

Direction générale de la santé

Division sida

Bureau des actions de proximité

Circulaire DGS/DIV-SIDA n° 98-72 du 4 février 1998 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998

NOR : MESP9830038C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

SP 4 433
518

Date d'application : immédiate.

Références :

Décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et la vente de seringues, modifié par le décret n° 87-328 du 13 mai 1987, n° 89-560 du 11 août 1989 et n° 95-255 du 7 mars 1995 ;

Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'Etat à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites ;

Circulaire n° 37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile ;

Lettre DGS/DIV-sida n° 95-1320 du 15 octobre 1995 relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à la récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

I. - POINT SUR LE DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES AU 31 DÉCEMBRE 1997

Le dispositif de réduction des risques financé sur les chapitres 47, 18, 10 et 20 repose sur quatre grands axes :

- la vente libre de seringues en pharmacies et la mobilisation des pharmaciens autour de la vente de la trousse de prévention Stéribox*. Depuis le lancement de ce programme au niveau national (septembre 94), environ 6,5 millions de trousse de prévention ont été vendues avec l'aide finan-

cière de l'Etat. Sur l'année 1997, on enregistre une forte progression des ventes avec 192 000 trousseaux par mois contre 160 000 en 1996 et 162 000 en 1995 ;

- 86 programmes d'échange de seringues (PES) mobiles, fixes ou en pharmacies ;
- 148 distributeurs automatiques, échangeurs-distributeurs ou récupérateurs de seringues ;
- 32 lieux de contacts pour usagers de drogues actifs communément appelés boutiques.

Les principes de mise en œuvre de ce dispositif sont les suivants :

- l'origine très diverse des associations gestionnaires de ces programmes (champ sida, champ humanitaire, autosupport, dispositif spécialisé), garante d'une (ré-) interrogation permanente des pratiques ;
- la capacité des équipes à aller au contact des usagers de drogues actifs là où ils se trouvent y compris dans la rue et à diversifier les offres de service (hygiène, matériel d'injection, soins, soutien...);
- la diversité des compétences professionnelles (éducateurs, accueillants ex-usagers, infirmières, assistantes sociales, médecins, pharmaciens...) qui constitue autant d'opportunités pour créer du lien et prendre en charge les usagers ;
- l'accueil sans préalable et sans jugement des usagers de drogues dans l'état où ils se présentent.

Le document joint en annexe 1 fait le point sur l'activité des PES et des Boutiques en 1996 ainsi que sur la contribution de ces quatre vecteurs de réduction des risques à l'accès aux seringues stériles.

Vous veillerez à ce que les associations bénéficiant de subventions sur les crédits de lutte contre le sida appliquent réellement, sur le terrain, les principes de la politique de réduction des risques dont les fondements sont la création de lien avec les usagers de drogues les plus précarisés et la distribution de matériel d'injection stérile.

Il peut être utile de rappeler à cette occasion que l'un des enjeux réside dans l'acceptation de la situation de dépendance des usagers de drogues pour mieux aller à la rencontre de ceux-ci, améliorer leur état de santé global et éviter notamment de nouvelles contaminations. L'intention de soins est adaptée, en aucun cas elle n'est abandonnée. Il n'y a donc aucune dichotomie entre « réduction des risques » d'une part et « soins » d'autre part mais au contraire, en allant au devant des usagers de drogues les plus marginalisés, en « prenant soin » d'eux, en se préoccupant simultanément de la prévention des contaminations (distribution de matériel), de l'hygiène (conseils, douches, repos...), de la santé (soin du corps, alimentation, orientations vers le médecin, l'hôpital, le centre de soins...), des conditions de vie (logement...) et des droits sociaux de ces personnes, les programmes mis en place participent d'une stratégie globale de prise en charge des toxicomanes.

II. - PRIORITÉS POUR 1998

L'évolution des crédits d'Etat de lutte contre le sida ne devrait pas permettre, en 1998, de procéder à des délégations de crédits supplémentaires au titre des mesures nouvelles. Par conséquent, vous devrez optimiser les enveloppes qui vous ont été notifiées et éventuellement procéder à des redéploiements de crédits pour financer les nouveaux projets de réduction des risques et le renforcement de programmes existants (le budget consacré à la politique de réduction des risques s'élève à 66 MF en 1997).

