
Eléments d'histoire sur la politique de réduction des risques en France

Au Canada et en Suisse, on parle de réduction des méfaits, en France de réduction des risques. La France s'est centrée sur une réduction des risques infectieux et a promu une vision médicalisée de la réduction des risques. La réduction des méfaits englobe l'approche des risques sanitaires tels que les infections virales mais aussi les conséquences sociales de l'usage de drogues.

Il apparaît donc plus juste de parler de réduction des méfaits ou dommages que de réduction des risques. Le risque pris n'entraîne pas inéluctablement un dommage effectif. Les risques ne sont pas seulement sanitaires, ils sont aussi sociaux (violence, accidents, ruptures familiales ou sociales, perte d'emploi...).

Le concept de réduction des dommages suppose qu'il est acquis que le comportement qui entraîne les dommages ne peut être radicalement supprimé. Dès lors qu'un consensus existe sur ce point, mettre en place une politique publique qui a pour objectif de réduire autant que possible ces dommages relève du simple bon sens. Si cette question a fait débat en France mais aussi dans de nombreux autres pays, c'est qu'aucun consensus n'existait sur le caractère irréaliste d'une éradication totale de la consommation de drogues.

La prohibition reste en effet, et sans doute pour longtemps, le cadre législatif international sans d'ailleurs que les critères d'interdiction soient précisément définis : « est stupéfiant, tout produit classé stupéfiant » disent les conventions que la France a ratifié comme la plupart des pays du monde. En 1998, l'assemblée générale de l'Onu a adopté une résolution visant à réduire de façon substantielle, voire à « éliminer » avant 2008, la production, le trafic et l'abus des drogues. Malgré l'échec évident de cette politique éradicatrice, le discours a peu changé.

Dans un tel contexte, la politique de réduction des dommages a été vécue comme une manière de baisser les bras alors qu'elle n'est nullement contradictoire avec une politique déterminée visant à réduire le nombre des consommateurs et l'intensité de leur consommation.

Le risque ou le dommage n'est pas seulement pour le consommateur lui-même mais aussi pour autrui : risque de contamination mais aussi risque lié à certains comportements associés à la prise de produits (accidents de la route, violences ou agressions). Ainsi, l'interdiction de la consommation d'alcool au volant est

une politique de réduction des risques. De même, le développement des programmes de substitution a entraîné entre autres effets bénéfiques une baisse très significative de la délinquance associée.

Le dommage peut être indirect : on peut calculer le coût pour la solidarité nationale de la consommation de drogues (personnel mobilisé, prestations versées...) ⁷⁸. Toute diminution de ce coût peut être considéré comme un bien pour la collectivité publique.

Système Français : un terrain peu propice à la réduction des risques

La France est caractérisée par une faible culture de santé publique et une approche plus individuelle que collective et plus curative que préventive. Pour notre système de santé, qu'il s'agisse des structures ou des acteurs, il était donc difficile d'imaginer des réponses préventives et collectives et non immédiatement curatives.

S'ajoute à cette première difficulté, une approche très moralisante de la politique de lutte contre les addictions qu'on pourrait résumer ainsi : chacun est responsable de sa consommation et de ses abus. Il est donc normal qu'il en subisse les conséquences.

Le terrain était donc peu propice à la mise en place rapide d'une politique de réduction des risques. Cette observation est d'ailleurs corroborée par les comparaisons internationales.

Deux catégories de pays se dégagent :

- les pays ayant une tradition de santé publique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suisse, pays nordiques). Dès l'apparition du sida, les mesures de réduction des risques se sont rapidement imposées aux professionnels de manière évidente et pragmatique et ont été mises en œuvre à partir de 1985 ;
- les autres pays (notamment France et États-Unis) qui n'ont pas de tradition de santé publique et une approche moralisante des questions d'addiction. Dans ces pays, ce sont les associations et les militants qui ont imposé la mise en œuvre des mesures de réduction des risques.

Bref rappel historique

L'histoire des politiques de lutte contre les drogues en France explique en grande partie cette situation.

Lorsque, au début des années 1970, le problème de la consommation des drogues a commencé à émerger comme un problème majeur de société, les

418 78. Voir les travaux de Pierre Kopp sur le coût social des drogues licites et illicites.

pouvoirs publics n'avaient aucun savoir-faire. Ils ont donc fait confiance à quelques psychiatres, conduits par Claude Olievenstein, qui commençaient à s'intéresser aux usagers d'héroïne et ont été à l'origine de la création des premiers centres : Marmottan et l'Abbaye à Paris.

