

MINISTERE DE LA SANTE ET DE  
L'ACTION HUMANITAIRE

REPUBLIQUE FRANCAISE

-----  
1, Place de Fontenoy-----  
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Paris le,

-----  
DIVISION SIDA

*n° 442*  
Personne chargée du dossier :  
Docteur Annie SERFATY  
Tél. : 46 62 43 15  
Fax : 46 62 43 14

**6 JUIL. 1992**-----  
SOUS-DIRECTION DE LA MATERNITE,  
DE L'ENFANCE ET DES ACTIONS DE  
SANTE

BUREAU 2D 92 . 329

Personne chargée du dossier :  
Mme Sylvie JUSTIN-KOZLOWSKI  
Tél. : 46 62 45 29

**NOTE****à l'attention du Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire**

**Objet :** Accessibilité au matériel d'injection dans le cadre de la politique de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues utilisant la voie injectable (UVDI).

Le problème "infection par le VIH liée à l'usage de drogues injectable" devient de plus en plus préoccupant en France. L'évolution des cas de SIDA liés à l'usage de drogues, le taux de prévalence de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues, leurs comportements face au partage de la seringue et à l'utilisation de préservatifs sont des indicateurs qui situent les usagers de drogues comme une des populations les plus à risque d'infection par le VIH.

Bien qu'en 1985 certaines actions d'information aient été mises en place et que la vente des seringues ait été libéralisée en 1987, l'analyse de la situation actuelle montre qu'il reste encore beaucoup d'efforts à accomplir concernant la prévention autant auprès des usagers de drogues que des professionnels.

La politique de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues met en jeu de nombreux rouages dans différents domaines d'intervention de l'Etat et aussi au sein des collectivités territoriales et de la société civile. Elle implique de nombreux acteurs, intervenants en toxicomanie, travailleurs sociaux, policiers, hospitaliers, médecins généralistes, magistrats,... Aujourd'hui, elle se trouve confrontée au problème répression/prévention.

## DONNEES DU PROBLEME

### **1 - Situation épidémiologique de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues.**

Les usagers de drogues utilisant la voie injectable (UDVI) sont la deuxième population exposée au risque de contamination par le VIH, après les homosexuels/bisexuels représentant 50,8 % (9614/18 926) des cas de SIDA cumulés au 31 mars 1992. Les cas de SIDA chez les UDVI représentent 21,5 % des cas (4 078).

L'ensemble des cas de SIDA liés à l'usage de drogues : les UDVI, les homosexuels/bisexuels ayant utilisé des drogues injectables, les hétérosexuels ayant eu des partenaires usagers de drogues, les enfants nés de parents usagers de drogues, représentent 4 826 cas, soit 25,5 % des cas de SIDA cumulés au 31 mars 1992.

Il existe de fortes disparités régionales : la proportion des UDVI parmi les cas de SIDA cumulés par région est la plus élevée en Corse (47,2 %), suivie de la région PACA (43,7 %) et de la région Aquitaine (31,1 %) [BEH, 1992 n°19].

L'incidence des cas de SIDA chez les usagers de drogues est en nette progression depuis 1985 (0,034% en 1985, 0,12% en 1986 et 0,82% en 1990). Le risque d'avoir un SIDA pour un UDVI en 1990 est de 0,82 % : un risque 2,5 fois supérieur à celui d'un homosexuel/bisexuel.

La prévalence de l'infection par le VIH chez les UDVI reste encore élevée : le pourcentage des usagers de drogues infectés ayant fréquenté les centres de post-cure pendant les deux premiers trimestres de 1990 est compris entre 35 % et 40 % [INSERM U-302]. La prévalence de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues est estimée entre 30 % et 42 % en 1989, trois fois supérieure à celle des homosexuels/bisexuels, et 2 000 à 6 000 fois supérieure à celle de la population générale [Rapport DGS/ANRS, 1990].

### **2 - Les actions déjà entreprises par les pouvoirs publics**

Une information aux intervenants en toxicomanie a été diffusée en juillet 1985 et en 1987, par le biais de circulaires [Circulaire DGS/713/1C/2D du 18-07-85, circulaire DGS/778/1C/2D du 26-07-85, circulaire DGS/555/1C/2D du 04-12-87 - BO 1991].

