



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

POLITIQUE PUBLIQUE

FR

20/01/2011

**NOTE VALANT AVIS SUR L'IMPACT
DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES
SUR LA REDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX**

ADOPTÉE PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 20 JANVIER 2011

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida le 20 janvier 2011 à l'unanimité des membres présents.

SOMMAIRE

NOTE VALANT AVIS SUR L'IMPACT DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES SUR LA REDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX.....	3
Préambule.....	3
Une vulnérabilité sociale et sanitaire persistante.....	4
Une réduction des risques limitée.....	6
Des politiques répressives coûteuses, inefficaces au plan sanitaire.....	7
Un immobilisme préoccupant face aux nouveaux enjeux.....	8

Le document peut être téléchargé sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-01-20_nva_fr_politique_publique

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

NOTE VALANT AVIS SUR L'IMPACT DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES SUR LA REDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

PREAMBULE

En juin 2001, le Conseil national du sida présentait un rapport sur les politiques des drogues et adoptait un avis suivi de recommandations¹. Le Conseil dressait l'inventaire des freins au déploiement de la réduction des risques infectieux et suggérait une évaluation de la prise en charge des risques ainsi qu'une évolution des politiques relatives aux drogues illicites au regard de leur impact sur la stratégie de réduction des risques (RdR).

A l'occasion du quarantième anniversaire de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, le Conseil national du sida a souhaité faire le point sur les politiques relatives à la réduction des risques et plus largement sur les politiques de santé des drogues et des addictions en France. Le Conseil a organisé une journée d'étude en novembre 2010 et adopte ce jour une note valant avis.

Cette prise de position du Conseil intervient alors que des chercheurs de premier plan ont alerté les gouvernements et l'opinion dans une déclaration solennelle, dite Déclaration de Vienne², sur le risque d'une épidémie d'infections virales (VIH/sida, virus des hépatites B et C) en forte progression dans plusieurs régions du monde au sein de la population des usagers de drogues. Les chercheurs ont également souligné les limites sanitaires et sociales des politiques répressives à l'encontre des usagers de drogues et émis des recommandations.

Depuis la publication de l'avis du Conseil en 2001, plusieurs évolutions favorables au développement de la réduction des risques sont intervenues et ont eu une incidence sur la lutte contre le VIH/sida en France. En dépit d'avancées certaines, le bilan apparaît toutefois extrêmement nuancé.

Les politiques de réduction des risques ont été reconnues au plan français³ et international⁴. Selon la loi du 13 août 2004, la réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

L'offre de réduction des risques s'est élargie avec la distribution ou la vente, initiée en 1987, de quinze millions de seringues par an, en grande majorité dans des pharmacies de ville, le regroupement des structures de réduction des risques au sein de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)⁵, au nombre de 133, et la prise en charge de la réduction des risques dans une partie des quelques 500 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)⁶, centres médico-sociaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des personnes présentant une relation de dépendance notamment aux drogues.

¹ Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, 21 juin 2001.

² La Déclaration de Vienne a été rendue publique lors de la dernière Conférence internationale de lutte contre le VIH/sida en juillet 2010.

³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁴ WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injection drug users*, 2009.

⁵ Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique ; circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/0102-01-2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

⁶ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Les stratégies de réduction des risques, qui reposent sur l'information, sur l'accès au matériel d'injection stérile (seringues en vente libre, matériel d'injection stérile Stéribox®, programmes d'échanges de seringues) et sur la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO), expliquent en grande partie **le ralentissement de la progression de l'épidémie d'infection à VIH** au sein de la population des usagers et usagers de drogues. La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse atteint 15% au début des années 2000 et 7% en 2008⁷. En 2008, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse a été estimé à 70.⁸ Ce nombre de nouvelles infections est relativement stable entre 2003 et 2008.⁹