Dans ce contexte, les priorités doivent être les suivantes en 1998 :

1. Consolider l'existant

1.1. Actualiser les budgets

Les PES et surtout les Boutiques (cf. annexe 1) (1)) ont enregistré une importante croissance de leur activité en 1996, qui semble se confirmer sur l'année 1997. Dans certains cas, cette situation induit des tensions et provoque un épuisement, une usure des équipes chargées d'accueillir, de prendre en charge et d'orienter les usagers de drogues. Le risque pour les associations gestionnaires est alors de faire perdre à ces programmes leur statut de lieu protecteur, de ne plus arriver à offrir un cadre accueillant et apaisant ainsi qu'une disponibilité importante pour les usagers de drogues les plus marginalisés.

Il importe, par conséquent, de tenir compte, dans l'établissement des budgets de fonctionnement de ces structures, conformément aux indications de la circulaire DAGPB/BF3 n° 97-831 du 30 décembre 1997 relative aux moyens des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, non seulement des indices de croissance de la masse salariale et d'augmentation du coût de la vie mais également de la croissance de l'activité de chaque programme. J'insiste sur la nécessité d'arrêter ces budgets en priorité.

1.2. Mieux prendre en compte le rôle de l'autosupport

Dès lors que des usagers, ex-usagers de drogues (qu'ils soient membres ou non d'associations d'autosupport) ou personnes ayant des compétences spécifiques pour établir le contact avec les usagers de drogues, effectuent, en concertation et avec le soutien de vos services, un important travail de réduction des risques sur le terrain (gestion de lieux d'accueil, participation au fonctionnement de PES, travail de rue), il convient de leur proposer des perspectives de rémunération adaptées à leur expérience et aux responsabilités qui leur sont confiées autant qu'à leurs diplômes. En effet, il ne peut être envisagé de maintenir durablement ces personnes dans un statut précaire si, dans le même temps, il leur est officiellement reconnu de réelles capacités professionnelles et des responsabilités effectives en matière de prévention.

Cette consolidation des actions doit notamment viser, à travers les deux points évoqués, à soutenir les petites associations issues de la lutte contre le sida ou de l'autosupport qui ne peuvent pas, à la différence des associations

(1) Les annexes 1 et 2 peuvent être consultées à la division sida.

SP 4 433
518

du secteur spécialisé, appuyer leur programme de réduction des risques sur l'infrastructure et les règles de fonctionnement d'un centre d'accueil ou de soin préexistant. Il importe, en effet, de conforter la présence de ces acteurs, parfois fragiles, afin de garantir sur le long terme la diversité des approches et des pratiques en matière de réduction des risques.

2. Développer de nouveaux programmes

Les crédits disponibles sur vos enveloppes, après consolidation de l'existant, s'efforceront de pourvoir en priorité, en fonction de la situation épidémiologique, les projets concernant les villes de plus de 40 000 habitants ne disposant encore d'aucun programme de réduction des risques (environ 70 sur 160).

Concernant la politique d'implantation de distributeurs automatiques, j'attire votre attention sur les nombreuses difficultés qui se dressent au moment de la détermination précise des sites d'installation de ces machines, alors même qu'un consensus fort existerait sur le principe d'un équipement en automates. Il convient, par conséquent, d'obtenir des assurances sur les lieux d'implantation (dont je vous rappelle qu'ils doivent être choisis en étroite concertation non seulement avec les élus et les services de police mais également avec les associations de prévention locales) avant de procéder à l'achat des matériels. Sur ce dernier point, de nouvelles générations d'appareils mécaniques, moins coûteux, étant apparus sur le marché, je vous encourage à contacter l'ensemble des fabricants avant de faire un choix.

