

LA REDUCTION DES RISQUES

Dr. Sylvie Wiewiorka*

INTRODUCTION, DEFINITIONS

Le terme « réduction des risques » fait son apparition en France dans le champ des toxicomanies au début des années quatre-vingt-dix. C'est une traduction approximative de l'expression anglaise « harm reduction », dont le sens littéral est plutôt « réduction des effets nuisibles sur la santé », ou encore « réduction des dommages » (sous-entendu « causés par l'usage des drogues »).

A. Mino fait remonter au début des années quatre-vingt l'établissement aux Pays-Bas des premières stratégies de réduction des risques¹, tandis que les néerlandais E. Buning et G. Van Brussel évoquent l'émergence du concept de réduction des risques dans leur pays dès la fin des années soixante-dix². Quoiqu'il en soit, les Pays-Bas ont la paternité incontestée du concept et de la mise en place de la première politique revendiquée de réduction des risques envers les toxicomanes, et ceci avant même que l'épidémie de sida ne se développe dans cette population.

« A Amsterdam, la réduction des risques se définit comme suit :

Si un usager de drogues (homme ou femme) ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres »³

Commentant leur définition, les auteurs remarquent que :

- la nature de l'usage de drogue (dure ou douce) n'est pas précisée
- le terme d'*usager* est ici préféré à celui de *toxicomane*, car même un usage récréatif de drogue peut causer des dommages à l'usager ou à autrui
- cette définition exclut tout moralisme, et implique qu'il faut accepter que certains sujets continuent à consommer de la drogue
- pour autant, cette position ne doit pas être assimilée à du défaitisme. La société et les services spécialisés *doivent* faire quelque chose
- le rôle des services spécialisés demeure modeste (*aider*). Les pouvoirs publics font confiance aux capacités d'auto-régulation et d'auto-détermination des usagers
- il s'agit de *réduire*, et non pas d'*éliminer* les dommages en relation avec la drogue
- enfin, les *risques* à réduire sont ceux causés aux usagers, mais aussi à autrui.

Cette définition de la réduction des risques fait grosso modo consensus. A. Mino⁴ y ajoute la notion de contexte juridique et culturel : « Les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles ». Cet ajout est destiné à rassurer ceux qui, à tort ou à raison, redoutent que la notion de réduction des risques ne cache, sous couvert de traiter des problèmes de santé publique, une volonté d'agir pour modifier la loi ou la culture dominantes. La tension entre les impératifs de la réduction des risques et ceux de la répression de l'usage des drogues, fondée en France sur une tradition et une culture anciennes de la prohibition, ne saurait pourtant être mésestimée.

A. Serfaty a comparé les délais d'élaboration des mesures d'accessibilité au matériel d'injection, dans une perspective de prévention du sida chez les usagers de drogue, dans les états membres de l'Union Européenne. Ces délais sont mis en parallèle avec le degré de répression de l'usage de drogues tel que défini par la législation en vigueur dans les pays considérés⁵. Cette étude montre que plus la législation est répressive, plus les mesures de renforcement de l'accessibilité aux seringues sont lentes et difficiles à mettre en place. Il y a bien un lien entre la législation en vigueur et la réduction des risques. La façon d'aborder les toxicomanes modifie leur façon de réagir. Ces modifications ont un effet sur la culture en

* Directeur Médical du Centre Saint-Germain-Pierre-Nicole, Croix Rouge Française, Paris

- 2 matière de toxicomanie, et on est en droit d'attendre que ces modifications culturelles trouvent, tôt ou tard, une traduction juridique, si l'on admet que les lois sont pour partie le reflet des valeurs dominantes d'un pays à un moment donné de son histoire. La tension entre la réduction des risques et la législation est une tension dynamique : si l'objectif premier de la politique de réduction des risques n'est pas la modification de la législation sur l'usage des stupéfiants, c'est bien le nécessaire développement de cette politique qui, pour beaucoup, rend aujourd'hui inacceptable la législation française, jugée par trop répressive.

1. LES RISQUES LIÉS A L'USAGE DE DROGUE

Ces risques varient en fonction de la nature de la drogue utilisée, de sa voie d'ingestion, de l'importance et de la fréquence de l'usage. Ils sont également liés à la personnalité de l'utilisateur, à sa situation familiale, économique, sociale, ainsi qu'aux lois et valeurs culturelles de la société dans laquelle il évolue. Des facteurs biologiques et physiologiques individuels interviennent également. Bref, il est difficile d'établir un catalogue raisonné des risques encourus par les usagers de drogue.

Dans un rapport sur les toxicomanies paru en 1994⁶, le Comité Consultatif National d'Éthique propose de distinguer les risques de la consommation de drogue qui concernent directement la santé des utilisateurs des risques sociaux. Cette distinction est utile à la clarté de l'exposé : les effets de la consommation de drogue sur la santé des usagers dépendent de la nature du produit autant que de la voie et des conditions d'ingestion. Ils sont difficilement isolables des risques sociaux, qu'ils génèrent pour partie, alors que des conditions sociales défectueuses viennent encore aggraver le risque sanitaire.

1.1. les risques sanitaires liés à l'usage de drogue (les données évoquées ici concernent la France) peuvent être tant bien que mal quantifiés par l'épidémiologie :

- les décès par surdose sont évalués en France à 465 pour l'année 1995⁷
- on relève, au 30/09/95, plus de 9000 cas cumulés de sida déclarés chez les utilisateurs de drogues injectables en France⁸, représentant 24% de l'ensemble. Le sida est responsable d'environ 1000 décès de toxicomanes par an
- la prévalence des hépatites chez les usagers de drogue intraveineuse est encore imparfaitement connue. Pour les virus B et C, elle oscille selon les études entre 50 et 90%
- les complications psychiatriques (bouffées délirantes, troubles graves du comportement, états dépressifs, etc...) ne sont que rarement quantifiés, alors qu'elles sont fréquentes.

1.2 les risques sociaux sont difficiles à évaluer, d'autant qu'ils interviennent également comme causes de la toxicomanie. L'enquête du SESI sur les toxicomanes ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1994⁹ montre que 70% des toxicomanes pris en charge n'ont pas d'activité professionnelle. Ces données sont corrélées par les statistiques 1995 du Ministère de l'Intérieur¹⁰ à propos des sujets interpellés pour usage et usage-revente, qui retrouve plus de 66% de personnes sans activité professionnelle déclarée. L'absence de travail a fréquemment pour corrolaire l'absence de logement stable, une vie familiale cahotique, le placement des enfants, etc...

Il est, on l'a déjà souligné, difficile de considérer que tous ces éléments sociaux, qui parfois préexistent à l'usage des drogues, sont issus de la toxicomanie. Cependant, ils participent étroitement au phénomène toxicomaniaque, dont ils ne peuvent être isolés.

1.3. les comportements à risque des toxicomanes ont fait l'objet de nombreuses études¹¹. Il s'agit de connaître les pratiques concernant l'usage des seringues (achat, partage, précautions prises), les pratiques sexuelles (nombre de partenaires, fréquence des relations sexuelles, achat et utilisation de préservatif, prostitution). Il ressort de l'étude d'A. Boissonnas menée en 1994 et 1995 que plus d'un tiers des toxicomanes interrogés a échangé du matériel d'injection dans les six mois précédant l'enquête. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête de F.R. Ingold menée en 1990. L'usage des préservatifs serait, chez les toxicomanes, supérieur à celui retrouvé dans la population générale. En revanche, les toxicomanes ont bien souvent un nombre plus important de partenaires sexuels que la population du même âge.

- 3 L'étude des pratiques à risque chez les toxicomanes donne des indications précieuses sur la politique de réduction des risques qu'il convient de mettre en place. L'évolution de ces pratiques au fil des années devrait permettre de mieux évaluer l'impact de cette politique, à côté des indicateurs épidémiologiques classiques.