Ce constat positif doit toutefois être nuancé. Tout d'abord, **les politiques relatives aux drogues n'ont pas entraîné de diminution de leur usage**. La consommation de cannabis, stabilisée à un niveau élevé, connaît une légère baisse depuis les années 2002-2003¹⁰, principalement chez les jeunes¹¹. L'usage des drogues illicites demeure précoce¹² et celui-ci se banalise, y compris en milieu de travail ordinaire¹³. En outre, la consommation de plusieurs autres substances illicites augmente. Depuis 2000, la diffusion de l'usage de cocaïne sur le territoire français ne cesse de s'élargir¹⁴ alors que l'héroïne est de plus en plus disponible¹⁵ et expérimentée¹⁶, après une diminution d'usage à la fin des années 1990.¹⁷ L'évolution des prix médians de la cocaïne, de l'héroïne et de l'ecstasy est à la baisse entre 2000 et 2009.¹⁸

Ensuite, **les politiques publiques n'ont pas permis d'améliorer significativement la situation des usagers de drogues**. Il persiste une frange de population en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire importante pour laquelle l'offre de réduction des risques apparaît insuffisante. La transmission des virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) demeure conséquente chez les usagers de drogues injectables (UDI), en dépit d'un fléchissement observé depuis le début 2000¹⁹. En 2004, le nombre de personnes séropositives au VHC dans la population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans et ayant utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse ou nasale était établi à 105 000 (40 000 – 154 000)²⁰.

La co-infection VIH-VHC apparaît tout autant préoccupante : neuf usagers de drogues positifs au VIH sur dix le sont également au VHC²¹ et la prévalence de cette co-infection en France demeure l'une des plus élevées d'Europe²².

UNE VULNERABILITE SOCIALE ET SANITAIRE PERSISTANTE

Le nombre d'usagers de drogues dits problématiques²³, c'est-à-dire usagers par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines, compris entre 210 000 et 250 000 en France **serait en hausse²⁴**. Ces usagers

⁷ Selon DRESS-UDVI, Recap-UDVI, Prelud UDVI, Ena-CAARUD UDVI, Coquelicot UDVI. Inserm Expertise collective, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Editions Inserm, 2010.

⁸ Le Vu S., « Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 », *BEH*, n° 45-46, 30 novembre 2010.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances* n° 66, juin 2009. Chez les adolescents de 17 ans, l'expérimentation, l'usage récent et l'usage régulier de cannabis sont en baisse depuis les années 2002-2003. L'usage quotidien demeure stable.

¹¹ Beck F. et al., « Les niveaux d'usage de drogues en France », *Tendances*, n° 48, mai 2006. Chez les 26-64 ans, l'expérimentation de cannabis a augmenté entre 2000 et 2005. Chez les 18-64 ans, l'usage récent est demeuré stable et l'usage régulier a connu une augmentation significative au cours de la même période.

¹² Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances, op.cit.*

¹³ Le Comité national consultatif d'éthique a été saisi par la MILDT sur les questions éthiques posées par le dépistage de l'usage de substances illicites en milieu professionnel.

¹⁴ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances, op.cit.* La prévalence de l'expérimentation de cocaïne à 17 ans triple entre 2000 et 2008.

¹⁵ Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS), *Les prix des stupéfiants en France en 2009*, décembre 2009.

¹⁶ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances, op.cit.*

¹⁷ Gandilhon M. et al., « Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 », *Tendances*, OFDT, n° 73, décembre 2010.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Bello P.-Y. et al., « L'état de santé des usagers problématiques ». in Costes J.-M. (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, op.cit.*

²⁰ Meffre C. et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, InVS, 2007.

²¹ Larsen C. et al., « Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+ », France, *BEH*, juin 2004. pp. 109-112.

²² Amin J. et al., « HIV and hepatitis C coinfection within the CAESAR study », *HIV Medicine*, vol. 5, n° 3, mai 2004, pp. 174-179.

sont en majorité masculins, relativement âgés, poly-consommateurs et en situation de vulnérabilité sociale. La moitié des usagers qui a fréquenté les structures de réduction des risques en 2008 est affiliée à la couverture maladie universelle (CMU), perçoit un revenu social et connaît des conditions de logement instables²⁵.