C'est ainsi que les pouvoirs publics se sont laissés convaincre que la toxicomanie était une pathologie spécifique qui nécessitait un dispositif de soins spécifique, totalement distinct de celui qui existait déjà pour les alcoolodépendants. C'est sur cette base que s'est construit un système de prise en charge entièrement financé par l'État et garantissant des soins anonymes et gratuits à tous ceux qui en faisaient la demande. L'action des centres de soins créés à partir des années 1970 reposait sur une approche essentiellement psychologique et psychanalytique fondée sur la recherche très exigeante de l'abstinence. Cette période a été marquée par le rejet absolu de toute autre forme de prise en charge (étaient exclus notamment les communautés thérapeutiques ou l'approche cognitivo-comportementale).

La culture professionnelle des intervenants en toxicomanie était forte et homogène. Dans la mouvance de l'anti-psychiatrie, elle cultivait également une certaine marginalité tant à l'égard de la psychiatrie traditionnelle que des intervenants sociaux.

Cette situation est assez singulière, si on la compare à celle d'autres pays européens : cloisons étanches entre les structures et intervenants en toxicomanie et tous les autres intervenants sociaux ou médicaux ; choix et défense d'un seul modèle de prise en charge pour les usagers de drogues illicites.

Histoire d'un aveuglement

Au début des années 1980, le système est conforté aussi bien par les pouvoirs publics qui font confiance aux experts que par les médias. Personne ne voit que de nombreux usagers échappent au système de soins, soit parce qu'ils sont trop pauvres, soit parce qu'ils vont trop mal pour formuler une demande, soit parce qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas devenir abstinents.

On ne voit donc rien venir. Pourtant, plusieurs éléments auraient du alerter. D'abord l'évolution du profil des usagers : ce n'était plus les rebelles des années 1970 mais de plus en plus, des exclus du système social en situation de grande précarité. Ensuite, on a vu arriver dans les hôpitaux et les prisons des usagers de drogues qui n'avaient jamais rencontré le système de soins⁷⁹.

Le modèle a explosé à la fin des années 1990 avec la catastrophe sanitaire qu'a représentée l'épidémie de sida. C'est à cette époque que sont arrivés dans les hôpitaux de nombreux héroïnomanes déjà malades et qui n'avaient jamais été pris en charge. Une partie des professionnels a alors pris conscience qu'il était urgent d'offrir aux usagers qui ne pouvaient ou ne voulaient pas devenir

79. Étude Ingold dans les prisons, 2006.

abstinents des programmes de prévention et de prise en charge à bas seuil d'exigence (des lieux d'accueil apportant aux usagers en grande difficulté une aide à la vie quotidienne, un accès au matériel stérile d'injection et une possibilité d'orientation sanitaire et sociale). Le milieu des intervenants en toxicomanie, jusque là assez homogène, s'est profondément et douloureusement clivé autour de ces orientations. Celles-ci se sont heurtées par ailleurs à de lourdes résistances dans tous les milieux : résistance des décideurs politiques qui craignaient qu'elles soient interprétées comme un encouragement à la consommation ; résistance de la police et de la justice qui estimaient que ces mesures étaient en contradiction avec la loi ; résistance enfin de certains intervenants en toxicomanie qui étaient convaincus que les usagers de drogues ne se serviraient pas des mesures proposées.

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics ont pris les premières mesures de réduction des risques. Un décret de 1987 a autorisé la vente libre des seringues en pharmacie, abrogeant ainsi un décret qui limitait l'accès aux seringues et qui avait été adopté en 1972 sous l'impulsion de Claude Olievenstein. Des programmes d'échange de seringues et des structures d'accueil à bas seuil d'exigence ont été développés, de manière expérimentale et relativement inégale sur le territoire.

La suite est connue. Elle a largement donné tort aux sceptiques. D'une part, les usagers se sont immédiatement emparés de ces mesures de prévention. D'autre part, celles-ci n'ont entraîné aucune augmentation de la consommation.

Développement chaotique des traitements de substitution

Dans le même temps, et au nom des mêmes croyances, les traitements de substitution ont rencontré l'opposition d'une partie des intervenants en toxicomanie et d'une partie du corps médical. Ces derniers estimaient en effet qu'on ne pouvait sérieusement soigner en substituant un produit à un autre et sans demande explicite d'abstinence de la part du patient.

Pourtant dès 1987, plusieurs études étrangères démontraient sans ambiguïté l'intérêt et l'efficacité des programmes de substitution. Le premier projet en France, celui de la clinique Liberté porté par Didier Thouzeau débute en 1989 mais il faut attendre 1992 pour que la Direction générale de la santé sollicite les structures de soins (CSST) afin qu'elles mettent en place des « programmes méthadone ». Le développement de ces programmes, fondé sur le volontariat est inégal et limité, malgré la décision de la Direction générale de la santé d'assouplir les contraintes, à partir de 1994. À titre d'exemple, en Seine-Saint-Denis, département marqué par une surreprésentation d'usagers d'héroïne en grande précarité, il n'y avait toujours en 1996 aucun « programme méthadone ».

