérapeutiques²⁸⁸.

Le Conseil national du sida souhaite néanmoins que soit encore augmenté le nombre de solutions thérapeutiques envisageables, visant à remédier aux situations qui, aujourd'hui, ne trouvent pas de réponse adaptée.

Il réaffirme avec force l'indispensable ouverture du milieu pénitentiaire à l'ensemble des pratiques médicales permettant la prise en charge des dépendances. En particulier, il voit dans la persistance de freins à un accès équivalent aux produits de substitution à l'intérieur et à l'extérieur du contexte carcéral, un démenti aux ambitions affichées par la loi du 18 juillet 1994, comme aux recommandations des plus hautes instances internationales (OMS, Conseil de l'Europe, ONUSIDA) et constate qu'il est fondé à renouveler l'exigence de changements en la matière.

- **Il préconise d'une part que soit mis un terme aux distinctions dans les autorisations de prescrire des différentes structures qui y exercent la fonction de santé** ; le partage des tâches dans la primo-prescription en milieu carcéral (seuls les CSST dépendant des SMPR, à l'exclusion des UCSA, peuvent initier les traitements à la méthadone) conduit par exemple à des inégalités d'accès aux soins qui ne sont pas justifiées.
- **Il propose d'autre part qu'en cas d'impossibilité de prise en charge au moyen de médicaments de substitution adaptés aux besoins des usagers de drogues incarcérés,**

²⁸⁸ Pour la substitution et une comparaison des résultats des différents médicaments de substitution en termes de rétention et de réduction de la consommation d'opiacés, voir [Johnson *et alii*, 2000]. Les auteurs présentent les résultats d'une étude randomisée concernant 220 sujets dépendants aux opiacés, réalisée en 1996-1997.

au sein même de la prison, en particulier lorsque ceux-ci bénéficient déjà d'un traitement à leur entrée, la loi envisage le recours à des praticiens extérieurs.

Il constate en outre qu'un certain nombre d'usagers procèdent à l'injection de médicaments de substitution, poursuivent des pratiques de consommation parallèle de stupéfiants, détournent les médicaments de leur indication de départ, ou ont recours à une auto-médication qui contribue parfois à accroître les risques sanitaires.

Le Conseil appelle donc les pouvoirs publics à étudier les possibilités concrètes de mise en œuvre de programmes ciblés et limités de substitution par voie injectable²⁸⁹, qui peuvent contribuer, au même titre que la prescription d'héroïne sous contrôle médical, à rapprocher les usagers des structures de soin et à leur permettre d'envisager une modification de leur comportements de consommation.

Dans le même registre d'élargissement des outils de soins, **il considère que des traitements nouveaux**, comme la méthadone longue durée (LAAM), **pourraient être utilisés, dans un cadre défini et contrôlé²⁹⁰.**

Une réflexion doit en outre être rapidement menée sur des propositions de soins constituant des alternatives à la consommation de stupéfiants psychostimulants (crack, cocaïne).

L'ensemble de ces solutions nécessitent une expérimentation préalable et une évaluation avant toute généralisation au plan national.

Quelles que soient les substances qui peuvent entrer dans la palette des supports thérapeutiques dont disposent les médecins, **leur mise sur le marché doit faire l'objet d'études approfondies, au préalable, sur les effets éventuels de leur détournement et de leur mésusage.** En particulier, dans un contexte accru de polyconsommations, la recherche scientifique devra apporter les éléments permettant d'envisager avec une confiance raisonnable leur association avec d'autres produits psychoactifs, afin d'en présenter les risques potentiels et les indications.

Enfin, compte tenu des pathologies qui affectent de nombreux usagers de drogues par voie injectable – et au premier chef de la fréquence de la séropositivité au VIH, au VHB et au VHC, **le Conseil national du sida demande, pour l'ensemble des substances entrant dans la gamme des thérapeutiques offertes, que soit évaluée avec une grande vigilance l'implication d'effets secondaires sur le suivi d'autres traitements ; toute mise sur le marché devra être accompagnée d'indications claires sur les éventuelles limitations à leur utilisation que doivent requérir les interactions entre les différents traitements.**

²⁸⁹ Pour un point de vue rapide sur le sujet, voir l'interview de la présidente de la MILDT dans [Robert, 2000].

²⁹⁰ Compte tenu de risques accrus d'association de la méthadone longue durée avec d'autres produits, celle-ci ne devrait concerner qu'un nombre restreint d'usagers stabilisés, pour qui elle représente potentiellement une amélioration du confort de la prise en charge.

4. Accroître l'effort de coordination

Eu égard aux recommandations qui précèdent, les pouvoirs publics doivent poursuivre les discussions propres à faire assurer la prise en charge des soins aux usagers de drogues par le système de financement de droit commun²⁹¹. C'est un impératif notamment lié à la nécessité de rendre plus facile le passage de la prise en charge spécialisée à la médecine de ville d'un certain nombre de patients bénéficiant d'un traitement à la méthadone : soumis aux contraintes d'une substitution dans le cadre des CSST bien qu'étant stabilisés, ils peuvent contribuer malgré eux à l'engorgement de ces dispositifs.

Une concertation active avec les partenaires privés à même de répondre aux appels d'offre, en fonction d'un cahier des charges précis, devrait également être menée dans l'éventualité de mise sur le marché de nouvelles molécules alternatives aux drogues illicites et autres produits de substitution déjà utilisés.

Le Conseil national du sida, tout en reconnaissant les progrès accomplis en matière de prise en charge médicale, souhaite aussi que soit renforcé l'effort de dotation en moyens financiers et de formation des professionnels, en faveur des réseaux pluridisciplinaires d'intervenants. Là encore, l'objectif de suivi des parcours des usagers sur les plans médical, psychologique et social représente un coût probablement important au premier abord. Le Conseil national du sida souhaite néanmoins que ce coût soit évalué à l'aune de l'ensemble des coûts directs et indirects que les imperfections de la prise en charge des usagers de drogues implique pour la collectivité.

La prise en charge médicale des usagers de drogues est susceptible d'améliorations concrètes, au bénéfice de l'ensemble des individus confrontés à certains comportements de consommation. Celles-ci sont fondées sur une exigence de dignité de la personne, d'égalité des droits et de l'accès aux soins, ainsi que de respect de la pratique médicale.

Parce que l'organisation des soins est étroitement liée à l'efficacité de la politique de santé publique, les démarches que le Conseil national du sida préconise sont de nature à améliorer le bien-être et la santé de l'ensemble de la collectivité. Les risques infectieux comme les risques sociaux ne sont pas circonscrits à un univers clos d'usagers ; ils méritent donc la poursuite d'une stratégie publique contribuant à la maîtrise globale des épidémies de VIH/sida et d'hépatites.

D. Orienter l'action répressive sur les risques liés à certains usages plutôt que sur le contrôle des usagers de stupéfiants

La recherche de l'amélioration de l'état de santé des usagers de drogues comprend un ensemble de mesures et de pratiques qui dépassent largement le cadre strict des soins. Dans la perspective de la réduction des risques, en particulier des risques infectieux, les représentants de la force publique et de la justice ont un rôle éminent à remplir, quel que soit l'état de la législation. Les repères dont ils ont besoin pour mener à bien leur mission doivent être renforcés et précisés par une législation offrant des critères permettant d'appréhender les

²⁹¹ Ce qui engage bien entendu le transfert d'une part des dépenses assumées par l'Etat au budget de la sécurité sociale, et une participation accrue de la Caisse nationale d'assurance maladie.

comportements d'usage en fonction de la nature et de l'importance des risques effectifs ou potentiels qu'ils sont susceptibles d'engendrer.

1. Lutter contre la marginalisation et la précarisation des usagers

Le Conseil national du sida souhaite, à nouveau, formuler sa conviction que les risques de contamination par le VIH et par les hépatites ne sont pas imputables aux produits eux-mêmes, quelle que soit leur dangerosité intrinsèque. Ils sont liés au contexte, aux comportements, et au caractère partagé de certaines consommations de drogues, comme à des manquements dans les pratiques de protection sexuelle.

Il existe de son point de vue un continuum, variable selon les individus et leur comportement de consommation, entre les risques sanitaires, parmi lesquels on peut distinguer les risques infectieux des autres risques, et les risques sociaux auxquels s'exposent les usagers, parmi lesquels on compte des risques induits par la précarité sociale, l'isolement et l'attitude des institutions (publiques et privées) à leur égard.

L'abus et la dépendance de drogues sont donc imbriqués dans un complexe agencement d'interactions entre ces différents éléments, qui agissent plus ou moins fortement sur les risques effectifs de contamination. Ils participent potentiellement à une dégradation de l'état de santé, de l'insertion familiale et professionnelle, à la fréquence des situations d'errance et à l'imposition de sanctions par les institutions.

Le Conseil national du sida considère que l'incrimination de la consommation de drogue et de ses actes préparatoires, sans référence à la situation personnelle des usagers ni aux caractéristiques de leurs comportements, est susceptible d'exercer une influence négative sur la préservation de la santé des individus lorsqu'elle donne lieu à confrontation avec les forces de l'ordre ou à sanction pénale, ce qui est encore le cas pour une grande partie des usagers. La prise en charge sanitaire de ces usagers de drogues ne peut s'opérer de façon satisfaisante dans l'illégalité. Plus encore, en ne ciblant pas les situations à risques, l'incrimination de l'usage de stupéfiants est susceptible de compromettre partiellement les efforts de santé publique en orientant les attitudes des individus.

La dépendance de certains consommateurs est, certes, à l'origine de modes de vie en grande partie déterminés par la recherche de toxiques et des moyens financiers de se les procurer. Elle peut en conséquence être à l'origine d'un certain nombre de dommages causés à des tiers par la commission d'infractions, ou indirectement de troubles à l'ordre public, qu'il s'agit de traiter par la voie appropriée. Cependant, en dehors de ces situations, qui ne sont pas le fait de tous les usagers, l'activité répressive contribue à la marginalisation, et à la précarisation, car elle motive des pratiques clandestines. Les phénomènes d'exclusion - volontaire ou subie - se voient donc parfois aggravés par l'affrontement des logiques privées (déterminées par la recherche de consommation de drogue) et publiques (orientées par la répression de cette consommation).

Les pouvoirs publics ont une capacité d'action très mesurée sur le premier terme de cet affrontement ; il est donc nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles peuvent être modifiées efficacement le second : l'action des forces de l'ordre et de la justice.

2. Inscrire dans la loi le rôle des autorités de sécurité publique et de Justice dans la réduction des risques

Le mode de prise en charge, par les autorités chargées de faire appliquer la loi, des problèmes liés aux usages de drogues, est paradoxal à plus d'un point de vue. La loi prévoit de sanctionner l'usage de drogues ou de soigner l'usager, sans aucune distinction entre les comportements d'usage proprement dits, et en dépit de la difficulté avec laquelle est mis en œuvre le volet sanitaire du texte du 31 décembre 1970. Trop souvent, les confusions multiples sur lesquelles repose l'application de ce texte conduisent à accroître les risques sociaux auxquels sont exposés les usagers, sans pour autant proposer de solution thérapeutique dans le cadre adapté à chaque usager.

Il paraît donc nécessaire que soit précisé formellement que ces institutions participent à la construction de la politique de santé publique, en garantissant l'orientation des pratiques de leurs agents vers un objectif de réduction des risques. Ces dispositions doivent garantir que les agents de l'ordre public ne fassent pas obstacle à la réduction des risques, engageant la responsabilité de quiconque compromettrait la continuité des soins en garde à vue, en rétention administrative ou en détention.

Néanmoins, on remarquera avec raison que cette mesure serait incomplète sans que soient établies avec certitudes les modalités de l'action des institutions concernées.

3. Promouvoir par la loi les critères et des distinctions claires pour guider l'action répressive

Nécessité d'un cadre réglementaire et légal pour définir l'action répressive

Les circulaires visant à infléchir les logiques répressives à l'œuvre en de nombreuses occasions ont montré leurs limites. Elle n'engagent pas de modifications suffisamment durables, et contribuent à l'hétérogénéité, l'opacité, et au caractère discrétionnaire des pratiques. Les hésitations, revirements et contradictions des pouvoirs publics pendant les trente dernières années, proposant à partir de la même loi et par voie de circulaires des politiques sensiblement différentes, voire diamétralement divergentes, sont difficilement acceptables, et en tous les cas contre-productifs. Jusqu'à la circulaire Justice du 17 juin 1999, aucune distinction claire précisant l'opportunité des mesures à adopter à l'égard des usagers de stupéfiants n'avait été produite²⁹².

Les textes essentiels régissant l'action publique et la mission de la police sont formalisés d'une part par les articles 1^{er}, 31, 40, et 41-3 du Code de procédure pénale (CPP), d'autre part par les articles 12, 13, 14, 15, et 19 de ce même recueil de textes²⁹³. Pour sa part, l'article 111-4 du Code pénal énonce que « la loi pénale est d'interprétation stricte ».

²⁹² A l'exception des critères de distinction retenus par la circulaire Pelletier en 1978 entre drogues « douces » et « dures », largement invalidés depuis.

²⁹³ Pour l'action publique :

- art 1^{er} du CPP : « L'action publique pour l'application des peines est mise en mouvement et exercée par les magistrats ou les fonctionnaires auxquels elle est confiée par la loi. Cette action peut aussi être mise en mouvement par la partie lésée dans les conditions déterminées par le présent code » ;
- art 31 du CPP : « Le ministère public exerce l'action publique et requiert l'application de la loi » ;

La possibilité qu'une circulaire puisse constituer une norme alternative ou équivalente aux textes juridiques n'est nullement évoquée, même si les juridictions pénales sont compétentes pour l'interpréter²⁹⁴. L'action publique et la sécurité publique sont fondamentalement inscrites dans la loi ; il faudrait donc préciser les modalités du traitement judiciaire dans la loi, en fonction des risques sanitaires et sociaux induits par les usages de drogues et l'activité des institutions.

Dans la pratique, toute réforme doit permettre de mieux guider l'action des forces de l'ordre et des magistrats. Cela suppose de bien identifier qui se voit lésé par certains comportements d'usage, quelle est la nature des infractions, délits ou crimes considérés, à quelle hiérarchie des infractions à la loi obéissent, quelles peines sont envisageables le cas échéant, et de quels moyens l'institution judiciaire dispose pour mettre en œuvre les peines appropriées. **Seule la loi doit remplir cette fonction.**

Distinguer le dommage fait à autrui du dommage fait à soi-même

Le Conseil national du sida considère que l'opportune et récente évolution des pouvoirs publics dans la définition des drogues - désormais qualifiées comme telles - qu'elles soient licites ou illicites, permet une approche plus cohérente de la distinction entre dommage fait à autrui et dommage fait à soi-même. Cette distinction a fondé les choix de réactions sociales à l'égard des usagers de produits tels que le tabac et l'alcool, qui ne sont inquiétés par le droit pénal que lorsque leur consommation engendre des comportements nuisibles à autrui.

Inscrite dans les textes constitutionnels²⁹⁵, elle possède un intérêt pratique dans la conduite de la politique de santé publique, dès lors que l'on observe que l'action répressive, voire la privation de liberté conduisent à un accroissement des risques pour les usagers de drogues. La distinction entre les victimes des dommages induits par la consommation de drogues, licites ou illicites, permet également de déterminer les réponses judiciaires en fonction de l'identité

- art. 40 du CPP : « Le procureur de la République contrôle les mesures de garde à vue » ;

Concernant la mission de la police :

- art. 12 du CPP : « La police judiciaire est exercée, sous la direction du procureur de la république, par les officiers, fonctionnaires et agents désignés au présent titre » ;
- art. 13 du CPP : « Elle est placée, dans chaque ressort de cour d'appel, sous la surveillance du procureur général et sous le contrôle de la chambre d'accusation conformément aux articles 224 et suivants » ;
- art. 14 du CPP : « Elle est chargée, suivant les distinctions établies au présent titre, de constater les infractions à la loi pénale, d'en rassembler les preuves et d'en rechercher les auteurs tant qu'une information n'est pas ouverte » ;
- art. 15 du CPP : « La police judiciaire comprend 1°) les officiers de police judiciaire ; 2°) les agents de police judiciaire et les agents de police judiciaire adjoints ; 3°) les fonctionnaires et agents auxquels sont attribuées par la loi certaines fonctions de police judiciaire » ;
- art. 19 du CPP : « Les officiers de police judiciaire sont tenus d'informer sans délai le procureur de la république des crimes, délits et contraventions dont ils ont connaissance. Dès la clôture de leurs opérations, ils doivent lui faire parvenir directement l'original ainsi qu'une copie certifiée conforme des procès-verbaux qu'ils ont dressés ; tous actes et documents relatifs lui sont en même temps adressés ; les objets saisis sont mis à disposition. Les procès-verbaux doivent énoncer la qualité d'officier de police judiciaire de leur rédacteur ».

