

902472 DΦ

E 254

République française
Conseil national du sida

TOXICOMANIE ET SIDA

*Rapport et Avis du Conseil national du sida
relatifs à l'infection par le VIH parmi
les usagers de drogues*



Adopté lors de la séance plénière du 8 juillet 1993

*République française
Conseil national du sida*

TOXICOMANIE ET SIDA

*Rapport et Avis du Conseil national du sida
relatifs à l'infection par le VIH parmi
les usagers de drogues*

Adopté lors de la séance plénière du 8 juillet 1993

Table des matières

Rapport du Conseil national du sida

1.Épidémiologie	4
2. Le poids des préjugés	6
3.Évaluation des pratiques à risque et des changements de comportement	9
4. Les limites de l'adoption de comportements de prévention	10
5. Les outils de réduction des risques	13
6. L'accès aux soins	24

<i>Avis du Conseil national du sida relatif à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues</i>	27
---	----

Toxicomanie et sida

Rapport et Avis du Conseil national du sida

Le Conseil national du sida, au cours de l'enquête qu'il a menée sur la confidentialité en milieu carcéral, a pris nettement conscience du lien entre toxicomanie et sida. L'information livrée par les médecins des établissements pénitentiaires et des services hospitaliers, corroborée par les déclarations des intervenants en toxicomanie et les cris d'alarme lancés par les associations qui travaillent avec les usagers de drogues, a confirmé que les toxicomanes par voie intraveineuse sont d'une part particulièrement vulnérables, compte tenu de la spécificité de la transmission du virus VIH, et qu'ils risquent d'autre part de jouer un rôle majeur dans la poursuite de l'épidémie, du double fait de l'usage partagé de leurs seringues et de leurs rapports sexuels avec leurs partenaires.

La persistance de la consommation de drogues par voie intraveineuse, le retard pris dans la mise en place de dispositions appropriées d'aide et de soins, rendent absolument nécessaire une réflexion nationale qui accepte de traiter ensemble les deux problèmes majeurs de santé publique que sont la toxicomanie et le développement de l'épidémie du sida, et qui accepte pour cela de prendre en considération un état de fait psychologique et sociologique tout autant qu'épidémiologique.

Le Conseil national du sida a par conséquent décidé en assemblée plénière, le 12 janvier 1993, de se saisir de cette question et d'entendre, pour nourrir sa réflexion et faire des recommandations, des experts venus d'horizons différents.

Liste des auditions

9 février 1993 :

- Docteur Alain MOREL

Directeur médical du Trait d'Union, Boulogne

Président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT)

"Toxicomanie et sida en France. Les impératifs aujourd'hui"

- Madame Anne COPPEL

Chargée de mission à la Direction des Affaires sociales et sanitaires des Hauts-de-Seine

"Les programmes méthadone"

- Madame Lia CAVALCANTI et Monsieur Ramon NEIRA

Association Espoir Goutte d'Or (EGO)

9 mars 1993 :

- Docteur Michel RIBSTEIN

Psychiatre, Hôpital La Colombière, Montpellier

"La crise de l'adolescence à travers la toxicomanie"

- Madame Sylvie JUSTIN

Bureau toxicomanie, Direction générale de la santé

"La politique de la Direction générale de la santé en ce qui concerne la prise en charge des toxicomanes"

- Madame Anne COPPEL

"La prévention du sida auprès des populations les plus exposées"

5 avril 1993 :

Docteur F.R.INGOLD

Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)

27 avril 1993 :

- Docteur Annie SERFATY

Division sida, Direction générale de la santé

"Les actions de prévention avec échange de matériel d'injection soutenues par la Direction générale de la Santé"

20 septembre 1993 :

- Christophe MARTET et Cleews VELLAY

ACT-UP, Paris

Le rapporteur a suivi les réunions du groupe de travail "Echanges de seringues" de la Division sida, Direction générale de la santé.

Le Conseil national du sida a retenu pour fonder son avis les données et les observations qui viennent ci-après :

1. Épidémiologie

La situation en France au 30 juin 1993 ¹.

- nombre de cas de sida cumulés liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse : 5.787 soit 22,6 % du total des cas de sida cumulés depuis 1978.

- nombre de cas de sida diagnostiqués au cours du premier semestre 1993 et liés à l'usage de drogues : 405 soit 28,5 % du nombre total des cas diagnostiqués ce semestre (en 1992 : 26,4 % ; en 1985 : 7,6 %).

- nombre de cas de sida diagnostiqués au cours du premier semestre 1993 parmi les hétérosexuels partenaires de sujets toxicomanes : 59 soit 25,5 % du nombre total de cas de sida hétérosexuels diagnostiqués ce semestre (1992 : 19,1 %).

La fréquence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues est actuellement évaluée entre 33 % et 38 % de l'ensemble de la population toxicomane². Cette donnée ne peut être qu'approximative, puisque le nombre de toxicomanes en France et la fréquence des diverses pratiques (voie intraveineuse ou autres) restent inconnus.

Les zones de fragilité

Les zones de fragilité sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (48% des cas de sida déclarés dans la région sont liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse) et l'Ile-de-France (25%), notamment la petite-couronne de Paris : les départements les plus touchés sont la Seine-Saint-Denis, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne (dans les lieux de soins de la petite-couronne, la

¹ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 31/1993, 9 août 1993.

² Sources : Facy F., Le Huédé E., Etude épidémiologique des centres de post-cures 1989-1991, INSERM (U-302), 1992 ; ANRS/DGS.

proportion de toxicomanes parmi les malades sidéens dépasse souvent 50%)³.

L'évolution de l'épidémie

La contamination par le VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse est intervenue massivement dans les années qui ont précédé la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987. Le taux de séropositivité parmi les usagers de drogues dans les maisons d'arrêt de la région parisienne a pu atteindre 70% entre 1987 et 1988. Les principales données cliniques et biologiques montrent que nous sommes au début de l'épidémie parmi cette population, compte tenu de la période d'incubation de la maladie.

En région parisienne, l'**aggravation de l'état de santé des toxicomanes** est soulignée par l'Observatoire régional de la santé de l'Ile-de-France. L'infection par le VIH est fréquemment associée à l'hépatite B et à l'hépatite C. Dans une région comme la Lorraine, où la prévalence de la séropositivité au VIH est moins élevée parmi les toxicomanes (entre 7 et 15 %), la fréquence de la séropositivité au virus de l'hépatite C est impressionnante, pouvant atteindre 70 %⁴. Le constat de l'aggravation de l'état de santé des toxicomanes est également fait dans plusieurs autres villes européennes⁵.

³ *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 31/1993, 9 août 1993.

⁴ *Annales de médecine interne*, sous presse

⁵ IIIe séminaire international de l'IREP, Paris, mai 1993.