3. Favoriser l'émergence d'une véritable culture de réduction des risques chez l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et social

Les difficultés que rencontrent les structures de premier contact (boutiques, bus...) à passer le relais au dispositif de droit commun (hôpital, services sociaux, CHRS...) ou spécialisé (CSST) résultent de la démarche même d'action au plus près du terrain et des populations précarisées. Mais elles laissent aussi poindre le risque d'un cloisonnement et d'une absence d'articulation entre, d'une part, un dispositif de réduction des risques peu étoffé, chargé de gérer les usagers de drogues les plus marginalisés et les plus difficiles et, d'autre part, un dispositif plus classique prenant en charge des toxicomanes mieux insérés. Il importe d'assurer une fluidité de l'ensemble et de mobiliser tous les acteurs sur des missions d'accueil et de soin de toutes les populations d'usagers de drogues sous peine de compromettre, à force d'épuisement et d'éloignement des objectifs initiaux, l'existence des programmes de réduction des risques.

Pour le dispositif de droit commun, l'intérêt est d'intégrer les actions de réduction des risques dans un maximum de structures accueillant un public marginalisé. Cela signifie que les boutiques solidarité, les points écoute, les CHRS et les hôpitaux doivent, lorsque cela n'est pas déjà le cas, acquérir une compétence pour faire de la réduction des risques, accueillir et créer du lien avec un public usager de drogues.

Le dispositif spécialisé, qui réalise un maillage serré du territoire doit, en complément des structures de droit commun, assurer pleinement cette fonction et développer des outils de réduction des risques et d'accès aux soins,

en complément de ses missions de sevrage, de substitution ou de postcure, afin de maximiser les possibilités de contact avec les usagers de drogues (y compris les plus marginalisés) aux différentes étapes de leur trajectoire, sans attendre qu'une demande implicite ou explicite d'abstinence soit formulée.

Cette évolution est déjà initiée à travers la mobilisation d'une partie du dispositif spécialisé sur des programmes d'échange de seringues et des boutiques. Afin d'intensifier cette démarche, je vous invite, au besoin en vous appuyant sur les crédits de lutte contre le sida, à encourager les services d'accueil des CSST à aller au contact des usagers de drogues marginalisés, à leur fournir des outils de réduction des risques, à leur proposer un accueil informel, sans conditions, sans rendez-vous, assorti ou non de diverses prestations.

Proposant des accroches à la fois sanitaires et sociales, la démarche de réduction des risques ne doit pas s'enfermer dans le seul champ de l'usage de drogues. Elle est en effet la composante d'une politique globale visant à éviter les contaminations, améliorer l'état de santé, favoriser la réinsertion et responsabiliser les personnes les plus vulnérables, en marge de la société, du système de prévention et de soin, parmi lesquelles il y a, notamment, les prostituées, les Sdf et une partie de la population migrante. Dans certains cas, à partir d'une analyse fine du contexte local, des projets de réduction des risques généralistes orientés vers différents publics peuvent ainsi être élaborés. Ils peuvent être encouragés, conjointement aux projets conçus spécifiquement pour les usagers de drogues actifs.

Conformément à la circulaire DAS-SIDA n° 227 du 5 décembre 1995, toutes ces actions, visant à développer cette culture de réduction des risques, peuvent aussi bénéficier d'apports complémentaires de crédits sur le chapitre 47-21.

III. - MISE À DISPOSITION D'UN NOUVEAU STOCK DE TROUSSES DE PRÉVENTION PRÉPAYÉES

Afin de faciliter le travail des associations qui se trouvent parfois dans une situation de pénurie de seringues, je vous informe que le CFES a été chargé d'acheter des stocks de trousse de prévention associatives (KAP, Le Kit en sachet plastique et Le Kit en carton) qui peuvent être rapidement et gratuitement envoyés, à votre demande, aux programmes d'échange de seringues de votre département. Ces stocks constituent un volant de manœuvre destiné à faciliter le développement de programmes expérimentaux et à dépanner les associations brutalement démunies de matériel (croissance de l'activité par exemple). Parallèlement, les subventions annuelles doivent, en principe, intégrer une ligne « matériel d'injection » permettant à chaque association d'acheter elle-même ses seringues, ampoules, tampons... Concernant les types de seringues distribués, si les trousse fabriquées actuellement se limitent aux modèles 1 ml, les associations peuvent distribuer, à partir d'une appréciation fine des besoins et d'un calcul bénéfice-risque, des modèles de plus grande contenance quand cela correspond à un objectif précis et bien repéré de réduction des risques.