La lenteur du développement des « programmes méthadone » a conduit, dans le même temps, un certain nombre de médecins généralistes militants à

prescrire de la buprénorphine faiblement dosée (Temgesic) en dehors des indications usuelles de prescription. Un laboratoire pharmaceutique s'est rapidement saisi de cette opportunité et a développé un produit de substitution à base de buprénorphine fortement dosé, le Subutex. C'est grâce à ce produit, mais surtout grâce au militantisme des médecins pionniers que les traitements de substitution ont concerné rapidement la très grande majorité des héroïnomanes.

Aujourd'hui, le bénéfice du développement des traitements de substitution, qui a changé durablement la vie des usagers d'héroïne, n'est plus contesté.

Réduction des risques : des mesures d'aménagement à la marge plus qu'une politique publique

Les résultats des mesures de réduction des risques ont été spectaculaires : baisse des overdoses, amélioration de l'état de santé des usagers, baisse de la délinquance associée, diminution de la contamination par le VIH...

Cependant, si quelques responsables politiques ont porté ces mesures, ils étaient à l'exception des Verts, assez marginaux dans leur formation. Dans l'ensemble, elles sont restées mal comprises des non spécialistes et n'ont pas fait l'objet du large consensus qu'on aurait pu attendre au regard des résultats.

Les réticences et oppositions qui ont entravé le début du développement des mesures de réduction des risques ont marqué durablement l'organisation du système. Ces mesures sont restées des mesures d'aménagement isolées, à la marge, liées dans l'imaginaire collectif à un certain militantisme. Elles ne se sont pas intégrées dans le système de santé publique, de prévention et de soins de droit commun, qui n'en a donc pas été durablement modifié.

Quelques exemples

En 1986, une circulaire du ministère de la Santé recommande de ne pas prendre en charge les soins liés au VIH sur les crédits toxicomanie. Elle précise que le « traitement du sida et la prise en charge des toxicomanes sont deux objectifs de santé publique distincts ».

Dans le même temps, la plupart des intervenants en toxicomanie refusent d'intégrer les programmes de réduction des risques dans les CSST (Centres de soins aux toxicomanes), préférant les laisser à la marge du dispositif de soins, sans que les pouvoirs publics ne songent à imposer quoi que ce soit.

Les lieux d'accueil à bas seuil reposent pendant longtemps sur le militantisme de quelques uns sans bénéficier de la programmation et des moyens habituellement consacrés à des programmes de santé publique.

Les médecins qui ne veulent pas prescrire de traitement de substitution revendiquent l'application d'une « clause de conscience » sans que personne ne songe à le contester.

Les expériences de coopération avec la police pour éviter les interpellations à proximité des dispositifs de réduction des risques sont restées expérimentales et discrètes alors justement qu'elles auraient dû faire l'objet d'un engagement fort des pouvoirs publics.

Plan triennal de lutte contre les drogues et la toxicomanie de 1999 : une reconnaissance institutionnelle de la politique de réduction des risques

Le plan triennal de 1999 que j'ai préparé lorsque j'étais présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt) a tenté d'intégrer la politique de réduction des risques dans une politique interministérielle plus globale. Il était fondé sur les principes suivants :

- les programmes de réduction des risques se sont mis en place « à bas bruit » sans faire l'objet d'un soutien politique affirmé. Il est donc essentiel de les intégrer clairement dans la politique publique de prévention et de soins aux usagers de drogues ;
- il faut élargir la notion de réduction des dommages au-delà du risque infectieux et envisager tous les dommages liés à la consommation de tous les produits (notamment l'alcool et les psychotropes), ce qui implique de s'intéresser aux violences liées à la consommation de produits ou à l'insécurité routière ;
- les usagers les plus marginalisés ne demandent rien et ne sont pas connus du système de soins. Il faut donc aller au devant de ces usagers en leur offrant des services à bas seuil d'exigence.

L'approche « réduction des risques » doit être intégrée dans tous les lieux fréquentés par les usagers de drogue : médecins généralistes, structures de soins, hôpitaux, prisons... C'est donc plus une « approche », une « méthode » qui doit irriguer tous les acteurs qu'un dispositif.