2. Le poids des préjugés

Un certain nombre de préjugés ont toujours cours, pesant sur tout ce qui est fait concernant la toxicomanie. Contrairement à des idées encore très répandues :

- *la toxicomanie doit être considérée comme un état provisoire et réversible*

L'usage de la drogue est un phénomène qui touche essentiellement les jeunes. L'âge moyen du toxicomane se situe en effet entre 23 et 25 ans. Lors de son audition devant le Conseil national du sida, le Docteur Ribstein a montré comment l'entrée dans la dépendance vis à vis de la drogue, de l'alcool, constitue l'un des risques d'échec personnel dans la crise de l'adolescence. Entre 15 et 25 ans, dans ce moment de grande incertitude et de recherche d'identité, l'adolescent procède par une sorte de jeu d'essais successifs et d'erreurs, par identités provisoires. La société confond tous ces jeunes qui se situent entre les gens dits normaux et les malades mentaux, qui ont des comportements pathologiques et qui commettent des actes de délinquance, alors que parmi eux un certain nombre sont parfaitement susceptibles de rompre avec cet état. Le Docteur Ribstein a insisté sur la nécessité et l'urgence de trouver un moyen de traiter autrement ces jeunes en crise.

Il faut revenir sur l'idée que la mort, la psychiatrisation ou la clochardisation sont l'aboutissement inéluctable des trajectoires des toxicomanes. Toutes les premières consommations de produits opiacés ne conduisent pas nécessairement à la dépendance. La période de dépendance se maintient le plus souvent pendant quelques années entre l'adolescence et l'âge adulte. A ce jour, toutes les études qui ont suivi des cohortes de toxicomanes sur une longue durée (10 à 20 ans) ont montré que 30 à 40 % d'entre eux sortent de la dépendance, 10 à 20 % meurent, 30 à 40 % restent dans la toxicomanie, quel que soit le type de prise en charge⁶. Cette situation pourrait sans doute être améliorée.

⁶ Mino A., *Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques*, Genève, 1992.

- les toxicomanes ne constituent pas une population homogène
Il n'y a pas de toxicomane type, mais des individus, des trajets personnels avec des phases de plus ou moins grande vulnérabilité. Il n'y a pas une toxicomanie, mais des toxicomanies, plutôt des polytoxicomanies avec des capacités différentes de gérer la dépendance, suivant les individus, suivant les trajectoires. Ceux qui fréquentent les services spécialisés sont souvent ceux qui ont une longue histoire de toxicomanie derrière eux et qui savent le mieux gérer leur dépendance. Certains ont une marginalité sociale peu visible. La vulnérabilité n'est pas la même quand on vit chez soi, quand on vit dans la rue, dans les cages d'escalier, dans les *squatts*, quand on est pris en charge dans une institution de soins, quand on est incarcéré. **La diversité des situations appelle la diversité des réponses.**

- les usagers de drogues sont capables de modifier leurs comportements pour préserver leur santé, si on leur en donne les moyens

Dès qu'ils ont été informés du risque de contamination par les seringues, un grand nombre de toxicomanes se sont efforcés d'utiliser du matériel stérile. L'une des premières évaluations de la mise en vente libre des seringues dans les officines en 1987, menée par l'IREP entre 1987 et 1988⁷, rapporte que 52 % des toxicomanes rencontrés dans la rue disent n'utiliser que des seringues personnelles qu'ils achètent en pharmacie. Ce comportement, favorisé par la libéralisation de la vente des seringues, semble avoir été amorcé dès 1985 avec la peur du sida. Le Docteur Morel a signalé que les enquêtes menées les années suivantes, auprès des toxicomanes rencontrés dans la rue, dans les prisons, en centres spécialisés montraient qu'un grand nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse se sentaient concernés par le sida et qu'ils étaient entre 60 et 80 % à dire avoir abandonné la pratique du "partage" de la seringue. Les mêmes

⁷ IREP (sous la direction de R. Ingold), *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues. Rapport d'évaluation*, Paris, juillet 1988, DGS.

constatations ont été faites après l'ouverture des centres de dépistages anonymes et gratuits.

- les usagers de drogues peuvent devenir des agents actifs dans la prévention, responsables de leurs actes et d'eux-mêmes

Le rôle actif que peuvent avoir les toxicomanes dans les actions de prévention a depuis plusieurs années été reconnu en Allemagne, aux Pays-Bas, en Angleterre, aux Etats-Unis. L'éducation par les "pairs", à travers l'association active de membres appartenant au milieu des usagers de drogues, ou par le biais de groupes d'auto-support organisés sur le modèle des alcooliques anonymes, est une méthode qui a été largement utilisée dans ces pays. Plusieurs publications font état de résultats encourageants. Sans mettre en cause la validité des démarches collectives, la formation de groupes où interviennent d'anciens toxicomanes sevrés nécessite pourtant une vigilance d'ordre éthique car des dérapages sont fréquemment repérés.

L'information de proximité circule avec une grande aisance parmi les toxicomanes. Au cours de son audition, le Docteur Ingold, rapportant l'efficacité de l'action "Eau de Javel" menée dans un quartier de Paris par l'IREP⁸ (cf. infra), a insisté sur le fait que cette action s'était appuyée sur des personnes-relais appartenant au milieu des toxicomanes. Très rapidement on a pu constater une large diffusion de l'information, dépassant de loin les limites du quartier considéré. Plusieurs responsables de programmes d'échange de seringues font le même constat : un nombre important de participants à ces programmes se chargent de distribuer autour d'eux du matériel d'injection stérile.

⁸ IREP, *A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse*, Paris, janvier 1993, étude financée par l'AFLS.

3. Évaluation des pratiques à risque et des changements de comportement

Les études d'évaluation montrent que les changements de comportement visant à la réduction des risques de contamination se sont nettement renforcés ces dernières années mais restent partiels et fragiles.

En ce qui concerne le risque de contamination par l'injection

L'enquête menée dans la rue par l'IREP en 1990 et 1991, à Paris, Metz et Marseille⁹, constate que les comportements ont continué d'évoluer et rapporte que plus de 67,3 % des usagers de drogues disent avoir cessé toute pratique à risque liée au matériel d'injection : ils achètent leur seringue et ne l'utilisent que personnellement.

Si, globalement, tous les toxicomanes tentent de réduire les risques de contamination par la seringue, ils n'y parviennent pas tous et pas toujours. En règle générale une seringue ne se partage pas mais il existe des circonstances dans lesquelles l'usager croit qu'il ne peut pas faire autrement.

La même étude a montré que la mise en vente libre des seringues n'a pas éliminé tous les risques de contamination et que le partage des seringues n'est pas le seul risque. Les seringues personnelles sont généralement utilisées quatre à cinq fois et sont le plus souvent cachées dans la rue pour éviter la présomption de délit d'usage. Il peut y avoir une réutilisation par quelqu'un d'autre sans que l'intéressé le sache, ce qui introduit un risque accidentel de contamination. Il est apparu que la pratique la plus courante de "stérilisation" était de rincer la seringue avec du jus de citron.