Une information aux personnels en milieu pénitentiaire a été diffusée en septembre 1985 par une circulaire conjointe Ministère de la Justice / Ministère de la Santé [circulaire J 36 du 05-09-85 - BO 1991].

Une formation nationale autour de la prise en charge coordonnée des usagers de drogues vivant avec le VIH a été mise en place dès 1987. Elle associe les professionnels de santé dans le champ du SIDA et de la toxicomanie [DAS-DGS].

La vente des seringues en officine a été libéralisée en mai 1987 pour une période test de un an, reconduite en août 1988 et pérennisée en août 1989 [décret n° 89-560 du 11-08-89].

Une formation sur les problèmes posés par le VIH a été réalisée en 1989-90 auprès de tous les professionnels des centres de soins pour toxicomanes avec hébergement.

Des recommandations sur la manière de mettre en place un système de collecte de seringues usagées ont été adressées à toutes les municipalités pendant l'été 1989 [Lettre MILT de juillet 1989, circulaire du O3-08-89].

Trois programmes de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues avec échange de seringues ont été mis en place en 1989 - 1990 pour une période expérimentale d'environ 15 mois : à Marseille, à Paris et en Seine Saint Denis (voir annexe). En 1992, le programme de Paris géré par Médecins du Monde et celui de la Seine Saint Denis géré par le Service Départemental de lutte contre la Toxicomanie ont été reconduits.

Depuis janvier 1992, la Division Sida, en collaboration avec le bureau 2D de la DGS, la Direction de l'Action Sociale et l'AFLS, a mis en place un groupe de travail relatif à l'extension des programmes d'échange de seringues/aiguilles. En avril 1992, un courrier a été adressé à toutes les DDASS pour développer des actions de prévention de l'infection par le VIH chez les UDVI, avec échange de seringues. A ce jour, 6 projets sont en cours d'élaboration (Grenoble, Montpellier, Orléans, Strasbourg, Toulouse, Marseille).

### 3 - Evolution des comportements chez les usagers de drogues

Les comportements relatifs au partage de la seringue ont tendance à évoluer vers des comportements de prévention : 41,5 % des UDVI de Jury-les-Metz ne pratiquaient plus l'injection entre fin 1985 et mi-1986, 59 % disaient ne plus pratiquer le partage ou presque jamais en 1990 [JACOB C.]. Certains disaient échanger les seringues moins souvent depuis leur mise en vente libre : 52 % des usagers de drogues rencontrés dans la rue déclarent n'utiliser que des seringues qu'ils ont achetées eux-mêmes et ne jamais les prêter [INGOLD R.].

Une étude récente en Lorraine montre que 51 % des 250 usagers de drogues interviewés ne pratiquent plus jamais le partage de seringue, 34 % exceptionnellement, et 5,5 % les empruntent encore régulièrement; en 1984, 5,5 % n'empruntaient jamais leur seringues. Cette même étude souligne que les toxicomanes séropositifs sont soucieux de protéger les autres : 90 % des toxicomanes qui se savent séropositifs ont changé leur comportement sexuel à risque (90,2 % des toxicomanes interrogés dans cette étude avaient pratiqué un test de dépistage).

Ces études montrent que les usagers de drogues qui partagent encore régulièrement ou occasionnellement leurs seringues sont plus marginalisés et ont un parcours judiciaire plus long. De plus, les usagers occasionnels utilisant la voie injectable sont une population vulnérable : ils ne disposent pas au moment "voulu" d'un matériel stérile.

D'autre part, la transmission du VIH est potentialisée par des facteurs psychosociaux aggravants : la dépendance au produit, la dépendance financière, le vécu dans l'illégalité vont inscrire l'utilisateur de drogues dans un mode de vie où le risque est présent au quotidien.

#### 4 - L'accessibilité au matériel d'injection

Des travaux ont montré que 68 % d'un échantillon de pharmaciens marseillais appliquent le décret de mise en vente libre des seringues et que 80 % des lecteurs du quotidien du pharmacien sont pour la vente libre des seringues et acceptent de les délivrer pour lutter contre le SIDA. Néanmoins, environ 20% voire plus sont encore réticents à vendre le matériel d'injection aux usagers de drogues pour des questions de morale, ou pensent que la mesure n'est pas utile. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le décret de mise en vente libre des seringues n'a jamais été accompagné d'une information et/ou d'une formation des pharmaciens, principaux médiateurs de cette mesure.

