

**Mesures de réduction des risques
dans la loi santé de 2016:
où en est-on?**
Janvier 2023



Mesures de réduction des risques dans la loi santé de 2016: où en est-on?

La loi du 26 janvier 2016 «de modernisation de notre système de santé» comportait des avancées conséquentes en matière de sécurisation des dispositifs de réduction des risques liés aux usages de drogues.

Sept ans après, où en sommes-nous aujourd'hui?

L'inclusion des mesures de réduction des risques et des dommages (RdR) dans la loi de santé de 2016 a fait l'objet d'une mobilisation interassociative forte dans le but notamment que la réduction des risques ne se limite plus au seul champ du risque infectieux pour concerner l'ensemble des risques et des dommages, y compris sociaux, liés aux conduites addictives. Au bénéfice de tous (usagers, société...), il s'agissait d'inscrire officiellement dans le droit les mesures d'accompagnement qui avaient déjà fait leurs preuves chez nos voisins européens et lors de recherches-actions menées par des associations, comme AIDES et Médecins du monde.

Malheureusement, sept ans après, les déclinaisons concrètes peinent à venir: les pouvoirs publics semblent avoir bien du mal à appliquer une loi pourtant adoptée. Blocages politiques, décrets d'application non pris, financements non fléchés... La dynamique de réduction des risques que devait consolider et amplifier la loi de 2016 reste à ce jour un vœu pieux.

Ce document vise à faire le point sur l'application des actions de réduction des risques inscrites dans la loi. Nous revenons ainsi sur:

- **La difficile avancée des salles de consommation à moindre risque ou «haltes soins addictions», dispositif emblématique mais qui souffre de polémiques politiques ;**
- **les freins qui persistent à la mise en œuvre de la supervision des usages à moindre risques en l'état actuel des textes réglementaires;**
- **la complexité de la montée en charge des actions d'analyse de drogues en l'absence de directives claires de la part de l'État;**
- **l'impossible mise en œuvre de la réduction des risques en milieu carcéral.**

Sommaire

- 1. Les salles de consommation à moindre risque** page 4
 - 2. L'accompagnement des consommations dans les CAARUD et CSAPA** page 7
 - 3. L'analyse de drogues** page 8
 - 4. La réduction des risques en milieu carcéral** page 9
- Conclusion** page 10

1. Les salles de consommation à moindre risque

Ce que dit la loi de 2016

Le 8 octobre 2013, le Conseil d'État rendait un avis négatif au projet de décret autorisant l'installation expérimentale d'une salle de consommation à moindre risque, celle-ci méconnaissant alors « l'interdiction pénalement sanctionnée de l'usage de stupéfiant » prévue par la loi du 31 décembre 1970. Le Conseil d'État estimait alors que la loi pénale s'impose au code de santé publique qui disposait pourtant déjà (art. L3121-4) que la politique de réduction des risques « vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie ».

L'inscription des salles de consommation à moindre risque dans la loi de 2016 visait donc à donner une sécurité juridique à ce dispositif — déjà répandu dans de nombreux pays, avec des effets positifs largement prouvés — qui consiste à proposer à des consommateurs de drogues un espace sécurisé de consommation afin de limiter les risques pour leur santé et de leur proposer un accompagnement social et médical.

Ainsi, l'article 43 de la loi autorise « À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans » les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) désignés par arrêté du ministre de la Santé après concertation avec le maire de la commune à ouvrir « une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé » :

« Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques [...]. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place [...] sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins. »

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

L'historique des salles de consommation en France

- **Depuis les années 1980** : scènes ouvertes de consommation de drogues dans l'espace public à Paris
- **2009** : le « Collectif du 19 mai » installe une simulation de salle de consommation à moindre risque à Paris afin de faire émerger ce dispositif dans le débat public
- **2010** : l'[expertise collective de l'INSERM](#) sur la RdR chez les usagers de drogues rend un avis positif sur l'intérêt des SCMR sur la base des données internationales
- **2013** : le Conseil d'État met fin au projet d'ouverture d'une salle à Paris, concluant que le dispositif est contraire à la loi de 1970 sur les stupéfiants
- **2016** : l'expérimentation pour six ans des SCMR est inscrite dans la loi pour la modernisation de notre système de santé. Ouverture d'une salle à Paris et d'une autre à Strasbourg
- **2021** : Le [rapport scientifique d'évaluation des SCMR](#) constate l'impact positif du dispositif pour la santé des consommateurs, sans impact négatif sur la tranquillité publique. L'expérimentation des SCMR à moindre risque est prolongée de trois ans avec le nom « Halte soins addictions ».