Vous voudrez bien passer vos commandes de trousse au CFES en utilisant le bon de commande type en annexe 2 (livraison gratuite au siège de la DDASS ou de l'association).

*Le directeur général de la santé,
PROFESSEUR J. MÉNARD*

ANNEXE 1



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Division sida
Bureau des actions de proximité
DGS/DS - N°

ACTIVITE DES BOUTIQUES EN 1996

NB : L'analyse quantitative porte sur les 17 "boutiques" gérées par 16 structures (AMPT 13, Clémence Isaure 31, SATO 60, MDM 67, Ruptures 69, Nova Dona 75, 2 locaux Charonne 75, Le Passage 91, Logos 30, ADNSEA 59, Le Mas 69, CAAT 78, Effervescence 93, Porte des Allemands 57, ABEJ 59, Lover Pause 29) situées en métropole pour lesquelles des données d'activité sont disponibles et qui ont fonctionné au moins 8 mois en 1996. Cette liste ne recoupe que partiellement celle qui a servi de base à l'analyse d'activité 95. Néanmoins, il paraît intéressant de tenter des comparaisons prudentes entre ces deux années d'observation.

- en 1996, la DGS finance 25 boutiques spécialisées (file active composée quasi exclusivement d'usagers de drogues) et 5 boutiques généralistes (accueil d'une population précarisée, dont les usagers de drogues) à Lille, Tourcoing, Etampes, Cayenne et Les Abymes (Guadeloupe)
- les deux premières boutiques spécialisées dans l'accueil d'usagers de drogues très marginalisés ont été créées à Marseille et à Paris en 1993.
- 6 boutiques sont en IDF
- les boutiques spécialisées (résultats disponibles pour 15 structures) ont distribué 177 961 seringues soit 11 864 en moyenne par boutique.

En 1995, 8 structures avaient distribué 100 702 seringues, soit 12 588 en moyenne par boutique

- 6 Boutiques ont distribué plus de 15 000 seringues.

- 7 Boutiques ont distribué moins de 3000 seringues. Une Boutique distribue des jetons à la place de seringues

- file active : en moyenne 440 personnes par boutique.

En 1995, la moyenne était de 388 personnes par boutique

- les boutiques spécialisées (résultats disponibles pour 15 structures) ont eu 84 491 passages soit 5632 passages par boutique et par an

En 1995, 11 structures avaient eu 47 207 passages, soit en moyenne 4291 passages boutique/an

-7 ont eu plus de 6000 passages

-2 ont eu moins de 2000 passages

Le rapport fréquentation annuelle / file active permet d'estimer que chaque personne vient donc en moyenne 13 fois par an dans une boutique

- En 1996, les boutiques (données sur 15 structures) ont en moyenne :
 - délivré 2.1 seringues par passage (*contre 3 en 95*)

- fonctionné avec 3.4 ETP et un budget de 1214 KF (3.7 ETP 1100 KF en 95)
- reçu 992 KF de la DGS (833 KF de la DGS en 95)
- été ouvertes 29 H en moyenne par semaine (30 H par semaine en 95)
- reçu 25 personnes par jour et 4.3 personnes à l'heure sur la base de 29 H/ semaine x 45 semaines.

Elles avaient reçu 19 personnes par jour et 3.2 personnes à l'heure en 1995

- - la DGS finance les boutiques en moyenne à hauteur de 82% (contre 76% en 1995)

* Description de la boutique "type" dans une grande ville

Les indicateurs de fonctionnement établis en 95 paraissant pertinents, ils sont conservés en 96, seul le montant moyen de la subvention DGS augmente pour tenir compte de la plus forte implication de l'Etat.

Budget global :	1350 KF
Personnel :	4 ETP + 2 bénévoles
Subvention DGS :	1100 KF
Permanences Hebdo :	30 H
File active :	400 personnes
Passages :	5400 personnes

* Ratios moyens de fonctionnement

A partir de la boutique "type", trois ratios moyens peuvent être élaborés :

- Ratio horaire : nombre de personnes passées annuellement dans le programme divisé par nombre d'heures de permanences hebdomadaires fois 45 semaines. Ce ratio permet de connaître le nombre moyen de passages par heure de présence.
- Ratio financier N°1 : Budget global annuel divisé par le nombre de personnes passées annuellement. Ce ratio permet de connaître le coût moyen du passage d'une personne.
- Ratio financier N°2 : Budget global divisé par nombre d'heures de permanences hebdomadaires fois 45 semaines. Ce ratio donne le coût horaire.