Si le circuit des pharmaciens est bien connu des toxicomanes, les pharmaciens sont peu accessibles après 20 heures, et ceci est encore plus vrai en dehors de Paris. Par ailleurs, les seringues ne sont accessibles qu'en pharmacies ou auprès de distributeurs agréés pour la vente du matériel médico-chirurgical tel le BHV. Aussi, la vente libre des seringues n'est accessible qu'aux personnes âgées de plus de 18 ans.

Une étude américaine réalisée à Baltimore entre 1988 et 1989, auprès de 2921<sup>1</sup> UDVI montre un taux de séroprévalence significativement inférieur chez les UDVI diabétiques (9,8%) par rapport à celui des UDVI non diabétiques (24,3%) à pratiques toxicomaniaques semblables (début de la prise de produits, fréquence des injections). L'effet protecteur du diabète par rapport à l'infection par le VIH s'explique par la plus grande accessibilité du matériel d'injection stérile et la moins grande crainte d'être arrêté pour possession de seringues pour usage de drogue [NIDA- USA].

L'accès aux moyens de désinfection, associé à une information spécifique est encore trop peu répandu. Pourtant, l'accès à l'eau de javel est universel et le coût est faible.

Les promoteurs des programmes de prévention doivent trouver un consensus avec les autorités locales pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions. Ainsi, une neutralité bienveillante des forces de police a pu être obtenue lors de la mise en place des trois programmes d'échange de seringues.

Le port de la seringue est considéré comme une présomption de délit : cet état de fait limite l'accès à l'échange, voire à l'approvisionnement en seringues stériles.

Aucune campagne d'information ciblée sur ce facteur de risque, à l'initiative des pouvoirs publics, n'a été menée à ce jour.

A ce jour, aucun indicateur ne permet de dire que la mise en vente libre de seringues ait contribué à augmenter le nombre d'usagers de drogues.

Ce constat est renforcé par des observations faites dans le cadre clinique :

La mise en vente libre des seringues depuis 1987 n'a pas été l'occasion d'une augmentation de la toxicomanie par voie intra-veineuse, mais semble plutôt avoir facilité l'accès aux soins des usagers (problèmes liés au VIH et ceux liés à la toxicomanie).

Il est admis par les intervenants en toxicomanie que ni le produit ni les moyens d'utilisation de ce produit ne font le toxicomane.

De nombreux exemples viennent étayer ce constat. Ainsi, les programmes d'échange de seringues ont permis d'entrer en contact avec un public qui ne fréquente pas actuellement le dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes. Si l'augmentation du nombre de toxicomanes fréquentant le réseau de soins ne peut être seulement attribuée à ces nouvelles pratiques, elles y contribuent néanmoins incontestablement.

Dans le cadre d'une politique globale de prévention du VIH auprès de la population des usagers de drogues, il conviendrait de rendre le matériel d'injection plus accessible.

### POLITIQUE DE PREVENTION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES (UDVI)

Le but de cette politique est de diminuer l'incidence des nouvelles infections à VIH liées directement ou indirectement à l'usage de drogues (utilisation du matériel d'injection, rapports sexuels non protégés, transmission de la mère au fœtus).

Ses deux objectifs principaux sont les suivants :

- \* Diminuer la proportion des usagers de drogues qui continuent à partager leurs seringues, à utiliser des seringues non stériles.
- \* Augmenter la proportion des usagers de drogues ou des partenaires d'usagers de drogues pratiquant le safer sexe.

D'autre part, il serait souhaitable de diminuer le nombre de seringues usagées, abandonnées dans les lieux publics.

#### Les actions à envisager :

- 1 - Promotion de la seringue à usage unique, à usage personnel :  
affichage dans des lieux plus ou moins médicalisés (pharmacies, salles d'attente des médecins, salles d'urgence hospitalière, dispensaires...) et dans des lieux non médicalisés (mairie, centres culturels, lycées, universités...).
- 2 - Renforcement de l'accessibilité au matériel d'injection stérile et aux moyens de désinfection.  
Rendre davantage visible la mesure de libéralisation de la vente dans les lieux de distribution (pharmacies) afin de sensibiliser les usagers de drogues qui partagent encore leur seringue.

Accompagner la vente de seringues, de dépliants d'information (comportements de prévention, liste d'adresses,...), de berlingots d'eau de javel, de préservatifs, lubrifiants: soit un kit de prévention.