Il semble qu'il n'y a plus aujourd'hui de difficultés majeures à se procurer des seringues neuves. Dans l'ensemble les pharmaciens jouent le jeu et les circuits des pharmaciens coopérants sont bien connus des usagers. Reste la difficulté de se procurer une seringue neuve dans certaines circonstances, dans

⁹ IREP, *La transmission du VIH chez les toxicomanes, Pratiques, attitudes et représentations : situation et tendances*, Paris, mars 1992, étude financée par l'ANRS.

certains lieux, le soir, la nuit, les jours fériés, en particulier hors de Paris.

En ce qui concerne le risque de contamination par voie sexuelle

On peut considérer que les usagers de drogues ont une sexualité comparable à celle de leur groupe d'âge, mais le risque de contamination par voie sexuelle parmi eux est difficile à cerner à cause de la prostitution occasionnelle, qui se développe en particulier parmi les consommateurs de crack et qui reste mal évaluée. La recherche de la drogue peut provoquer la prostitution comme la pratique de la prostitution entraîner l'usage de la drogue¹⁰.

On peut penser que les toxicomanes par voie intraveineuse ont commencé lentement à modifier leur comportement sexuel. Les changements affectent en priorité les toxicomanes séropositifs. L'enquête de l'IREP (1992) rapporte un taux de 43 % d'adoption du préservatif chez les toxicomanes séropositifs, de 16% chez les toxicomanes séronégatifs.

Dans l'ordre des priorités le préservatif arrive loin derrière la seringue. Il y a un décalage du point de vue de la représentation du risque et donc des pratiques adoptées pour le limiter entre la sphère de la consommation de drogues et celle de la sexualité, en particulier chez les plus jeunes. On peut conclure que l'emploi du préservatif reste trop peu fréquent.

4. Les limites de l'adoption de comportements de prévention

Il existe des phases de plus ou moins grande vulnérabilité par rapport aux pratiques à risque dans la trajectoire des toxicomanes. Cette trajectoire présente, dans un contexte de dépendance, des périodes d'isolement, de fragilisation et de grande souffrance où le risque n'est pas contrôlé : la plupart traversent de nombreuses périodes de crise, de rechute après des épisodes de sevrage,

¹⁰ IREP, *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH : investigation ethnographique de la prostitution à Paris. 1989-1993.* Paris, septembre 1993, étude financée par l'ANRS et la DAS.

notamment après un passage en prison - pour beaucoup d'entre eux le retour en prison est répétitif, certains ne peuvent même plus les dénombrer -, de grande détresse (sorties de prison, maladies), de grande précarité des conditions de vie (passages dans les *squatts*, pratiques de rues). Comme l'a montré l'enquête de l'IREP sur la transmission du VIH parmi les toxicomanes (1992), les modes de contamination ne peuvent pas être appréhendés en dehors du mode de vie des usagers de drogues. Les comportements dépendent de la qualité de la vie et de l'environnement. Il apparaît que l'exclusion, la marginalisation, la précarité modifient la représentation de la hiérarchie des risques, en privilégiant les risques immédiats.

Un fait important a été signalé par le Docteur Ingold : les nouveaux venus dans la toxicomanie semblent s'être mieux protégés. L'étude menée par l'IREP (1992) montre que la contamination par le VIH des toxicomanes ayant commencé à s'injecter de la drogue après 1987 est faible : 3 %. Mais il faut prendre avec prudence ce résultat. Ces nouveaux consommateurs n'ont pas encore eu le temps de traverser de nombreuses périodes de "galère" et de haute vulnérabilité.

La même étude révèle un changement d'attitude par rapport au test de dépistage. Un tiers des sujets enquêtés n'ont jamais fait de test ou s'ils en ont fait un c'est longtemps auparavant. Ces sujets, considérant qu'ils n'ont plus de pratiques à risque depuis le dernier test négatif, ne voient plus l'intérêt d'en faire d'autres. Ce changement d'attitude va de pair avec une certaine exaspération par rapport au sida, élément supplémentaire dont on ne peut pas et dont on ne veut plus entendre parler. Beaucoup estiment qu'ils ont suffisamment adopté de mesures raisonnables. Cette attitude dangereuse, à prendre en considération, a été également relevée par un expert américain lors du IIIe séminaire de l'IREP¹¹.

Les usagers de drogues les plus jeunes ne s'identifient pas forcément comme "toxicomanes". Madame Coppel, rapportant

¹¹ French, J., (New-Jersey Department of Health, Trenton), *Note ethnographique sur Newark, IIIe séminaire international de l'IREP*, 3 mai 1993.

les résultats d'une enquête menée récemment sur les pratiques sexuelles de jeunes habitant des quartiers de la banlieue parisienne considérés "à risque", c'est-à-dire où la toxicomanie est un phénomène social visible, à savoir la Seine-Saint-Denis, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, a mis en évidence la nécessité de revoir la catégorie "usager de drogues". Cette enquête révèle en effet que se défendre de l'étiquette ne veut pas dire pour autant ne pas être usager de drogues dures et ne pas pratiquer parfois l'injection. Ceux-là mêmes qui affirment qu'ils ne sont pas "toxicos" consomment des drogues. Ils sont même plutôt polytoxicomanes. Ce sont les plus jeunes ; ils ne vont pas dans les centres de soins et sont peu touchés par les campagnes de prévention qui s'adressent aux toxicomanes. Le cas de ces jeunes qui sont ainsi très proches du risque de contamination par le VIH sans le reconnaître est très préoccupant.

Ce problème s'ajoute à celui que posent **les partenaires sexuels de toxicomanes**, population exposée à la contamination. L'évolution des cas de sida chez des femmes hétérosexuelles au 30 septembre 1992 montre que la part relative des femmes ayant un partenaire toxicomane est passée de 16% en 1987 à 30% en 1992, pour les hommes de 1% en 1986 à 13% en 1992¹². L'enquête menée par Madame Coppel rapporte que dans les quartiers où la toxicomanie est très présente, les toxicomanes et les non-toxicomanes ont des réseaux relationnels qui peuvent se recouper et remarque que les actions de prévention doivent être envisagées non seulement en direction des toxicomanes mais de leur entourage.

Une partie de cette population est de plus en plus difficile à atteindre. Un grand nombre de toxicomanes ne fréquentent pas les lieux d'accueil spécialisé. La plupart ne s'y présente qu'après plusieurs années de consommation, plus de 6 ans en moyenne. Beaucoup vivent dans des quartiers où il n'y a plus de relais, plus de travailleurs sociaux ni d'éducateurs. L'accès à ces milieux

¹² Sources : BEH, n° 6/1993, 15 février 1993.

devient de plus en plus difficile et doit passer par des personnes-relais appartenant à ces groupes.

Les actions de proximité ont montré que les changements s'inscrivent dans des **logiques collectives** : on modifie son comportement parce qu'on connaît quelqu'un qui a changé le sien. Les actions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont **relayées** dans le milieu d'appartenance.