RATIO	THEORIQUE	REEL 96	REEL 95
Ratio horaire (RH) :	4 personnes / heure	4.3	3.2
Ratio financier N°1 (RF1)	250 francs / passage	215 F	256 F
Ratio financier N°2 (RF2)	1000 francs / heure	924 F	814F

* Position des boutiques au regard des ratios théoriques

En 1996, 6 boutiques sur 15 reçoivent plus de 4 pers./h (5/11 en 95), 8 sur 15 ont un coût par passage inférieur à 250 F (7/11 en 95) et 8 sur 15 un coût horaire inférieur à 1000 F (7 sur 11 en 95)

En 1996, sur 15 Boutiques analysées, on constate que 2 structures ont des résultats positifs (égaux ou supérieurs à la moyenne) pour les trois ratios étudiés: 6 boutiques ont deux ratios positifs sur trois, 4 boutiques ont un ratio positif et 3 Boutiques n'ont aucun ratio positif.

En 1995, sur les 11 Boutiques analysées, on constatait que 1 boutique avait des résultats positifs (égaux ou supérieurs à la moyenne) pour les trois ratios étudiés: 5 boutiques avaient deux ratios positifs sur trois et 4 boutiques avaient un ratio positif.

* Considérations sur le fonctionnement des boutiques

Avec un rapport de 1 à 13 pour la fréquentation horaire (*contre 1 à 22 en 1995*), 1 à 7 pour le coût par passage (*contre 1 à 8 en 95*) et 1 à 4 pour le coût horaire (*contre 1 à 5 en 95*), et des présences hebdomadaires sur le terrain allant de 15 à 44 heures, les boutiques recensées sont d'une moindre hétérogénéité que les PES. Une tendance à l'atténuation des écarts de fonctionnement, visible au travers un rapprochement des ratios, semble également se dessiner.

La fréquentation des Boutiques semble correspondre en 1996 à un double phénomène : augmentation de 31% en moyenne de la fréquentation (86% des boutiques reçoivent plus de 2.5 pers./h contre 54% l'année dernière); rapprochement des ratios fréquentations horaires autour d'une fourchette de 2.5 à 5 pers/heure : 53% des boutiques sont dans cette fourchette en 96 contre 10% seulement en 95.

Le tableau de bord met par ailleurs en évidence un âge moyen (25-30 ans) assez élevé pour les boutiques, très proche de l'âge moyen des files actives des centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Le problème de l'entrée en contact avec les jeunes usagers dans des situations de prise de risque importantes se pose donc pour les boutiques comme pour les PES.

La quantité de seringues distribuée par les boutiques est variable, allant de zéro seringue donnée par passage à 5.5 seringues / passage (5 seringues / passage en 95), signe de pratiques très différentes sur le terrain mais également confirmation logique d'une moindre contribution de ces lieux de contacts à l'accès aux seringues (au regard des ratios des PES).

PARIS le 01/10/97

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Division sida
Bureau des actions de proximité

**ACTIVITÉ DES PROGRAMMES
D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN 1996
UNITÉS MOBILES ET TRAVAIL DE RUE**

NB : L'analyse quantitative porte sur les 30 PES "mobiles" gérés par 27 structures (MDM 06 , ALT 10, MDM 13 , AIDES 30, AIDES 31, MDM 33, CEID 33, MDM 34, ELISA 37, AIDES 38, MDM 44, AIDES 45, 2 BUS AIDES 59/62, ANAT 63, MDM 67, MDM 69, 2 BUS MDM 75, CHARONNE 75, AIDES 75, RVH SUD 77, AHAT 76, PRET 83, CL. LIBERTE 92, SIDA PAROLES 92, 2 BUS CCFEL 93, EFFERVESCENCE 93, IMAGINE 95) pour lesquels des données d'activité sont disponibles et qui ont fonctionné au moins 8 mois en 1996. Cette liste ne recoupe que partiellement celle qui a servi de base à l'analyse d'activité 95. Néanmoins, il paraît intéressant de tenter des comparaisons prudentes entre ces deux années d'observation.