2. PREVENTION ET REDUCTION DES RISQUES

« On appelle prévention primaire tous actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux.

On appelle prévention secondaire tous actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution ou la durée.

On appelle prévention tertiaire tous actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population, en réduisant au minimum les invalidés fonctionnelles liées à la maladie. »¹²

Si l'on compare cette définition « officielle » de, ou plutôt *des* préventions avec celle de la réduction des risques retenue par Buning et Van Brussel, on voit que, même si globalement l'idée reste la même, les priorités et les hiérarchies sont un peu différentes. La prévention se décline en trois niveaux : empêcher l'apparition de la maladie (la prévention tertiaire), qui ressemble à s'y méprendre à la réduction des risques, ne vient qu'en troisième lieu. La réduction des risques néglige en général, ou subordonne à ses impératifs les deux premiers degrés de la prévention : empêcher l'apparition de la toxicomanie, en limiter la durée.

« Cependant, les stratégies de réduction des risques ne sont pas *antagoniques* à la stratégie de réduction de la demande, pour autant que celle-ci ne contredise pas l'objectif prioritaire. »¹³

Annie Mino considère que l'approche préventive classique s'assimile à une politique de guerre à la drogue :

« Il y a quelques années encore, la « guerre à la drogue » était l'objectif quasi exclusif. Il implique la réduction de l'offre, par toutes les stratégies bien connues internationalement, et la réduction de la demande qui privilégie la prévention primaire, la prévention secondaire (abstinence rapide), et la prévention tertiaire (réinsertion socioprofessionnelle). »¹⁴

Anne Coppel fait de la hiérarchisation des risques le fondement de la stratégie de réduction des risques :

« Si l'abstinence, soit la suppression du risque toxicomanie, est certes préférable, il est illusoire d'espérer que tous les toxicomanes renoncent immédiatement sous la menace du sida à l'usage de drogues illicites; aussi convient-il de promouvoir des pratiques de prévention auprès des toxicomanes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas renoncer à l'usage de drogue. La prévention du sida auprès des toxicomanes implique une hiérarchisation des risques : le sida, maladie mortelle, est plus grave que la toxicomanie. »¹⁵

Il y a bien une différence entre l'approche préventive classique et la politique de réduction des risques. Pour cette dernière, le problème numéro un que pose la toxicomanie, c'est le risque sanitaire qu'elle fait courir aux toxicomanes. Il faut par conséquent développer toutes les stratégies possibles pour dissocier l'usage de drogues des risques qui lui sont inhérents.

L'approche préventive classique privilégie quant à elle la lutte contre l'usage de drogue : sans usage de drogue, pas de dommages liés à cet usage. Aux extrêmes, l'approche préventive et l'approche en terme de réduction des risques s'opposent : on peut considérer que la solution aux dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues réside dans l'éradication de cet usage et qu'il n'est nul besoin de prendre d'autres mesures que de lutter farouchement contre l'offre et la demande de drogue; on peut, a contrario, penser que le seul problème que pose à l'individu et à la société l'usage de drogues réside dans les conséquences sanitaires désastreuses liées aux conditions actuelles de cet usage. Le débat se déplace alors de la prévention à la prohibition, et de la réduction des risques à la légalisation des drogues.

3. LA REDUCTION DES RISQUES, NOUVELLE PHILOSOPHIE ?

On retrouve cette expression de « nouvelle philosophie » (« la réduction des risques, une nouvelle philosophie de l'intervention auprès des toxicomanes »¹⁶) dans de nombreux textes

4 consacrés à la réduction des risques. Cette philosophie décline pour l'essentiel une doctrine, le pragmatisme, ainsi qu'en un débat sur le sens à donner au mot éthique.

« Je ne suis pas philosophe; les noms d'Aristote, de Platon ne me disent plus rien depuis que j'ai quitté l'école. Je suis quelqu'un de pragmatique. Chez nous, nous agissons d'abord et nous nous posons des questions après. Si ça va, tant mieux; sinon, on aura essayé. »¹⁷

Le pragmatisme est une doctrine selon laquelle la vérité d'une proposition consiste dans le fait qu'elle « est utile », qu'elle « réussit », qu'elle « donne satisfaction ». Aux extrêmes, un mensonge utile devient une vérité¹⁸. L'efficacité est la valeur ultime. En matière de réduction des risques, le pragmatisme trouvera son fondement au moins autant dans l'inefficacité alléguée des politiques de soins et de prévention précédemment menées que dans l'inefficacité d'une politique de réduction des risques qu'on est bien souvent en peine d'évaluer globalement.

Utilisé de façon polémique, le pragmatisme s'oppose ici à la déontologie et aux principes éthiques tournés en dérision : « Déontologie ou pragmatisme ? Droits de l'homme ou réalisme qui fait accepter le spectacle de la déchéance ? On comprend que les politiques européennes n'aient suscité nul enthousiasme spontané, d'autant que les principes des centres spécialisés sont ceux qui fondent plus largement le consensus démocratique : pour les droits de l'homme contre la stigmatisation et les ghettos; pour la liberté de choix, contre l'enfermement; pour le sujet contre les peurs sociales, contre l'uniformité et le contrôle social... La France avait tout lieu de se satisfaire de spécialistes politiquement tout à fait corrects, soignants modestes qui, tout compte fait, n'exigeaient pas grand chose, à condition qu'ils puissent poursuivre leur travail dans le respect de la déontologie professionnelle. »¹⁹

Quant à l'éthique, selon qu'on la considère comme synonyme de *moralité*, ou bien comme ayant pour objet de faire respecter des *droits de l'homme* (ici du sujet toxicomane), elle sera tantôt décriée, tantôt encensée :

« La politique de réduction des risques rationalise ce postulat (sous-entendu que l'inefficacité des politiques fondées sur l'abstinence et leur coût les rend intolérables) et s'intéresse à la dimension éthique en inscrivant la question morale non dans un absolu historique mais dans un cadre culturel et social déterminé en lien avec des êtres concrets, qu'il s'agisse des consommateurs de drogue ou de ceux qui vivent avec eux »²⁰.

« Deux logiques s'affrontent ici, qui sont aussi deux conceptions de la clinique et du rôle du clinicien. La première fait appel à une morale de la responsabilité : prescrire un traitement de substitution ou recourir à une communauté thérapeutique; c'est reconnaître qu'un sujet ne peut se passer de drogue, c'est le traiter en irresponsable et c'est, au bout du compte, baisser les bras devant la toxicomanie (...). Le rôle du soignant est de favoriser les passages d'un niveau de contrôle à un autre. C'est aussi reconnaître qu'il existe des traitements spécifiques aux toxicomanes, traitement de substitution ou autres modalités de gestion. »²¹

On peut défendre les principes moraux (la liberté, la responsabilité), mais ce serait méconnaître la *nature* du toxicomane qui n'a que faire de ces principes... Il vaut mieux être pragmatique, renoncer aux grands principes, conformément à une supposée *histoire naturelle* de la toxicomanie, que personne n'a bien évidemment jamais été en mesure d'observer, les toxicomanes vivant dans une société dont ils subissent les influences, comme tout le monde.

La « nouvelle philosophie » de la réduction des risques se veut révolutionnaire, débarrassée des vieilles lunes de la responsabilité du sujet toxicomane, à qui son statut de victime donnerait des droits imprescriptibles.

Rencontres européennes du CRIPS : vers un suivi de la politique de réduction des risques ?

Depuis 1994 le réseau des CRIPS* organise sur le modèle des conférences de consensus des rencontres européennes sur la réduction des risques auprès des usagers de drogues. La seconde rencontre s'est tenue à Marseille du 26 au 28 Septembre dernier.