Les observations témoignent, par ailleurs, de la progression de populations jeunes, peu au fait de la réduction des risques : d'une part une population socialement insérée présente notamment en milieu festif « techno », d'autre part une population précaire, soit en situation d'errance, soit établie dans des zones péri-urbaines ou rurales et marquée par une féminisation croissante²⁶.

Ces populations, souvent en situation de souffrance chronique et cumulative, physique et psychique, se trouvent particulièrement exposées aux risques sanitaires et notamment infectieux.

En dépit de la baisse de la progression de l'épidémie d'infection à VIH/sida chez les usagers de drogues, **la prévalence des maladies infectieuses apparaît élevée dans ces populations**. Le taux des nouvelles contaminations par le VIH/sida chez les usagers de drogues injectables de 18 à 69 ans est, en 2008, 18 fois supérieur à celui de la population du même âge hétérosexuelle.

L'exposition des usagers de drogues au VHC demeure extrêmement forte. Une enquête multi-ville, réalisée parmi près de 1 500 usagers de drogues ayant sniffé ou injecté une fois dans leur vie, recrutés dans les services d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues et dans des cabinets de généralistes, établit la prévalence du VHC à 60%²⁷.

Le nombre de nouveaux cas d'infections au VHC au sein de la population des usagers de drogues ces six dernières années n'est pas connu. Entre 1994 et 2004, le nombre de nouveaux cas aurait été compris entre 500 et 4 200 par an et connaît une tendance à la baisse.²⁸ L'usage de drogues par voie intraveineuse restait en 2007 la première source de contamination par le VHC et les usagers de drogues représentaient la majorité des personnes récemment dépistées positives au VHC²⁹.

Les modes d'administration des drogues susceptibles d'accroître très notablement le risque de transmission des maladies infectieuses persistent. La baisse de la pratique de l'injection par voie intraveineuse dans les années 2000³⁰ est relative. La part de la prévalence de l'injection au moins une fois dans la vie, mesurée dans les structures de première ligne diminue, de façon marginale, de 70% en 2002 à 64% en 2008³¹. En outre, un accroissement du recours à l'injection, concentré sur certains sites et chez des populations très désinsérées, a été signalé au milieu des années 2000³².

Les pratiques à risque en lien avec l'injection sont importantes. Ainsi, en 2008, un usager injecteur sur 4 vu en CAARUD avait partagé un élément du matériel d'injection au cours du mois passé (la seringue dans 10% des cas) et ce partage était en augmentation par rapport à 2006.³³ Les pratiques qui présentent un risque spécifique au regard du risque de transmission du VHC se maintiennent : injection en groupe avec partage du petit matériel³⁴, injection dans des espaces insalubres peu adaptés, injection de cocaïne dont le caractère compulsif accroît l'exposition au risque.³⁵

²³ EMCDDA (European monitoring centre for drugs and drug addiction), *EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: prevalence of problem drug use*, EMCDDA, 2004.

²⁴ Costes J.-M., *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006*, OFDT, 2009.

²⁵ Cadet-Tairou A. et al., *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Jauffret-Roustide M. et al., « A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design », *BMC Infectious Diseases*, vol. 9, n° 113, juillet 2009 ; Jauffret-Roustide M. et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *BEH*, n° 33, pp. 244-247.

²⁸ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, *op.cit.*

²⁹ Brouard C. et al., « Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2008 », *BEH* n° 20-21, 2009, pp. 199-204.

³⁰ OFDT, *Drogues et dépendances, données essentielles*, 2005.

³¹ Cadet-Tairou A. et al., *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, *op. cit.*

³² *Ibid.*

³³ Cadet-Tairou A., « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n° 74, décembre 2010.

³⁴ Kamili S et al., « Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature », *Infection Control Hospital and Epidemiology*, n° 28, pp. 519-52, 2007. Le virus maintenu hors de l'organisme humain conserve son pouvoir infectant pendant au moins 16h.

³⁵ Girard G. et Boscher G., « Les pratiques d'injection en milieu festif. État des lieux en 2008. Données issues du dispositif TREND de l'OFDT », *TREND Tendances récentes et nouvelles drogue*, OFDT, décembre 2009.