²⁹⁴ Art. 111-5 du Code pénal

²⁹⁵ Articles 4 et 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. En revanche, la Convention Européenne des Droits de l'Homme – dont la valeur normative est inférieure au précédent texte – prévoit aux termes de l'article 5 que « Nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas suivants [...] s'il s'agit d'un toxicomane ».

des parties lésées : l'utilisateur lui-même, ou des tiers (éventuellement, la collectivité). Elle impose ainsi un cadre à la responsabilité des consommateurs de drogues. L'ensemble des points qui suivent respectent donc ce principe.

Distinguer l'usage de stupéfiants en public de l'usage de stupéfiants en privé

Certains comportements d'usage présentent des risques spécifiques pour les tiers ; ainsi les consommations dans l'espace public concernent-elles la collectivité.

L'usage de stupéfiants dans un cadre public ne présente pas les mêmes risques que dans un cadre privé ; en effet, les conditions minimales d'hygiène et de sécurité de l'acte de consommation sont rarement réunies dans le premier cas. En outre, une trop grande visibilité peut porter nuisance à l'environnement immédiat des lieux de consommation, et les états psychiques entraînés par certains stupéfiants sont susceptibles d'être à l'origine de gestes de violence, d'infractions et de comportements mettant en cause la sécurité d'autrui. Enfin, on admettra que la tolérance à l'égard des « scènes ouvertes » contribue à la concentration des risques sanitaires et sociaux en un même lieu, oriente le trafic et peut s'avérer néfaste à la cohérence des stratégies préventives (prévention primaire ou secondaire). L'ensemble de ces remarques justifie la recherche d'une prise en charge par les institutions veillant au maintien de l'ordre public.

Il est nécessaire que dans le cas d'une consommation dans l'espace public, les forces de l'ordre et la justice disposent des moyens adéquats pour permettre d'orienter les consommateurs vers des structures de référence en matière de réduction des risques (ce qui suppose leur existence à proximité) ; en cas d'impossibilité ou de refus, la force publique doit pouvoir être mobilisée.

Le droit commun offre déjà les instruments légaux nécessaires à cette action, puisqu'aux termes de l'article 431-3 du Code pénal, tout rassemblement de personnes sur la voie publique ou dans un lieu public peut être dispersé, dissipé par la force, voire donner lieu à des sanctions pénales en cas de résistance, dès lors qu'il constitue une « atteinte à la paix publique ».

Le Conseil national du sida considère donc que ce problème n'appelle pas de disposition particulière, dès lors que les moyens offerts par le droit commun sont utilisés avec le discernement nécessaire à la vulnérabilité des usagers concernés, et en considérant les risques accrus que peut représenter une consommation dans l'espace public.

Usage individuel et usage collectif

Ce dernier point mérite une attention particulière. Les enjeux sont d'abord d'ordre sanitaire, même si toute modification légale devra également veiller à ne pas entraver la cohérence des objectifs et des actions de l'ensemble des acteurs concernés (policiers, judiciaires, sanitaires, sociaux...).

Dès lors que l'on incrimine l'usage collectif de stupéfiants, le fonctionnement de certains lieux de consommation, tolérés voire privilégiés dans le but de mieux contrôler les conditions de déroulement²⁹⁶, peut s'en trouver affecté. A l'inverse, l'histoire de la lutte contre le trafic a montré combien l'usage de drogues dans un cadre collectif permet d'appréhender

²⁹⁶ On pense ici aux structures de soins participant à la stratégie de réduction des risques sanitaires.

avec efficacité certains réseaux de trafiquants. Tout usage collectif autorisé nécessite donc une action locale de contrôle du trafic de stupéfiants.

Compte tenu des risques engendrés par les pratiques de partage de matériel entre usagers de drogues, il est nécessaire que soit strictement limité l'usage collectif de certaines substances lorsque le cadre collectif est susceptible d'entraîner des risques graves pour ces personnes. Il s'agit aussi de déterminer les exceptions réglementaires autorisant d'une part l'usage collectif de certaines drogues, et d'autre part les produits concernés (légaux ou illégaux).

Le Conseil national du sida estime donc que les comportements d'usage collectif de certaines substances susceptibles d'engendrer des risques sanitaires graves appellent un encadrement légal, qui peut être réalisé par l'ajout de dispositions au Code de la santé publique. L'action des forces de l'ordre et de l'autorité judiciaire, comme cela a été précédemment précisé, devrait viser à protéger l'usager et à favoriser la réduction des risques auxquels il s'expose.

Le Conseil national du sida propose donc :

- **que le Code de la santé publique énonce que la consommation collective de stupéfiants présente des risques pour la santé publique qui peuvent nécessiter une prise en charge sanitaire ;**
- **que tout usager de drogues dont la participation à des faits de consommation collective aura été constatée soit signalé à l'autorité sanitaire par les autorités judiciaires ou administratives compétentes, et que l'autorité sanitaire puisse également se saisir d'office à la suite du signalement par un travailleur social lorsque celui-ci aura constaté une consommation de stupéfiants dont les risques pour autrui ou la santé publique peuvent être présumés ;**
- **que, lorsque l'usager concerné s'oppose ou se soustrait aux mesures médicales et sociales d'examen, de traitement ou de surveillance, il relève, comme les « alcooliques dangereux », des peines contraventionnelles prévues par le Code pénal²⁹⁷. De telles mesures devraient être appropriées à l'état de santé et à la situation sociale²⁹⁸ des usagers**

Par ailleurs, le Conseil national du sida suggère que soit engagée une réflexion sur la définition des conditions dans lesquelles, le cas échéant, exception sera faite à la règle d'interdit d'usage collectif de stupéfiants (comme c'est le cas pour les programmes de distribution de méthadone).

Accentuer la distinction entre usage et trafic illicite de stupéfiants

Trois grandes problématiques orientent la recherche d'une formulation différenciée, sur le plan légal, des comportements d'usage et de ceux de trafic de stupéfiants :

- il existe un continuum de faits entre le trafic et l'usage, qui passe par le transport, l'échange (vente et acquisition), la détention des produits concernés ;
- le droit international impose au cadre législatif français une contrainte forte sur la prise en compte des actes préparatoires ;

²⁹⁷ Articles 131-12 à 131-18 du Code pénal.

²⁹⁸ En effet, de tels comportements à risque peuvent être déterminés par les conditions d'existence précaires de certains usagers ; [Beltzer, 2000], p. 18.

- toute disposition devra envisager les effets pervers de la réforme proposée, et notamment la contamination entre des pratiques d'usage et de trafic, qui obèrerait potentiellement la lutte contre ce dernier, ou conduirait à une requalification des infractions d'usage en termes de trafic, sur le plan pénal.

Dans la pratique, la première difficulté tient à la nécessité d'envisager les actes préparatoires à la consommation, puisque l'usage de stupéfiants implique nécessairement un certain nombre d'agissements participant au continuum de faits entre le trafic et la consommation de drogues.

En effet, tout usager doit nécessairement se procurer les substances, éventuellement les transporter, et les posséder en vue de sa consommation personnelle. Ces étapes constituent ce qu'il est convenu de désigner sous la notion générique d'« actes préparatoires à la consommation de stupéfiants ».

On ne peut que condamner le trafic illicite de stupéfiants, qui fait d'ailleurs l'objet de dispositions très sévères aux termes des articles 222-34 à 222-40 du Code pénal. Mais l'action publique doit envisager l'acte d'acquisition en fonction de ses modalités concrètes et de ses finalités. Ainsi, l'usager qui se procure la quantité nécessaire à son usage personnel sans jouer aucun rôle d'intermédiaire dans le réseau de trafic ne prend pas de part déterminante à l'organisation criminelle. Le Conseil national du sida souhaite donc que l'acquisition à des fins de consommation personnelle d'une part, et l'achat à des fins de revente et la revente d'autre part, soient nettement différenciés en fonction de la priorité sanitaire conférée au traitement judiciaire des usagers²⁹⁹.

Distinguer offre et demande de stupéfiants par les consommateurs

Le souhait qui vient d'être exprimé est fondé sur un triple constat :

- il ne peut y avoir consommation de drogue sans acquisition et possession préalables ;
- le maintien d'un interdit pénal indistinct sur l'achat et la détention de stupéfiants reviendrait potentiellement à aggraver les peines encourues par certains usagers – pour qui serait avérée l'acquisition de stupéfiants à des fins de consommation personnelle - motivées désormais par une participation à des faits de trafic ;
- enfin, et surtout, une telle situation reviendrait à renouveler la confusion entre offre et demande de stupéfiants.

Le Conseil national du sida considère qu'il conviendrait de parvenir à dissocier l'acquisition (et la possession) de stupéfiants en vue d'une consommation personnelle, de l'achat (et la détention) de ces produits à des fins de revente. Dans le premier cas, les faits concernent la préparation de l'usage personnel de drogues, et relèvent d'une prise en compte des risques sanitaires par des dispositions inscrites au Code de la santé publique ; dans le second, les enjeux sont clairement du ressort de la lutte contre les organisations criminelles et pour la préservation de la sécurité publique. Ils ont inspiré en partie les dispositions citées du Code pénal. C'est en effet ce principe de distinction entre l'offre et la demande qui justifie les articles 222-34 à 222-40, et notamment l'article 222-39³⁰⁰.

²⁹⁹ La participation de l'usager à l'acte d'échange constitue parfois un élément nécessaire à la réunion des faits constituant le délit de trafic de stupéfiants ; il est donc alors appelé à apporter sa collaboration aux autorités de police et de justice dans le cadre de l'enquête et lors du jugement des infractions visées.

³⁰⁰ Art. 222-39 (Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992) : « La cession ou l'offre illicites » de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle (...) « sont punies » de cinq ans de prison et de 500 000 F d'amende.

La notion de « consommation personnelle » est ainsi déjà prise en compte par notre législation répressive à des degrés d'intransigeance différenciés selon qu'il s'agit, d'une part, d'un délit de cession ou d'offre à une personne pour qu'elle consomme (c'est alors le Code pénal, qui en son article 222-39, réprime sévèrement le revendeur) et, d'autre part, du délit d'usage (relevant évidemment et implicitement de la consommation personnelle), qui est codifié séparément dans le Code de la santé publique, et prévoit une sanction pénale inférieure (article L3421-1 CSP).

Compte tenu de ces remarques, le Conseil national du sida souhaite que soit poursuivi le travail de modification des textes juridiques, afin de mettre fin aux confusions entre la demande et l'offre de stupéfiants, ainsi qu'entre les domaines de la prise en charge sanitaire et du traitement pénal. L'achat et la détention de stupéfiants à des fins de consommation personnelle, dans la mesure où ils constituent les actes préparatoires nécessaires à l'usage, devraient faire l'objet de dispositions inscrites au Code de la santé publique, à l'exclusion du Code pénal.

Cette dépénalisation *stricto sensu* des actes préparatoires à l'usage personnel de stupéfiants rencontre des difficultés, eu égard aux engagements internationaux de la France. En effet, les conventions internationales³⁰¹ prévoient, en matière d'achat à fins de consommation personnelle, des dispositions strictes : les Etats signataires s'engagent à maintenir un interdit pénal sur cet acte, au motif qu'il participerait à entretenir le trafic. Il existe donc une contrainte forte de la norme internationale sur les dispositions de la loi française relatives à l'achat, et partant, à la détention de stupéfiants en vue d'un usage personnel.

Cette contrainte n'est pas insurmontable car aux termes même de la Convention de Vienne de 1988, il est admis que les Etats signataires peuvent « en cas d'infraction mineure », remplacer la sanction pénale par des « mesures de traitement, d'éducation, de réadaptation et de réinsertion sociale » (art.4-C). De sorte qu'une interprétation de la convention n'est pas exclue.

Dès l'instant que l'objectif principal de lutte contre le trafic de stupéfiants est respecté, à savoir l'incrimination sévère, dans notre Code pénal, du comportement de « cession ou offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle », ce texte concernant même en bout de chaîne les plus petits revendeurs (*dealers*), la dépénalisation *stricto sensu* de l'usage peut concerner les « infractions mineures » (au sens de la convention) constitués par les actes préparatoires à l'usage personnel et privé (lesquels intègrent l'acquisition en vue de la consommation personnelle).

Dans le cas contraire la modification des textes juridiques français, préconisée par le Conseil national du sida, nécessiterait la révision des conditions d'adhésion à la convention internationale de 1988. S'il s'agit de modifier les termes de la convention, cette révision ne serait possible qu'à condition d'une négociation préalable avec les partenaires européens de la France – dont les législations se sont majoritairement orientées vers une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique - et plus largement au sein des organes multilatéraux. La dépénalisation de l'achat de stupéfiants à des fins de consommation personnelle peut

³⁰¹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ; Convention de 1971 sur les substances psychotropes ; Convention de Vienne de 1988 sur le trafic illicite de stupéfiants. L'article 3-2 de la convention de 1988 dispose que « chaque partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale [...] à la détention et à l'achat de stupéfiants [...] destinés à la consommation personnelle ».

également être garantie par l'introduction d'une réserve dans l'application de l'article 3-2 de la convention internationale de 1988, en principe réalisable.

Si toute volonté politique d'interpréter, de réserver ou de dénoncer les engagements internationaux de la France s'avérait impossible ou exclue, le Conseil national du sida préconise que soit proscrite à tout le moins dans nos textes toute peine d'incarcération des usagers ayant détenu ou acquis des stupéfiants pour leur usage personnel, en rappelant que notre droit positif actuel, au sein du Code de la santé publique, prévoit un emprisonnement d'un an et une amende de 25000 francs. Il faut donc que des peines alternatives à la privation de liberté soient systématiquement mises en œuvre, au regard d'une grille précise de gradation des peines.

Le Conseil national du sida souhaite que soit poursuivie et rendue publique l'évaluation de l'ensemble des dispositions existant dans les pays voisins de la France, afin d'établir l'opportunité et la nature des mesures pouvant être adoptées par les autorités face à ces actes.

Fonder l'approche judiciaire des actes préparatoires à la consommation sur des seuils de quantités

Le Conseil national du sida propose que les textes législatifs prévoient la fixation de seuils de quantité par voie de décret d'application³⁰², en deçà desquels ne sera possible la poursuite des usagers de stupéfiants au chef de participation au trafic illicite, en vertu du principe d'opportunité des poursuites figurant dans le droit français, que si des éléments de preuve sont réunis.

Il n'existe pas, dans une telle perspective, de critère intangible portant sur des quantités et permettant pour toutes les drogues de déterminer, avec certitude, la limite entre l'achat (et la possession) en vue d'une consommation personnelle et l'achat (et la possession) en vue d'une consommation collective ou en vue de revente. C'est pourquoi l'emploi de décrets, plus souple que le processus législatif, semble ici approprié à la définition des seuils de quantités concernés.

Une telle disposition permettrait en revanche que soient établies nettement les quantités respectives au-delà desquelles la possession de stupéfiants pourra être considérée, pour tout usager de stupéfiants, comme constituant un acte de participation au trafic. Ces seuils, sauf exception spécifiée en raison de considérations médicales, pourraient être également appliqués au transport de drogues illicites.

³⁰² Plusieurs pays européens se réfèrent à des seuils pour établir la différence entre les infractions liées aux drogues. Les quantités sont très variables, et les choix méritent d'être évalués avec prudence en la matière, au vu des expériences étrangères et d'éventuels effets induits par une telle disposition. C'est pourquoi le recours au texte réglementaire paraît plus approprié, car plus souple, qu'une inscription dans la loi. Une difficulté majeure est de parvenir à réunir les critères acceptables de définition de ce qu'est une « quantité acceptable en vue d'un usage personnel ». Sur les choix en la matière en Europe, voir [Cesoni, 2000], et le site Internet de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies : <http://www.emcdda.org>. Une telle disposition dans le droit français permettrait de renverser la charge de la preuve en cas de mise en cause de l'usager (il faut établir que les produits en faible quantité sont destinés à être vendus) et serait conforme aux principes constitutionnels.

Ce dernier point est essentiel pour le respect des engagements internationaux. Toute modification législative soumise à l'examen du Conseil constitutionnel autoriserait de surcroît l'invocation des éléments de préservation des principes juridiques français supérieurs en cas de litige au niveau des instances supranationales. Pour une analyse juridique plus approfondie, on se référera aux annexes relatives aux textes internationaux et à [De Ruyver, 2000].

Un second avantage offert par la mise en œuvre de seuils de quantités détenues ou achetées serait de garantir la possibilité de lutter contre le « petit » trafic local. En effet, elle permet au niveau du traitement judiciaire d'éviter la « contamination » entre les poursuites pour usage et pour trafic³⁰³, tout en préservant les instruments efficaces (flagrant délit ou administration de la preuve en phase sentencielle) dont dispose l'action publique pour lutter contre les réseaux de distribution illicite utilisant les usagers comme intermédiaires pour l'écoulement de petites quantités de stupéfiants.

De cette façon, tout en ne mettant pas systématiquement l'utilisateur détenteur ou acheteur de stupéfiants à l'abri de procédures judiciaires, la loi permettrait enfin d'orienter beaucoup plus clairement l'appréciation des magistrats.