- En 1996, la DGS finance 35 programmes mobiles d'échange de seringues (bus ou travail de rue)
 - le premier PES en antenne mobile a été créé à Paris en 1989.
 - 11 PES sont en IDF, 5 en PACA, 3 en Rhône Alpes
 - les 30 PES ont distribué 1 005 311 seringues, soit 33 510 en moyenne par PES
 - 9 PES ont distribué plus de 40 000 seringues (*contre 7/24 en 95*)
 - 8 PES ont distribué moins de 5000 seringues (*contre 10/24 en 95*)
- En 1995, 24 PES avaient distribué 916 000 seringues, soit 38 166 en moyenne par PES*
- deux PES distribuent plus de 100 000 seringues
 - le taux de récupération des seringues est en moyenne de 47% (*46% en 95*)
 - file active : en moyenne 607 personnes par PES (données pour 21 PES)
- En 1995, la file active moyenne était de 437 personnes par PES*
- les 30 PES ont eu 109 468 passages, soit en moyenne 3648 passages / PES / an
 - 16 PES ont eu plus de 3000 passages (*contre 9/23 en 95*)
 - 6 PES ont eu moins de 1000 passages (*contre 7/23 en 95*)
 - 3 unités mobiles enregistrent une baisse de fréquentation de plus de 15%
- En 1995, 23 PES avaient eu 91525 passages, soit en moyenne 3980 passages / PES / an*
- Le rapport fréquentation annuelle / file active permet d'estimer que chaque personne vient donc en moyenne 6 fois par an dans un PES.

- En 1995, les PES ont en moyenne :
 - délivré 9,2 seringues par passage (contre 10 en 1995)
 - fonctionné avec 2,7 ETP et un budget de 781 KF (2,9 ETP et 887 KF en 95)
 - reçu 552 KF de la DGS (580 KF en 95)
 - été présent sur le terrain 21 H par semaine (20 H en 1995)
 - reçu 3,9 personnes à l'heure sur la base de 21 H/ semaine x 45 semaines (4,4 en 95)
- - la DGS finance les PES en moyenne à hauteur de 70 % (65% en 95)

* Description du programme d'échange de seringues "type"

Une distinction doit être effectuée entre les programmes de petite ou moyenne ampleur et les programmes lourds (> 5 ETP) mobilisant en général plusieurs équipes d'intervenants de terrain.

Programme	Moyen	Lourd
Budget global :	750 KF	1500 KF
Personnel :	2,5 ETP + 2 bénévoles	5 ETP
Subvention DGS :	500 KF	1000 KF
Age moyen :	25 ans	25 ans
Permanences. Hebdo:	20 H	30 H
File active :	300 personnes	500 personnes
Passages :	2700 personnes	5400 personnes

* Ratios moyens de fonctionnement d'un programme (unité mobile et travail de rue)

A partir du programme "type", trois ratios moyens peuvent être élaborés :

- Ratio horaire : nombre de personnes passées annuellement dans le programme divisé par nombre d'heures de permanences hebdomadaires fois 45 semaines. Ce ratio permet de connaître le nombre moyen de passages par heure de présence.
- Ratio financier N°1 : Budget global annuel divisé par le nombre de personnes passées annuellement. Ce ratio permet de connaître le coût moyen du passage d'une personne.
- Ratio financier N°2 : Budget global divisé par nombre d'heures de permanences hebdomadaires fois 45 semaines. Ce ratio donne le coût horaire.

Programme	Moyen	Lourd
Ratio horaire (RH) :	3 personnes / heure	4 personnes / heure
Ratio financier N°1 (RF1)	280 francs / passage	280 francs / passage
Ratio financier N°2 (RF2)	840 francs / heure	1110 francs / heure

Moyenne 1996 : 3,9 pers./ h, 214 F et 826 F/ h

Moyenne 95 : 4,4 pers./ h, 223 F et 985 F/ h

* Position des PES au regard de ces ratios

En 1996, l'analyse des programmes de petite ou de moyenne ampleur montre que 10 sur 19 reçoivent plus de 3 personnes / heure (5/15 en 95); 10 sur 19 ont un coût par passage inférieur à 280 F (5/15 en 1995) et 14/19 ont un coût horaire inférieur à 840F / heure (10/16 en 95).