Ces tendances sont d'autant plus inquiétantes que les nombres de primo consommateurs d'héroïne à 17 ans et de consommateurs de cocaïne à 17 ans ont triplé entre 2000 et 2008.³⁶

Plusieurs populations semblent particulièrement exposées aux risques sanitaires, les populations en situation de précarité, les populations jeunes, en particulier les primo-injecteurs, les personnes détenues pour lesquelles le dispositif de réduction des risques apparaît limité (cf. *infra*) et les femmes. Dans un contexte marqué par l'augmentation de la part des femmes dans le nombre de cas de sida en France³⁷, les femmes rapportent davantage de conduites à risques ces dix dernières années³⁸, notamment la relation avec un partenaire sexuel injecteur régulier, l'injection par autrui, le partage du matériel d'injection. Le partage se déroule le plus souvent au sein du couple³⁹ et le risque apparaît d'autant plus significatif que les femmes s'injectent après leur partenaire⁴⁰.

UNE REDUCTION DES RISQUES LIMITEE

Les dispositifs de réduction des risques, particulièrement développés en France, présentent néanmoins plusieurs limites. Tout d'abord, les centres de réduction des risques ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire. Vingt-six départements ne disposent pas de CAARUD et deux départements ne disposent ni de CAARUD ni de CSAPA. Ensuite, la palette des outils de réduction des risques reste limitée.

En 2007, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont été mis à disposition d'environ 130 000 personnes dont 80% sont traitées par buprénorphine haut dosage et 20% par méthadone⁴¹. Si l'accès aux TSO paraît dans l'ensemble relativement satisfaisant, il ne faut pas méconnaître la réalité des mésusages (injection de buprénorphine, usage hors protocole médical, utilisation en association avec d'autres produits) qui seraient toutefois en baisse dans les années 2000⁴².

En outre, **les propositions de TSO demeurent insuffisamment diversifiées**. Ainsi, l'héroïne médicalisée, c'est-à-dire la prescription d'héroïne avec une prise supervisée et réservée aux personnes présentant une dépendance sévère aux opiacés, n'est pas autorisée en France. Par ailleurs, le recours aux sulfates de morphine n'a pas été évalué en France et son autorisation d'usage ne repose sur aucun texte réglementaire susceptible d'offrir un cadre protecteur tant pour les médecins que pour les usagers. Enfin, la buprénorphine inhalable et la buprénorphine injectable sont aujourd'hui encore en phase d'essai.

Les enjeux liés à la réduction des risques en faveur de certaines populations, notamment **les femmes, les jeunes, les personnes sous main de justice** ne sont pas suffisamment pris en compte. La politique de réduction des risques en faveur des personnes sous main de justice est incomplète. **Les personnes détenues usagères de drogues ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre**, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES)⁴³. Elles ont un accès à l'eau de Javel, mais sa distribution n'est pas systématique, ni accompagnée de l'information utile en terme de réduction des risques⁴⁴. De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH⁴⁵ et très faible pour celle du VHC⁴⁶. Les personnes détenues bénéficient également d'un accès aux TSO, mais celui-ci, bien qu'offre

³⁶ Legleye S. et al., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, *op.cit.*

³⁷ Lot F., « Epidémiologie du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles chez les femmes », *Médecine Sciences*, n° 24, 2008, pp. 7-19.

³⁸ Vidal-Trecan G. et al., « Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC », *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, n° 46, 1998, pp. 193-204 ; Jauffret-Roustide M. et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socioanthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France », *BEH* n°10-11, 2009, pp. 96-99

³⁹ Jauffret-Roustide M. et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socioanthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France », *op.cit.*

⁴⁰ Frajzngier V. et al., « Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode », *Drug Alcohol Dependence*, n° 89, 2007, pp. 145-152.

⁴¹ Canarelli T., Coquelin A., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007*, OFDT, 2010.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Conseil national du sida, *Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires*, 10 septembre 2009.

⁴⁴ Programme Pri2de cité in Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, *op.cit.*

⁴⁵ WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action Technical Papers*. World Health Organization, 2005.