L'objectif est de renforcer et de poursuivre les différents efforts menés par les pouvoirs publics et le milieu associatif en élaborant des recommandations précises en fonction des différents axes d'intervention en matière de réduction des risques: rôle des collectivités locales; dispositifs d'échanges

5 | de seringues; lieux d'accueil spécifiques; substitution; prise en charge médicale; usage de drogues et cadre législatif; communication.

Les recommandations de 1994, élaborées dans le contexte de l'ouverture rapide de mesures de réduction des risques par les pouvoirs publics (centres méthadone, programmes d'échanges de seringues, ...), ont fait l'objet d'une évaluation intéressante présentée par EVAL à l'occasion de la deuxième rencontre. On présentera brièvement ci-après les principales conclusions de cette évaluation.

En ce qui concerne *les seringues* l'accès est désormais facilité grâce au décret du 7 Mars 1995 qui légalise la distribution gratuite de seringues stériles dans le cadre de la prévention du SIDA et de la toxicomanie; la vente du kit stéribox a été généralisée. Le développement des programmes d'échanges de seringues apparait encore insuffisant et se heurte à de nombreux problèmes de financement et à des réticences locales.

Pour *la substitution*, la méthadone et la buprénorphine (le subutex se substituant au temgesic) ont reçu leur AMM. On estime aujourd'hui à 3000 les usagers suivis avec la méthadone et 13 000 les usagers suivis avec le subutex. Les sulfates de morphine (moscontin et skénan) restent interdits par la DGS et le débat reste vif sur l'utilisation de ces substances en substitution.

Le développement des *réseaux de soins coordonnés* se met en place progressivement, souvent avec des difficultés de financement et avec des résultats parfois contestés (des réseaux de carnets d'adresses ?). Il existe actuellement 22 réseaux Toxicomanie Ville-Hôpital financés par la DGS et 13 réseaux Ville-Hôpital non-conventionnés.

La situation évolue également dans *les prisons* avec les 144 convention Prison-Hôpital signées à ce jour et qui transfèrent la responsabilité de soins à l'hôpital, la délivrance de la méthadone est désormais possible en prison. Néanmoins les dysfonctionnements et les insuffisances restent prédominantes et les positions sont contrastées s'agissant de la mise à disposition de seringues aux détenus.

Les collectivités locales, en particulier les municipalités prennent leur part dans l'installation et le financement des récupérateurs-distributeur de seringues et dans certains programmes de prévention. Leurs effets demeurent cependant variables.

Les groupes d'auto-support restent encore insuffisamment soutenus et reconnus malgré des progrès notables.

Plus généralement, les financements d'état n'ont pas eu toutes les augmentations annoncées, le transfert d'une part importante de la charge financière à l'Assurance Maladie pour une prise en charge par les médecins généralistes continue à soulever de nombreuses questions. La question de la modification de la loi de 1970 est récurrente mais parait actuellement bloquée sur le plan politique, à noter que sur ce sujet les positions des participants sont très diverses et parfois opposées.

La seconde rencontre de Marseille a également élaboré toute une série de recommandations. Par rapport à 1994 elles ont évolué dans un sens plus technique, on sent désormais le poids des problèmes qui se posent quotidiennement à ces nouveaux dispositifs et à ces nouveaux intervenants. Plus de complexité dans les échanges et les pratiques, plus de difficulté à cerner les limites de la politique de réduction des risques, qui, du SIDA aux hépatites est en passe de déboucher sur une logique de prévention et de prise en charge globale.

* *Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida*

Si la réduction des risques est une politique, elle se décline en lois, décrets et circulaires, ainsi qu'en investissement en hommes et en moyens. Elle a un ou des champs d'action précis, c'est ce que nous allons considérer maintenant. Erigée en philosophie, elle prend facilement le visage de la plus caricaturale des idéologies.

4. REDUCTION DES RISQUES : APPROCHE CONCRETE

Par delà les polémiques et les querelles de définition, de nombreux pays ont mis en place, plus ou moins vite et de façon plus ou moins radicale, une politique assumée de réduction des risques. Cette politique se focalise en général sur les risques sanitaires liés à la consommation de drogues, et néglige plus ou moins les risques sociaux. Les risques que font courir les toxicomanes à leur entourage sont, même s'ils sont régulièrement évoqués, presque systématiquement oubliés, à l'exception notable en France du Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue du 14 décembre 1995, réuni sous la présidence du Premier Ministre, et dont le communiqué de presse s'ouvre sur ces mots :

« Il (le Comité Interministériel) a adopté un programme gouvernemental de réduction de l'ensemble des risques que la drogue fait courir à la société et qui prend en compte tous les aspects de la nécessaire mobilisation des administrations concernées ». Les risques que le toxicomane court pour lui-même ne sont même pas évoqués, ce qui mérite d'être souligné. Si l'expression « réduction des risques » fait bien aujourd'hui partie du discours politique moyen en matière de toxicomanie, on voit que le sens même de cette expression n'est pas le même pour tous...

Classiquement, quand on évoque la réduction des risques, il s'agit de réduire les risques sanitaires liés à la toxicomanie, et principalement de la contamination des toxicomanes par le VIH et les virus des hépatites. Les moyens de cette politique sont :

- d'offrir aux usagers de drogues par voie intraveineuse un accès facilité à du matériel d'injection stérile, ou à des moyens de désinfection de ce matériel
- de développer les traitements de substitution
- d'offrir aux usagers de drogues les plus marginalisés des lieux d'accueil et de traitement dits « à bas seuil »
- de développer des messages de prévention adaptés en direction des toxicomanes, en particulier par le biais de groupes d'auto-support

La mise à disposition de préservatifs s'inscrit dans une politique de prévention plus large, et qui vise la population générale.

4.1. Le matériel d'injection

4.1.1. L'accès aux seringues stériles

Depuis que la relation entre usage de drogues injectables et infection par le VIH fut mise en évidence, en 1981, la question d'offrir aux toxicomanes qui injectent des drogues un matériel d'injection stérile se pose. Le risque de transmission du VIH par une seringue préalablement infectée par le VIH est estimé au triple de celui encouru au cours d'un rapport hétérosexuel avec un partenaire contaminé²². C'est dire combien la question des seringues stériles est cruciale dans la politique de réduction des risques vis-à-vis du VIH.

En France²³, un décret datant de 1972²⁴ réglementait l'accès jusqu'ici libre aux seringues. Le but de ce décret était à l'époque explicitement de dissuader les toxicomanes d'acheter des seringues, et donc d'utiliser des drogues injectables. A dater de ce décret, les seringues ne peuvent être mises en vente au public que dans les pharmacies et ne peuvent être délivrées aux utilisateurs que sur présentation d'une ordonnance, ou aux personnes majeures pouvant justifier de leur identité.

Les premiers cas de sida chez des toxicomanes sont diagnostiqués en France en juin 1984, et répertoriés dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire début 1985. La première campagne de prévention concernant les seringues est organisée par l'association Aides en décembre 1985 et janvier 1986 (« une seringue, ça ne se partage pas »). Il faudra attendre mai 1987²⁵ pour qu'un décret, pris à titre provisoire pour un an, permette l'accès libre aux seringues dans les officines pharmaceutiques, mesure qui sera reconduite en 1988 et pérennisée en 1989²⁶.

Aucune mesure de sensibilisation des pharmaciens n'accompagne ces décrets. En 1990, les premiers programmes pilotes d'échange de seringues sont mis en place, et font l'objet d'une évaluation favorable en 1992²⁷. Ils continuent à se développer, hors cadre réglementaire, puisque la vente des seringues demeure strictement réservée aux officines, jusqu'à la parution en 1995²⁸ d'un décret permettant aux associations à but non lucratif, ainsi qu'à toute personne physique menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques de délivrer gratuitement des seringues stériles, dans des conditions définies par un arrêté ministériel. L'accès aux mineurs demeure interdit, en dehors de la prescription sur ordonnance. De fait, ni les associations, ni les pharmaciens ne sont tenus de demander aux usagers leur âge ou leur identité depuis la modification du décret de 1972.