Conforter les sanctions à l'encontre de l'offre de stupéfiants aux usagers mineurs, et favoriser la prise en charge de ces derniers

La nécessité de protéger les jeunes consommateurs de drogues est au centre de la préoccupation du Conseil national du sida. Il fonde avant tout sa perspective sur l'amélioration des actions de prévention. Mais il souhaite également que soit confirmé à ce titre l'objectif de lutte contre l'offre de stupéfiants aux mineurs, et rappelées les conditions dans lesquelles doit s'opérer leur prise en charge lorsqu'ils sont mis en danger.

L'offre de stupéfiants aux mineurs est passible de peines très sévères, dont on ne peut que partager le souci. Les articles 222-39 et 222-39-1 du Code pénal prévoient en effet une aggravation des sanctions envers quiconque aura directement ou indirectement participé à l'offre ou à la cession de stupéfiants à des mineurs³⁰⁴.

La réflexion menée au sein du ministère de la santé sur l'éventualité d'une interdiction de vente du tabac aux mineurs de moins de seize ans reflète la complexité de la question de l'usage. On connaît l'impact de cette drogue sur la santé publique, et la difficulté à déterminer une politique de prévention efficace auprès des jeunes usagers ; pourtant, il est apparu, selon les déclarations du Ministre délégué à la santé, qu'une mesure prohibitive risquait de ne pas répondre aux objectifs visés de réduction du tabagisme des jeunes, voire d'avoir des effets pervers en termes de trafic illicite³⁰⁵. Un raisonnement similaire peut être tenu au sujet des stupéfiants.

Le Conseil national du sida suggère en conséquence que soit plus souvent mobilisées, dans le cadre de la prise en charge des comportements à risque et notamment de consommations excessives de drogues, les dispositions légales relatives à la protection de l'enfance.

Il est indispensable, avant tout signalement à la justice, que soient entreprises les actions de médiation et éventuellement, les mesures d'action éducative en milieu ouvert de nature administrative. Ces mesures éducatives, destinées à prévenir la survenue de dangers probables, sont mises en œuvre sur une base contractuelle entre les parents et les services

³⁰³ Voir en annexe.

³⁰⁴ Dans ces cas en effet, les peines d'incarcération sont doublées et peuvent aller jusqu'à dix ans.

³⁰⁵ La presse a fait état du dilemme posé et des raisons de l'abandon de la perspective prohibitive ; [Luneau, 2001] et [Carton, 2001]. Dans l'article du *Quotidien du Médecin* du 31 mai 2001, ce dernier auteur écrit à propos du ministre délégué : « Certains de ses conseillers se sont opposés à une telle mesure, a révélé Bernard Kouchner, arguant que les interdictions ne marchent pas pour la toxicomanie. Elle pourrait rendre le tabagisme mieux contrôlable par les parents, mais il pourrait y avoir des trafics de cigarettes dans les écoles. »

décentralisés de l'Aide sociale à l'enfance, qui peut mobiliser les partenaires éducatifs, sociaux et sanitaires compétents (notamment la Protection judiciaire de la jeunesse et les services de santé scolaire).

Si le danger pour le mineur est attesté et a fait l'objet d'un signalement au Procureur de la république, il relève alors de mesures d'actions éducatives en milieu ouvert prononcées par le juge pour enfants. Les procédures sont définies aux termes des articles 375 à 378 du Code civil.

Ainsi, une prise en compte réelle des exigences de prévention secondaire serait confirmée, cependant que les moyens d'une prise en charge appropriée seraient assurés, associant services éducatif, de justice et de police, de santé ainsi que les intervenants spécialisés.

4. Adapter les réponses pénales en fonction des risques sanitaires et sociaux

Les distinctions que le Conseil national du sida appelle de ses vœux posent un certain nombre de problèmes, en même temps qu'elles visent à réduire les multiples confusions actuellement entretenues par le texte de loi, qui ne permettent pas une prise en charge adaptée au regard des exigences d'une politique de santé publique efficace.

Dès lors que la loi énonce les objectifs prioritaires de l'action publique en matière de stupéfiants de façon explicite et hiérarchise les buts poursuivis, ces problèmes sont de nature à être résolus.

En effet, une législation rénovée reposant d'une part sur l'absence d'incrimination de la consommation personnelle et prévoyant d'autre part les termes des distinctions à opérer et les critères retenus pour les mener à bien permet de déconnecter l'usage et le trafic de stupéfiants.

Dans la pratique, elle pose certes des problèmes dans l'appréciation des faits par les autorités judiciaires. Mais ces problèmes demeurent néanmoins beaucoup plus modestes qu'il ne le sont actuellement.

En premier lieu, le Conseil national du sida admet que, faute de précisions complémentaires, ses propositions ne sont pas à même de permettre la caractérisation, par les textes de loi, de l'ensemble des situations à risque. Au contraire, on pourrait en caricaturant suggérer que les premiers bénéficiaires des mesures qui précèdent seraient les usagers occasionnels, consommant en privé et individuellement des drogues dont l'impact intrinsèque sur la santé serait limité, qui auraient les moyens financiers de subvenir à leur approvisionnement, etc. De ce point de vue – volontairement caricatural - l'objectif affirmé de prise en compte des situations à risque sur le plan sanitaire perd de sa pertinence. Ces usagers peu exposés aux risques sanitaires et sociaux ne sont pas ceux qui ont été au cœur de la réflexion du Conseil national du sida.

En second lieu, le Conseil national du sida est conscient que les situations les plus dramatiques peuvent perdurer. C'est ainsi que :

- les usagers les plus fragilisés socialement, dont la consommation de stupéfiants est constitutive de comportements déviants et d'infractions connexes, resteront passibles de poursuites et de sanctions ;
- l'usage collectif resterait strictement réprimé ; des situations sanitaires graves, notamment au regard des risques infectieux, caractérisent pourtant certains usages collectifs de stupéfiants ;
- l'usage dans les lieux publics ou en public pratiqué par des usagers très précarisés est également soumis au même type de contradiction ;
- l'action publique peut, à terme, dans la mesure où il n'y a pas lieu de modifier l'incrimination du trafic, se heurter à une incohérence d'ensemble dans la politique de répression de la lutte contre le trafic³⁰⁶ ;
- les usagers dépendants les plus démunis, alimentant leur consommation de revente et participant par là même au trafic, pourraient encore être sanctionnés durement, notamment par des peines d'incarcération, si leur situation sanitaire ne motivait pas obligatoirement la recherche de solutions alternatives par les juges répressifs.

En dernier lieu, le Conseil national du sida relève que les effets et les vertus de la sanction pénale doivent être relativisés au regard, notamment, de l'évolution contemporaine des modes de consommation : les situations pourtant les plus préoccupantes de polyconsommation de médicaments détournés, souvent par injection, échappent au champ de la répression pénale de l'usage de stupéfiants, principalement orientée sur des produits tels que le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne.

Eu égard à ces considérations, le Conseil national du sida recommande :

- **que les peines envisagées pour les usagers de drogues dépendants auteurs d'infractions obéissent au principe général de la nécessité des peines prévues par la loi ; selon ce principe, la loi ne doit prévoir que des peines « strictement et évidemment nécessaires » ;**
- **que les poursuites et les réquisitions des parquets à l'encontre des usagers dépendants auteurs d'infractions dommageables pour autrui ou auteurs de comportements relevant de trafic de stupéfiants, soient opérées avec le souci permanent de prévention, de réduction des risques et de soins ;**
- **qu'il soit recommandé clairement, par voie de circulaire, que la participation d'usagers de drogues à des faits de trafic doit être sanctionnée en tenant compte de toutes les dispositions qu'offrent les textes en matière de prise en charge sanitaire, en évitant le renforcement des difficultés par des peines d'incarcération longues ;**
- **enfin, que la loi rappelle explicitement la nature des distinctions établies entre usage, abus et dépendance aux drogues (licites et illicites), afin d'offrir aux personnels de justice le soutien de l'expertise médicale et de l'enquête sociale, même dans les cas de trafic, sur ces critères .**

Ces dispositions ne permettront pas de régler systématiquement et définitivement les contradictions entre les objectifs de santé publique en matière d'usage et la lutte contre les

³⁰⁶ Ainsi y a-t-il une certaine hypocrisie à accepter certaines formes d'usages sans tolérer le trafic. Cela implique une tension permanente dans la politique menée sur les points de rencontre entre offre et demande. En effet, dans l'hypothèse d'un démantèlement du réseau d'approvisionnement, les comportements des consommateurs sont déstabilisés, comme c'est le cas aujourd'hui. En outre, le juge pénal est potentiellement confronté à des injonctions paradoxales. Mais cette situation trouble vis-à-vis de l'approvisionnement de détail est rencontrée par tous les pays européens ayant fait de la protection de la santé publique une priorité. Voir à propos des difficultés des Pays-Bas en la matière [Martineau, Gomart, 2001].

réseaux d'approvisionnement. Elles offrent cependant aux magistrats la possibilité de déterminer la réponse répressive en fonction d'un objectif partagé de santé publique.

CONCLUSION

Lors de la réflexion qu'il a menée sur la prise en charge des usages de drogues, le Conseil national du sida a constaté combien, aujourd'hui, les préjugés à l'égard des usagers et la méconnaissance de problématiques liées aux substances psychoactives sont parfois profondément ancrés dans les représentations et les attitudes d'une partie de la société française.

De son point de vue, les prises de position ignorant la diversité des produits, des comportements et des situations dans lesquelles des individus sont conduits à mettre leur santé et leur bien-être en jeu sont dommageables à plus d'un titre.

Tout d'abord, elles font fi de la capacité des usagers à modifier leurs comportements de consommation, comme les années d'intense développement de la réduction des risques l'ont démontré.

En outre, les préjugés contribuent à disqualifier les stratégies de réduction des risques qui, dans de nombreux domaines, ont permis de soutenir le développement de prises en charge efficaces, et ont contribué à renouveler les connaissances des toxiques et de leurs consommateurs.

Mais surtout, ils masquent le fait qu'aujourd'hui encore, malgré les progrès réalisés, les usagers de drogues constituent une population en mauvaise santé, massivement précarisée, et qui pour partie connaît des situations de marginalisation de plus en plus difficiles.

Ces aspects contribuent à nourrir des comportements à haut risque de contamination virale par le VIH et les hépatites, du fait du partage du matériel servant à la consommation des drogues, notamment des drogues injectables et d'une protection irrégulière des relations sexuelles.

De tels risques se voient également entretenus par un faisceau de facteurs sociaux, institutionnels, comportementaux qui empêchent, malgré les progrès accomplis dans la maîtrise de l'infection au VIH, de considérer comme acquise la lutte contre l'épidémie.

Le Conseil national du sida s'est livré à un bilan des initiatives menées par les pouvoirs publics depuis l'avis rendu le 8 juillet 1993. Il a reconnu en celles-ci les marques d'un renouvellement continu de la réflexion et des actions, à même de modifier la situation extrêmement fragile de nombreux usagers. L'important travail de mobilisation des institutions et de la société civile mené par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie constitue certainement la part la plus visible d'un engagement coordonné de l'ensemble des administrations concernées.

Cette analyse, sans prétendre à l'exhaustivité, a toutefois révélé les écueils d'une politique publique dont les objectifs demeurent parfois assez flous. Cette dernière est par ailleurs profondément marquée par l'application d'un dispositif légal contribuant aux cloisonnements des engagements des uns et des autres.

Mis en évidence, les multiples paradoxes de la prise en compte des problèmes de drogue appellent, pour les membres du Conseil national du sida, des décisions parfois promptes de la part des pouvoirs publics, qui devront engager non seulement l'échelon central de l'Etat, mais aussi les collectivités territoriales, la société civile, les usagers de drogues, et le législateur. La

France semble parvenue à un point des expériences et de la réflexion qui permettent d'envisager leur mise en œuvre, à condition d'une clarification des objectifs poursuivis et des compétences en matière de santé publique et de répression.

Pour tous les aspects concernés, le Conseil national du sida considère que le temps est venu d'envisager avec recul et prudence les modalités d'une refonte de la législation sur les stupéfiants. Les textes qui organisent l'action des pouvoirs publics en la matière doivent selon lui reposer sur une hiérarchie explicite des objectifs et, concernant l'usage de drogues, sur la priorité systématique accordée à la protection de la santé publique.

L'effort doit avant tout viser à l'organisation d'une prévention efficace des conduites à risque. La loi doit affirmer cette nécessité pour stimuler les efforts de formalisation, de systématisation et l'engagement de l'ensemble des acteurs de la prévention primaire et secondaire, au premier chef desquels les institutions éducatives. Toute prolongation d'un état de fait et de droit qui contribue à l'impuissance dans le domaine confinerait à l'irresponsabilité générale en matière de protection de la santé publique. Des solutions doivent être trouvées et les moyens engagés pour mettre fin à l'incohérence et à la modestie de l'effort préventif actuel.

Il n'y a pourtant pas de société sans drogues. Sur cette évidence se sont bâtis des dispositifs d'accueil, de prise en charge et de suivi d'une partie des usagers, qui visent à amoindrir par tous les moyens les risques de dégradation sanitaire et sociale des usagers le plus précaires, notamment par une action résolue visant à modifier les pratiques à risque des usagers de drogues.

Il échoit aujourd'hui aux pouvoirs publics de réévaluer la réduction des risques, de lui offrir un cadre légal l'imposant aux logiques répressives et d'imaginer les dispositifs, à l'échelon national, permettant d'en préserver la dynamique. De nouvelles actions doivent d'ores et déjà être entreprises et la frilosité actuelle à l'égard de dispositifs permettant d'accroître la sécurité des pratiques d'injection de drogue abandonnée, au profit d'expérimentations raisonnées et évaluées. Il n'est pas légitime de laisser perdurer une situation où une partie des usagers de drogues, dans un contexte de modification permanente des facteurs de risque sanitaires, ne trouvent pas de réponse adaptée auprès des dispositifs actuels, et peuvent prendre part à des processus de marginalisation dont on peut craindre l'impact sur le plan social comme sur le plan sanitaire.

Le traitement médical des usagers de drogues est longtemps resté enfermé sur lui-même, soutenu dans ce sens par le statut exceptionnel que confère le caractère illicite de l'usage de stupéfiants à ses consommateurs. Les membres du Conseil national du sida sont profondément convaincus que les soins doivent se plier en la matière aux pratiques ordinaires et au droit commun, et que les obligations de soins prévues par la loi doivent être envisagées dans le cadre large de la prise en charge des dépendances.

Dans ces conditions, la prise en charge médicale de l'ensemble des souffrances somatiques et psychiques des usagers de drogues, qu'elle concerne ou non leur dépendance aux toxiques, est susceptible d'améliorations importantes : l'élargissement des outils thérapeutiques, et le décloisonnement des interventions, tout en préservant la reconnaissance de qualifications spécifiques aux différents « maillons » de la réduction des risques.

L'action de répression du trafic de stupéfiants est une priorité sur laquelle le Conseil national du sida n'a pas vocation à intervenir. Il regrette cependant que perdure la confusion dans un dispositif légal qui ne permet en aucun cas, malgré ses ambitions en matière sanitaire, d'offrir un traitement adapté aux usagers de drogues. Il souhaite donc que soient établies des clarifications sur les plans légal et réglementaire, visant à soumettre la prise en charge judiciaire des usagers de drogue à une logique de protection de leur santé. Dans cette perspective, la loi doit viser à éviter les comportements de consommation à haut risque, en établissant avec beaucoup plus de rigueur les distinctions sur lesquelles fonder l'action publique. En particulier, elle doit préserver les consommateurs de tout risque d'incarcération pour usage simple et garantir la protection de l'enfance.

Pour le Conseil national du sida, cette modification en profondeur de l'esprit de la législation conduit nécessairement à un abandon de l'incrimination de l'usage personnel de stupéfiants dans un cadre privé et de ses actes préparatoires ; à une limitation stricte des comportements d'usage collectif et à une action de maintien de l'ordre menée avec discernement vis-à-vis des consommations en public.

AVIS ET RECOMMANDATIONS

Toutes les drogues, licites ou illicites, sont susceptibles d'entraîner des dommages pour la santé de ceux qui en font usage. Ces substances présentent d'autant plus de dangers, pour leurs consommateurs ou pour leur environnement, lorsqu'elles s'inscrivent dans des comportements de prise de risques mal ou non maîtrisés.

Les pouvoirs publics et le législateur, de longue date, ont reconnu la nécessité de répondre aux problèmes de santé publique posés par les drogues, en particulier en cherchant à réduire quantitativement, avec le texte de loi du 31 décembre 1970, la demande de stupéfiants par une action à la fois répressive et sanitaire.

Or le nombre estimé d'usagers de drogues illicites, en France, n'a cessé de s'amplifier depuis trente ans. Une telle croissance remet en cause la loi, dont la transgression non seulement est apparue possible à certains, mais s'est surtout avérée massive. Au regard de l'amplification quantitative du nombre d'usagers de stupéfiants, les réponses sanitaires n'ont pas permis de réaliser l'ambition d'une prise en charge adaptée des usagers de stupéfiants qui aurait dû accompagner leur sanction.