⁴⁶ Hagan H. et al. « Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? », *Epidemiology*, n° 14, 2003, pp. 628-629.

à 9% des personnes détenues, est très inégal : plusieurs établissements déclarent ne pas initier de TSO⁴⁷ et certains recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution)⁴⁸.

Cet accès limité est extrêmement préoccupant. Une grande partie des usagers de drogues suivis dans le cadre des structures thérapeutiques a connu au moins une incarcération dans sa vie⁴⁹. La prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1% pour le VIH, voisine de 3% pour le VHB et de 7% pour le VHC⁵⁰. Par ailleurs, les pratiques d'injection, comme l'attestent des données récentes, restent avérées en détention⁵¹ et le partage du matériel concerne une à trois personne(s) détenue(s) usagère(s) de drogues sur cinq⁵².

Enfin, en milieu libre, au titre de la réduction des risques, **les dispositifs destinés à encadrer l'injection ne sont pas privilégiés en France.** Les programmes d'éducation à l'injection demeurent expérimentaux et les centres d'injection supervisés (CIS) destinés à accueillir les usagers de drogues injectables afin de permettre une injection à moindre risque sous la supervision de personnels qualifiés n'ont pas été autorisés⁵³, y compris à titre expérimental. Depuis 2009, le dispositif a bénéficié de la mobilisation d'associations d'auto-support d'usagers de drogues, de lutte contre les maladies infectieuses et de professionnels de santé⁵⁴. Il suscite l'adhésion de la Fédération française d'addictologie⁵⁵ et l'opposition de l'Académie nationale de médecine⁵⁶. Sur la base des évaluations internationales établies à partir d'expériences menées dans plusieurs pays, l'Inserm précise, dans son expertise collective sur la réduction des risques⁵⁷, que les centres d'injection supervisés contribuent à atteindre les groupes à haut risque, à réduire les risques pour la santé, à améliorer la sécurité et l'accès aux soins des usagers et à diminuer les troubles à l'ordre public.

DES POLITIQUES REPRESSIVES COUTEUSES, INEFFICACES AU PLAN SANITAIRE

La France a renforcé ces dernières années la répression des usagers simples de drogues. En vertu de trois conventions internationales⁵⁸, les Etats signataires, dont la France, répriment le trafic de produits stupéfiants (détention, achat, distribution ou mise en vente) par des sanctions pénales lourdes de privation de liberté. S'agissant de l'acquisition et de la culture de produits stupéfiants pour usage personnel, les Etats conservent, selon plusieurs interprétations des textes internationaux⁵⁹, la possibilité de ne pas adopter de sanctions pénales. Aussi, plusieurs Etats de l'Union européenne ont retenu cette option en faisant évoluer leur législation dans les années 1990 et 2000⁶⁰. La France a maintenu des sanctions pénales à l'encontre de l'utilisateur, qui encourt jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros

⁴⁷ Canarelli T, Obradovic I., *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.* OFDT, 2008 ; Programme Pri2de cité in Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

⁴⁸ Michel L., Maguet O., *L'organisation des soins en matière de traitements de substitutions en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution*, 2003 ; Programme Pri2de cité in Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

⁴⁹ Jauffret-Roustide et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », *op.cit.* ; Toufik A., « Profils et pratiques des usagers de drogues ENA-Caarud, enquête nationale des usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques », OFDT, 2008.

⁵⁰ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

⁵¹ Programme Pri2de cité in Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

⁵² Rotily M., « Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalences des pratiques : synthèse » in Stankoff S., Dherot J. (dir.), *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral*, direction de l'administration pénitentiaire, direction générale de la santé, 2000 ; Jauffret-Roustide et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », *op.cit.*

⁵³ Communiqué du Premier ministre, 11 août 2010.

⁵⁴ Auto-support des usagers de drogues (ASUD), Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITeA), SAFE, Act Up - Paris, SOS Hépatites, Gaïa, « Une salle de consommation à moindre risques à Paris ? », Communiqué du 19 mai 2009.

⁵⁵ Fédération française d'addictologie, « Salles de consommation à moindre risque », Communiqué du 15 mars 2010.