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

La loi de 2016 prévoit ainsi une exception à la loi pénale à la fois pour les consommateurs dans une SCMR mais également pour les professionnels intervenant dans ce cadre. Elle est complétée par un cahier des charges des salles de consommation à moindre risque adopté par arrêté ministériel du 22 mars 2016.

Ce qu'il s'est passé depuis

Depuis l'adoption de la loi, seules deux salles de consommation à moindre risque ont pu ouvrir en France. Un chiffre qui contraste avec nos voisins européens: 10 espaces en Suisse (dont 4 à Zürich et 2 à Bâle), 25 en Allemagne (dont 5 à Hambourg, 4 à Francfort, 3 à Berlin), 16 aux Pays-Bas (dont 3 à Rotterdam), etc.

Pourtant, les deux salles ouvertes — à Paris et Strasbourg — ont largement prouvé leur utilité. L'évaluation scientifique menée par l'INSERM à la demande de la Mildeca et publiée en mai 2021 conclut ainsi que

« L'accès à ces structures permet d'améliorer la santé de ces personnes (baisse des infections au VIH et au virus de l'hépatite C, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses), et de diminuer les passages aux urgences. Des coûts médicaux importants sont ainsi évités. Les injections et le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public diminuent. L'évaluation ne met pas en évidence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles. »

Cette évaluation positive a permis le prolongement de l'expérimentation pour trois années supplémentaires, inscrit à l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale 2022, sous le nouveau nom de « halte soins addictions » ou HSA. Cette nouvelle disposition permet en outre l'ouverture de HSA par des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en plus des CAARUD ainsi que des espaces mobiles.

Mais même cet élargissement n'a pas permis l'ouverture de nouveaux espaces en plus des deux existants, malgré des besoins criants. Et la raison en est principalement politique.

Paris et Lille: quand l'État bloque

L'ouverture de salles de consommation à moindre risque ou haltes soins addictions a la particularité d'être soumise à deux validations: celle de l'État et celle de la commune. C'est une disposition unique pour un dispositif de santé publique et, dans bien des cas, les élus locaux sont un frein important comme nous le verrons plus bas. Mais, à Paris et Lille, c'est bien l'État qui s'oppose aux volontés locales.

Ainsi, la situation très médiatisée de Paris est bien connue: depuis plus de 30 ans, des scènes ouvertes de consommation de drogues existent dans la capitale. Stalingrad, « colline du crack », jardin d'Éole puis le square de Forceval à la porte de la Villette: les actions des forces de police sont insuffisantes à les résorber et l'ouverture de nouvelles HSA apparaît comme une évidente nécessité alors même que la salle existante ne suffit pas à répondre aux besoins. L'installation par la police en septembre 2021 d'une scène ouverte de consommation de crack porte de la Villette a fait

l'objet d'une attention particulière: en regroupant des consommateurs très précaires, elle a causé d'importants troubles à la tranquillité publique et a poussé des centaines de personnes dans des conditions de vie indignes et dangereuses pour leur santé, tout en rendant le travail des équipes médico-sociales particulièrement compliqué. Face à cette situation, les associations d'intervenants ont proposé, avec la Fédération Addiction et l'expertise du laboratoire Cermes de l'INSERM, un plan de résorption des scènes ouvertes prévoyant l'ouverture de 4 HSA dans l'agglomération parisienne inscrites dans un dispositif plus large d'hébergement, logement et d'accompagnement vers le sevrage pour les consommateurs pour lesquels cela est une possibilité et un choix. L'évacuation de la scène ouverte en 2022 a réduit les tensions mais cette opération, uniquement policière, n'a pas réglé les problèmes médico-sociaux auxquels sont confrontés les usagers. L'État ne semble à ce jour toujours pas disposé à ouvrir de nouvelles HSA à Paris malgré la volonté affichée de la mairie de Paris et d'élus de Seine-Saint-Denis.