5. Les outils de réduction des risques

Sous la pression de l'épidémie, la plupart des pays européens ont modifié leur politique en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse, adoptant ce qu'on appelle "**la politique de réduction des risques**". En France, les seules mesures prises en ce sens datent de 1987 : mise en vente libre des seringues en mai 1987¹³, création de centres de dépistages anonymes et gratuits en juillet 1987¹⁴. Ces mesures se sont immédiatement traduites par un changement de comportement parmi les toxicomanes, mais elles sont restées isolées. Les expériences étrangères rapportées lors du troisième séminaire international de l'IREP, en mai 1993, ont confirmé l'efficacité des politiques de réduction des risques en direction des toxicomanes.

Les **stratégies de réduction des risques** peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales et sociales, visant à minimiser les effets néfastes liés à la consommation de drogues.

¹³ Décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation de seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

¹⁴ Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social (article 29).

a. La prescription de produits de substitution

Les programmes méthadone : des objectifs différents

Le risque de contamination par le VIH parmi les usagers de drogues utilisant la voie intraveineuse impose un renouvellement de la réflexion sur la prescription de produits de substitution, essentiellement de méthadone, utilisée depuis plus de trente ans¹⁵.

Opiacé de synthèse, la méthadone présente l'avantage d'avoir une demi-vie plasmatique de 13 à 24 heures, ce qui permet une seule prise quotidienne. Diluée dans un sirop épais et très sucré, elle ne peut être injectée. Mais si la méthadone écrête le syndrome de manque, elle ne procure pas l'effet de *flash* recherché dans la drogue. D'autre part, elle génère une dépendance au moins aussi forte que l'héroïne, avec les mêmes difficultés de sevrage.

La prescription de produits de substitution peut s'inscrire dans différentes approches de la toxicomanie et viser différents objectifs : de simple maintenance, de désintoxication, de santé publique, de réduction des risques de contamination par le VIH.

Les premiers traitements fondés sur la prescription de produits de substitution - dès 1926 en Grande-Bretagne (y compris d'héroïne) et à la fin des années 1960 aux Etats-Unis - étaient des programmes de maintenance, la toxicomanie étant considérée comme une maladie chronique, et visaient à limiter la marginalisation et la délinquance. Les résultats très positifs des premiers programmes méthadone américains ainsi que le constat

¹⁵ Cette synthèse a été faite à partir des auditions et des discussions en assemblée plénière, et de la lecture des publications suivantes : Ball J.C., Ross A., *The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New-York, Springer-Verlog 1991 ; Centre Saint-Germain Pierre Nicole-Croix-Rouge française, *Rapport d'activité 1992*, Unité Methadone du Centre Saint-Germain Pierre Nicole ; Cooper J., "Methadone Treatment and acquired Immunodeficiency Syndrome", *Jama* 1989, 22/29 ; Coppel A., "L'efficacité des programmes méthadone mesurée par l'évolution des expériences étrangères", *Journal du Sida*, n° 46, janvier 1993 : pp. 26-30 ; "Méthadone : la nécessité d'une approche qualitative et diversifiée", *Transcriptase*, mai 1991 n° 6. ; D'Aunnot et Vaught - 1992 "Variations in Methadone Treatment Practices, Résultats from a National Survey", *Jama* 1992 2, 267. ; Des Jarlais Don C. et al, "A Randomized Trial of an Interim Methadone Maintenance Clinic", *American Journal of Public Health*, 81, 1991 : pp. 1185-1191 ; Mino A., *Rapport sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine pour l'Office Fédéral de Santé Publique Hélicoïtique*, 1990. ; Senay E., "Methadone and Public Policy", *British Journal of Addiction*, 1990 ; Sorensen et Zweben, *Misunderstandings about Methadone*, *Journal of Psychoactive Drug*, 1988.

qu'il est possible de sortir de la toxicomanie (70 à 80 % de résultats positifs pour ces premiers programmes pilotes) ont entraîné la remise en cause de l'objectif de maintenance et la multiplication de programmes visant la désintoxication.

Aux Etats-Unis, les programmes méthadone passent de 6.000 places en 1969 à 200.000 places en 1979. La méthadone est mise en vente libre dans les pharmacies. Ce développement à grande échelle n'a pas été exempt de problèmes et le bilan est alors apparu plutôt négatif. Toute une réglementation a dû être mise en place pour limiter les effets pervers : surdoses, trafic et détournement pour la revente au marché noir, polytoxicomanie.

Les évaluations menées ensuite ont montré qu'en matière de désintoxication les programmes méthadone obtenaient des résultats comparables à ceux des autres thérapies (communautés thérapeutiques, traitements à long terme sans produits de substitution), soit environ 30 à 40 % de résultats positifs suivant la durée du traitement, résultats très décevants en regard des comptes rendus initiaux.

Finalement, au début des années 1980, seuls les Pays-Bas maintiennent des programmes méthadone à grande échelle. Pourtant, en termes de santé publique, les évaluations montrent que ces programmes avaient des effets positifs incontestables : meilleure santé des patients, meilleure qualité de vie, taux plus faible de mortalité. A cette époque les Hollandais sont les seuls à adopter une approche de la toxicomanie en termes de santé publique. Au même moment, les Pays-Bas devaient la plaque tournante de la toxicomanie en Europe.

L'épidémie de sida a changé les choses. En 1988, les Anglais recommandent à nouveau le développement de prescriptions de produits de substitution mais cette fois dans le cadre d'une **politique de réduction des risques** de contamination par le VIH. Leur exemple est imité en Suisse, en Italie, en Espagne, ainsi qu'en Allemagne, en Autriche et en Belgique. En France, agréé depuis 1973, l'usage de la méthadone reste confidentiel.

Deux types de programmes

Il existe deux types de programmes, avec des objectifs différents : des programmes restreints dits "à haut seuil" et visant l'abandon de l'héroïne dans une prise en charge individualisée et à long terme, au sein de petits groupes (15 à 20 personnes) ; des programmes dits "à bas seuil", sans exigence d'abandon de l'héroïne et dont le principal objectif est d'établir un contact avec les toxicomanes les plus marginalisés et de les retenir dans le réseau sanitaire.

Quelques villes européennes expérimentent actuellement les programmes à bas seuil. Aux Pays-Bas, les programmes à bas seuil et à haut seuil sont conçus en complémentarité. Il s'agit de deux stratégies différentes, l'une relevant d'une logique de traitement, l'autre de santé publique, mais complémentaires. A Amsterdam, un bus-méthadone va à la rencontre des toxicomanes et offre des services sanitaires non spécifiques de la toxicomanie mais aussi des services de désintoxication et de programmes à haut seuil. Depuis l'existence du bus-méthadone le nombre des toxicomanes en traitement dans les programmes à haut seuil a doublé.