⁵⁶ Académie nationale de médecine, « A propos d'un projet de création en France de "salles d'injections pour toxicomanes" », Communiqué du 11 janvier 2011.

⁵⁷ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

⁵⁸ Nations unies, Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

⁵⁹ OEDT, *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques*, 2005.

⁶⁰ Espagne, Italie, République Tchèque, Portugal, Irlande, Luxembourg, Belgique.

d'amende. Elle a choisi, en outre, de diversifier sa réponse pénale pour éviter le classement sans suite et d'accentuer la répression devenue beaucoup plus systématique.⁶¹

Le nombre de condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) a doublé entre 2002 et 2008 et celui pour usage simple a quadruplé ces vingt dernières années. Les alternatives aux poursuites sont de plus en plus privilégiées pour les usagers simples mis en cause avec, dans 3 cas sur 4, un rappel à la loi ou un avertissement. Cependant, plus de 3 000 condamnations à une peine d'emprisonnement ferme pour usage simple ont été prononcées en 2008⁶². Cette évolution des procédures judiciaires à l'encontre des usagers de drogues illicites résulte de **l'augmentation spectaculaire du nombre d'interpellations** pour infraction à la législation sur les stupéfiants, multipliée par 60 depuis 1970 et par deux ces dix dernières années. La plus forte progression des interpellations concerne les usages simples, si bien que leur part dans les interpellations représente 86% de l'ensemble des procédures pour ILS en 2009.⁶³

Cette augmentation n'est pas la conséquence d'une augmentation de la consommation de drogues illicites⁶⁴ mais de **la politique de lutte contre l'insécurité urbaine**. Celle-ci entraîne l'accroissement des interventions policières de terrain à l'encontre des usagers et des petits trafiquants⁶⁵ et cible les infractions d'usage facilement élucidées et donc susceptibles de témoigner de l'efficacité des forces de police⁶⁶.

Le **coût des politiques répressives** relatives aux drogues illicites a donné lieu en 1998 à une estimation établie notamment à partir des crédits votés dans le cadre de la loi de finances de 1995⁶⁷. Le coût budgétaire des dépenses publiques imputables aux drogues illicites engagées par les services judiciaires, l'administration pénitentiaire, les douanes, la gendarmerie et la police nationale, les services des ministères des affaires étrangères et de la coopération et par la contribution de la France aux programmes européens s'élevait à 588,84 millions d'euros.⁶⁸ Aujourd'hui, il est à craindre que le coût de la politique répressive n'ait très fortement augmenté, sous l'effet conjugué de l'augmentation des interpellations (+ 93% depuis la date de l'évaluation) et des condamnations pour ILS ainsi que de la diminution des aménagements de peine et des classements sans suite dans les affaires d'usage simple⁶⁹.

A titre de comparaison, le **coût de la prise en charge et de la réduction des risques** des usagers de drogues s'est élevé en 2009 à 291 millions d'euros. Ce montant couvre les dispositifs en faveur de l'ensemble des usagers de drogues, y compris les usagers de drogues licites qui constituent une grande partie des bénéficiaires de l'action publique. Le coût du dispositif de CAARUD qui s'adresse plus spécifiquement aux usagers de drogues illicites s'élevait en 2009 à 30,8 millions d'euros.

UN IMMOBILISME PREOCCUPANT FACE AUX NOUVEAUX ENJEUX

En dépit d'une législation relative aux drogues défavorable et de la mise en place tardive des traitements de substitution aux opiacés, la politique de réduction des risques conçue en France dans les années 1990 a permis, face à la diffusion massive de l'héroïne et la multiplication des pratiques à risque, d'endiguer significativement l'épidémie d'infection à VIH/sida au sein de la population d'usagers de drogues injectables. Ces résultats témoignent de la forte mobilisation collective de nombreux acteurs, y compris des pouvoirs publics.

⁶¹ Obradovic I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, n° 72, novembre 2010.

⁶² 1 360 condamnations pour usage seul en infraction unique et 1750 pour un usage associé à d'autres infractions.

⁶³ OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2009*, 2010.