À Lille, l'ouverture d'une HSA est également soutenue par les élus locaux. Un diagnostic local réalisé par le laboratoire Cermes et paru en 2021 a mis en évidence la présence significative de consommations dans l'espace public. Les six CAARUD lillois ont ainsi travaillé de concert avec l'agence régionale de santé et le CHU de Lille à la construction d'une HSA dans un lieu mis à disposition par la ville. Mais, fin 2021 et alors que les locaux étaient prêts et le personnel recruté, le gouvernement a mis son veto à l'ouverture de la salle. Le projet est aujourd'hui toujours bloqué malgré l'interpellation du gouvernement par la maire Martine Aubry fin 2022.

Ailleurs: entre volonté et hésitation des élus

Dans plusieurs villes où des besoins sont identifiés, l'ouverture de haltes soins addictions est retardée par les freins des élus:

- À Bordeaux, l'agence régionale de santé avait validé en 2018 le financement d'une salle au sein de l'hôpital Saint-André. Tandis que les travaux étaient planifiés, la mairie a décidé — malgré un engagement de principe sur la question dès 2015 — de retirer son appui au projet en l'état. Mais aujourd'hui, alors que la nouvelle municipalité est plutôt favorable à une ouverture, c'est la préfecture qui bloque...
- À Lyon, fin 2019, à l'initiative de nombreux acteurs de terrain locaux, la dynamique s'est accélérée au regard de la présence de nombreux lieux de consommations dans l'espace public, relevée notamment par un rapport TREND 2019, et de l'éventualité d'un changement de l'équipe municipale jusqu'alors opposée aux SCMR. Les acteurs lyonnais ont alors décidé de se mobiliser collectivement:

un poste de chargé de mission est financé au sein de l'un des CAARUD lyonnais par l'agence régionale de santé afin de coordonner l'élaboration d'un diagnostic partagé. Celui-ci confirme les besoins territoriaux et apporte des préconisations. La forte implication collective de l'ensemble des structures en addictologie est un atout important pour ce projet qui, à ce jour, recueille enfin un avis favorable des différents partenaires institutionnels sollicités.

- À Marseille, l'ancien maire Jean-Claude Gaudin s'était opposé à un premier projet en 2016 puis les élus ont changé de positionnement en 2019 : un diagnostic mené par l'équipe SESSTIM de l'INSERM et publié en 2020 a mis en évidence la nécessité d'une salle de consommation dans la ville. Le dispositif étant inscrit dans le programme électoral de la municipalité élue en 2020, le maire de Marseille a donné son accord par écrit, l'agence régionale de santé soutient le projet et un périmètre géographique pour implanter la salle a été identifié. Il reste à présent à lancer une concertation avec les habitants et commerçants du centre-ville. Mais pour finaliser le dossier, il manque encore aujourd'hui l'accord du maire du secteur concerné.

Avancer pour la santé des consommateurs et la tranquillité publique

On le voit, les haltes soins addictions sont prises en étau : dispositif de santé publique à l'efficacité prouvée, elles sont soumises à la double validation de l'État et des villes qui trouvent chacun trop souvent des raisons politiques (et non pas sanitaires) de s'opposer à leur déploiement... même là où les besoins locaux sont évidents et démontrés.

La Fédération Addiction plaide donc pour

- **La suppression du droit de veto des maires sur l'ouverture des haltes soins addictions : les HSA sont un dispositif de santé publique et donc de la responsabilité de l'État. Cela ne signifie pas d'exclure les élus locaux des concertations mais, au contraire, de leur donner un rôle consultatif central sans les mettre en première ligne de l'initiative (parfois difficile à expliquer en période électorale), dans la logique qui prévaut pour les autres dispositifs de santé.**
- **Le respect par l'État d'une procédure transparente, fondée sur les besoins identifiés sur un territoire donné : l'ouverture d'un dispositif de santé ne saurait être soumise à l'intervention ponctuelle de tel ou tel ministre. Les agences régionales de santé, en partenariat avec les autres services de l'État — y compris la police et la justice — doivent disposer de lignes directrices claires pour évaluer l'opportunité des dispositifs.**
- **La fin du statut expérimental des HSA et leur inscription dans le droit commun : le maintien de l'expérimentation est une source importante de précarité pour ces dispositifs et leurs équipes alors que toutes les évaluations scientifiques concluent à leur impact positif.**
- **La diversification des dispositifs permettant notamment l'ouverture de HSA « légères » et mobiles permettant à la fois de répondre aux besoins d'utilisateurs éloignés et de minimiser l'impact sur les riverains.**

2. L'accompagnement des consommations dans les CAARUD et CSAPA

Ce que dit la loi de 2016

On l'a vu, la loi de santé de 2016 a créé une exception pénale pour les salles de consommation à moindre risque afin qu'un professionnel y exerçant ne puisse «*être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants*». Mais l'article 41 de la loi a également créé l'article L3411-8 du code de santé publique qui dispose que la réduction des risques et des dommages comprend entre autres les actions visant à

«Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances [...] afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires.»