Des comportements de consommation de plus en plus hétérogènes, adoptés par des groupes appartenant souvent à des générations distinctes, se sont développés sans que soit modifiée fondamentalement l'approche consacrée envers les usagers de drogues illicites : ceux-ci sont considérés à la fois comme des malades et comme des délinquants. Au cours des dernières années, la fragmentation des comportements d'usages a conduit à brouiller les repères fournis par la qualification pénale des actes de consommation. Ces derniers impliquent des combinaisons de substances psychoactives illicites, mais aussi de tabac, d'alcool, de psychotropes détournés de leur indication thérapeutique, et notamment de médicaments de substitution de plus en plus accessibles. Alors que les frontières légales ont peu à peu été disqualifiées par ces évolutions, les défis que doit relever la politique de santé publique ont été amplifiés, modifiés, et diversifiés. En grande partie, ces derniers ne relèvent plus du traitement pénal envisagé par la loi du 31 décembre 1970.

Le caractère primordial de la prise en charge sanitaire apparaît aujourd'hui d'autant plus crûment, au regard du mauvais état de santé général des usagers de drogues, et notamment de ceux qui consomment certaines substances particulièrement dangereuses.

Les affections des usagers de drogues sont multiples et dépassent largement le cadre strict de la dépendance ; leur gravité, leur fréquence et, pour certaines, leur caractère transmissible, interdisent de les considérer comme la conséquence inévitable de conduites déviantes. Cette question fait l'objet d'une attention relativement récente dans les pratiques des pouvoirs publics et des soignants.

L'épidémie de VIH/sida et la proportion élevée d'usagers de drogues infectés par les virus des hépatites ont contribué de façon décisive à la prise de conscience qu'il n'y a pas de fatalisme à la dégradation de l'état de santé des consommateurs de drogues.

On sait aujourd'hui que de multiples facteurs de risque favorisent les contaminations virales, qu'ils sont d'ordre sanitaire, et qu'ils engagent également la précarité sociale de nombreux usagers de drogues. **Les modes de contamination par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites imposent en outre de considérer ces facteurs de risque liés aux usages de drogues, et les dommages qui résultent de leur réalisation, comme des cibles essentielles de la politique générale de santé publique.**

Les usagers de drogues sont comme la population générale exposés au risque de transmission sexuelle du VIH, même si un mode de vie spécifique accroît les possibilités de contamination de certains consommateurs à la suite de rapports sexuels non protégés.

Mais le mode de transmission virale le plus fréquent, notamment parmi les usagers de substances psychoactives par voie intraveineuse, est celui du partage du matériel servant à la consommation. Limitée, pour le VIH, à la réutilisation de seringues, la gamme connue des gestes à risque est beaucoup plus étendue pour les virus des hépatites B et C.

D'un point de vue épidémiologique, les usagers de drogues, en particulier lorsqu'ils consomment des substances par voie intraveineuse, composent donc des groupes particulièrement vulnérables. L'importance quantitative des contaminations - impliquant alors souvent le décès des personnes atteintes - d'usagers par voie intraveineuse, avait motivé l'adoption par le Conseil national du sida, le 8 juillet 1993, des rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues.

Constatant la multiplicité des facteurs de risque touchant certains usagers de drogues, le Conseil national du sida recommandait notamment la mise en œuvre résolue de programmes visant à réduire la fréquence des contaminations par le VIH.

Au terme d'une réflexion renouvelée, le Conseil national du sida observe, à ce jour comme en 1993, la persistance des préjugés sur ce qui se dit ou se fait en matière d'actions à l'intention de usagers de drogues. Le manque de diffusion et d'appropriation des connaissances relatives aux usages de drogue, et aux enjeux prioritairement sanitaires auxquelles ces actions doivent apporter des solutions, constituent donc un défi majeur pour les pouvoirs publics. Il est d'ailleurs relevé avec une certaine efficacité par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont les efforts méritent d'être salués. Progressivement, une approche raisonnée des questions soulevées par les drogues peut être envisagée.

Le Conseil national du sida souhaite ainsi rappeler un certain nombre des réalités qui, selon lui, fondent l'indispensable démarche de santé publique en direction des usagers de drogues :

- **Les consommations de drogues illicites et licites, ainsi que les substances consommées, sont extrêmement diversifiées. A cet égard, comme sur les plans de leur état de santé et de leur situation sociale et judiciaire, les personnes qui font usage de drogues forment une population très hétérogène, irréductible à une caractérisation univoque des produits, de modes de vie, ou de quelconques stéréotypes.** Partant, toutes les actions visant à réduire les risques et les dommages engendrés par certains comportements ou substances doivent tenir compte de leur caractère complexe, évolutif et contrasté.
- **Les usagers de drogues ont montré combien leur rôle est essentiel dans toute politique de réduction des risques sanitaires et sociaux.** Ils sont à même, quand les conditions sont réunies, d'intégrer dans leurs pratiques de consommation, les attitudes de prévention de la survenue des risques pour leur santé, qui y sont directement liés. C'est en partie à ce titre que les groupes d'auto-support sont aujourd'hui des partenaires privilégiés des initiatives de réduction des risques.

- **La stratégie des pouvoirs publics ne peut cependant se limiter aux actions visant spécifiquement les modalités et les gestes de consommation de drogues. Elle doit nécessairement réunir l'ensemble des institutions à même de modifier le contexte des consommations à risque, de lutter contre les processus de précarisation sanitaire et sociale participant au développement de facteurs de risques pour la santé publique, et de prévenir l'adoption de comportements à risque incluant l'usage de toxiques (licites et illicites) et des pratiques sexuelles non protégées.**

De telles actions concertées exigent d'être complétées par de multiples initiatives visant à la prise en charge des dommages induits par certains usages de drogues et certaines substances, eux mêmes facteurs d'aggravation des risques d'infection virale. La coordination de ces actions implique l'organisation des prises en charges médicale, sociale et parfois judiciaire des usagers de drogues licites et illicites.

Compte tenu des rappels qui précèdent, le Conseil national du sida ne peut que souligner la pertinence des choix qui ont conduit, depuis l'adoption des rapport et avis du 8 juillet 1993, à renforcer les programmes de réduction des risques en matière de stupéfiants.

Malgré ces inflexions, auxquelles participent de nombreux acteurs institutionnels, intervenants médicaux et sociaux, et le secteur associatif, l'action des pouvoirs publics en direction des usagers de drogues relève encore aujourd'hui d'un double registre pourtant invalidé. Elle hésite entre des prises en charge destinées à améliorer l'état de santé des usagers et la sanction pénale de l'usage de stupéfiants. Confortant la polarisation de ces deux logiques, la loi du 31 décembre 1970 constitue un élément essentiel de la pérennisation des stéréotypes relatifs à un « malade-délinquant ».

Alors que l'action répressive vise depuis trente ans à faire diminuer une demande de stupéfiants qui ne fait qu'augmenter, le Conseil national du sida regrette que les objectifs de santé publique ne s'imposent toujours pas aux pouvoirs publics.

En effet, le maintien de l'ambiguïté entre démarche de protection de la santé et répression de l'usage de stupéfiants participe à entretenir un certain retard dans la réalisation d'objectifs ambitieux. L'illégalité des pratiques addictives incriminées accroît les facteurs de risques de dégradation de l'état de santé de leurs auteurs, notamment en ce qui concerne les infections virales. Elle fait obstacle à leur prise en charge comme usagers ordinaires du système de soins. Elle contribue à la frilosité des pouvoirs publics en matière d'expérimentation de nouveaux dispositifs de réduction des risques. Enfin, elle participe à la modestie et au manque de cohérence de la prévention primaire et secondaire.

Le Conseil national du sida recommande en conséquence que les actions concernant les usages de drogues soient soumises à un ordre clairement hiérarchisé de priorités, établi dans une optique de préservation de la santé publique :

1. Au premier rang de ces priorités figurent les actions **de prévention primaire et secondaire, visant à contrarier respectivement l'expérimentation de l'usage de drogues et la répétition de comportements de consommation**, laquelle accroît les risques sanitaires et sociaux auxquels s'exposent les jeunes consommateurs.
2. En direction des personnes dont l'usage de drogues est habituel, souvent confrontées à des situations de dépendance, l'objectif primordial est la **réduction des risques sanitaires et sociaux liés à certains comportements ou substances, et des dommages qu'ils induisent**. Il comprend en particulier, chaque fois que possible, l'arrêt de toute consommation par les usagers qui en expriment le souhait.
3. **L'accès aux soins et le déroulement de ces derniers dans le cadre ordinaire de la relation thérapeutique doivent être garantis**. Cela implique que soit évitée toute rupture dans la continuité de ces soins, à l'initiative d'une intervention extérieure. En outre, le caractère confidentiel des données médicales échangées entre soignant et soigné ne devrait pas pouvoir être mis en cause.
4. **L'action répressive doit se fonder sur la reconnaissance d'objectifs différenciés**. On doit ainsi distinguer : d'une part, la réduction de l'offre illicite de substances (lutte contre le trafic illicite) ; d'autre part, une action sur la demande visant à contrarier le développement des risques sanitaires et sociaux.

Cette recommandation à caractère général motive, au vu de l'état des lieux réalisé par le Conseil national du sida dans les quatre domaines constituant les priorités de santé publique, un ensemble de recommandations, à l'intention du législateur, des pouvoirs publics au niveau national, et aux échelons décentralisés (régional, départemental et local).

Au législateur, le Conseil national du sida recommande :

1. **Que la hiérarchie des objectifs définis dans la recommandation générale ci-dessus soit inscrite dans la loi et figure au Code de la santé publique**. Cette action législative paraît être la solution la plus opportune, compte tenu des difficultés à rendre effectifs les principes évoqués. Le contexte de la prise en compte des usages de drogues demeure en effet marqué à ce jour :
 - par la modestie et l'éparpillement des actions de prévention primaire et secondaire ;

- par la fragilité des initiatives visant à accueillir, à prendre en charge et à accompagner les usagers de drogues dans leurs démarches médicales et sociales ;
 - par la confusion et la contradiction trop fréquentes entre les actions de préservation de la santé publique et celles visant au maintien de la sécurité publique.
2. **Que par ailleurs, l'interdiction pénale de l'usage personnel de stupéfiants dans un cadre privé soit levée.** Cette recommandation tient compte de l'inefficacité des peines prononcées à l'encontre des auteurs de cette infraction, au regard des objectifs de santé publique, et de l'amplification des risques sanitaires à laquelle peut participer l'action répressive.
 3. **Que, dès lors, l'acquisition et la détention de stupéfiants à des fins de consommation personnelle ne présentent plus le caractère d'infraction pénale.** La consommation de drogues implique non seulement l'usage *stricto sensu*, mais aussi l'approvisionnement de l'usager, le transport des substances et leur possession ; il est donc nécessaire d'adapter les pratiques judiciaires dans l'hypothèse où l'usage n'est plus incriminé.
 4. **Que soient reformulées, au Code de la santé publique, les dispositions promouvant les mesures médicales et sociales d'examen, de suivi et de prise en charge des usagers participant à des comportements de consommation à haut risque.**
 5. **Qu'il soit précisé par un texte de loi que les missions de prévention primaire et secondaire des comportements à risque doivent être obligatoirement remplies au sein de tout établissement accueillant spécifiquement des personnes mineures ou de jeunes majeurs.** Une telle disposition permettrait de garantir non seulement la conduite systématique d'actions de prévention, mais aussi l'octroi des moyens humains et financiers que nécessite leur réalisation.
 6. **Que la formulation, à l'article L3421-4, d'un délit de présentation « sous un jour favorable » de l'usage de stupéfiants soit abandonnée, tout en préservant la stricte prohibition de la provocation à cet usage.** Cet amendement des textes actuels est en effet rendue nécessaire car :
 - toute action de prévention primaire ou secondaire, pour être efficace, doit être menée sur la base d'un échange de points de vue franc et éventuellement contradictoire entre les adultes et les plus jeunes ;
 - ces actions doivent constituer les moments privilégiés pour modifier les représentations fallacieuses sur les drogues (licites et illicites), qui s'expriment surtout en l'absence d'adultes ayant autorité sur ces jeunes ;
 - une disposition qui limite les termes dans lesquels de jeunes usagers de drogues ont le droit d'exprimer les motivations de leur consommation paraît contre-productive.

7. **Que des dispositions soient adoptées afin de préserver et de garantir l'amélioration des initiatives visant à la réduction des risques et des dommages liés aux usages de drogues.** Celles-ci devraient notamment envisager des exceptions à l'interdiction de consommation dans un cadre public ou collectivement, et avant tout préciser que l'action des forces de l'ordre et des autorités judiciaires doit viser à respecter le bon fonctionnement des structures de soins et de réduction des risques.
8. **Que, dans le même souci, le cadre confidentiel des pratiques médicales soit défendu, quel que soit le contexte.** En effet, toute information échangée dans le cadre de la relation soignant/soigné doit être considérée comme étant uniquement du ressort de la relation thérapeutique. Il en va de la confiance des usagers de drogues envers leurs médecins, de la définition de la responsabilité pénale que prend le médecin lorsqu'il soigne un patient, et partant, de la qualité des soins à laquelle les usagers de drogues peuvent légitimement prétendre.
9. **Qu'un complément soit apporté à la loi de 1994 sur la santé en milieu pénitentiaire, dont le Conseil national du sida constate les effets très positifs ; une disposition visant à permettre le recours à un praticien extérieur, notamment pour la prise en charge au moyen de médicaments de substitution, pour tout usager incarcéré à qui des soins seraient refusés ou confronté à la rupture des traitements qu'il suit, serait de nature à permettre la pleine réalisation des objectifs de ce texte.**

Aux pouvoirs publics, au niveau national, le Conseil national du sida recommande

1. **Que soient mises en œuvre les conditions d'une prévention primaire et secondaire systématique des conduites à risque, et notamment des usages de drogues, auprès des enfants, adolescents, et jeunes adultes, et ce dès un âge précoce et de façon suivie au cours du développement de leur personnalité.** Cet effort doit porter sur de multiples aspects de l'organisation de la prévention :
 - la définition d'outils pédagogiques directement utilisables dans les cadres où doit se conduire la prévention, et notamment en milieu scolaire ;
 - la formation de professionnels spécialisés dans la conduite d'actions de prévention primaire et secondaire ;
 - la consultation des représentants d'associations d'auto-support dans la conception des dispositifs et des pratiques de prévention ;
 - la mobilisation sur tout le territoire de l'ensemble des associations compétentes pour répondre aux interrogations de l'environnement des jeunes usagers de drogues, et au premier chef, de leur famille ;
 - l'évaluation et la généralisation de dispositifs contractuels spécifiques, permettant de garantir la cohérence des initiatives et leur adaptation aux objectifs de la prévention des comportements à risque ;
 - la mise à disposition de moyens budgétaires et humains accrus, au vu du caractère prioritaire de la prévention primaire et secondaire.

2. **Que les programmes de réduction des risques ayant démontré leur pertinence soient généralisés et adaptés aux situations locales afin d'offrir sur tout le territoire national une garantie de prise en charge optimale des risques et des dommages liés aux usages de drogues.**
3. **Que soient confirmées les initiatives ciblées de réduction des risques, notamment en direction des populations d'usagers de drogues les plus vulnérables. La prévention de la contamination par les virus des hépatites et de transmission du VIH par voie sexuelle doit faire l'objet d'une attention renforcée et continue.**
4. **Que les autorités compétentes participent, au-delà du cadre interministériel, à la définition claire de la participation des personnels de justice et des forces de l'ordre à la réduction des risques et des dommages, domaine dans lequel leur intervention demeure essentielle.**
5. **Que soient mis en place, à titre expérimental, des programmes innovants de réduction des risques et des dommages liés aux usages de drogues. En particulier, l'échange de seringues en milieu pénitentiaire, la distribution d'héroïne sous contrôle médical, et la création de centres d'injection à moindre risque peuvent être envisagés avec les précautions qui s'imposent. Ces expériences devront être évaluées de façon rigoureuse et les résultats de leur évaluation diffusés largement.**
6. **Que, de façon générale, le dynamisme de la stratégie de réduction des risques soit soutenu par un dispositif d'évaluation indépendant des autorités de décision et de coordination des actions. Les résultats de l'ensemble des travaux menés devront être rendus publics.**
7. **Qu'une réflexion approfondie soit menée, et des mesures validées par l'autorité de santé au plan national, afin d'améliorer et de formaliser la collaboration :**
 - **d'une part entre les professionnels de santé et les autres intervenants de la prise en charge des usagers de drogues (travailleurs sociaux, acteurs associatifs, etc.) ;**
 - **d'autre part, entre les différents domaines de la prise en charge médicale (secteur spécialisé et médecine généraliste, médecine généraliste et médecine psychiatrique, secteur hospitalier et secteur extra hospitalier, médecins référents en matière d'addiction et en matière de VIH ou d'hépatites).**

La consolidation et la généralisation des réseaux doivent permettre aux usagers de drogues en demande de prise en charge de trouver les interlocuteurs compétents dans le cadre d'une approche globale de leurs problèmes de santé et d'insertion sociale. Elles visent également à rompre l'isolement de certains médecins face à des questions complexes pour lesquels ils ne sont pas toujours qualifiés, et à favoriser le maintien des usagers de drogues les plus marginalisés au sein des structures d'accueil. Ces objectifs

doivent être atteints dans le respect de la dignité des usagers concernés et de la confidentialité de leur relation aux professionnels.