**Les programmes d'échange de seringues sur les départements les plus touchés restent à développer.**

**3 - Information et formation des professionnels de santé en contact avec les usagers de drogues pour les éduquer sur l'utilisation du matériel d'injection avec sécurité : seringue personnelle, méthodes de désinfection, lieux où l'on peut acheter des seringues, programmes d'échange de seringues, récupération du matériel usagé, et sur les comportements de prévention (rapports sexuels protégés,...).**

**4 - Diversification des lieux d'approvisionnement en seringues (supermarchés,...). La mise en place de distributeurs automatiques mérite d'être étudiée. Ce type d'action permettrait une accessibilité temporelle et géographique. Il reste à étudier l'acceptabilité sociale de ce type de mesure.**

Il ne s'agit pas d'instaurer un débat pour ou contre le distributeur automatique, qui risque de cristalliser toutes les attentions cachant alors l'enjeu essentiel en terme de santé publique qui tient encore une fois à **augmenter l'accessibilité aux seringues,**

**5 - Collecte et destruction du matériel d'injection usagé :**

**Les principes de la mise en place de ces actions :**

- approche globale de prévention.
- moyens de prévention proposés doivent être multiples et diversifiés.
- participation des usagers : les actions de prévention doivent faire appel à la responsabilité des usagers.
- travail de prévention ciblé sur les usagers de drogues ne fréquentant pas les structures sanitaires et sociales.
- association des acteurs de terrain ayant des compétences socio-éducatives, des coordonnateurs ou responsables du programme ayant des compétences dans la prise en charge des usagers de drogues et/en collaboration avec des professionnels de la prise en charge du SIDA dans le cadre des programmes de prévention
- multiplication et diversification des lieux d'action.
- évaluation continue de la mise en place des actions de prévention.

## ETAT D'AVANCEMENT ACTUEL DE CES PROPOSITIONS

En juin 1991, la Direction Générale de la Santé a sollicité la DGLDT pour que soit élaborée une circulaire interministérielle relative à l'accessibilité du matériel d'injection dans le cadre de la prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues.

Cette question a été largement débattue lors des réunions coordonnées par la DGLDT où les ministères de l'intérieur, de la justice, de la santé et des affaires sociales, ainsi que la DIV, ont été représentés.

Si tous les participants sont convaincus de la nécessité de réduire les risques de contamination au sein de la population des usagers de drogues, le ministère de l'intérieur rappelle les impératifs d'ordre public : ainsi, il ne peut être question de ne pas interpellier un simple détenteur de seringue qui est effectivement soupçonné de délit d'usage de stupéfiants.

Ce ministère souligne l'importance de maintenir cette pression, celle-ci permettant de remonter les filières de trafic (toutefois l'on peut s'interroger sur l'efficacité de cette pression). Le ministère de la justice partage ce point de vue. Le débat demeure de fait difficile, les représentants des ministères "répressifs" craignent que ce point ne constitue un premier pas vers la libéralisation de l'usage.

En outre, ces ministères craignent que ces endroits deviennent des lieux de "deal" s'ils ne bénéficient pas d'un cadrage suffisant. Aussi ont-ils clairement indiqué leur opposition à la mise en place de distributeurs automatiques. De surcroît, la DPHM a fait savoir qu'elle n'était pas favorable à la suppression du monopole des pharmaciens sur la vente des seringues.

En conclusion, il est convenu de diffuser auprès des préfets un document récapitulant l'ensemble des questions qui se posent autour de l'infection par le VIH et l'usage de drogues injectables pour les engager à développer localement des initiatives de prévention de l'infection par le VIH avec accès facile au matériel d'injection. Ce document sera soumis à tous les ministères dans 3 semaines et sera signé (d'après la DGLDT) par le premier ministre.

Ainsi, l'état d'avancement actuel est en nette régression par rapport aux objectifs de départ :

- le monopole des pharmacies pour la vente est maintenu,
- refus massif de distributeurs automatiques,
- seul l'échange est toléré sans garantie d'une tolérance spécifique des forces de l'ordre,
- enfin, et surtout pas de remise en cause de l'interpellation liée à une détention de seringue.

**Le Sous-Directeur chargé des fonctions  
de Chef de Service  
Adjoint au Directeur Général de la Santé.**

**Louis DESSAINT**