L'article précise en outre que «*L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.*»

Ce principe de supervision des comportements d'usage par les intervenants est une nouveauté qui ne figurait pas dans le référentiel de 2005 sur les actions de réduction des risques. En revanche, la question du statut juridique des produits n'étant pas réglée, l'introduction de substances classées stupéfiantes engage toujours la responsabilité de l'utilisateur et de la structure, l'excuse légale ne s'étendant aux usagers que dans les salles de consommation à moindre risque.

Ce qu'il s'est passé depuis

Selon une enquête de la Fédération Addiction, 63% des CAARUD connaissent des pratiques d'usage au sein de leur structure: de la canette d'alcool bue rapidement à l'injection de produits dans les sanitaires, les produits et la consommation sont présents dans la vie des structures. L'encadrement juridique de l'accompagnement des consommations — qui n'est pas une incitation à la consommation — est donc entré en 2016 dans le panel des outils de réduction des risques.

Pour les professionnels, il a plusieurs avantages: travailler avec les usagers sur la base de la réalité des gestes et rituels de consommation, sortir des situations d'exclusion et des tensions entre mandat professionnel et règlements des structures. L'accompagnement des consommations permet de réduire les risques d'épuisement et de tensions, en répondant de manière claire et cadrée à la question des consommations intra-muros.

La Fédération Addiction a publié une synthèse *Accompagner les consommations* à destination des professionnels de son réseau afin de proposer des pistes concrètes pour intégrer cet outil dans les pratiques des structures.

Toutefois, sept ans après l'entrée en vigueur de la loi, le décret d'application relatif à la supervision des usages n'est toujours pas paru. Un tel décret est pourtant nécessaire pour sécuriser les intervenants et leurs structures en précisant ce qu'est la supervision des usages et les pratiques qu'elle revêt.

3. L'analyse de drogues

Ce que dit la loi de 2016

Autre avancée de la loi de 2016, le nouvel article L3411-8 du code de santé publique reconnaît comme partie intégrante de la réduction des risques et des dommages les actions visant à

«Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.»

L'analyse de drogues est le fait d'analyser le contenu de drogues apportées par une personne ayant le souhait de les consommer ou les ayant déjà consommées, à sa demande et dans l'objectif de lui transmettre une information sur la composition du produit dans une démarche de réduction des risques et de promotion de la santé. Elle fait ainsi désormais l'objet d'une reconnaissance législative. Bien qu'il s'agisse là d'une avancée majeure — concernant un outil qui existe pourtant depuis plusieurs années — elle n'a pas été suivie d'une action publique à la hauteur.

Ce qu'il s'est passé depuis

Depuis 1999, Médecins du monde menait la «mission XBT», accompagnant les bénévoles et acteurs souhaitant pratiquer l'analyse de drogues dans un objectif de réduction des risques (à la différence de l'analyse à visée de veille sanitaire). Avec l'inscription de l'analyse de produits dans la loi, cette mission d'appui technique a été transférée vers un réseau d'acteurs: «Analyse ton prod'», qui réunit depuis 2019 sous la coordination de la Fédération Addiction les structures proposant ou souhaitant proposer l'analyse de drogues à leurs publics.

C'est ainsi aujourd'hui toujours la société civile qui structure ce dispositif de santé publique et qui veille à la diversité des acteurs le pratiquant, à l'application d'une démarche participative et à la qualité des pratiques. Car malgré l'inscription de l'analyse de drogues dans la loi en 2016, ce n'est que depuis 2022 qu'une feuille de route et un financement ont été accordés par le gouvernement à la Fédération Addiction pour l'animation du réseau. Mais à ce jour, aucune directive gouvernementale n'a encore été publiée malgré des annonces en 2021.

Cette inertie a des conséquences concrètes sur le déploiement de cet outil: il s'agit en effet d'un chantier conséquent, supposant pour les structures l'achat de matériels coûteux, l'embauche de personnels qualifiés pour les manier avec des coûts de formation et, pour le réseau, l'existence d'une base de données centralisant les résultats d'analyses à l'échelle nationale. Celle-ci n'est, à ce stade, pas financée. En l'absence de cadre national, chaque agence régionale de santé est aujourd'hui libre de financer ou non des dispositifs d'analyse de drogues, aboutissant à des inégalités d'accès selon les territoires.