8. **Que soit mis en place des modules de formation initiale et continue des professions médicales, paramédicales et sociales aux affections touchant les usagers de drogues, et à leur prise en charge, ainsi qu'à la législation en la matière, afin de minimiser les problèmes d'accès aux soins des consommateurs de substances psychoactives.** Ces actions doivent souligner l'obligation d'orienter des personnes en demande de soins, dont la prise en charge est refusée ou impossible, vers des confrères susceptibles d'y répondre, et insister sur les pratiques de substitution en médecine de ville.
9. **Que soit étendue, dès lors qu'ils répondent aux besoins spécifiques de certains usagers, la gamme des outils de soins que peuvent mobiliser les praticiens médicaux, notamment dans le domaine des médicaments de substitution.** Le Conseil national du sida souhaite néanmoins qu'en soit évaluées avec rigueur :
 - compte tenu du détournement possible de certains médicaments, les conséquences que leur mésusage peut entraîner ;
 - les éventuelles contre-indications et les effets secondaires en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou ceux des hépatites ;
 - les interactions possibles avec les traitements utilisés dans les thérapies du VIH et des hépatites.
10. **Que, pour les usagers dépendants de drogues auteurs d'infractions, soit appliqué le principe de peines alternatives à l'incarcération associées à une prise en charge sanitaire et sociale, et que l'incarcération soit évitée autant que possible.** Le Conseil national du sida souhaite que soit poursuivi l'effort d'information et de rappel de ces dispositions en direction des magistrats ; il estime nécessaire de prévoir les moyens humains et financiers nécessaires au développement de l'action des associations de suivi socio-judiciaire. Il invite également à une plus grande implication des pouvoirs publics locaux dans la mise en œuvre de ces actions.
11. **Que soient entreprises avec résolution des actions visant à garantir, au sein du milieu pénitentiaire, un accès aux moyens de prévention de la contamination par le VIH et les hépatites, équivalent à ce qui est proposé à l'extérieur. Que les soins en milieu pénitentiaire fassent l'objet de décisions de la part des autorités de santé et de justice, visant à garantir leur mise en œuvre dans tous les centres de détention, à offrir un même niveau de prestations médicales dans toutes les structures, et à éviter les ruptures de traitement observées actuellement, notamment dans les prescriptions des médicaments de substitution.**
12. **Que soit accentué l'effort de recherche, et de diffusion des connaissances, sur les comportements d'usage de drogues, sur les conditions d'apparition des facteurs**

de risque sanitaire et, en ce qui concerne l'état de santé des usagers de drogues, sur les co-morbidités qui touchent particulièrement certains consommateurs.

Aux échelons décentralisés de la décision publique

1. **Le Conseil national du sida recommande que soient partout nommés et formés des professionnels référents en matière de prévention primaire et secondaire, à même de participer aux interventions dans les structures éducatives, médico-psychologiques et socioculturelles.** Ces personnes se voient nécessairement investies dans l'organisation des actions de prévention, car :
 - insérées dans la vie locale, elles sont à même de mobiliser les intervenants les plus pertinents dans les secteurs éducatif, médical, social et associatif ;
 - dotées de compétences spécifiques en matière de prévention auprès d'un jeune public, elles ont vocation à coordonner localement les différentes initiatives, avec un souci de cohérence ;
 - connaissant le contexte local d'émergence des comportements à risque chez les plus jeunes, de tels professionnels peuvent envisager la teneur de messages préventifs adaptés.

2. **Le Conseil national du sida considère que l'investissement des élus territoriaux, ainsi que des responsables d'administrations déconcentrées et décentralisées est essentiel, dans le travail de sensibilisation et d'information des habitants, sur les besoins des usagers de drogues et les enjeux de la réduction des risques.** Il leur échoit en partie de réunir les conditions concrètes permettant d'identifier les ressorts locaux de ces enjeux, d'organiser la concertation en amont de la mise en œuvre des programmes, et de participer à leur évaluation.

3. **Il suggère en conséquence que soient mises en œuvre aux niveaux municipal, départemental et régional des actions de formation des acteurs politiques et administratifs locaux en matière de réduction des risques.** Elles sont destinées à leur offrir les ressources nécessaires à l'implantation des structures de réduction des risques, en termes d'information sur les expériences menées ailleurs et de compétences opérationnelles.

4. En outre, les initiatives de réduction des risques et des dommages doivent être adaptées au contexte social, sanitaire et aux priorités en matière d'action sur l'offre de stupéfiants.
Le Conseil national du sida encourage donc l'engagement des collectivités :
 - dans les dispositifs contractuels destinés à coordonner leur action à celle des services déconcentrés de l'Etat ;
 - dans la mise en place de réseaux de référents locaux en matière de soins ;

- **et dans l'encouragement à l'expression des besoins des usagers de drogues, notamment par le soutien aux initiatives d'auto-support.**

Annexes

ANNEXE 1

ACTIONS SANITAIRES ENVISAGEABLES AUX DIFFÉRENTS STADES DE LA PROCÉDURE PÉNALE			
Stade de la procédure pénale	Intervenant	Actions envisageables	Commentaires
Engagement des poursuites	Parquet (encore appelé Ministère Public ; dirigé par un Procureur de la République)	1) classement sans suite (principe d'opportunité des poursuites)	1) accompagné ou non d'une mise en garde délivrée par le magistrat ou par la police, assisté parfois de la D.D.A.S.S.
		2) injonction thérapeutique (art. L 3423-1 du Code de la Santé publique)	2) entraîne l'extinction des poursuites ; en principe réservée à la première infraction ; possible même en présence de délit(s) connexe(s) qui pourront être poursuivis séparément (cf. circulaire du Ministère de la Justice du 28 avril 1995)
Instruction de l'affaire	Juge d'instruction (ou juge des enfants)	1) « ordonnance prescrivant une cure de désintoxication accompagnée de toute mesure de surveillance médicale et de réadaptation appropriée » (art. L 3424-1 du Code de la Santé Publique)	1) Contrairement à l'injonction thérapeutique, cette ordonnance n'entraîne pas l'extinction des poursuites, le juge d'instruction pouvant malgré tout décider de renvoyer le prévenu devant la juridiction de jugement
		2) placement du prévenu sous contrôle judiciaire (art.137-Code de procédure pénale)	2) Dans le cadre de ce contrôle, le juge peut imposer au prévenu un examen médical, des traitements ou des soins aux fins de désintoxication, même sous un régime d'hospitalisation (art. 138 du Code de Procédure Pénale)
Jugement de l'affaire	Tribunal (Tribunal correctionnel, le plus souvent)	1) Ordonnance de soins (L. 3424-2 du C.S.P)	1) Idem celle que peut prononcer le juge d'instruction (cf.(1) ci-dessus)
		2) peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve	2) La mise à l'épreuve permet au juge d'imposer au prévenu le même type de soins qu'en matière de contrôle judiciaire - cf. (2) ci-dessus (art. 132-45 du Code Pénal)
Exécution de la peine	Juge de l'application Des peines	1) contrôle de l'exécution des soins imposés dans le cadre de la mise à l'épreuve	2) Cette libération conditionnelle pourra notamment être accordée lorsque le condamné accepte de se soumettre à des soins médicaux (art. 729 du Code de Procédure pénale)
		2) libération conditionnelle	

Annexe 2 : Droit international en matière de stupéfiants³⁰⁷

Le droit international relatif aux produits stupéfiants procède actuellement essentiellement de trois conventions internationales signées sous l'égide de l'O.N.U. :

- La convention unique sur les stupéfiants de 1961,
- La convention de 1971 sur les substances psychotropes,
- La convention de Vienne de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants.

1) REMARQUE LIMINAIRE

Dés lors que ces conventions ont été régulièrement ratifiées par la France, elles ont, en droit interne français, une autorité supérieure à celle des lois en vertu de l'article 55 de notre Constitution de 1958. Ce qui implique que chaque nouvelle loi en matière de stupéfiants doit être conforme à l'ensemble de ces Conventions internationales.

En vertu d'une jurisprudence constante, le Conseil constitutionnel se déclare incompétent pour contrôler la conformité des lois qui lui sont déférées aux conventions internationales. Ce rôle échoit donc aux juridictions françaises, qui peuvent, au cas par cas, sanctionner « l'inconventionnalité » d'une disposition contenue dans une loi.

A ce jour, ni le Conseil d'Etat, ni la Cour de Cassation n'ont eu à se prononcer sur la question de la compatibilité des dispositions de la loi de 1970 aux conventions internationales précitées.

2) FORCE OBLIGATOIRE DES CONVENTIONS

La convention de 1961 limite « *la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention de stupéfiants* » à des fins « *exclusivement médicales et scientifiques* » (**art. 4**). Cependant, cette expression n'étant pas définie, la convention accorde une certaine latitude d'action à chaque Etat sous réserve que les mesures de libéralisation adoptées demeurent conformes aux objectifs de la Convention, à savoir « *la préservation de la santé physique et morale de l'humanité* », en luttant contre « *le fléau de la toxicomanie* » (cf. préambule de la Convention).

Néanmoins, l'obligation d'incriminer directement l'usage n'était prévue par aucune norme de droit international jusqu'à la Convention de Vienne de 1988. Son **article 3**, paragraphe 2 oblige désormais à conférer le caractère d'infraction pénale « *à la détention et à l'achat de stupéfiants ... destinés à la consommation personnelle* ». Cependant :

- d'une part, cette disposition est prévue « *sous réserve des principes constitutionnels et des concepts fondamentaux du système juridique* » (de chaque pays) ;
- d'autre part, cette disposition poursuit également l'objectif principal de lutte contre le trafic illicite de stupéfiants ;

³⁰⁷ Les deux notes qui suivent résultent de l'analyse menée par M. GELPI, auditeur de justice au CNS.

- Enfin, le paragraphe 4 - c) de ce même article autorise les Etats signataires « *en cas d'infractions mineures* » à remplacer la sanction pénale par des « *mesures de traitement, d'éducation, de réadaptation et de réinsertion sociale* ».

En revanche, l'ensemble des Conventions internationales obligent à incriminer toute forme de cession de stupéfiants, sans tolérer, comme ci-dessus, une mesure médico-sociale de substitution. Dès lors, si un pays envisageait d'organiser la cession de produits stupéfiants même exclusivement à des fins de consommation personnelle, il serait sans doute contraint « d'émettre une réserve » dans l'application de ces conventions (ce qui impliquerait une démarche politique et diplomatique lourde).

Enfin, il convient de noter que les conventions internationales sus-visées ne sont pas d'applicabilité directe en droit interne français (contrairement par exemple à la Convention européenne des droits de l'homme). Cela signifie que les dispositions de ces traités ne sont pas directement applicables aux particuliers des Etats membres mais nécessitent pour cela une transposition par les autorités de chaque Etat. C'est pourquoi ces conventions rappellent que leurs dispositions pénales « *ne sauraient porter atteinte à la compétence exclusive des Etats en matière répressive* » (**art. 36 de la Convention Unique, art. 22.5 de la Convention de 1971 et art. 3.11 de la Convention de Vienne de 1988**).

3) INCIDENCE SPECIFIQUE DU DROIT EUROPEEN

La Convention de Schengen de 1990 (entrée en vigueur en 1993) a tenté de répondre à la crainte que la suppression des contrôles aux frontières prévue par l'acte unique de 1986 ne se traduise par une augmentation corrélative du trafic de drogues. Ainsi cette Convention autorise chaque Etat à conserver des contrôles frontaliers lorsque « *l'ordre public ou la sécurité nationale l'exigent* ». De même, elle invite les parties signataires à prendre « *toute mesure nécessaire à la prévention et à la répression du trafic illicite de stupéfiants, y compris le cannabis* ». En revanche, **l'article 75** de cette Convention autorise le transport de stupéfiants par les résidents d'un Etat vers un autre Etat « *à des fins médicales* ».

Le Traité de Maastricht quant à lui précise, en son **article 129**, que l'action communautaire porte « *sur la prévention des grands fléaux....y compris la toxicomanie* ». Cependant, en pratique, cette disposition n'a pas de valeur contraignante au plan juridique et n'implique d'action commune qu'en matière de prévention.

L'objectif de coopération en matière policière et judiciaire en matière de lutte contre le trafic de drogues a été renforcé par le Traité d'Amsterdam du 2 octobre 1997. Mais l'harmonisation des politiques pénales des Etats membres en la matière n'est pas prévue.

Au total, même si en matière de lutte contre la drogue la politique de l'Union européenne, inspirée des conventions internationales, se caractérise par une orientation nettement plus répressive que sanitaire, il n'en reste pas moins que la répression des infractions en matière de stupéfiants relève du droit pénal et donc de la seule souveraineté des Etats membres. Aussi, en l'état actuel de la construction européenne, le droit communautaire semble peu contraignant en matière de législation sur les stupéfiants.

[NB : Les drogues licites –alcool, tabac,..- sont pour leur part considérées par le droit européen comme des marchandises et, à ce titre, bénéficient de l'ensemble des dispositions des Traités relatives à la libre circulation des marchandises, aux subventions et garanties offertes par la politique agricole commune, etc...]

Annexe 3 : Hypothèse d'une dépenalisation de l'usage des stupéfiants : implications juridiques

L'hypothèse de travail envisagée est celle d'une dépenalisation totale de l'usage privé de tous les produits actuellement classés comme produits stupéfiants. La présente note évoque les implications juridiques certaines et éventuelles d'une loi adoptant une telle dépenalisation.

I/ REMARQUE PREALABLE : DEPENALISATION et LEGALISATION / FAUTE CIVILE et FAUTE PENALE

Actuellement, compte tenu du dispositif légal en vigueur et de la jurisprudence dominante des Tribunaux, l'usage de stupéfiants est une faute pénale mais aussi une faute civile et disciplinaire. Afin de réduire le champ de cet interdit, plusieurs solutions sont envisageables.

La légalisation tout d'abord représente l'exact contre-pied du système actuel de prohibition et consisterait à autoriser, dans un cadre légal et réglementaire précis, l'usage des stupéfiants mais aussi leur production et leur commercialisation. Cette hypothèse obligerait la France, entre autres choses, à dénoncer les Conventions internationales la liant actuellement en la matière.

Pour sa part, la dépenalisation n'intervient qu'au niveau de la loi pénale en supprimant tout ou partie des incriminations qu'elle contient. Dans notre hypothèse de travail, seul l'usage à titre privé – et dans des conditions restant à préciser (cf. ci-dessous)- des stupéfiants ne serait plus pénalisé.

La dépenalisation peut donc maintenir l'existence d'une faute civile ou disciplinaire liée à l'usage des stupéfiants. Ce qui représente l'avantage considérable d'éviter la remise en cause de l'ensemble des hypothèses, légales et jurisprudentielles, dans lesquelles l'usage de stupéfiants caractérise :

- Soit une faute civile.

Il en est ainsi notamment en matière de :

- *droit de la famille* qui prévoit que les parents faisant usage de stupéfiants peuvent se voir retirer l'autorité parentale (cf. article 378-1 du Code civil) ;
- *droit des contrats* qui autorise les juges à prononcer la résiliation d'un bail d'habitation ou d'un contrat d'assurance-vie lorsque le souscripteur ou le locataire a dissimulé le fait qu'il consomme régulièrement des stupéfiants ;
- *droit du travail* puisqu'un Tribunal a estimé que l'usage des stupéfiants justifiait un licenciement pour faute lourde s'il rendait « *immédiatement impossible le maintien de l'intéressé dans l'entreprise* ».

- Soit une faute disciplinaire.

A titre d'exemple, un avocat a été sanctionné au plan disciplinaire pour avoir fréquenté un milieu de revendeurs de drogues « *vis à vis duquel, au surplus, la consommation de cocaïne le plaçait en état de dépendance* ».

En conclusion, la dépénalisation de l'usage des stupéfiants n'interdit pas de considérer que ce comportement reste constitutif d'une faute civile susceptible de sanctions civiles (telles que la résiliation du contrat, l'octroi de dommages-intérêts à la victime des agissements...).

II/ LA DEPENALISATION

Quelles seraient les étapes de l'adoption et de la mise en œuvre d'une loi instaurant une dépénalisation de l'usage privé des stupéfiants ?

A / L'adoption de la loi

L'incrimination actuelle de l'usage des stupéfiants résultant de textes législatifs, seule une loi pourrait annuler cette pénalisation. Au cours des débats parlementaires, l'une des principales difficultés – mais une étape néanmoins nécessaire - consistera à définir avec précision la notion d'usage privé autorisé (est-ce l'usage strictement individuel ? l'usage entre amis mais en un lieu privé ? l'usage en un lieu privé quel que soit le nombre de participants ? etc....– car il est difficile d'invoquer l'inviolabilité du domicile et le respect absolu de la vie privée tout en instaurant des limites quant aux pratiques de consommation autorisées à l'intérieur de ce domicile).