Parallèlement aux programmes d'échange de seringues développés par certaines associations (Médecins du Monde, Aides), un travail de sensibilisation auprès des pharmaciens se met en place. C'est ainsi que l'association Apothicom crée une trousse de prévention, baptisée « Stéribox », vendue à prix réduit en pharmacie, et qui contient un préservatif, deux seringues, des tampons d'alcool, un étui pour les seringues usagées, de l'eau pour les

7 préparations injectables, et un message de prévention. Les évaluations de cette action, menée en 1992, sont concluantes tant en ce qui concerne les pharmaciens que les toxicomanes eux-mêmes, et la Direction Générale de la Santé conduit et finance, depuis septembre 1994, un programme de prévention fondé sur la mise en vente du Stéribox dans les pharmacies d'officine.

En 1995, il s'est vendu plus de 2 millions de Stéribox en pharmacie, tandis que les 24 programmes d'échange de seringues ayant fonctionné plus de huit mois dans l'année distribuaient 916 000 seringues.

Outre les programmes d'échange de seringues et l'action en direction des pharmacies, divers distributeurs ou échangeurs de seringues sont installés par certaines municipalités dans les quartiers fréquentés par les toxicomanes. Si plus de 90% des seringues sont encore aujourd'hui vendues en pharmacie, le développement d'autres moyens d'accès aux seringues stériles permet que les usagers de drogues les plus marginalisés puissent en bénéficier eux aussi.

La politique de réduction des risques en matière de seringues comprend donc, début 1996 :

- un ensemble de textes législatifs et réglementaires incitatifs : vente libre en pharmacie, autorisation faite aux associations de distribuer les seringues
- des programmes de distribution et d'échange de seringues, financés par les pouvoirs publics, menés également par des associations au contact des toxicomanes les plus marginalisés
- un programme « Stéribox », subventionné par les pouvoirs publics, et qui favorise la vente en pharmacie d'une trousse de prévention

Distribuer, vendre ou échanger des seringues stériles dans une optique de réduction des risques, dans le contexte français d'aujourd'hui, met les acteurs de santé publique et les toxicomanes dans une triple contradiction :

- juridique : l'Etat incite les toxicomanes à utiliser des seringues stériles pour injecter des produits dont l'usage demeure interdit
- technique : comme le souligne Médecins du Monde, on incite les toxicomanes à injecter de façon stérile des produits vendus clandestinement, et par définition non stériles : « nous sommes bien conscient du paradoxe qu'il y a à donner du matériel stérile pour effectuer une injection non stérile »²⁹
- éthique : inciter les toxicomanes à utiliser des seringues stériles peut sembler contradictoire avec le fait de prôner l'abstinence. La question des valeurs et des priorités se pose ici dans toute sa vigueur.

En prison, la contradiction juridique s'exacerbe : il devient de plus en plus difficile de fermer les yeux sur les dangers que l'usage de drogues injectables fait courir aux toxicomanes incarcérés.

Le Rapport Dormont, qui traite de la prise en charge des personnes atteintes par le VIH conclut ainsi le chapitre consacré aux personnes atteintes par le VIH en milieu pénitentiaire : « Accessibilité aux seringues ? La mise à disposition de seringues n'est actuellement pas effectuée en détention dans la mesure où l'usage de stupéfiants reste un délit pouvant être sanctionné par une peine d'emprisonnement. Par ailleurs, la détention de seringues en prison est interdite par le Code de Procédure Pénale. Dans certains pays (Suisse, Pays-Bas, Canada), des programmes d'échange ont été mis en place. L'examen de telles mesures devrait être envisagé en France »³⁰.

Les trois contradictions évoquées plus haut surdéterminent aujourd'hui le développement d'une politique sérieuse de réduction des risques dans le contexte d'une législation fortement prohibitive. L'étude de l'impact réel de la mise à disposition des seringues sur les pratiques toxicomaniaques, en France comme à l'étranger, permet toutefois de penser que l'on peut gérer ces contradictions sans trop de heurts.

4.1.2. Impact et résultats de la mise à disposition des seringues stériles

Les diverses études menées parmi les toxicomanes qui fréquentent les programmes d'échange de seringues³¹ montrent que :

1) la fréquentation des programmes d'échange de seringues n'entraîne pas d'augmentation de la fréquence des injections. Certaines études montrent même une stabilisation du nombre quotidien d'injections chez les usagers par voie intraveineuse fréquentant régulièrement ces programmes

8 2) la crainte de voir s'accroître le nombre d'usagers de drogues intraveineuses dès lors que les seringues sont aisément disponibles ne se vérifie pas. La meilleure étude disponible est celle menée à Amsterdam : le nombre de seringues échangées est passé de 100 000 en 1985 à plus de 6 millions en 1991, sans que le nombre de toxicomanes n'augmente³² parmi la population de la ville. L'âge moyen des toxicomanes augmente régulièrement dans l'ensemble des études, tandis que le nombre de sujets ayant initié depuis moins d'un an des pratiques d'injection diminue régulièrement. Ceci tend à montrer que l'extension des programmes d'échange de seringues n'encourage pas les jeunes à débiter une toxicomanie par voie intraveineuse.

3) si aucune étude ne rapporte une éradication totale des pratiques à risques concernant l'injection chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues, tous montrent une diminution significative de ces pratiques (partage de seringues ou utilisation de matériel usagé), dont l'ampleur varie selon la méthodologie employée pour l'étude.

4) les quelques études qui se sont penchées sur les pratiques sexuelles à risque chez les usagers participant à un programme d'échange de seringues montrent une diminution significative de ces pratiques chez les prostituées et les sujets qui se savent séropositifs.

5) les caractéristiques socio-démographiques des sujets fréquentant les programmes d'échange de seringues sont bien connues : pratique de l'injection depuis 5 à 10 ans, sous-représentation féminine, nombreux sujets sans domicile fixe ou présentant des troubles psychiatriques. Ces caractéristiques sont susceptibles d'évoluer dès lors que l'organisation des programmes se modifie, pour accueillir par exemple mieux les femmes, ou certains groupes ethniques sous-représentés.

Lors de la XI^{ème} Conférence Internationale sur le Sida, qui s'est tenue à Vancouver en juillet 1996, une cinquantaine de communications ont traité de la réduction des risques. Certaines de ces communications attirent l'attention sur les effets pervers et les limites des politiques visant à faciliter l'accès au matériel stérile d'injection. Dans une étude de cohorte d'usagers de drogue menée à Montréal³³ entre 1988 et 1995, la fréquentation d'un programme d'échange de seringues figure comme facteur de risque pour la contamination par le VIH, aux côtés de l'absence de suivi médico-social, de l'usage de cocaïne et d'un mode de vie précaire. Deux éléments semblent ici se conjuguer : une organisation défectueuse au niveau de certains programmes, aggravée par un effet de sélection des clients pour ce type d'action, parmi les plus marginalisés et les plus contaminés par le VIH. Les effets de groupes induits par la fréquentation de certains programmes d'échange de seringues deviennent en eux-mêmes un facteur de risque.

A Vancouver, tandis que des actions conséquentes de réduction des risques sont menées, on assiste à une recrudescence de nouvelles contaminations parmi les usagers de drogues, qui attire l'attention sur les déterminants socio-psychologiques de la contamination par le VIH, alors qu'ici l'accessibilité aux seringues n'est pas en cause³⁴.