Parmi les programmes de grande ampleur (comportant en général 2 unités mobiles), on constate que 4 sur 6 reçoivent plus de 4 personnes / heure (4/6 en 95); 5 sur 6 ont un coût par passage inférieur à 280 F (6/6 en 1995) et 2/6 ont un coût horaire inférieur à 1110 F / heure (3/6 en 95).

En 1996, parmi les 19 programmes de petite ou de moyenne ampleur, on constate que 5 PES ont des résultats positifs (égaux ou supérieurs à la moyenne) pour les trois ratios étudiés; 5 PES ont deux ratios positifs sur trois et 9 PES ont un seul ratio positif.

Parmi les 6 programmes de grande ampleur, on constate que 5 PES ont deux ratios positifs sur trois et 1 PES n'a qu'un seul ratio positif.

En 1995, parmi les 17 programmes de petite ou de moyenne ampleur, on constatait que 3 PES avaient des résultats positifs (égaux ou supérieurs à la moyenne) pour les trois ratios étudiés; 4 PES avaient deux ratios positifs sur trois, 8 PES avaient un seul ratio positif et 2 PES avaient l'ensemble de leurs ratios de fonctionnement inférieurs à la moyenne.

Parmi les 6 programmes de grande ampleur, on constatait que 1 PES avait des résultats positifs (égaux ou supérieurs à la moyenne) pour les trois ratios étudiés et 5 PES avaient deux ratios positifs sur trois.

* Considérations sur le fonctionnement des PES

Avec un rapport de 1 à 20 pour la fréquentation horaire (contre 1 à 20 en 95), 1 à 13 pour le coût par passage (contre 1 à 32 en 95) et 1 à 9 pour le coût horaire (contre 1 à 12 en 95), et des présences hebdomadaires sur le terrain allant de 8 à 64 heures (12 à 45 heures en 95), les programmes d'échange de seringues recensés restent d'une très grande hétérogénéité. Certains d'entre eux ont une efficacité très inférieure à la moyenne.

Ce jugement doit être relativisé au regard de la part du financement DGS dans le budget global des programmes. Celle-ci est très variable et on peut concevoir que les exigences de l'Etat ne sont pas les mêmes vis à vis d'un programme financé à 100 % ou à 25%.

Les PES de grande ampleur situés dans les grandes villes françaises ont en général des ratios de fonctionnement nettement meilleurs que les structures plus légères implantées dans les villes moyennes.

De façon générale, on constate en 1996 une diminution moyenne de la fréquentation des PES (d'environ 8%) qui s'explique pour partie par l'entrée en fonction de davantage de petits programmes, comme l'atteste la diminution du budget moyen d'un PES, conduisant à relativiser le poids des 6 PES de grande ampleur. Mais il semble que pour partie cette diminution soit liée à une baisse de fréquentation dans certains PES. Cette tendance, qui se manifeste dans des villes pourvues de plusieurs programmes de réduction des risques, pourrait être le signe qu'une offre désormais assez diversifiée permet de répondre aux besoins des usagers de drogues les plus marginalisés.

Parallèlement, on observe une amélioration de la fréquentation horaire dans les PES puisque seulement 7/25 reçoivent moins de 2 personnes / heure contre 10/21 en 1995.

Le tableau de bord met par ailleurs en évidence un âge moyen (25-30 ans) assez élevé pour les programmes d'échange, très proche de l'âge moyen des files actives des centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Le problème de l'entrée en contact avec les jeunes usagers dans des situations de prise de risque importantes est donc posé.

Enfin, la quantité de seringues distribuée par les programmes est extrêmement variable, allant de moins d'une seringue donnée par passage à 24 seringues par passage, signe de pratiques très différentes sur le terrain.