Les programmes méthadone ne conviennent pas à tous les toxicomanes. Les programmes à haut seuil ne touchent qu'un petit nombre des usagers de drogues puisqu'ils n'admettent que ceux qui s'engagent à renoncer à l'héroïne. Dans l'ensemble, les toxicomanes en traitement dans ce type de programmes ont déjà une longue histoire de toxicomanie derrière eux. Les jeunes usagers ne semblent pas se sentir concernés. L'âge moyen des toxicomanes en traitement est en effet plus élevé (33 ans) que l'âge moyen des usagers de drogues (25 ans).

A Amsterdam, où tous ceux qui le souhaitent peuvent avoir accès à un programme méthadone, un tiers seulement des toxicomanes sont en traitement.

Les résultats en terme de réduction des risques

Les résultats des programmes méthadone sont délicats à interpréter du fait de l'hétérogénéité des programmes, du nombre limité des évaluations, et de l'absence de protocoles d'évaluation identiques qui permettent de faire des comparaisons d'un pays à

l'autre. Il faudrait pouvoir tenir compte du contexte politique et épidémiologique. Les résultats peuvent même apparaître contradictoires. Comme l'a souligné le Docteur Morel, dans l'ensemble, on ne peut pas actuellement affirmer que les programmes méthadone ont eu un effet repérable sur le développement de l'épidémie du sida. New York est la ville qui a le plus développé de programmes méthadone, or, c'est la ville où l'épidémie, en particulier parmi les toxicomanes, est la plus dramatique. Dans les pays à forte prévalence de sida (Italie, Espagne, France, Etats-Unis), le nombre de toxicomanes en traitement est de toute façon insuffisant pour qu'on puisse en attendre un effet sur l'épidémie. Un certain nombre de points paraissent néanmoins incontestables.

Par rapport à l'injection

Madame Justin a insisté sur le fait que, dans les programmes à bas seuil notamment, la mise sous méthadone ne préjuge pas de l'abandon de la voie injectable. La méthadone ne procurant pas l'effet de *flash*, un pourcentage variable de toxicomanes poursuivent l'usage d'autres opiacés, notamment de cocaïne, qui apporte un effet de "montagnes russes". Or, la cocaïne a un spectre d'action très court et les injections peuvent alors être plus nombreuses que lorsque l'usager ne prenait que de l'héroïne. Cependant, plusieurs études étrangères confirment une certaine réduction de l'usage d'opiacés illicites. Les résultats positifs augmentent avec la durée du traitement et en fonction de la qualité du programme¹⁶.

Toutes les expériences montrent que les sujets sous méthadone, moins soumis au stress de la peur du manque, contrôlent mieux leur consommation et réduisent ainsi les pratiques d'injection à risque.

¹⁶ L'étude de Ball et Ross, menée aux Etats-Unis sur 6 programmes, montre qu'environ 77 % des patients cessent d'utiliser de l'héroïne après six mois de traitement, 92 % après 4 à 5 ans; 71 % renoncent à l'injection après six mois de prise en charge, avec des variations de 42,9 % à 90,2 % selon les programmes. Les travaux de Senay, Des Jarlais, Sorensen confirment ces résultats.

Un meilleur état de santé, une meilleure qualité de vie

Dès les premières évaluations des programmes américains dans les années 1970, il apparaît incontestable que les toxicomanes en traitement sont en meilleure santé et qu'ils peuvent adopter un mode de vie moins destructeur. Plusieurs études attestent une baisse du taux de mortalité¹⁷.

Les modalités de traitement

Des études ont porté plus précisément sur les variations de résultats en fonction des modalités de traitement, notamment l'étude de Ball et Ross (1991).

Dans l'ensemble, les facteurs de réussite sont des doses adaptées à chaque individu, la durée du traitement, la qualité de la prise en charge, de l'encadrement et du soutien médical, psychologique et social, enfin la qualité de la relation avec le patient.

On peut conclure que les programmes méthadone peuvent constituer **un outil de réduction des risques** dans la mesure où ils offrent aux toxicomanes la possibilité d'abandonner la pratique de l'injection et d'enrayer le processus de détérioration entraîné par la consommation de drogues, mais ces programmes, en particulier les programmes à haut seuil, n'ont d'efficacité que sur certains toxicomanes et ne touchent qu'un nombre limité d'usagers de drogues. Cet outil n'est pas universel et son utilisation doit être décidée au cas par cas selon une procédure de prescription.

La situation en France

En 1973, à la suite des expériences américaines, quatre centres ont été agréés pour prescrire de la méthadone : Marmottan, l'Intersecteur de Marseille, l'hôpital Ferdinand-Widal et l'hôpital Saint-Anne à Paris. Seuls les deux derniers centres ont décidé de poursuivre ce type de programmes, par groupes de 20 personnes.

¹⁷ Une étude suédoise menée sur 20 ans montre un taux de mortalité, toutes causes confondues, parmi les toxicomanes en traitement de 2 % alors que celui des toxicomanes hors traitement est évalué à 7 % (Grönbladh L., Ohlund L. S., Gunne, "Mortality in heroin addiction : impact of methadone treatment", *Acta Psych. Scand.* 82, 1990 pp. 223-227.). En France, des études portant sur la Seine-Saint-Denis avancent un taux de mortalité parmi les usagers de drogue hors traitement de 11 à 13 % (ORS de l'Ile-de-France, Dr I. Gremy, *Suivi de la toxicomanie en Ile-de-France 1986-1990*, septembre 1992.)

Depuis 1990, un programme de 12 places fonctionne au centre Saint-Germain-Pierre-Nicole. Soit 52 places, exclusivement à Paris.

Les programmes français sont dits "à haut seuil" d'exigence et s'adressent à des sujets fortement motivés. Le protocole de distribution est défini par la Direction générale de la santé. Le patient doit être volontaire, être dépendant depuis plus de cinq ans et avoir subi sans succès plusieurs cures de sevrage. Il doit se plier à des contrôles fréquents.

En France, les programmes méthadone ne sont pas conçus dans l'optique de la prévention de la contamination par le VIH mais dans le cadre d'une prise en charge des problèmes de dépendance.

D'autres produits de substitution

D'autres produits de substitution sont fréquemment utilisés de façon "sauvage" par des praticiens non spécialisés. Il s'agit de produits pharmaceutiques détournés de leur motif d'AMM (autorisation de mise sur le marché) comme le Temgésic® et le Néocodion®. Il n'existe pas d'analyses scientifiques de la procédure de prescription, de l'efficacité et de la légitimité de telle substance dans le contexte considéré. Cependant, il est important de laisser aux toxicomanes une possibilité d'autogestion de leur dépendance.

b. L'accès à du matériel stérile

Le partage du matériel d'injection est probablement la principale cause de la progression de l'épidémie de sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette pratique s'est développée dans un contexte d'interdiction de la vente des seringues. En France, la progression de la contamination par le VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse apparaît en effet fulgurante dans les années qui ont précédé la libéralisation de la vente des seringues en officine en 1987. Par le décret du 13 mars 1972, l'accès aux seringues était restreint par l'obligation d'une prescription médicale. La libéralisation de la vente en pharmacie a été instituée pour un an par le décret signé

le 13 mai 1987 de Madame Barzach, puis pérennisée l'année suivante par M. Evin. Cette mesure, dont l'efficacité a été immédiatement mise en évidence, ne peut suffire. Deux méthodes ont fait leurs preuves dans la réduction des risques de partage des seringues ou d'utilisation de matériel souillé : les programmes d'échange de seringues, les actions visant à encourager la stérilisation du matériel usagé.