Il est également probable (et d'ailleurs utile – cf. ci-dessous) que, compte tenu des enjeux liés à une loi de dépénalisation, celle-ci soit déférée au Conseil Constitutionnel. L'occasion sera alors donnée à ce dernier de se prononcer sur la compatibilité de ces dispositions avec les textes constitutionnels français et notamment avec les articles 4 (« *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* ») et 5 (« *La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société* ») de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789.

En revanche, compte tenu de sa jurisprudence actuelle, le Conseil Constitutionnel refusera de contrôler la conformité de cette loi de dépénalisation avec les Conventions internationales en vigueur. Seul un juge (administratif ou judiciaire) pourra être amené, postérieurement à la promulgation de la loi et à l'occasion d'un litige particulier, à se prononcer sur la conformité de celle-ci à tel ou tel article des Conventions internationales en vigueur.

B / La motivation de la loi

De manière générale, la motivation de la loi de dépénalisation devrait faire l'objet d'une attention particulière. En effet, même si, comme rappelé ci-dessus, les contraintes imposées par le contenu des Conventions internationales ne peuvent pas, en l'état actuel de la jurisprudence du Conseil Constitutionnel, entraîner le rejet « a priori » de la loi pour inconstitutionnalité, le contenu normatif de ces Conventions induit néanmoins certaines limites quant à la justification nécessaire d'une éventuelle loi de dépénalisation :

- Tout d'abord, il sera impératif d'affirmer et de démontrer qu'une telle loi de dépénalisation de l'usage privé des stupéfiants répond à une préoccupation de santé publique et qu'elle est, de ce fait, conforme à l'esprit des Préambules des différentes Conventions internationales ;

- Ensuite, il conviendra de rappeler et de démontrer que cette loi de dépenalisation est conforme « *aux principes constitutionnels et aux concepts fondamentaux de notre système juridique* » (de ce point de vue, l'avis préalable du Conseil constitutionnel sera essentiel).

C / Le contenu de la loi

Pour l'essentiel, la loi de dépenalisation envisagée nécessiterait d'abroger l'article L 3421-1 du Code de la Santé publique et de modifier l'article L 3421-4 du même Code. Par ailleurs, des modifications complémentaires du Code pénal pourraient être rendues nécessaires selon la teneur des débats parlementaires : par exemple, s'il était envisagé d'autoriser la consommation privée des stupéfiants pour les mineurs (au-delà d'un certain âge), le texte de l'article 227-18 du Code pénal (qui incrimine la provocation d'un mineur à l'usage des stupéfiants) devrait être revu.

LES ACTES PREPARATOIRES A L'USAGE

Si l'usage semble pouvoir être dépenalisé, il n'en va pas de même des actes « préparatoires » et notamment de la détention des produits. En effet, l'article 3-2 de la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants dispose que : « [...] *chaque partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale [...] à la détention et à l'achat de stupéfiants [...] destinés à la consommation personnelle* ». Deux solutions sont alors envisageables :

- **Soit se conformer à la lettre de la Convention.** Dans ces conditions la détention pour usage personnel continuerait d'être pénalement sanctionnée. Il serait, en revanche, envisageable d'adopter une gradation des sanctions pénales retenues en fonction des objectifs de la détention.

Ainsi, par exemple, la détention de stupéfiants en vue de l'usage personnel pourrait n'être passible que d'une peine d'amende (sanction pénale contraventionnelle), tandis que la détention de stupéfiants en vue de leur revente serait passible d'une amende plus élevée ou/et d'emprisonnement (on rappelle à cet égard que l'article 5 de la Convention européenne de 1950 autorise l'emprisonnement des toxicomanes).

Afin de faciliter la distinction entre ces deux hypothèses, des seuils de quantités de produits détenus pourraient être prévus (idéalement dans le décret d'application de la loi afin d'éviter que des modifications ultérieures de ces seuils ne requièrent une loi modificative). Ces seuils n'auraient pas pour effet de déclencher ou non la sanction pénale (la détention restant pénalement réprimée en toutes hypothèses), mais de renverser la charge de la preuve. Ainsi, en deçà de telle quantité, la détention serait présumée faite en vue de l'usage personnel sauf au Ministère public à démontrer le contraire. Inversement, au-delà de ce seuil, les stupéfiants seraient présumés détenus en vue de leur revente sauf au prévenu à démontrer qu'ils les possédaient en vue de sa consommation personnelle.

- **Soit invoquer une exception** permettant de se soustraire à l'application de cette disposition de la Convention. En effet, l'article 3-2 précité n'est applicable que « *sous réserve des principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de chaque droit interne* ».

La France pourrait alors, à l'instar de l'Italie, prétendre que l'incrimination de la détention de stupéfiants pour usage personnel est contraire à ses principes juridiques fondamentaux (en s'appuyant essentiellement sur l'avis –supposé favorable- du Conseil constitutionnel) et à sa liberté de ne pas incriminer l'usage privé dans un but de santé publique.

Mais ressurgirait alors la difficulté de distinguer entre détention autorisée (pour usage personnel) et détention illicite (en vue de la revente). Or, dans une telle hypothèse, l'instauration par décret de seuils de quantités détenues autorisées (solution déjà envisagée ci-dessus) présenterait une utilité très différente (échapper à toute sanction pénale) et, de ce fait, induirait un risque nouveau. En effet, une telle disposition pourrait inciter les trafiquants à utiliser les usagers (technique dite des « fourmis ») pour acheminer leurs produits (plusieurs individus effectuant de nombreux trajets en respectant chaque fois le seuil de détention autorisé et pouvant être rémunérés notamment par la fourniture de produits stupéfiants). Il est certain que l'aspect potentiellement contre-productif au regard de la lutte contre le trafic de stupéfiants d'une telle mesure ne manquera pas d'être opposé par les autorités policières et judiciaires.

En outre, cette option serait politiquement plus difficile à assumer car elle contraindrait la France à engager une démarche diplomatique afin d'introduire une « réserve » dans l'application de la Convention internationale de 1988.

Au final, le choix entre ces deux alternatives demeure par essence politique plus que juridique mais dépendra également de l'avis qui sera rendu par le Conseil constitutionnel.

LA FRONTIERE AVEC LE TRAFIC ILLICITE DE STUPEFIANTS

Les Conventions internationales ainsi que le droit européen s'accordent à condamner avec force toute forme de trafic de stupéfiants. Ce qui explique que la notion de trafic est définie de manière très extensive (il s'agit, selon l'article 222-34 du Code pénal de : « la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi de stupéfiants »).

Or, pour user de stupéfiants - ne fut-ce qu'à titre purement privé -, une personne accomplit nécessairement tout ou partie des actes matériels incriminés ci-dessus (achat, détention, transport voire production ou importation). A cet égard, la dépénalisation de l'usage privé de stupéfiants présenterait :

- le double avantage de contraindre à une définition plus précise du trafic et d'éviter une « contamination » entre les poursuites pour trafic et celles pour usage (parfois retenues comme pis aller lorsque les preuves de l'infraction de trafic sont insuffisantes) ;
- mais l'inconvénient majeur de ne pas mettre l'usager (simple et privé) de stupéfiants définitivement à l'abri de toute poursuite pénale. En effet, même si la dépénalisation de l'usage s'accompagnait d'une dépénalisation de la détention pour usage, pour autant tous les actes préparatoires –et notamment l'achat – ne pourraient être dépénalisés compte tenu des dispositions du droit international. Ce qui pourrait entraîner une recrudescence des poursuites des usagers, non plus pour usage mais pour trafic (voire simplement tentative ou complicité de trafic), bien entendu en fonction d'éléments de preuve plus difficiles à rapporter que la simple détention de produits.

A cet égard, il convient de rappeler que l'article 222-37 du Code pénal punit de 10 ans de prison (contre 1 an pour l'usage simple) « *l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi de stupéfiants* ». Certes, là encore, un tempérament pourrait être apporté par le biais de circulaires qui, en vertu du principe d'opportunité des poursuites, enjoindraient les Parquets de ne pas poursuivre au titre du trafic un achat de stupéfiants destinés au seul usage personnel. Mais, faute de pouvoir prouver la destination exclusivement personnelle du produit et l'instauration de seuils de « tolérance » (de cessions autorisées) s'avérant cette fois impossible (car cela reviendrait à dépénaliser le « petit » trafic en totale violation du droit international), un risque de « glissement » des fondements juridiques de la poursuite (à l'encontre des simples usagers) n'est pas à exclure.

En conclusion, il faut souligner qu'une loi de dépénalisation de l'usage des stupéfiants ne règlera pas – et ne peut pas régler compte tenu du droit international en vigueur – le problème de **l'approvisionnement** en produits illicites, sauf à n'envisager ce dernier que dans un cadre médical et sanitaire précis (mais nous sommes alors très proches d'un système de « semi-légalisation »). Ce qui pourrait aggraver le fondement juridique des poursuites des « usagers-trafiquants », désormais poursuivis pour trafic et non plus pour usage.

INCIDENCE SUR LE DELIT DE PROVOCATION A L'USAGE

Actuellement, l'article L 3421-4 du Code de la Santé Publique réprime pénalement le fait de « *provoquer (notamment à l'usage illicite de stupéfiants) alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet* ». Or, la jurisprudence relative à cette infraction, bien que rare, paraît relativement extensive, ce qui peut constituer une contrainte pour un message de prévention se voulant exhaustif.

Dans ces conditions, une loi de dépénalisation de l'usage privé des stupéfiants pourrait entraîner une modification dans l'interprétation de cet article favorable aux actions de prévention. (En revanche, il est peut probable que l'incrimination de la provocation à l'usage soit purement supprimée – elle pourrait parfaitement être maintenue en tant que délit autonome malgré la dépénalisation de l'usage -, car cela semblerait pouvoir encourager la demande et donc s'avérer contraire aux principes de la lutte contre le trafic de stupéfiants).

LE VOLET SANITAIRE

Actuellement, l'article L 3423-1 du Code de la Santé Publique prévoit qu'une injonction thérapeutique peut être délivrée à l'encontre des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants. L'une des difficultés actuellement rencontrées dans la mise en œuvre de cette injonction est de savoir pour quels types d'usagers (définis par leurs comportements de consommation et les produits utilisés) cette action sanitaire présente un intérêt.

Dans notre hypothèse (dépénalisation de l'usage de tous les stupéfiants), cette mesure d'injonction thérapeutique ne serait plus utilisable (puisqu'elle n'est théoriquement applicable qu'aux seuls usagers). Il deviendrait alors nécessaire de redéfinir complètement le volet sanitaire de la loi de 1970, avec le risque de le voir totalement disparaître. En effet, les usagers de drogue désormais déferés l'étant, par hypothèse, le plus souvent sur la base de l'inculpation de trafic de stupéfiants, il n'est pas certain qu'une alternative sanitaire soit

tolérée à leur égard, compte tenu notamment des objectifs poursuivis par les Conventions internationales. En d'autres termes, pour cette « nouvelle » catégorie de délinquants, la réponse répressive pourrait devenir exclusive.

Dans ces conditions, les autorités sanitaires deviendraient autonomes dans le choix et l'application des mesures sanitaires à destination des usagers de drogue. Ce qui pourrait présenter l'avantage :

- d'une part d'éliminer les incertitudes actuelles – largement traduites par les Circulaires successives du Ministère de la Justice -, quant au « choix » des bénéficiaires de l'injonction thérapeutique et,
- d'autre part d'éviter la « sélection » effectuée par les services de police, sur des critères non sanitaires, des usagers déferés.

En conclusion, sur le plan juridique, une loi de dépénalisation de l'usage des stupéfiants aboutirait vraisemblablement à une déconnexion totale des volets sanitaire et répressif.

Remerciements

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes ayant bien voulu être auditionnées par sa commission « Toxicomanies » : M. Alain Ehrenberg, directeur de recherches au CNRS, Mme Nicole Maestracci, présidente de la MILDT, MM. Fabrice Olivet et Etienne Matter, respectivement directeur et responsable de projet à l'association ASUD.

Le Conseil national du sida remercie également les associations et institutions qui, parmi toutes celles contactées, ont bien voulu lui indiquer par courrier leur point de vue sur la loi du 31 décembre 1970 : AIDES-Fédération nationale, l'association Auto Support prévention VIH pour les Usagers de Drogue (ASUD)- national, l'Association Française pour la Réduction des risques (AFR), Association et Entr'aide des veuves et orphelins de guerre, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), l'Association Nationale des Parents d'Enfants Aveugles (ANPEA), AXESS - la Boutique (SOS Drogues International), Combat face au sida, la Commission Sociale de la Conférence des Evêques de France, la Confédération Syndicale des Familles, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Croix Verte et Ruban Rouge, Entr'AIDSida Limousin, la Fédération protestante de France, la Fédération Syndicale des Familles Monoparentales, Familles Rurales, Femmes Actives au Foyer, Force Ouvrière - Police, le Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapés Physiques (GIHP), Jonathan - Pierres Vivantes, Solidarité Enfants Sida, le Syndicat Général de la Police, le Syndicat National des Familles Monoparentales, l'Union Syndicale des Magistrats, l'Union Nationale Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), l'Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida (UNALS), l'Union Nationale des Associations de Parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI).

Enfin, pour sa collaboration et ses éclaircissements juridiques, le Conseil national du sida remercie Patrice Gelpi, auditeur de justice.

M. Thévenin remercie particulièrement Julien Emmanuelli, Olivier Roche et Gérald Sanchez.

Bibliographie générale

- Act Up - Paris, « méthadone interactions », *Protocoles*, n°13, janvier-février 2000, pp. 10-13.
- Afflelou (S), « Comorbidités », *l'Information psychiatrique*, n° 1, janvier 1999, pp. 45-49.
- Agence Nationale de Recherche sur le Sida, *ANRS Information*, n° 34, avril-mai 2001.
- Agence Nationale de Recherches sur le Sida, *Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)*, Paris, ANRS, novembre 1999. 143 p.
- Arène (Marguerite), « Les enjeux du partenariat », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 18-19.
- Arwidson (Pierre), « S'appuyer sur la recherche pour concevoir des actions de prévention », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 23-24.
- Arwidson (Pierre), Bury (Jacques A.), Choquet (Marie), De Peretti (Christine), Deccache (Alain), Moquet-Anger (Marie-Laure), Paicheler (Geneviève), *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*, Paris, INSERM, 2001, 247 p.
- Aubusson de Cavarlay (Bruno), « L'usage de stupéfiants dans les filières pénales », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 7-23.
- Australian Institute of Health Law and Ethics, *Public health law in Australia – new perspectives*, Canberra, AIHLE, 1998, pp. 139-152.
- Bach (Marie-Anne), « La sclérose en plaques entre philanthropie et entraide : l'unité introuvable », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 4, décembre 1995, pp. 5-38.
- Bajos (Nathalie), « Sexualité, risques et MST », *Maux secrets – MST, maladies taboues*, Paris, Autrement – Mutations, n° 188, septembre 1999, pp. 20-43.
- Ballion (Robert), *Les Comités d'environnement social*, rapport d'étude OFDT/CADIS, 1998.
- Barré (Marie-Danielle), « Toxicomanie et délinquance : relations et artéfacts », *Déviance et société*, vol. 20, n° 4, 1996, pp. 299-315.
- Barré (Marie-Danielle), *Toxicomanie et délinquance. Du bon usage de l'usager de produit illicite*, Paris, CESDIP, coll. « Etudes et données pénales » n° 70, 1994.
- Beck (François), Legleye (Stéphane), Peretti-Watel (Patrick), *Regards sur la fin de l'adolescence. Consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, décembre 2000. 220 p.
- Beck (François), Peretti-Watel (Patrick), *EROPP 99. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, Etude n°20, OFDT, 2000. 203 p.
- Bello (Pierre-Yves), Pasquier (Christophe), Gourney (Pascale) et alii, « Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification des facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°20, 19 mai 1998.
- Beltzer (Nathalie), « Changements de comportements et infection à VIH parmi les usagers de drogues de Montréal », *Transcriptase*, n° 92, mai 2001, pp. 16-17.
- Benech-Le Roux (Patricia), « L'implantation locale des programmes d'échange de seringues pour les toxicomanes (PES) », *Questions Pénales*, volume XIII, n° 5, décembre 2000.
- Beninghoff (Fabienne), *La politique de Bâle-Ville sur les stupéfiants et envers les toxicomanes*, Bâle, Abteilung Koordination Drogenfragen, ville de Bâle, 1994, 6 p.
- Bergeron (Henri), *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, 370 p.