On voit que les résultats de la mise à disposition des seringues stériles en terme de contamination par le VIH sont complexes à analyser. L'évolution du taux de contamination des usagers de drogues intraveineuses dépend de plusieurs variables (génie propre de l'épidémie, comportements sexuels, messages de prévention, croyances et connaissances concernant les modes de contamination, pratiques toxicomaniaques, etc...) et sont difficiles à connaître avec une précision suffisante³⁵. Des études de cohortes, comme celles évoquées plus haut à propos des sujets fréquentant un programme d'échange de seringues, sont relativement fiables, mais ne permettent pas d'isoler comme seule variable l'accès aux seringues. De nombreux programmes ne se contentent en effet pas d'échanger des seringues, mais offrent toute une gamme de services visant à la réduction des risques. Il est établi qu'en France, le taux de nouvelles contaminations a chuté depuis 1987, date du décret autorisant la vente libre des seringues en pharmacie. Les toxicomanes ont été rapidement informés de cette mesure, et ont modifié leurs pratiques de partage³⁶. Ce taux continue régulièrement de décroître (à titre d'exemple : 21,1% de sujets contaminés accueillis dans les centres spécialisés au deuxième semestre 1993, contre 15,1% au premier semestre 1995³⁷). Il n'est pas scientifiquement possible d'attribuer cette décroissance aux seuls effets du décret de mai 1987, pas plus qu'à l'ensemble des mesures concernant les seringues. En revanche, on peut admettre que, d'une façon générale, les mesures concernant les seringues n'ont pas favorisé une recrudescence de la toxicomanie intraveineuse, et qu'elles participent à un processus préventif efficace vis-à-vis de la contamination par le VIH, en se fondant d'une part sur les

- 9 études de cohortes, d'autre part sur les indicateurs généraux d'évolution de la contamination des usagers de drogues intraveineuses par le VIH. La contamination des usagers de drogues par les virus des hépatites, et particulièrement par le virus de l'hépatite C est encore trop mal connue, tant au plan de l'épidémiologie que des modes de transmission, pour que l'on puisse apprécier sérieusement l'impact des mesures concernant les seringues à ce sujet.

4.1.3. La désinfection des seringues : les programmes de promotion de l'eau de javel

« Nous en concluons (donc) que la libéralisation de la vente des seringues reste un élément central de la prévention du sida en milieu toxicomane, mais que cette mesure est loin d'être suffisante en elle-même. »³⁸.

Dans certaines situations où un sujet toxicomane ne dispose pas d'une seringue stérile et neuve, il peut être amené à réutiliser une seringue usagée, ou à partager sa seringue avec d'autres usagers. Ces comportements sont décrits pour de nombreux sujets, et rendent aléatoire, dans une trajectoire de toxicomanes émaillée de ruptures de prises en charge, de détresses de tous ordres, l'adoption de pratiques conséquentes et régulières de réduction des risques. A défaut d'une seringue neuve, il est apparu intéressant de promouvoir des pratiques d'hygiène simples à mettre en oeuvre, et relativement efficaces.

Divers chercheurs américains ont mis en évidence l'intérêt de l'emploi de l'eau de javel pour prévenir la contamination du sida chez les toxicomanes³⁹. Les programmes visant à promouvoir l'usage de l'eau de javel ont entraîné des modifications de comportements des usagers dans le sens de pratiques à moindre risque, ainsi qu'une chute rapide des nouveaux cas de contamination. Ces résultats sont dus autant au pouvoir virucide de l'eau de javel, qu'à la prise de conscience du risque par les usagers, accompagnée de modifications de comportements⁴⁰.

Dans la lignée de ces travaux, l'équipe de l'IREP a mené en France une recherche-action, en 1992, qui consistait à remettre aux usagers une fiole d'eau de javel, de l'eau et du coton, à l'occasion de contacts directs avec les usagers de drogues intraveineuses, et à évaluer l'impact de cette action⁴¹. Il s'agit de privilégier trois dimensions : un contact direct avec les usagers, un message sans équivoque, et un moyen concret de mettre en oeuvre immédiatement une pratique nouvelle. Le message se décline en quatre niveaux :

- si vous consommez des drogues par voie veineuse, utilisez une seringue neuve
- ne réutilisez pas une seringue usagée
- ne partagez pas vos seringues
- si vous êtes amenés à réutiliser ou à partager une seringue, nettoyez la avec de l'eau de javel, en utilisant la technique qui convient (deux rinçages lents et successifs avec de l'eau de javel ordinaire, suivis de deux rinçages à l'eau).

Dans une lettre aux associations menant des programmes de prévention du sida et des hépatites auprès des usagers de drogues datée du 11 juin 1996, l'IREP et la DGS rappellent toutefois qu'il persiste des incertitudes sur l'action de l'eau de javel :

- par rapport aux virus des hépatites
- par rapport au VIH, quand celui-ci est contenu dans des cellules sanguines. L'eau de javel française contiendrait un taux de chlore actif insuffisant
- compte tenu des difficultés de compliance des usagers de drogue aux protocoles de désinfection.

« Le nettoyage à l'eau de javel ne doit être utilisé qu'en dernier recours. Il permet de réduire, mais pas d'éliminer, les risques de contamination pour les usagers qui réutilisent une seringue, et à fortiori pour ceux qui persistent à partager une seringue. »⁴².

Si ce type de pratique ne saurait remplacer, au plan de la fiabilité, l'usage d'une seringue neuve, il permet de gérer à moindre risque les situations les plus dangereuses. L'étude de l'IREP montre la bonne compréhension de ce type de message par les toxicomanes, ainsi que leur capacité à modifier rapidement leurs comportements à risque.

4.1.4. Questions autour de l'accessibilité à un matériel d'injection stérile

Trois contradictions ont été évoquées plus haut, à propos de la mise à disposition des seringues aux toxicomanes dans le cadre d'une politique de réduction des risques.

La contradiction juridique demeure : l'Etat distribue des seringues pour injecter des produits dont l'usage est passible de prison. Dans les faits, si ce n'est dans les textes, en France, les instances chargées de la répression se sont progressivement inclinées devant les impératifs sanitaires, bien que le port d'une seringue constitue toujours une présomption d'usage. Les

- 10 tensions sont plus vives dans d'autres pays : aux Etats Unis, 49 états criminalisent la vente, la possession ou la distribution de seringues ou d'aiguilles, 9 états subordonnent la délivrance d'une seringue à une prescription médicale. Seuls 11 états abritent des programmes d'échange de seringues. La dialectique qui existe entre l'approche sanitaire et l'approche répressive, et qui structure l'ensemble du problème de la toxicomanie, n'est pas prête de disparaître. Les personnes qui ont en charge le versant sanitaire n'ont pas renoncé à leur mission au nom d'impératifs répressifs qui ne sont pas les leurs.

La contradiction technique porte sur la mise à disposition de matériel stérile pour injecter des produits non stériles. Lors du Congrès sur le Sida de Vancouver, une communication a fait état d'une étude qui montrait que le partage des éléments de l'injection (cuillères, cotons) et de l'eau de rinçage utilisée pour nettoyer les seringues ou diluer la drogue sont une source de contamination non négligeable⁴³. Il existe bien d'autres sources de contamination par le VIH que les seringues. Les pratiques de partage de drogues semblent elles aussi porteuses de risques⁴⁴, risques directs, et risques indirects, car ces pratiques sont fréquemment associées à d'autres pratiques à risque (en particulier sexuelles).

Le hiatus entre le taux de contamination des usagers de drogues intraveineuses par le VIH et par les virus des hépatites (on estime par exemple qu'à Londres, 5% des toxicomanes sont contaminés par le VIH, contre plus de 80% par le virus de l'hépatite C) indique que les précautions éventuellement efficaces pour le VIH ne suffisent pas pour les hépatites.

Enfin, la contradiction éthique, à la lumière de près de dix ans de pratique en France, se résout : donner des seringues stériles n'encourage pas le recours aux drogues injectables, pas plus que la limitation de l'accès à ce matériel n'a pu empêcher, dans les années soixante-dix, l'explosion de la toxicomanie intraveineuse dans notre pays. Si, au regard du phénomène de la toxicomanie, le fait de disposer facilement ou pas de seringues stériles semble assez neutre, en revanche, preuve est faite, en France comme à l'étranger, de l'efficacité de la mise à disposition de seringues stériles au plan de la transmission du VIH chez les usagers de drogues intraveineuses. Cette efficacité n'est pas absolue, mais elle est incontestable.