Les programmes d'échange de seringues

Les évaluations des programmes d'échange de seringues, en France comme à l'étranger, montrent qu'ils constituent un facteur déterminant de réduction des risques¹⁸.

Aux Pays-Bas, les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place dès la fin des années 1970 pour lutter contre la progression de l'hépatite B. En Grande-Bretagne, deux programmes d'échange de seringues ont été testés en 1987 ; entre 1989 et 1990, 120 nouveaux lieux ont été implantés. En France, entre 1989 et 1990, la mise en place par la Direction générale de la santé de trois programmes d'échange de seringues a suivi la libéralisation de la vente en pharmacie : à Marseille et en Seine-Saint-Denis dans le cadre de services spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes, à Paris sous la responsabilité de Médecins du Monde. Seuls les deux derniers programmes ont été maintenus. Trois ans plus tard la situation n'a guère évolué.

Ces programmes ont pourtant eu des effets positifs immédiats. Comme l'a rapporté le Docteur Serfaty devant le Conseil, dès la première évaluation menée par Madame Facy (INSERM) il est apparu que ces programmes permettaient d'entrer en contact avec les usagers de drogues les plus marginalisés et qui, pour la plupart, ne fréquentent pas les structures de soins. Pour plus d'un quart des utilisateurs de ces programmes, la rencontre avec les équipes de prévention constituait le premier contact avec un réseau sanitaire. Un important travail de prévention et d'orientation vers des filières de soins adaptées a ainsi pu être réalisé.

¹⁸ Cf l'évaluation menée par F. Facy (INSERM), les rapports de l'équipe de Médecins du Monde, la réunion du CRIPS sur ce thème en novembre 1992 et les séances de travail du groupe dirigé par la Division sida.

Ces programmes utilisent des équipes mobiles qui circulent dans des camions aménagés. Ils proposent un espace de soins, d'information et de dialogue. L'équipe de Médecins du Monde, en concertation avec les toxicomanes fréquentant le bus, a mis au point un kit d'échange consistant en un tube de carton identifié par le logo du ministère de la Santé et contenant deux seringues stériles, deux préservatifs, deux tampons alcoolisés et une notice d'information.

Les responsables des programmes insistent sur le fait que l'attitude des forces de police par rapport à la possession de seringues, considérée comme présomption de délit, constitue une barrière à l'utilisation de ces programmes. Ils rapportent qu'après un démarrage lent la fréquentation augmente régulièrement¹⁹ et que s'installe un rapport de confiance, une fidélisation des utilisateurs des bus, qui considèrent ceux-ci comme leurs lieux. Cette sous-population fidélisée semble jouer un rôle de relais de prévention parmi les toxicomanes les plus marginalisés.

Les enquêtes d'évaluation, menées en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas ont montré que les programmes d'échange de seringues n'incitent pas à la consommation de drogues, qu'ils entraînent une réduction du partage des seringues et qu'ils permettent d'éviter l'abandon du matériel usagé dans les lieux publics. L'équipe de Médecins du Monde a constaté que le système du kit d'échange encourage le retour du matériel usagé.

Le Docteur Serfaty a souligné la lenteur et les difficultés de la mise en place de ce type de programmes : un long travail de négociation et de préparation est nécessaire pour obtenir l'aval des élus locaux, des services de police, des commerçants et de la population environnante, pour établir des relations de coopération avec les différents intervenants en toxicomanie du quartier, pour trouver et former des personnes relais, constituer des équipes de proximité. Actuellement ce sont les associations (AIDES, le CRIPS) qui assurent la formation des équipes de proximité. En Seine-Saint-Denis, des équipes de proximité travaillent en collaboration avec des usagers de drogues formés et

¹⁹ Médecins du Monde dans un rapport remis en février 1993 à la DGS signale qu'en 1991 3000 seringues, ont été distribuées en 1992 : 30 000.

recrutés en tant qu'"intervenants de proximité". La pérennisation de l'emploi de ces personnes pose un problème. L'expérience a montré que deux années au moins sont nécessaires pour la mise en place puis la reconnaissance de ces programmes par les toxicomanes. Ces programmes doivent faire l'objet d'une mise en place à long terme.

En 1992, la Division sida de la Direction générale de la santé a adressé aux DDASS une circulaire les invitant à étendre les programmes d'échange de seringues²⁰. Peu de demandes ont suivi. Quelques programmes viennent de démarrer ou sont sur le point de le faire : Grenoble, Toulouse, Strasbourg, Nîmes. Une ville comme Nice, particulièrement touchée par la toxicomanie, n'a toujours pas déposé de demande.

Des projets d'installation d'échangeurs automatiques de seringues sont à l'étude. Le groupe de travail de la Division sida recommande que les échangeurs soient situés à proximité de lieux de contact possible (services d'urgence ou pharmacies). A Nîmes, un échangeur automatique de seringues fonctionne pendant les heures d'interruption du bus.

La stérilisation du matériel d'injection en cas de réutilisation

L'action "Eau de Javel", menée par l'IREP dans le XVIII^e arrondissement de Paris en 1992, intitulée *Recherche-action avec l'eau de Javel comme moyen de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse* et financée par l'Agence française de lutte contre le sida, a été décidée à la suite de la mise en évidence du risque de contamination lors de la réutilisation du matériel d'injection. Il s'agissait d'informer les usagers de drogues par voie intraveineuse de l'existence d'une alternative raisonnable et efficace à l'utilisation de seringues neuves. Des travailleurs de rue ont procédé à une large distribution de fioles d'eau de Javel, d'eau, de coton, de préservatifs et d'une fiche d'information. Plus de 1500 personnes ont pu être contactées et une diffusion très rapide du message a été

²⁰ Sous le contrôle d'un groupe de travail associant la Division sida, le Bureau toxicomanie, la DAS, l'AFLS, la DGLDT, le CNS et les responsables des programmes de Paris et de Seine-Saint-Denis.

constatée, ainsi que l'utilisation effective de l'eau de Javel pour stériliser les seringues en cas de réutilisation inévitable. L'opération a été également à l'origine d'une perception plus réaliste et, par suite, d'une prise en compte plus efficace du risque de contamination par le VIH. Cette utilisation de l'eau de Javel, peu répandue en France, l'est depuis plusieurs années dans plusieurs grandes villes américaines. A Chicago, les travailleurs sociaux vont régulièrement déposer des caisses d'eau de Javel dans les *shooting galleries*, lieux à haut risque de contamination, comme le sont en France les *squatts*.

c. Les lieux d'entraide et d'action communautaire

Les centres d'accueil de proximité et d'action communautaire comme l'association "Espoir Goutte d'Or" à Paris, "Transit" à Marseille, les différents clubs de prévention, restent toujours des expériences isolées. Madame Justin a fait part de l'intention de la Direction générale de la santé de développer dans les quartiers les plus défavorisés des centres d'accueil qui proposent des soins infirmiers mais aussi des lieux d'hébergement d'urgence. "La boutique" (association Charonne) vient d'ouvrir dans le XVIII^e arrondissement de Paris, offrant des services de première nécessité, douches, machines à laver. Ces lieux, qui posent comme seul interdit le *deal* et la consommation sur place, permettent d'atteindre les plus démunis des usagers de drogues et d'établir un lien avec les réseaux d'entraide et de soins du quartier.