- Bès (François), « Les difficultés d'accès aux soins pour les détenus », *Droits de l'Homme et Santé Publique – actes du colloque du 11 mars*, Paris, AIDES/LDH, 2000, pp. 47-62.
- Bloch-Lainé (Jean-François), « Toxicomanie. La substitution cinq ans après », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 31, juin 2000, pp. 67-69.
- Boggio (Yann), *La politique suisse en matière de drogues illicites. Histoire d'un pragmatisme*, Documents du groupement de recherche « Psychotropes, politique et société » G 1106, n° 2, Paris, CNRS, avril-septembre 1999.
- Boissonnas (Alain), *Buprénorphine haut dosage : injection et facteur de risque*, Communication affichée [à paraître], colloque « Toxicomanies en Europe : nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique », 23 et 24 novembre 2000, Paris.
- Bouchez (J), Carrière (Ph), « Place du psychiatre dans les soins aux toxicomanes. Pericoloso Sporgersi ? », *Actualités Médicales Internationales – Psychiatrie*, volume 14, n° 203, 1997, pp. 9-12.
- Bouchez (J), Charles-Nicolas (Aimé), « Pathologies psychiatriques et toxicomanies », *Actualités Médicales Internationales – Psychiatrie*, volume 14, n° 203, 1997, pp. 6-8.
- Bouhnik (Anne-Deborah), Rey (Dominique), Escaffre (Noëlle), Gastaut (Jean-Albert), Cassuto (Jill-Patrice), Gallais (Hervé), Moreau (Jacques) Obadia (Yolande) et le groupe d'étude MANIF 2000, « Pratiques sexuelles et risques associés chez des usagers et ex-usagers de drogues injectables infectés par le VIH », *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, 1999, pp. 59-70.
- Bouhnik (Patricia), Jacob (Elisabeth), Maillard (Isabelle), Touzé (Sylviane), *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison – polyconsommations – substitution. Les années « cachet »*, rapport DGS/DAP, RESSCOM, juin 1999. 155 p.
- Brochu (Serge), Brunelle (Natacha), « Toxicomanie et délinquance. Une question de styles de vie ? », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997 ; pp. 103-125.
- Caballero (Francis), Bisiou (Yann), *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 2^{ème} édition 2000, 828 p.
- Carpentier (Jean), *Accueillir et prendre soin d'un usager de drogues en médecine de ville. Pourquoi a-t-il fallu qu'il frappe à ma porte ?*, Paris, DRASSIF/DGS/MILDT, 1999, 22p.
- Carton (Renée), « Tabac : une journée pour protéger les non-fumeurs », *Le Quotidien du Médecin*, 31 mai 2001, p. 18.
- Cesoni (Maria Luisa), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans sept législations européennes*, Documents du groupement de recherche G 1106 « Psychotropes, politique et société », n° 4, janvier-mars 2000.
- CFES/MILDT, *Drogues. Savoir plus. Risquer moins. Drogues et dépendances, le livre d'information*, Vanves, CFES, nouvelle édition avril 2000. 146 p.
- CFES/MILDT, *Drogues. Savoir plus. Risquer moins. Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Vanves, CFES, décembre 1999.
- Charles-Nicolas (Aimé), « Toxicomanies », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-396-A10, 1998, 25 p.
- Claudon-Charpentier, Hoibian, Glasser, Lalanne, Pasquali, « La population toxicomane incarcérée : séroprévalence du virus d'immunodéficience humaine et des virus des hépatites B et C peu après la mise sur le marché de la buprénorphine », *Revue de médecine interne*, 21, 2000, pp. 505-509.
- Cogans (Niall), « What have we learned from drug education ? », intervention à la 8^{ème} Conférence internationale sur la réduction des risques, Paris, 1996.

- Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Rapports du Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé sur les toxicomanies*, 1994.
- Comité Français d’Education à la Santé, *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, Vanves, CFES, 1994.
- Conseil général de Seine-Saint-Denis, *le Bulletin des acteurs de la prévention des toxicomanies*, n° 10, septembre 2000.
- Conseil national du sida, *Ethique, sida et société. Rapport d’activité du conseil national du sida 1989-1994*, Paris, La Documentation française, 1996. 491p.
- Conseil national du sida, *Ethique, sida et société. Rapport d’activité du conseil national du sida 1997-1998*, Paris, La Documentation française, 2000, 200 p.
- Conseil national du sida, *Le Conseil national du sida en l’an 2001 : bilan et perspectives*, Paris, CNS, 2001 [Document dactylographié].
- Conseil national du sida, *Les traitements à l’épreuve de l’interpellation. Le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention*, 18 novembre 1998. [document dactylographié].
- CRIPS Ile-de-France, « La prescription d’héroïne et la réduction des risques : expériences européennes », *Lettre d’Information*, n° 56, décembre 2000, 12 p.
- CRIPS Ile-de-France, « Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire : expériences européennes », *Lettre d’Information*, n° 54, juillet 2000.
- De Ruyver (Brice), *Les conditions juridiques (préalables) et les mécanismes de contrôle en matière de réduction des risques*, document de discussion préparé pour la conférence ministérielle de Sintra, Groupe Pompidou, octobre 2000 [document disponible en ligne à l’adresse suivante : <http://www.pompidou.coe.int/mc/ruyeng1.htm>].
- Delmotte (Hélène), « Triste épilogue pour le Centre Beaurepaire », *le Journal du sida*, numéro 116, mai-juin 1999, p. 21.
- Département fédéral de l’Intérieur, *Révision de la loi sur les stupéfiants du 3 octobre 1951. Rapport explicatif*, 1999. 75 p.
- Direction de l’Administration Pénitentiaire, *Enquête sur le nombre de condamnés présents dans les établissements pénitentiaires*, 2001. [Note dactylographiée]
- Dolan (Kate), Wodak (Alex), *Final report on Injection Rooms in Switzerland*, manuscrit non publié, 1996. [disponible en ligne : <http://www.lindesmith.org/library/dolan2.html>]
- Dubois-Arber (Françoise), Jeannin (André), Spencer (Brenda), « Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy : the case of Switzerland », *AIDS*, volume 13, 1999, pp. 2571-2582.
- Dudouet (François-Xavier), « La formation du contrôle international des drogues », *Déviance et Société*, vol.23, n° 4, 1999, pp. 395-419.
- EGO, *Rapport d’activité 1999*, Paris, Association « Espoir Goutte-d’Or », 2000.
- Emmanuelli (Julien), *Caractéristiques et efficacité des PES à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Saint-Maurice, InVS, octobre 1999.
- Emmanuelli (Julien), *Contribution à l’évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS. Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999. Tome 1 : « Les grandes tendances ». Tome 2 : « Approche détaillée à l’usage des acteurs de terrain » ; Saint-Maurice, InVS, 2000.*
- Emmanuelli (Julien), Lert (France), Valenciano (Marta), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d’échange de seringues*, Etude 18 OFDT, Paris, OFDT/INSERM/InVS, 1999. 62 p.

- Emmanuelli (Julien), *Usage de drogues, sexualité transmission des virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*. *Revue de littérature*, Paris, RNSP, 1997 [document dactylographié]
- Facy (Françoise), « Toxicomanes dépistés en prison : leurs usages de drogues et de médicaments psychotropes », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, janvier - mars 1997, pp. 179-190.
- Facy (Françoise), « Toxicomanie et comportements suicidaires. Approche épidémiologique », *Bulletin de Psychologie*, tome XLIV, n° 401, mai-juin 1991, pp. 307-318.
- Facy (Françoise), Chevry (Pascale), Verron (Michèle), « Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes-toxicomanies », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 49-63.
- Fenoglio (Philippe), Parel (Véronique), Kopp (Pierre), « Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites », *Actualité et dossier de santé publique*, n° 33, décembre 2000, pp. 71-75.
- Froment (Blandine), « L'esprit des lois », *L'esprit des drogues – la dépendance hors la loi ?*, Paris, Autrement - Mutations, n° 106, avril 1989.
- Garcia-Villanueva (Maria), « Needle Exchange Programme in the Prison Centre of Pamplona : Two years after », *Fourth European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Lisbonne, European Network for AIDS and Hepatitis in Prison [résumé d'auteur], 2000.
- Geense (Rachel M. G.), « To have or to have not : that is the question. A qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland », *Cahiers de recherche et de documentation*, n° 111.11, IUMSP, Lausanne, 1997, pp. 9-26.
- Gibier (Lionel), « Maintenance ou substitution ? », *Psychotropes*, vol. 3, n° 3, novembre 1997, pp. 23-39.
- Hantzberg (Paul-Olivier), « Le pragmatisme comme nouvelle arme de lutte contre la toxicomanie en Suisse », *Le Journal du sida*, n° 116, mai-juin 1999, pp. 22-23.
- Hatton, Michel, Le Toullec, « Mortalité et toxicomanie en France », *Actes du 3^{ème} Colloque international sur les drogues illicites*, Paris, Mairie de Paris, 1994, pp. 169-180.
- Hausser (Dominique), *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses. Analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*, Collection « Raisons de santé », n° 40, IUMSP, 1999.
- Henrion (Pr. Roger), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, 1995.
- Herzlich (Claudine), « Les difficultés de constitution d'une cause », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 4, décembre 1995, pp. 39-44.
- Ingold (François-Rodolphe), « L'hépatite du toxicomane, une épidémie de seconde zone », *Esprit*, janvier 2001, pp. 114-123.
- Ingold (François-Rodolphe), Toussirt (Mohamed), « Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH : investigation ethnographique de la prostitution à Paris, 1989-1993 », *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, 1995, pp. 277-282.
- Ingold (François-Rodolphe, sous la direction de), *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance, 1996.
- Institut de Veille Sanitaire, *Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH. Un regard sur les consultants. Enquête nationale juin/juillet 1999*, Saint-Maurice, InVS, 2000, 64 p.
- Institut de Veille Sanitaire, *Sida, VIH et MST. Etat des lieux en 2000*, Saint-Maurice, InVS, 2000. 16 p.

- Institut suisse de droit comparé, *AVIS 99-121c du 7 janvier 2000. Use of narcotic Drugs in Public Injection Rooms Under Public International Law*, 5 p. [Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.drugtext.org.articles.useroomavis.html>]
- Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sixième rapport de synthèse 1996-1998*, Lausanne, IUMSP/UEPP, 1999, 116 p.
- Jacob (Elisabeth), Joubert (Michel), Touzé (Sylviane), *Evaluation des Points écoute jeunes et/ou parents*, OFDT/RESSCOM, octobre 2000.
- Jauffret (Marie), « Les médecins généralistes et la prise en charge des usagers de drogues », *SWAPS*, n° 11, février-mars 1999, pp. 7-8.
- Jauffret (Marie), *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, document du GDR 1106, n° 6, Paris, CNRS, juillet-septembre 2000, 88 p.
- Jean (Jean-Paul), « L'usage de drogues en prison. Entre logique de contrôle et logique sanitaire », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 93-106.
- Johnson (Rolley E.), Chutuape (Marry Ann), Strain (Eric C.), Walsh (Sharon L.), Stitzer (Maxine L.), Bigelow (George E.), « A Comparison of Levomethadyl Acetate, Buprenorphine, and Methadon for Opioid Dependence », *The New England Journal of Medicine*, volume 343, n° 18, 2 novembre 2000, pp. 1290-1297.
- Katlama, Gastaut, Molina, Cotte, De Truchis, Piketty, Bideault, « Résultats de l'enquête IPOTHES 1999 », *Décryptages Actualités VIH*, numéro spécial, 2000.
- Killias (Martin), « Consommation de drogue et criminalité parmi les jeunes dans une perspective internationale », *Les délinquants usagers de drogues et le système pénal. Période qui court du premier contact avec la police jusqu'au jugement inclus. Actes du séminaire de Strasbourg*, Groupe Pompidou, 12-14 octobre 1998 [disponible en ligne : http://www.pompidou.coe.int/penal/penal_fr001.html].
- Kral (Alex H), Bluthenthal (Ricky N), Lorvick (Jennifer), Gee (Lauren), Bacchetti (Peter), Edlin (Brian R), « Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA : risk-factors analysis », *The Lancet*, volume 357, 5 mai 2001, pp. 1397-1401.
- Labrosse-Solier (Nicole), Pachabézian (Vincent), « Usages de drogues et réduction des risques », *Rompre le silence. Durban, XIII^e conférence internationale sur le sida*, numéro spécial *ANRS Information, Le Journal du sida et de la Démocratie sanitaire, Transcriptase*, automne 2000, pp. 56-58.
- Lalande (Aude), Grelet (Stany), *Pratiques de la substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative*, *EPID 92 – ARES 92*, 1999. 129 p.
- Lapeyre-Mestre (Maryse), Llau (Marie-Elise), Damase-Michel (Christine), Montastruc (Jean-Louis) et alii, « Les ordonnances suspectes comme indicateur d'abus et de pharmacodépendance », *le Courrier des addictions*, tiré à part du vol. 2, n° 1, mars 2000, pp. 27-29.
- Lebeau (Bertrand), « La réduction des risques et l'esprit des lois », *Psychotropes*, volume 3, n° 4, décembre 1997, pp. 145-159.
- Lequet-Slama (Diane), « Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens », *Document de travail*, n°4, Paris, DREES-MES, septembre 2000, 35 p.
- Lert (F.), Candiller (Ch), Imbert (E.), Belforte (B.), « Pratiques de protection des usagers de drogues et exposition au risque de transmission du VIH », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°50, 11 décembre 1995.
- Lert (France), « Mortalité et toxicomanie », *SWAPS*, n°11, janvier-mars 1999, pp. 9-10.

- Lert (France), « Que penser du Subutex® ? », *Ville Hôpital. Le bulletin des réseaux*, n° 18, mai 99, pp. 6-7.
- Lert (France), Pinel (Patrice), Corphie (Patricia), « Les groupes d'entraide », *Actes de la rencontre européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues*, Paris, 1994, pp. 96-99.
- Lhomme (Jean-Pierre), « Substitution et sortie de la dépendance », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 48-49.
- Luneau (Dominique), « Bernard Kouchner « réfléchit » à l'interdiction de vente aux mineurs », *Le Monde*, 31 mai 2001.
- Maset (Miguel), « La prescription d'héroïne : une alternative pour les toxicomanes », *Alter Ego*, n° 29, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 8-9.
- Martineau (Hélène), Gomart (Emilie), Politiques et expérimentations récentes sur les drogues aux Pays-Bas, OFDT, février 2001 [Note de synthèse dactylographiée], 5 p.
- Matter (Etienne), *Rapport national sur la substitution*, Paris, ASUD, octobre 2000 [document dactylographié].
- Mauger (Gérard), « Soigner ou punir ? Les traitements des toxicomanies en France (1970-1990) », in Becker (Howard S), *Qu'est-ce qu'une drogue ?*, Anglet, Atlantica, 2001, pp. 141-160.
- McKeganey, « Le contexte social du comportement à risques des utilisateurs de seringues », *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris, ANRS, 1998, pp. 81-98.
- McKeown (Cecile), « School Drug Education : Policy Position Paper for the Australian Professional Society on Alcohol and other Drugs », *The APSAD Letter*, volume 3, n° 2, avril 1998. [Cet article est disponible en ligne à l'adresse Internet suivante : <http://www.lindesmith.org/library/apsad2.html>].
- MENRT, « Repères pour a prévention des conduites à risques », volumes 1 et 2, *Bulletin Officiel de l'Education Nationale*, n°9, 4 novembre. 1999.
- Merikangas (Kathleen R), Mehta (Rajni L), Molnar (Beth E), Walters (Ellen E), Swendsen (Joel D), Aguilar-Gaziola (Sergio), Bijl (Rob), Borges (Gulherme), Caraveo-Anduaga (Jorge J), Dewit (David), Kolody (Bohdan), Vega (William A), Wittchen (Hans-Ulrich), Kessler (Ronald C), « Comorbidity of Substance Use Disorders with Mood and Anxiety Disorders : Results of the International Consortium In Psychiatric Epidemiology », *Addictive Behaviors*, volume 23, pp. 893-907, 1998.
- Merino (Petra Paula), « Drug use in the EU prisons », *Fourth European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Lisbonne, European Network for AIDS and Hepatitis in Prison [résumé d'auteur], 2000.
- MILDT, *Drogues. Savoir Plus. Livret de connaissances. Drogues et usages : les dispositifs publics*, CFES/MILDT, décembre 1999.
- MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001)*, Paris, La Documentation Française, 1999. 226 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Sida et hépatite C, les chiffres clés*, Paris, Flammarion, 2000. 86 p.
- Mino (Annie), « La politique genevoise dans le cadre fédéral », *Cahiers de recherches et de documentation*, n° 111.5, 1995. [disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.presidenciarepublica.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/i2.html>].
- Mino (Annie), « Les PEPS à la croisée des chemins », *SWAPS*, n° 11, février-mars 1999, pp. 4-6.
- Mino (Annie), *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne*, Berne, OFSP, 1990, 211p.