4.2. Les traitements de substitution

L'idée de la substitution, définie comme le remplacement d'une drogue moins dangereuse, est vieille comme la toxicomanie elle-même⁴⁵. L'idée de réduction des risques, pour peu qu'on ne la limite pas au seul VIH, est comprise dans la notion même de substitution : remplacer une drogue par une autre, moins dangereuse au plan sanitaire ou social, revient bien à *réduire les risques* encourus du fait de l'usage des drogues.

4.2.1. Les traitements par la méthadone

La pratique de la substitution, en particulier par la méthadone, s'est développée et a été codifiée principalement aux Etats-Unis depuis le début des années soixante. Un manuel américain, paru en 1993, fait utilement le point sur l'ensemble des connaissances et des pratiques des traitements de substitution par la méthadone⁴⁶. Les objectifs de ces traitements sont rappelés entre autres dans le dossier méthadone édité par Toxibase⁴⁷ : « Les principaux bénéfices attendus des programmes méthadone, outre la diminution, puis l'arrêt total de la consommation, consistent en une réduction des risques à plusieurs niveaux :

- diminution de la criminalité/délinquance
- diminution du trafic
- réinsertion socio-professionnelle plus rapide
- diminution du risque de contamination par le VIH. »

Les quatre premiers de ces cinq objectifs font consensus sur le plan international, et surdéterminent les éléments qui doivent nécessairement composer un programme de traitement de bonne qualité. La simple distribution de méthadone, sans contrôle ni assistance médico-psychosociale ne saurait suffire, les résultats catastrophiques observés à la fin des années soixante aux Etats-Unis l'ont amplement prouvé. Aujourd'hui, plus personne ne conteste que les traitements par la méthadone n'ont quelque chance d'être efficaces que s'ils sont menés par des équipes entraînées, disposant de moyens suffisants pour assurer une prise en charge globale et de longue durée du sujet toxicomane.

11 D'innombrables articles font état des résultats obtenus dans la prise en charge médico-psychosociale des toxicomanes par les traitements de substitution à la méthadone⁴⁸. Dans leur troisième rapport sur la méthadone⁴⁹, les experts suisses font, en guise de conclusion, les remarques suivantes :

« Plusieurs dizaines de milliers de traitements à la méthadone ont été effectués. De l'ensemble des résultats, il ressort que, chez la plupart des sujets examinés ultérieurement, l'état de santé, de même que l'attitude à l'égard de la toxicomanie et le comportement social se sont améliorés, bien qu'à un degré variable. La proportion de personnes qui ne consomment plus d'opiacés varie également. Les différences observées dans les résultats du traitement à la méthadone sont fonction, notamment, de la qualité de l'offre thérapeutique et de la relation entre le toxicomane et ceux qui le soignent. »⁵⁰.

Si l'on traite de la réduction des risques dans son acception la plus large, l'efficacité des traitements par la méthadone est largement démontrée, quoiqu'avec des variantes selon les études, les cohortes et les protocoles : la santé des sujets traités s'améliore, leur niveau d'insertion et leur vie sociale sont plus satisfaisants, pourvu que le traitement ait une durée suffisante (qui s'évalue en années, et pour certains auteurs doit être envisagée à vie). Au plan de la prévention de la contamination par le VIH, il est établi que les programmes de traitement par la méthadone diminuent considérablement les risques de transmission du VIH liés au comportement toxicomane (partage de seringues ou réutilisation de matériel usagé, pratiques sexuelles à risque), dans des proportions qui, là encore, varient en fonction des études, des cohortes et des moyens mis en oeuvre⁵¹.

En France, les traitements de substitution, et en particulier la méthadone, sont restés expérimentaux et relativement confidentiels jusqu'en 1990. C'est la prise de conscience de la gravité de l'épidémie de sida chez les toxicomanes qui a amené les pouvoirs publics et les professionnels à ouvrir le débat sur la place de la méthadone dans le traitement des toxicomanes, et à développer ceux-ci à partir de 1993 (52 patients traités en 1991, plus de 3000 fin 1995). Plus que la place de la méthadone dans une politique de réduction des risques, la controverse a porté sur la place de la méthadone dans une politique globale de traitement des toxicomanes : priorité absolue pour les uns⁵², partie intégrante d'un dispositif de soins diversifiés pour les autres, comme l'exprimait l'ANIT en 1994 : « Il y a grand danger à faire croire que la substitution généralisée serait le vecteur prioritaire d'une politique de réduction des risques efficace notamment en matière de sida. Car cela détourne des vrais problèmes et recrée de nouveaux mythes. Selon nous, lutter contre l'épidémie de sida chez les toxicomanes, cela relève de deux modes d'action :

- d'abord développer une véritable politique de santé publique. Pour les toxicomanes, cela passe par l'accès à une information multiple et adaptée et par un accès sans obstacle aux seringues stériles et aux préservatifs
- ensuite, cela exige une offre de soins la plus large possible et la plus adaptée aux différents moments de la trajectoire des toxicomanes et aux différentes populations touchées. La méthadone entre dans ce cadre, elle a donc, comme outil de prise en charge dans certaines indications, un effet indirect dans la prévention du sida. Mais pas plus ni moins que d'autres outils comme l'hébergement thérapeutique, le sevrage avec accompagnement psychosocial....

Nous voilà au deuxième point : la substitution n'est pas une solution miracle, c'est-à-dire généralisable, mais c'est un des moyens de recours aux soins que l'on ne saurait rejeter. La réduction des risques ne doit pas conduire à la réduction des soins. »⁵³

La méthadone, en France, depuis mars 1995⁵⁴, est prescrite à partir des centres spécialisés, dans un cadre théoriquement strict : délivrance sur place, contrôles urinaires. Les médecins de ville n'interviennent qu'après une phase de stabilisation d'une durée indéterminée, et ce relais peine actuellement à se mettre en place.

Aujourd'hui, en France, la méthadone prescrite par une équipe spécialisée offrant un soutien médico-psychosocial associé, semble avoir conquis la majorité des professionnels concernés. L'efficacité en terme de réduction des risques n'est guère discutée, les travaux internationaux viennent ici corroborer l'expérience des cliniciens français. Le débat porte, de façon latérale, sur les échecs ou les laissés pour compte de la méthadone. La durée du traitement est un bon indicateur de son efficacité; les propositions alternatives aux protocoles actuels visent à éviter les drop-out (échecs en cours de traitement) et à inclure plus de toxicomanes dans des processus de soin. On s'intéresse ainsi aux sujets suivants :

- 12
- les toxicomanes qui ne peuvent ou ne veulent pas respecter le seuil d'exigence des programmes actuels : c'est la question des programmes dits à « bas seuil »
 - les sujets qui refusent la méthadone par voie orale, parce qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à injecter : c'est la question de la forme injectable
 - les toxicomanes qui ne trouvent pas dans la méthadone les effets qu'ils recherchent, et qui sont donc dans l'impossibilité de se maintenir abstinents : c'est la question du produit de substitution, et en particulier de la prescription d'héroïne
 - enfin, il convient de faire une place à la buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui fait en France l'objet d'une procédure originale, et dont la place dans le dispositif de réduction des risques par les traitements suscite de nombreuses interrogations.

4.2.2. la méthadone à « bas seuil »

Si les traitements par la méthadone ont fait la preuve de leur efficacité en terme de réduction des risques, c'est associés à une prise en charge médico-sociale, et avec un niveau d'exigence qui demeure important. C'est ainsi, qu'en France, tandis que l'objectif théorique du traitement est et demeure l'abstinence, les modalités de ce traitement restent strictes : délivrance sur place, contrôles urinaires, prises en charge associées obligatoires.