Comme l'ont expliqué Madame Cavalcanti et M. Neira, l'association "Espoir Goutte d'Or" (EGO) se veut un lieu de parole et de responsabilisation où l'on est "un citoyen malgré la toxicomanie". Née de la volonté des habitants du quartier de s'organiser face au problème de la drogue, particulièrement présente, l'association regroupe des bénévoles, usagers de drogues ou non et des professionnels du champ sanitaire et social, sur le principe du non-anonymat et de la convivialité. L'association joue un rôle essentiel de médiation au sein du quartier : médiation auprès du service de maladies infectieuses de l'Hôpital Bichat, des pharmaciens, des forces de police. M. Neira a de plus insisté sur la nécessité et l'urgence d'entrer en contact avec les

plus précarisés des usagers de drogues, ceux qui vivent dans des *squatts*, dans des caves au sol jonché de seringues et pour lesquels il n'existe aucune donnée épidémiologique.

Conclusion

Ces outils peuvent contribuer à réduire les risques de contamination mais ils ne peuvent prétendre l'éliminer. Toutes ces actions n'ont pas nécessairement les mêmes objectifs, la diversité des réponses permet de s'adapter à la diversité des situations individuelles.

6. L'accès aux soins

Les lieux de recours médical les plus fréquents

Les lieux de recours médical les plus fréquents sont pour les toxicomanes les services d'urgence des hôpitaux, les services hospitaliers, les infirmeries des établissements pénitentiaires, les pharmacies. Ces lieux paraissent mal adaptés aux problèmes spécifiques posés par les toxicomanes contaminés. Les personnels soignants non spécialisés en toxicomanie n'échappent pas au poids des préjugés comme le révèlent des études suscitées par le cadre de l'Agence nationale de recherches sur le sida. La qualité des soins peut se trouver altérée par une représentation péjorative du soignant au seul motif de la toxicomanie du consultant.

Les services d'urgence sont le premier recours de bien des usagers de drogues. Une étude récente sur la population du service des urgences de l'Hôtel-Dieu montre qu'un patient admis sur huit est toxicomane²¹. Or il n'existe aucun protocole particulier concernant les problèmes médicaux que pose la toxicomanie, aucune consigne spéciale d'accueil.

Avec l'épidémie de sida, un grand nombre d'usagers de drogues fréquentent les *services hospitaliers*. Le personnel des différents services a peu à peu appris à accueillir, à entendre et à suivre ces patients dont la prise en charge est compliquée par les

²¹ Chaput S., *Connaissances-Attitudes-Comportements face au sida des patients aux urgences de l'Hôtel-Dieu*. Thèse de doctorat en médecine, Hôtel-Dieu, mars 1993.

problèmes que pose la dépendance. Ce sont des patients difficiles à suivre dans un traitement à long terme et à maintenir dans un contrat de soins. Ils sont peu fidèles et risquent de passer alternativement dans les différents services sanitaires (prisons, services d'urgence, services hospitaliers). Cependant, des études récentes montrent que la difficulté des prises en charge est en réalité moins grande que supposée lorsqu'elle est rigoureusement mesurée²². La difficulté apparaît surévaluée par les équipes de soins.

La collaboration de professionnels compétents dans le domaine de la toxicomanie, et l'incitation à des pratiques collaboratives locales devraient être développées dans ces différents services.

Les pharmacies constituent un passage obligé pour les toxicomanes. Les pharmaciens devraient être incités à encourager la prévention et à diffuser l'information, par exemple distribuer avec chaque seringue vendue un préservatif et de l'eau de Javel. Plusieurs expériences de mobilisation des pharmaciens ont donné des résultats très positifs.

L'injonction thérapeutique

Le cadre juridique concernant la toxicomanie est régi par la loi n° 70.1320 du 31 décembre 1970. Avec l'article L.628 du délit d'usage de stupéfiants, la loi est en France plus répressive que dans les autres pays européens. L'"usage simple" de stupéfiants est possible d'une peine de deux mois à un an de prison et/ou de 500 F. à 15.000 F. d'amende.

La loi prévoit la possibilité d'une mesure d'injonction thérapeutique, c'est-à-dire le suivi de l'inculpé par un médecin dans le cadre de l'autorité sanitaire départementale. Cette mesure a été confirmée par une circulaire le 12 mai 1987 et relancée le 15 février 1993. Actuellement plus de 4 000 mesures sont prononcées par an. Les intervenants en toxicomanie ont beaucoup critiqué cette prise en charge dans un cadre de contrainte. Le dispositif qui la rend possible pose problème. L'efficacité de la prise en charge et la qualité de la relation dépendent de l'entrée volontaire dans un

²² cf Agence nationale de recherches sur le sida (CSS n°4, AC15)

système de soins. Cependant, la pratique a montré que cette pression judiciaire permet à des toxicomanes qui ont des difficultés majeures d'accès aux soins d'entrer en contact avec des soignants. Madame Justin a signalé qu'une enquête récente révèle que pour 59% des usagers de drogues présentés à l'autorité sanitaire il s'agissait du premier contact avec une structure de soins.

Le dispositif spécialisé

Mis en place dans les années 1970, le dispositif de soins et de prévention de la toxicomanie compte 600 lits pour toute la France. En 1991 plus de 10.000 demandes d'admission n'ont pu être satisfaites. Les difficultés de retour à la vie normale et de réinsertion sociale dans les villes à la sortie des centres de post-cure, aggravées par le sida, rendent indispensable l'ouverture d'appartements relais et d'appartements thérapeutiques.

Les médecins généralistes

La situation des médecins généralistes, isolés et soumis à une demande croissante de la part des toxicomanes, devrait être réévaluée et reconsidérée, tant au niveau de leur formation que de leur intégration dans des réseaux de collaboration avec les services spécialisés.

*Avis du Conseil national du sida
relatif à l'infection par le VIH parmi les usagers de
drogues*

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil national du sida fait trois observations liminaires qui lui serviront à fonder un avis.