- Moatti (Jean-Paul), Souteyrand (Yves), Prieur (Annick), Sandfort (Theo), Aggleton (Peter) et alii, *Aids in Europe. New challenges for the social sciences*, London, Routledge, 2000. 268 p.
- Moatti, Carrieri, Spire, Gastaut, Cassuto, Moreau et alii., « Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprénorphine drug maintenance treatment », *AIDS*, vol. 14, 2000, pp. 151-155.
- Moreau-Gruet (Florence), Coda (Paola), Gervasoni (Jean-Pierre), « Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH », *Raisons de santé*, n° 57, 2000.
- Morel (Alain), « Les intervenants en toxicomanie et la loi de 1970. La fin d'un compromis historique », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 81-91.
- Murat (Guillaume), « L'affaire Labarre », *Interdépendances*, n° 35, octobre-décembre 1999, pp. 6-10.
- Nelles (Joachim), Harding (Timothy), « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *The Lancet*, volume 346, 9 décembre 1995, pp. 1507-1508.
- Nickels (Christa), « Maßnahmen der Schadenminimierung in der deutschen Drogenpolitik », discours prononcé à la *Conférence ministérielle du Groupe Pompidou* des 11, 12 et 13 octobre 2000 à Sintra, Portugal [disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.bmggesundheit.de/reden/sintra/htm>].
- Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, *Rapport d'observation 2000*, Paris, ODSE, 2001.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne – 2000*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2000. 50 p.
- Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes. Etude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, Paris, ORS Ile-de-France, mars 1997, 65 p.
- OFDT, *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999.
- OFDT, *Tendances Récentes. Rapport TREND*, Paris, OFDT, mars 2000. 98 p.
- Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants, *Usage et trafic de stupéfiants, statistiques 1999*, Paris, Ministère de l'Intérieur, 2000. 109 p.
- Office fédéral de santé publique, *Les traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 1999*, 13 septembre 2000. [document dactylographié].
- Organisation des Nations Unies, *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, New York, ONU, 1977.
- Organisation des Nations Unies, *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988*, New York, ONU, 1991.
- Organisation des Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants*, New-York, ONU, 1961.
- Organisation des Nations Unies, *Rapport de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants pour 2000*, New-York, ONU, 2001, 86 p. [Téléchargeable en ligne : <http://www.incb.org/f/ar/2000/menu.htm>].
- Organisation des Nations Unies, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999*, New-York, ONU, 2000, 78 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, *World Health Organization Guidelines on HIV infection and AIDS in Prison*, Genève, OMS, 1993.
- ORS-PACA, *Prévalence des pratiques à risques en milieu carcéral: une étude pilote à la maison d'arrêt des Baumettes*, Marseille, ANRS-CEE, juin 1997, 153 p.

- Palle (Christophe), Tellier (Sergine), « Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997 », *Etudes et Résultats*, n° 59, DREES-Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, avril 2000.
- Parquet (Pr. Philippe-Jean), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997. 107p.
- Parquet (Pr. Philippe-Jean), « Quelques repères pour les actions de prévention », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 17-18.
- Peretti-Watel (Patrick), « Comment les Français se représentent-ils les usagers d'héroïne ? », *Tendances*, n°8, juin 2000.
- Pérez-Diaz (Claudine), « Alcool et délinquance », *Tendances*, n°9, OFDT, novembre 2000, 4 p.
- Pol (Stanislas, Pr.), « Prise en charge des patients co-infectés par le VHC et par le VIH », *Livre blanc 1999/2000 hépatite C et co-morbidités*, Neuilly, Roche Pharma, 2001.
- Prieur (Cécile), « Le traitement des héroïnomanes mis en cause par une décision de justice », *Le Monde*, mardi 27 juillet 1999, p. 8.
- Questel (Franck), Diamant-Berger (Odile), « Toxicomanie et garde à vue », *Médecine légale hospitalière*, vol. 3 n° 1, 2000, pp. 23-26.
- Raynal (Florence), « Education pour la santé en milieu pénitentiaire. Un nouvel outil pour l'insertion », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2217, 1^{er} juin 2001, pp. 19-20.
- Retailaud-Bajac (Emmanuelle), « L'usager de drogues devant la loi pénale dans l'entre-deux guerres » », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 25-47.
- Rioufol (Jean-François), « La politique gouvernementale de réduction des risques », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 51-53.
- Robert (Didier), « A quand les programmes de substitution injectable ? », *Alter Ego*, n° 29, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 6-7.
- Roques (Pr. Bernard), *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues ». Rapport du Professeur Bernard Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé*, 1998. 197p.
- Rotily (Michel), Galinier-Pujol (Anne), Obadia (Yolande), Moatti (Jean-Paul), Toubiana (Pierre), Vernay-Vaisse (Chantal), Gastaut (Jean-Albert), « HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons », *AIDS*, vol. 8, 1994, pp. 1341-1344.
- Rotily (Michel), Obadia (Yolande), Galinier-Pujol (Anne), Vernay-Vaisse (Chantal), « Les besoins de santé des détenus et les pathologies spécifiques : hépatites virales et infection à VIH », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, janvier - mars 1997, pp. 103-108.
- Rotily (Michel), Weilandt (Caren), « Risk behaviour and HIV infection in European prisons », *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*, London, Routledge, 2000, pp. 149-164.
- Rousseau (Elisabeth), « La réforme de l'organisation des soins aux personnes détenues : les textes et leur mise en œuvre », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, janvier - mars 1997, pp. 73-81.
- Roy (Philippe), « Trop de détenus polytoxicomanes manquent de soins », *Le Quotidien du Médecin*, 26 janvier 2001.
- Schild (Jörg) et alii, *Rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants à l'attention de la cheffe du département fédéral de l'intérieur*, Berne, Office fédéral de la santé publique, 1996. 84 p.
- Setbon (Michel), « Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage. », *Revue Française de Science Politique*, vol. 5, n° 45, octobre 1995, pp. 747-774.

- Setbon (Michel), Calan (Jeanine de) – CNRS/GAPP, *L'injonction thérapeutique. Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, coll. « Etudes » OFDT n° 21, Paris, OFDT, 2000.
- Simmat-Durand (Laurence), « Les obligations de soins aux toxicomanes. Cadre législatif, évolutions réglementaires et statistiques », *Psychotropes*, vol. 3, n° 3, décembre 1997, pp. 127-144.
- Simmat-Durand (Laurence. Sous la direction de), Cesoni (Maria Luisa), Goyaux (Nathalie), Kletzen (Anne), Martineau (Hélène), Jasor (Sylvia), *L'utilisateur de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*, collection « Etudes et données pénales » n° 77, Guyancourt, CESDIP-CNRS, 1998. 2 tomes, 509 p.
- Simmat-Durand (Laurence), *La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation*, Paris, L'Harmattan, 2000, 222 p.
- Six (Caroline), Hamers (Françoise), Brunet (Jean-Baptiste), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993 à juin 1998*, Saint-Maurice, Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida, 1999. 98 p.
- Spire (Bruno), Moatti (Jean-Paul), « Au-delà de l'observance : les recherches socio-comportementales sur l'impact des multithérapies anti-rétrovirales », *Transcriptase*, n° 83, mai 2000.
- Storogenko (Marianne), « Le Subutex® : une approche de substitution intéressante mais pas sans risques », *SWAPS*, n° 11, février-mars 1999, pp. 11-12.
- Sueur (Christian), Gauthier (Patricia), Montana (Anne-Lise), Papadakou (Evi), « A l'ombre des peupliers. Réflexions juridico-sanitaires et cliniques à propos des toxicomanes incarcérés », *Psychotropes*, vol. 3, n° 4, décembre 1997, pp. 161-199.
- Sueur (Christian), Lazarus (Antoine), Molla (Alain), « Sida, prison et justice », *Actes de la rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogue*, Paris, Mairie de Paris, février 1994, pp.88-95.
- Tassin (Jean-Pol), Doray (Bernard), Fuhrer (Rebecca), Mormède (Pierre), *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*, collection « Question en santé publique », Paris, INSERM, 2000, 115 p.
- Tortay (Isabelle), Morfini (Hélène), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. Novembre 1999*. DGS/DHOS, 2000 [note dactylographiée].
- Tortay (Isabelle), Morfini (Hélène), Parpillon (Colette), Bourdillon (François), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. Mars 1998*. DGS/DH, 1999 [note dactylographiée].
- Tourette-Turgis (Catherine), Rébillon (Maryline), *Infection VIH – Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral*, Paris, Comment Dire, 2001, 139 p.
- Vincenzi (Isabelle de), « Travail sexuel : facteurs de risque et prévention du risque », *Transcriptase*, numéro 64, mars-avril 1998.
- Wieviorka (Sylvie), « La place du sevrage dans la prise en charge thérapeutique », *La Santé de l'homme*, n° 334, 1^{er} semestre 1998, pp. 46-48.
- Williams (Paul), *Progress of the National Drug Strategy : Key National Indicators. Evaluation of the National Drug Strategy 1993-1997. Statistical Supplement*, Canberra, Commonwealth of Australia, 1997, 196 p.

Table des matières

LES RISQUES LIÉS AUX USAGES DE DROGUES COMME ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE	1
PROPOSITIONS POUR UNE REFORMULATION DU CADRE LÉGISLATIF	1
INTRODUCTION.....	3
LES TRANSFORMATIONS DES RISQUES LIÉS AUX USAGES DE DROGUES	3
1) LES FREINS ET OBSTACLES À LA PRISE EN COMPTE DES RISQUES LIÉS AUX USAGES DE DROGUES.....	9
A. LA PERSISTANCE DES PRÉJUGÉS SUR LES USAGERS DE DROGUES.....	9
1. <i>Les usages de drogues correspondent à des expériences diversifiées.....</i>	9
2. <i>Les usagers de drogue constituent une population hétérogène sur de nombreux plans</i>	11
B. DES REPRÉSENTATIONS PARTIELLES DES RISQUES VÉCUS PAR LES USAGERS	16
1. <i>Des risques sanitaires multiples.....</i>	16
2. <i>Le rôle des usagers de drogues dans la prise en charge des risques sanitaires</i>	21
3. <i>Des consommations largement remodelées dans un contexte de précarisation accrue des usagers de drogues.....</i>	24
4. <i>Une prise en compte insuffisante de l'ensemble des risques perçus par les usagers.....</i>	25
C. DES ORIENTATIONS PUBLIQUES AMBIGUËS.....	27
1. <i>La permanence du double registre d'action des autorités politiques.....</i>	27
2. <i>Le VIH, un facteur de réorientation des politiques publiques vers la réduction des risques</i>	29
3. <i>Un dispositif légal ambivalent.....</i>	30
CONCLUSION PRÉLIMINAIRE	36
2) ETAT DES LIEUX SUR LA PRISE EN CHARGE DES RISQUES LIÉS AUX USAGES DE DROGUES.....	39
A. UNE APPROCHE RÉPRESSIVE LARGEMENT REMISE EN CAUSE.....	39
1. <i>Des interpellations d'usagers toujours plus nombreuses dont la cible n'est pas prioritairement le risque sanitaire</i>	39
2. <i>Une consommation importante de drogues illicites</i>	42
3. <i>Des filières traitement pénal très imparfaites</i>	42
4. <i>L'incarcération des usagers de drogues</i>	44
5. <i>Une volonté d'amendement de la loi du 31 décembre 1970 qui la vide de sens et/ou accentue le caractère hétérogène de sa mise en œuvre.....</i>	48
B. LE DISPOSITIF SANITAIRE : MARQUÉ PAR D'IMPORTANTES PROGRÈS, IL SOUFFRE DE CLOISONNEMENTS ET DE CONTRADICTIONS.....	53
1. <i>L'injonction thérapeutique et les obligations de soins : bref bilan.....</i>	53
2. <i>Un accès aux soins nettement amélioré</i>	56
3. <i>Un dispositif trop souvent cloisonné qui contribue aux lacunes dans la prise en charge.....</i>	60
4. <i>Les limites des choix en matière de substitution</i>	61
5. <i>Des blocages dans la prise en charge.....</i>	67
C. L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET LES ACTIONS DE « PREMIÈRE LIGNE » : DES LACUNES DEMEURENT	71
1. <i>De nombreuses initiatives et une diversification des formes de réponse</i>	72
2. <i>Un engagement et des habitudes variables des collectivités locales et territoriales.....</i>	74
3. <i>Adaptation de la réduction des risques et rôle des usagers</i>	74
4. <i>Un dispositif incomplet et partiellement inadapté aux nouveaux risques</i>	76
D. UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE ALÉATOIRE	77
1. <i>Vers une vision commune des stratégies de prévention ?</i>	77
2. <i>Des initiatives qui restent à confirmer</i>	79
3. <i>Une prévention sans cadre réglementaire, des moyens insuffisants, des décalages insurmontables entre les objectifs.....</i>	82
4. <i>Contradiction entre principes légaux et logiques de prévention.....</i>	84
CONCLUSION PRÉLIMINAIRE	87
3) ANCRER LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES AU CŒUR DE L'INTERVENTION PUBLIQUE.....	89

A. ACCORDER LA PRIORITÉ À LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CONDUITES À RISQUE.	89
1. <i>Mettre en place les dispositifs permettant de formuler et de systématiser les démarches de prévention.</i> ..	89
2. <i>Inscrire la prévention dans un cadre réglementaire précis</i>	91
3. <i>Favoriser les conditions de déroulement de la prévention secondaire</i>	92
4. <i>Modifier une loi qui dissuade les démarches de prévention</i>	93
B) FAIRE DE LA RÉDUCTION DES DOMMAGES LIÉS À CERTAINS USAGES UN PILIER LÉGAL DE L'ACTION PUBLIQUE	
.....	94
1. <i>Inscrire l'impératif de réduction des risques dans la loi</i>	94
2. <i>Créer une véritable culture de réduction des risques</i>	95
3. <i>Abandonner des distinctions et des règles rigides au profit de dispositifs souples de prise en charge</i>	96
4. <i>Perfectionner la stratégie de réduction des risques</i>	97
C. INSCRIRE LES SOINS DANS LE DROIT COMMUN.....	104
1. <i>Les usagers de drogues, usagers du système de santé</i>	104
2. <i>Modifier les dispositions en matière d'obligations de soins</i>	105
3. <i>Les soins des usagers et de leurs souffrances</i>	106
4. <i>Accroître l'effort de coordination</i>	108
D. ORIENTER L'ACTION RÉPRESSIVE SUR LES RISQUES LIÉS À CERTAINS USAGES PLUTÔT QUE SUR LE CONTRÔLE	
DES USAGERS DE STUPÉFIANTS.....	108
1. <i>Lutter contre la marginalisation et la précarisation des usagers</i>	109
2. <i>Inscrire dans la loi le rôle des autorités de sécurité publique et de Justice dans la réduction des risques</i>	
.....	110
3. <i>Promouvoir par la loi les critères et des distinctions claires pour guider l'action répressive</i>	110
4. <i>Adapter les réponses pénales en fonction des risques sanitaires et sociaux</i>	118
CONCLUSION.....	121
AVIS ET RECOMMANDATIONS	125
ANNEXES.....	135
ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTIONS SANITAIRES ENVISAGEABLES AUX DIFFÉRENTS STADES DE	
LA PROCÉDURE PÉNALE EN L'ÉTAT ACTUEL DE LA LÉGISLATION	137
ANNEXE 2 : DROIT INTERNATIONAL EN MATIÈRE DE STUPÉFIANTS.....	138
ANNEXE 3 : HYPOTHÈSE D'UNE DÉPÉNALISATION DE L'USAGE DES STUPÉFIANTS : IMPLICATIONS JURIDIQUES	
.....	140
REMERCIEMENTS	146
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	147
TABLE DES MATIÈRES	159

Le présent document a été adopté par le Conseil national du sida, à la majorité des membres réunis en assemblée plénière sous la présidence du Professeur Jean-Albert Gastaut, le 21 juin 2001.

Un conseiller, M. Jacques Pasquet, a voté contre l'adoption de ce document final. Malgré l'accord de ce conseiller avec l'esprit général du rapport, en particulier sur la nécessité de confirmer l'engagement dans une stratégie de réduction des risques et de modifier certains aspects de la législation, ce vote exprime son opposition aux deuxième, troisième et sixième recommandations au législateur figurant à la suite de l'Avis.

En définitive, le Docteur Pasquet est opposé à la levée de l'interdiction légale de l'usage privé de toutes les drogues, apparente liberté qui pourrait favoriser la consommation et conduire en fait à une aliénation contraire au principe fondamental des Droits de l'Homme et de respect de la dignité humaine.

Deux conseillers se sont abstenus, Mmes Christiane Basset et Catherine Leport. Ce vote exprime leur accord avec l'esprit et la réflexion du rapport, mais leur désaccord sur les points 2 et 3 des recommandations au législateur.

Il leur semble, en effet, que la limite entre ce qui doit être pénalisé et ce qui ne doit pas l'être, devrait se fonder non pas sur le caractère privé ou public de l'usage, mais sur la distinction entre les usages à risque, dangereux pour la santé individuelle et collective, et les usages non à risque.³⁰⁸

³⁰⁸ Ces remarques ont été rédigées à la demande des conseillers concernés et sous leur contrôle.