4. La réduction des risques en milieu carcéral

Ce que dit la loi de 2016

Suite à la loi de santé de 2016, l'article L3411-8 du code de santé publique dispose désormais que :

« La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. »

Cet ajout va dans le sens du principe d'équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et milieu carcéral recommandé depuis 1993 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Compte tenu des vulnérabilités particulières des personnes détenues en termes de santé et des

risques directement liés aux conditions carcérales, ce changement législatif a été salué comme une avancée majeure par les organisations de terrain et leurs fédérations.

Pourtant, sept ans après la loi, force est de constater que l'application de ce texte est au point mort.

Ce qu'il s'est passé depuis

Alors que la loi prévoit l'existence de « modalités adaptées » pour l'application de la politique de réduction des risques aux détenus, à ce jour, aucun décret d'application ne vient les préciser. En l'absence de texte de cadrage et d'orientation nationale claire, le gouvernement n'a guère avancé dans ce domaine, certains acteurs niant ou minimisant la présence de drogues en prison, d'autres mettant en avant le prétendu risque que la présence de seringues ferait courir aux personnels, au mépris de toutes les données établies en la matière. Les différents groupes de travail mis en place par le gouvernement dans le cadre de la définition de la feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice 2023-2028 » n'ont, à ce jour, pas permis d'échanger sur ce sujet.

Conséquences : malgré quelques initiatives prises au niveau local, aucune politique nationale de réduction des risques en prison n'existe, aucun encadrement des mesures de réduction des risques ne fait l'objet d'un déploiement général... et les premières victimes en sont les personnes détenues parmi lesquelles les prévalences de maladies infectieuses (VIH et hépatites) sont six fois plus importantes qu'en population générale (enquête Prévacar, 2010). La sortie de la détention est de plus un moment particulièrement sensible aux risques de surdose. Mais les CSAPA référents qui interviennent en prison et qui ont un rôle primordial pour assurer la continuité des soins au

moment de la sortie sont trop souvent empêchés dans leurs missions : difficultés à rencontrer l'administration pénitentiaire pour définir les modalités d'intervention, impossibilité d'introduire du matériel de réduction des risques, locaux inadaptés pour assurer la confidentialité...

Les besoins sont pourtant nombreux et les actions identifiées : développer l'information, l'éducation et la communication auprès des détenus, vacciner contre l'hépatite B, mettre à disposition des détenus à risque de surdose de la Naloxone à la sortie de prison, rendre accessible la prophylaxie post-exposition, des préservatifs, des « roule ta paille », des pipes à cracks, du matériel d'injection...

Dans ce contexte, la Fédération Addiction et un collectif composé d'AIDES, ASUD, TRT-5 CHV, Médecins du monde, Nouvelle Aube, l'Observatoire international des prisons, le Syndicat de la magistrature et le Syndicat des avocats de France ont déposé un recours devant le Conseil d'État exigeant que, en application de la loi, un cadre réglementaire soit adopté afin que le droit des personnes détenues à l'accès à la réduction des risques soit respecté.

Conclusion

Si, sur le papier, la loi de modernisation du système de santé de 2016 a été une avancée significative en termes de réduction des risques et de reconnaissance de droits des usagers de substances psychoactives. Son application très partielle vient rappeler la difficile institutionnalisation et mise en pratique d'une approche dont la légitimité est sans cesse remise en cause en France.

Il est à ce stade essentiel d'aller au bout de ces mesures et de les rendre pleinement effectives. C'est une absolue nécessité pour permettre aux usagers d'accéder à cette offre efficace d'accompagnement et aux acteurs de terrain, de bénéficier enfin d'un cadre réglementaire clair pour les aider à agir et à innover.



Qui sommes-nous?

La Fédération Addiction,
le premier réseau d'addictologie
de France

**La Fédération Addiction regroupe 190 associations
représentant 800 établissements de santé de
prévention, soins, et réduction des risques ainsi que
plus de 500 acteurs de la ville**

FÉDÉRATION
ADDICTION

Prévenir
Réduire les risques
Soigner

104, rue Oberkampf 75011 Paris
Tél. : +33 (0)1 43 43 72 38
www.federationaddictions.fr