La politique pénale de lutte contre le trafic et la détention de stupéfiants doit être compatible avec les exigences de la réduction des risques. Une circulaire du ministère de la Justice de juin 1999 a demandé aux parquets d'éviter les interpellations à proximité des lieux d'accueil des usagers et de ne pas retenir le port d'une seringue comme une présomption d'usage.

Les usagers doivent être consultés sur les politiques qui les concernent et associés aux messages de prévention.

Cette approche n'a pas été réellement remise en cause par les deux plans suivants et la réduction des risques est aujourd'hui un acquis consacré par la loi. Les programmes en résultant restent cependant accessoires à la politique de soins et ne sont pas totalement intégrés à la politique globale de santé publique.

En conclusion, le développement rapide d'une politique de réduction des risques dépend en grande partie de l'environnement : existence ou non d'une politique de santé publique ; existence ou non d'un consensus sur les politiques de lutte contre les drogues ; existence ou non d'une politique de prévention.

La législation n'est pas le principal obstacle à la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques. D'abord parce que, compte tenu des conventions internationales, la marge de manœuvre législative est limitée. Ensuite et surtout parce que les procureurs de la république ont la possibilité de faire une application de la loi qui privilégie l'approche de santé publique pour les usagers et réserve les poursuites pénales aux faits de trafic. Si ce n'est pas le cas aujourd'hui, c'est plus parce qu'il n'existe pas de consensus autour d'une telle politique que parce que la loi ne l'autorise pas. C'est aussi pour des raisons qui ont peu de liens avec la politique publique de lutte contre les drogues et notamment parce que la pression statistique qui pèse sur les services de police les conduit à multiplier les interpellations d'usagers.

Plus la culture de santé publique est développée, plus les mesures prises prennent du sens et sont donc efficaces. Les programmes de réduction des risques ne peuvent être conçus dans un ghetto.

C'est parce qu'elle avait des réflexes de santé publique que la Grande-Bretagne a développé dès 1985 des mesures de réduction des risques. Dès 1987, cette politique a d'ailleurs été portée politiquement puisque le Premier Ministre déclarait « le sida est plus dangereux que l'usage de drogues ». Une telle déclaration était impensable en France.

Plus la culture de prévention est développée, plus le consensus autour des mesures prises est fort. Or, en France la prévention primaire autour des questions d'éducation à la santé, de citoyenneté et d'usage des substances psychoactives reste embryonnaire. Les Pays-Bas ou les pays scandinaves qui développent une prévention systématique et continue dès la maternelle ont de bien meilleurs résultats que la France en terme de prévention de l'usage nocif et même de l'usage simple (les jeunes néerlandais consomment moins de cannabis que les jeunes français).

La transparence et la fiabilité des informations contribuent à la construction des consensus. Elle permet à chacun de se réapproprier rapidement les messages de réduction des risques. En France, la méfiance reste encore grande à l'égard des messages émis par les pouvoirs publics faute d'un effort de communication cohérent et continu qui se poursuit au-delà des alternances politiques.

On ne peut pas mener de politique de réduction des risques efficaces à l'égard des usagers sans les écouter, dialoguer avec eux et les associer aux mesures prises. En France, nous avons tardé à le comprendre alors que les néerlandais avaient encouragé une représentation des « junkies » dès 1985.

Il est nécessaire d'aller au devant des usagers les plus fragiles sans attendre qu'ils fassent une demande. Même si cette idée a progressé dans les dix dernières années, elle n'a pas encore transformé l'organisation de la prévention et des soins autant que nous aurions pu l'espérer. Et cette question ne concerne pas seulement les usagers de drogues mais d'une manière générale les populations les plus démunies qui ne bénéficient d'aucune mesure de prévention et ne sollicitent des soins qu'en urgence lorsqu'ils sont gravement malades.

Il est indispensable d'articuler les politiques sanitaires avec les politiques sociales. Un individu ne se résume pas à sa consommation de produits : il a des problèmes de logement, de ressources, de travail, de délinquance... Sa consommation n'a pas que des conséquences sanitaires. Elle a aussi des conséquences sociales. Or, cette articulation est faible en France. La mise en place des Agences Régionales de Santé risque d'accroître encore le cloisonnement entre le social et le sanitaire.

Enfin, de telles politiques pour être durablement efficaces ne peuvent reposer que sur un consensus large, au-delà des clivages politiques. Elles ne peuvent pas être remises en cause à chaque alternance au risque d'entraîner méfiance, scepticisme et désengagement.

Nicole Maestracci

*Présidente de la Fédération nationale des associations d'accueil
et de réinsertion sociale*

*Magistrat, Présidente de la chambre à la Cour d'appel de Paris
Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue
et la toxicomanie de 1998 à 2002*