- 1) L'usager de drogues a droit aux soins comme toute autre personne. Les pouvoirs publics ont le devoir de l'aider à préserver sa santé et de lui donner accès aux soins sans exiger au préalable l'abandon de la consommation de drogues. Un usager de drogues qui refuserait le sevrage qu'on lui propose doit recevoir pourtant toute l'aide médicale et sociale dont il a besoin.
- 2) La fréquence de la contamination par le VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse est un élément qui aggrave leurs difficultés de vie et rend plus précaire encore leur état de santé. Ce phénomène accroît également les risques de diffusion du VIH. Il en ressort que l'assistance aux toxicomanes et la prévention du sida sont deux problèmes qui doivent être traités ensemble.
- 3) La politique des pouvoirs publics en matière d'usage de drogues joue sur le double registre de la santé publique et de la répression de l'usage sans trafic dit "usage simple" considéré comme une forme de délinquance, sans définir de priorité entre ces deux registres.

A partir de ces observations, le Conseil national du sida propose une mesure d'ordre général indispensable, assortie de mesures particulières :

La priorité des pouvoirs publics doit être la prévention et la protection de la santé publique et non la répression de l'usage simple de drogues. Il est absolument nécessaire de revoir dans ce sens et de coordonner les législations, réglementations et pratiques publiques dans ce domaine. A partir du moment où la vente des seringues est libre et où des directives officielles de santé publique préconisent, ne serait-ce que timidement à titre expérimental, des programmes d'échange de seringues, il est logique de ne pas s'opposer à la possession de seringues. Comment en effet promouvoir sérieusement l'utilisation de matériel non contaminant quand le port de seringue vaut présomption de délit d'usage de drogues ? En outre, la pénalisation de l'usage simple augmente la vulnérabilité et la marginalisation, qui entre pour une large part dans les problèmes sanitaires et sociaux que rencontrent les usagers de drogues et constitue un obstacle majeur à l'efficacité des actions de prévention engagées envers eux.

Ce point essentiel étant admis et réglé par la voie qui convient, le Conseil national du sida estime nécessaire de définir une **nouvelle politique d'approche de la toxicomanie, en termes de prévention, d'accueil et de soins, et de s'engager plus vigoureusement dans une politique de réduction des conséquences néfastes de la consommation de drogues.**

A) sur le plan national

1) La prévention primaire

Toutes les actions en direction des usagers de drogues doivent s'inscrire dans une lutte générale en amont contre la toxicomanie : le Conseil national du sida préconise à cet effet de donner des moyens intellectuels et financiers pour développer la prévention primaire dans les structures d'éducation, d'information et de conseil (au niveau de l'État, des collectivités, des associations, des institutions de santé, etc.), mais aussi de mener une politique active de lutte contre l'exclusion et la

marginalisation, en particulier dans les banlieues où la mauvaise qualité de la vie a pour effet d'accroître le risque de toxicomanie.

2) Les structures d'accueil et les structures de soins

Mis en place en 1970, le dispositif actuel spécialisé dans l'accueil et le traitement des toxicomanes était novateur à une époque où le phénomène de la toxicomanie était peu visible et où on croyait pouvoir l'éradiquer. En 1993, dans une perspective où, faute de pouvoir éradiquer, on souhaite du moins réduire le plus possible les risques, il est tout à fait insuffisant et sans doute inadapté.

Le Conseil national du sida recommande **d'augmenter et de diversifier** les services d'accueil et de traitement de façon à mieux répondre aux besoins des différentes catégories d'usagers de drogues, aux différents moments de leurs trajectoires,

- en ouvrant des services d'aide sociale et médicale n'exigeant ni abstinence, ni thérapeutique, des abris de nuit, des centres d'accueil de jour ;
- en créant de nouveaux centres spécialisés de traitement et de post-cure ;
- en augmentant les possibilités de traitements de substitution à haut seuil ;

Par ailleurs, il recommande d'instituer une participation de la Caisse nationale d'assurance maladie dans ce domaine.

Enfin, le Conseil national du sida estime nécessaire d'encourager un vigoureux effort d'innovation au niveau local, notamment à travers les actions de proximité (voir infra).

3) L'accès aux soins et aux moyens de prévention

Le Conseil national du sida recommande **d'améliorer l'accès aux soins et aux moyens de prévention** en impliquant systématiquement tous ceux qui approchent les problèmes de la toxicomanie dans une coopération active et éclairée, ce qui sous-entend une formation spécialisée auprès :

- des forces de police et des sapeurs pompiers qui interviennent en urgence ;
- des pharmaciens qui, en tant qu'acteurs de proximité, doivent être incités à encourager les pratiques de prévention ;
- des médecins généralistes, qu'il faut mobiliser et soutenir dans la prévention et la prise en charge de la toxicomanie, et cela en leur assurant des liens avec des services spécialisés ;
- du personnel social et du personnel soignant des principaux lieux de recours ou de séjours où risquent de se retrouver des usagers de drogues, à savoir les services d'urgence, les services hospitaliers, les prisons. Des antennes toxicomanie dans ces différents lieux permettraient d'améliorer la prise en charge et d'organiser le suivi médical de ces patients.

En ce qui concerne les prisons, le Conseil national du sida a déjà recommandé dans un précédent avis de faire passer sous le contrôle du ministère de la Santé la médecine en milieu carcéral pour qu'il y ait continuité des prises en charge dans et hors de la prison. Il recommande en outre de suivre les directives énoncées par l'Organisation mondiale de la santé en mars 1993.

B) sur le plan local

- 1) Le Conseil national du sida estime nécessaire d'encourager par des financements directs **toute initiative d'action de proximité** visant à atteindre les toxicomanes les plus marginalisés et peu susceptibles d'être touchés par les services compétents de traitement ou par les efforts de prévention existants,
 - en associant de manière active des membres de ces groupes, toxicomanes ou anciens toxicomanes et éléments proches de ces milieux ;
 - en favorisant l'émergence de groupes d'auto-support et d'écoute ;
 - en fournissant des lieux d'accueil où seraient proposés des services de première nécessité (douches, laverie, etc.), la possibilité de s'asseoir un moment, d'écouter ou de prendre la parole.

L'intérêt de ces initiatives est de faire sortir la toxicomanie de la clandestinité où elle est généralement réfugiée, qui est préjudiciable à tout effort en termes de santé publique et de protection individuelle.

2) Le Conseil national du sida recommande de favoriser toutes les actions qui visent à fournir aux usagers de drogues **les moyens concrets et les informations qui leur permettront de réduire de façon durable les risques de contamination pour eux-mêmes et pour les autres**, et d'inciter les pouvoirs locaux à participer à la mise en oeuvre de tous les outils disponibles : programmes d'échange de seringues, distributeurs automatiques de seringues, distribution d'eau de Javel, distribution de préservatifs, bus de prévention, etc.. Il faut offrir des programmes conçus en fonction de l'exigence de dignité de la personne humaine et déclinés de façon à répondre à la personnalité des toxicomanes et à la variété des situations individuelles.