⁶⁴ Simmat-Durand L., « Aspects législatifs et réglementaires de l'usage et du trafic », in Jauffret-Roustide M. (dir.), *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation Française, pp. 47-82

⁶⁵ Faugeron C., Kokoreff M., *Sociétés avec drogues. Enjeux et limites*, Erès, 2002 ; Kokoreff M., « Le régime prohibitionniste et ses limites face aux transformations des pratiques sociales des drogues », in Colson R., *La prohibition des drogues. Regards croisés sur un interdit juridique*, Presses Universitaires de Rennes, 2005.

⁶⁶ Bauer A. (dir.), *La criminalité en France. Rapport de l'observatoire national de la délinquance*, CNRS Editions, 2009 ; Mouhanna C., Matelly J.-H., *Police, des chiffres et des doutes*, Michalon, 2007.

⁶⁷ Kopp P., Palle C., *Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts*, OFDT, 1998 ; Kopp P., Fenoglio P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, OFDT, 2000 ; Kopp P., Fenoglio P., *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*, OFDT, 2006.

⁶⁸ Seuls les coûts des services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) imputables aux drogues illicites n'ont pu être déterminés et pris en compte.

⁶⁹ Données pour la région parisienne. Obradovic I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, *op.cit.*

Aujourd'hui, **la mobilisation ne connaît pas une ampleur comparable**. Les pouvoirs publics ont conforté les dispositifs existants de réduction des risques en faveur des usagers de drogues mais peinent à mettre en place des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral et sont réticents à autoriser de nouvelles stratégies ayant pourtant montré leur efficacité dans d'autres pays, comme les centres d'injection supervisés (CIS) ou la prescription d'héroïne médicalisée. **Aucun nouveau dispositif de réduction des risques** n'a été adopté en dépit des recommandations des institutions internationales⁷⁰. Au surplus, la répression à l'encontre des usagers s'est considérablement accrue et n'a été accompagnée d'aucune évaluation de son impact réel sur la politique de réduction des risques.

Le Conseil questionne l'**impact de la politique répressive** à l'encontre des usagers simples **sur la consommation des drogues illicites** et sur le **fonctionnement optimal des dispositifs de réduction des risques**. Le Conseil note que l'augmentation des mises en cause pour usage n'a permis d'entraîner ni une hausse significative du prix des produits stupéfiants, ni une baisse de la consommation de drogues illicites. En revanche, la politique répressive est susceptible de renforcer la clandestinité des pratiques et la vulnérabilité des personnes, en particulier les usagers problématiques, et d'entraver l'évolution d'une offre de RdR pragmatique et adaptée sur l'ensemble du territoire.

Le Conseil national du sida s'interroge sur **l'efficacité réelle des mesures répressives extrêmement coûteuses** à l'encontre des usagers simples et lourdes de conséquences pour l'emploi des intéressés, inscrits dans les fichiers de police, même quand ils n'ont pas été condamnés, alors que les actions, en matière sanitaire et sociale en faveur des usagers problématiques, bien moins nombreux, restent insuffisantes.

Le Conseil national du sida souligne **la nécessité de renforcer et de diversifier à très court terme les dispositifs sanitaires et sociaux, notamment l'offre de réduction des risques infectieux**.

Il recommande par ailleurs de procéder à **l'évaluation des politiques relatives aux drogues** et en particulier de l'impact de l'interdiction de l'usage, de la détention, de la cession et du trafic de produits stupéfiants sur la stratégie de réduction des risques. Une telle évaluation devrait s'appuyer sur une expertise partagée, conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), dont la compétence est unanimement reconnue.

Enfin, au regard de cette évaluation, le Conseil invite les pouvoirs publics à examiner **l'opportunité d'une reformulation de la loi** en matière de stupéfiants en intégrant une analyse du traitement pénal des usagers de drogues illicites.

⁷⁰ WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injection drug users*, 2009; WHO, *Priority Interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, 2008 ; UNODC, WHO, ONAIDS, *Interventions to address HIV in prisons needle and syringe programmes and decontamination strategies*, 2007.