La prescription de méthadone dite « à bas seuil » consiste à faire prendre au patient de la méthadone sous contrôle direct (on ne confie pas de dose à emporter), sans pour autant l'obliger à accepter une prise en charge associée, à se soumettre à des contrôles, ni à se présenter tous les jours. L'objectif de ce type d'offre est en général la réduction des risques : limiter autant que possible le recours aux drogues injectables, limiter la délinquance et la prostitution induites par la nécessité de se procurer quotidiennement de l'argent pour se droguer. Il s'agit aussi de favoriser l'accès aux soins, et en particulier à des protocoles classiques de traitement par la méthadone, le « bas seuil » fonctionnant alors comme une phase d'induction.

Divers pays se sont engagés dans ce type de prise en charge, qui n'existe pas en France à ce jour. A Amsterdam, un « bus méthadone » et diverses offres de soins à « bas seuil » sont disponibles, dans le cadre de la politique de réduction des risques. Analysant les effets de ces offres à « bas seuil », E. Buning et G. Van Brussel⁵⁵ considèrent qu'elles ont contribué à diminuer le taux de prévalence du VIH chez les usagers de drogue, diminué les comportements à risque, réduit la délinquance, favorisé l'accès aux soins. Dans le rapport sur la méthadone publié par l'Office Fédéral de la Santé Publique helvétique en décembre 1995⁵⁶, les experts font état de l'évaluation du premier programme de méthadone à « bas seuil » créé en Suisse, à Zurich, en 1992. Cette évaluation porte sur 700 personnes, entre février et décembre 1992. « Après six mois, la situation des personnes qui restent en traitement dans le cadre de ce projet n'a pas fondamentalement changé : elles consomment toujours des drogues illégales, et leur situation est la même qu'auparavant. Elles sont cependant plus nombreuses à gagner leur vie par leurs propres moyens et présentent nettement moins de symptômes dermatologiques ».

Les auteurs regrettent le grand nombre de drop-out (50% dans les six premiers mois). Les experts suisses concluent qu'il est possible de distribuer sans trop de risque de la méthadone dans des cadres à « bas seuil », pourvu qu'une technologie ad-hoc soit utilisée (gestion informatisée des doses). Les incertitudes demeurent sur l'efficacité réelle et les indications de ce type de prise en charge, qui ne devrait pas supplanter les programmes « classiques » qui ont largement fait leurs preuves.

Divers types de modèles à « bas seuil » coexistent. Dans certains cas (bus méthadone), la prise en charge est de durée indéterminée, et son objectif est la réduction des risques. Dans d'autres cas⁵⁷, il s'agit d'une offre limitée dans le temps, qui doit déboucher sur une prise en charge classique, ou s'interrompre. L'offre à « bas seuil » peut enfin permettre de gérer en limitant les risques des files d'attente pour entrer dans des programmes de maintenance par la méthadone, semble-t-il de façon satisfaisante⁵⁸.

4.2.3. Les formes injectables et la prescription d'héroïne

En Grande-Bretagne, la législation permet depuis de nombreuses années, la prescription d'héroïne, ainsi que d'autres stupéfiants par voie injectable. Ceci n'a, à priori, rien à voir avec la question de la réduction des risques : la Commission Rollerston, en 1926, a conclu que « la morphinomanie et l'héroïnomanie doivent être considérés comme la manifestation d'une maladie plutôt que comme une simple forme de perversité (...), l'administration indéfiniment

13 prolongée de morphine ou d'héroïne pourrait être nécessaire pour des patients capables de mener une vie normale et productive tant qu'ils ingèrent une certaine quantité, en générale réduite, de leur stupéfiant, mais qui n'en sont plus capables autrement »⁵⁹. Cette approche a permis que, depuis quelques années, et avec une logique explicite de réduction des risques, diverses actions de prescription de stupéfiants, et en particulier l'héroïne injectable, se développent, sans soulever de problèmes réglementaires particulièrement aigus. Dès 1983, le Ministère de la Santé britannique a suggéré que la prescription d'héroïne aux toxicomanes pourrait s'inscrire dans le cadre de la lutte contre la propagation du VIH chez les toxicomanes.

Les évaluations des résultats de ces prescriptions⁶⁰ confirment leur intérêt en terme de réduction des risques : réduction de la délinquance, taux nul ou quasi nul de contamination par le VIH. La sélection des patients est rigoureuse, il ne s'agit pas de programmes à « bas seuil » : le suivi et les exigences sont strictes, incluant prise sur place et contrôles urinaires.

Aux Pays-Bas, un programme de distribution de morphine injectable, couplé à la remise de méthadone par voie orale, a été mis en place à titre expérimental en 1983, dans une optique large de réduction des risques avant la lettre. Les modalités de ce programme ressortissaient autant à des considérations politiques que médicales, et l'impact de cette expérience devait s'avérer limité, meilleur au plan psychiatrique que somatique. Cette expérience devait demeurer sans suite⁶¹.

En Suisse, depuis la première conférence sur la réduction des risques, qui s'est tenue en 1990 à Liverpool, des experts s'intéressent à la question de la prescription d'opiacés par voie intraveineuse. Contrairement donc à ce qui s'est passé en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, la question de la forme injectable est explicitement et directement liée à la politique suisse de réduction des risques. Il a fallu divers rapports, et une ordonnance du Conseil Fédéral⁶² pour qu'un projet de prescriptions de stupéfiants par voie injectable (principalement d'héroïne) se mette en place dans plusieurs villes du pays. Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une politique large d'accès aux soins et de réduction des risques pour les toxicomanes, et s'accompagne d'un protocole serré d'évaluation. Il a réellement débuté en 1994, et devrait s'achever pour sa phase expérimentale, fin 1996⁶³.

Il est difficile aujourd'hui d'évaluer l'impact réel des programmes de distribution contrôlée d'héroïne ou d'autres stupéfiants sur les pratiques toxicomaniaques, et particulièrement sur les pratiques à risque. Les protocoles sont en cours d'évaluation, et portent bien souvent sur des nombres de cas trop faibles pour qu'on puisse réellement en mesurer les effets. Les enjeux politiques sont majeurs : distribuer de l'héroïne dans des pays où la prohibition règne, met à jour des contradictions juridiques et éthiques qu'on peut difficilement occulter. Rares sont aujourd'hui les gouvernements qui, à l'instar des Suisses, sont prêts à aborder de front ces problèmes.

4.2.4. La buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Depuis mars 1995⁶⁴, le gouvernement français a autorisé l'utilisation d'un opiacé de synthèse, la buprénorphine, pour le traitement de substitution des toxicomanes. Disponible sur le marché depuis février 1996, le Subutex® est devenu en quelques semaines le premier médicament de substitution prescrit en France (environ 20 000 patients traités au 1er octobre 1996). Il est encore trop tôt pour mesurer l'efficacité en terme de réduction des risques au sens large de la substitution par le Subutex®, mais il n'est pas interdit de s'inquiéter, compte tenu du caractère éminemment hydrosoluble et donc injectable de ce médicament, des risques de transmission du VIH et des hépatites que courent les toxicomanes qui injectent le Subutex®. Le paradoxe devient, alors que promu au titre de la réduction des risques, réputé à juste titre modérément dangereux comme stupéfiant (il n'y a ni tolérance, ni risque de surdose), le Subutex® s'avère un médicament de substitution convenable, mais favorise une recrudescence du recours à la voie injectable, avec tous les dangers que cela comporte.