L'ACCES DES UDVI AUX SERINGUES EN 1996

Si l'on prend comme hypothèse de départ un nombre de 100 000 UDVI très dépendants pratiquant 3 injections par jour et réutilisant en moyenne 3 fois une même seringue (chiffres moyens constatés par l'IREP et Apothicom), le besoin en matériel d'injection peut être évalué différemment selon les objectifs retenus :

- objectif intermédiaire de non partage des seringues (mais n'excluant pas la réutilisation des seringues personnelles) : 3 millions de seringues par mois (30 x 100 000) soit 36 millions par an
- objectif final de non réutilisation et de non partage des seringues : 9 millions de seringues par mois (3 x 30 x 100 000) soit 108 millions de seringues par an.

Face à cette estimation des besoins, l'accès au matériel d'injection se traduit par les chiffres suivants en 1996 :

- environ 4 millions de seringues en provenance des Stéribox
- environ 10 millions de seringues achetées par les usagers en pharmacie
- 2 à 3 millions de seringues distribuées par les programmes d'échanges et les automates

Dans le meilleur des cas, 17 millions de seringues sont donc utilisées par les UDVI, soit un taux de couverture de 47% de l'objectif intermédiaire.

Deux hypothèses peuvent être formulées :

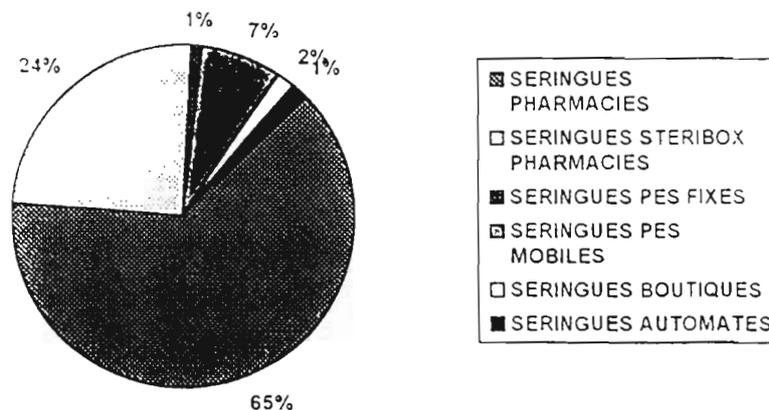
- le postulat de départ sur le nombre d'UDVI très dépendants et la fréquence des injections doit être revu à la baisse (notion d'usagers occasionnels)
- l'accès aux seringues reste difficile, obligeant les UDVI à réutiliser et à partager de nombreuses fois leur matériel (mais les enquêtes ne vont pas dans ce sens)

SERINGUES VENDUES OU DISTRIBUEES AUX UDVI

Données disponibles :

Seringues Pharmacie	10 083 000
Stéribox Pharmacie	3 832 654
Seringues PES mobiles (30)	1 005 311
Seringues PES fixes (7)	59 809
Seringues Boutiques (15)	177 961
Automates (46)	116 338
Total	15 275 073

REPARTITION DE LA DEMANDE DE SERINGUES DES UDVI EN 1996
(ESTIMATION)



ANNEXE 2

DDASS de :
 Nom du responsable du dossier :
 Téléphone :
 Fax :

COMMANDE DE TROUSSES DE PREVENTION POUR USAGERS DE DROGUES (N°.....)

ORGANISMES DEMANDEURS	TYPES DE TROUSSES	QUANTITES ACCORDEES	ADRESSES DE LIVRAISON
	Réf. : 13-98146-K Kits sachets plastiques Quantité minimale d'expédition : 90 unités		
	Réf. : 13-98147-K Kaps cylindriques Quantité minimale d'expédition : 500 unités		
	Réf. : 13-98148-K Kits carton Quantité minimale d'expédition : 250 unités		
	Réf. : 13-98146-K Kits sachets plastiques Quantité minimale d'expédition : 90 unités		
	Réf. : 13-98147-K Kaps cylindriques Quantité minimale d'expédition : 500 unités		
	Réf. : 13-98148-K Kits carton Quantité minimale d'expédition : 250 unités		

Commande à adresser au CFES - 2, rue Auguste Comte - BP 51 - 92174 VANVES CEDEX

DATE :

SIGNATURE ET CACHET :