4.2.5. Questions autour de la substitution

Si, on l'a vu, la mise à disposition d'un matériel stérile d'injection semble relativement neutre au regard des pratiques toxicomaniaques, il n'en va pas de même de la substitution pratiquée sur une grande échelle, fut ce au nom de la réduction des risques. E. Buning et Van Brussel considèrent que l'extrême disponibilité de la méthadone à Amsterdam est responsable du faible nombre de toxicomanes qui ont recours à la voie injectable, recours généralement nécessaire quand la drogue est de médiocre qualité? »⁶⁵. Un des effets latéraux de la

14 substitution est d'améliorer la qualité des drogues illicites, d'en faire chuter le prix, et d'en modifier la nature. La méthadone à forte dose rendant relativement inopérante la prise d'héroïne, la cocaïne trouve un clientèle nouvelle dans les villes où la méthadone est largement disponible. Ces modifications des marchés clandestins, qui ne se font sentir que si un nombre important de toxicomanes ont accès facilement à la méthadone, pose en second temps des problèmes inédits : recrudescence de jeunes toxicomanes, qui ont accès à des drogues moins chères et de meilleure qualité, tandis que les plus anciens bénéficient des traitements de substitution; modification de pratiques d'ingestion : moins d'injection, plus d'inhalation.

Certains de ces effets sont bénéfiques du point de vue de la réduction des risques (en particulier le moindre recours à la voie injectable), d'autres sont plus inquiétants.

Une deuxième conséquence, évidente du moins en France, est l'actuel glissement du modèle prévalent en matière de traitement des toxicomanes vers la substitution au long cours, plus ou moins sérieusement accompagnée sur le plan psychosocial. « La révolution française de la substitution comme nouveauté démontre, s'il en était besoin, que distribuer ou recevoir de la drogue comme projet amène les gens à se contenter de peu, c'est à dire de ce qu'ils ont. Voilà pour moi l'effet principal de la politique dite de réduction des risques : se contenter de ce qu'on a. Piètre révolution d'une période de morosité que le drogue sert à supporter dans un état d'euphorie niaise. Les carences affectives constamment retrouvées chez nos patients, pour ne pas parler des traumatismes, trouvent ainsi leur pansement. Le renouvellement et l'homogénéisation des toxicomanes, induit par le contrôle pharmacologique médicalement encadré, visent à les transformer en masses assistées et infantilisées. »⁶⁶

4.3. Les actions dites « à bas seuil »

Devant l'extrême dégradation de la situation sanitaire et sociale de certains toxicomanes, qui pour autant ne souhaitent pas renoncer à l'usage de drogues, on a vu se développer, en France comme à l'étranger, des lieux d'accueil et/ou d'hébergement, où diverses prestations sont assurées, sans aucune exigence d'engagement dans un processus continu de traitement. Il s'agit bien là de réduction des risques au sens strict : réduction des risques sanitaires, mais aussi des risques sociaux. « Boutiques », « Sleep-in » se sont ainsi créés en France, dans les quartiers les plus fréquentés par les toxicomanes. Ces lieux d'accueil offrent divers types de services : hébergement, nourriture, douches, machine à laver, soins infirmiers, consultations sociales, médicales ou psychologiques, distribution et échange de seringues. Tout comme dans les programmes méthadone à « bas seuil », deux logiques coexistent : pour certains, le « bas seuil » n'a pour objectif que d'accueillir dignement et d'aider les plus démunis des toxicomanes, pour d'autres, il doit constituer un marche-pied pour l'entrée dans le système de soins général. Quoiqu'il en soit, ces lieux participent à une politique d'ensemble et visent à élargir l'offre aux plus marginaux.

4.4. Les groupes d'auto-support

Pour ou contre une place spécifique, un statut des usagers de drogues? Etre toxicomane confère-t-il un savoir, une position sociale, un droit de regard sur les politiques menées en matière de drogues et de toxicomanie? Le débat est loin d'être tranché. En Grande-Bretagne, en Australie et aux Pays-Bas, des programmes de prévention intègrent des toxicomanes, voire même des dealers au nom de la réduction des risques.⁶⁷

En France, l'association ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) s'est créée en 1991, avec le soutien des autorités sanitaires. La première association internationale d'usagers de drogues à vu le jour à Berlin en 1991.

L'intérêt de la participation des toxicomanes aux actions de réduction des risques se fonde, selon A. Coppel sur l'hypothèse suivante : « pour que l'information soit entendue, comprise, et surtout produise un changement de comportement, elle doit pouvoir s'intégrer aux comportements habituels d'un groupe social donné. Autrement dit, un groupe social ne peut s'approprier un nouveau comportement si un changement n'apparaît pas justifié par les normes et valeurs du groupe. Ces normes et valeurs sont difficilement maîtrisables de l'extérieur. »⁶⁸

Si plus de vingt groupes d'auto-support, principalement autour de l'association ASUD, sont actuellement répertoriés en France, ils n'ont pu naître et se revendiquer comme tels que, parce que les pouvoirs publics les considèrent comme les partenaires obligés d'une politique conséquente de réduction des risques. Il demeure difficile d'apprécier s'il s'agit de réels groupes d'usagers auto-organisés, ou bien du relais plus ou moins instrumentalisé de

- 15 certaines associations de lutte contre le sida, comme le suggère fortement un article paru dans « Combat face au sida », la revue d'Act-Up⁶⁹, qui s'élève vigoureusement contre la notion de « toxicomane-citoyen » : revendiquer une « citoyenneté des toxicomanes », ou parler de « drogué-citoyen », n'est pas en fait désigner une nouvelle catégorie, définie par son stigmate -l'usage de drogue illicite, socialement réprouvé- en lui assignant une citoyenneté « spéciale »? (...) le risque est de créer, dans l'espoir d'obtenir un changement de cap et de politique, un statut sinon juridique, du moins intellectuel, de sous-citoyen ».

EN GUISE DE CONCLUSION

La boucle est fermée : si la réduction des risques, dont nous avons tenté de décrire les aspects multiples et concrets a des effets indiscutablement bénéfiques au plan sanitaire, elle est victime de ses excès. Quel rapport entre le sida et la citoyenneté du toxicomane? Faut-il aujourd'hui, pour faire correctement son travail auprès des toxicomanes, s'ériger en militant de la dépenalisation ?

Chacun appréciera, étant entendu qu'il faut se méfier des réponses simplistes, de l'immobilisme forcené comme du pragmatisme dogmatique.

Pour en savoir plus sur les traitements à la méthadone

GEISMAR-WIEVIORKA S., GUIONNET C., GUISS G.

La méthadone

Que sais-je? (3017), [à paraître aux PUF fin 1996]

Traitement à la méthadone, manuel américain

Genève, Masson, 1994, 320 p.

BERTSCHY G.

Pratique des traitements à la méthadone

Paris, Masson, 1995, 113 p.

LOWENSTEIN W., GOURARIER L., COPPEL A., LEBEAU B., HEFEZ S.

La méthadone et les traitements de substitution

Paris, Doin, 1995, 166 p.

¹ MINO A.

Les nouvelles politiques de la drogue : exemple genevois
Psychiatrie de l'Enfant, 1994, 37, (2), 577-600

² BUNING E., VAN BRUSSEL G.

The effects of harm reduction in Amsterdam
Eur. Addict. Res., 1995, 1, 92-98

³ BUNING E., VAN BRUSSEL G.

ibidem

⁴ MINO A.

ibidem

⁵ SERFATY A.

Répression des drogues et prévention du sida dans l'Union Européenne
Agora, 1994, (31), 81-94

⁶ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE - A. FAGOT-LARGEAULT, J. SEYLAZ

Rapport du 23 novembre 1994, 64 p. + ann.

⁷ MINISTERE DE L'INTERIEUR - OCRTIS

Usage et trafic de stupéfiants en France, les statistiques de l'année 1995
Paris, OCRTIS, 1996, 105 p.

⁸ Surveillance du VIH/SIDA, CE & pays COST

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (32), 1995

⁹ ANTOINE D., VIGUIER D.

La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994
documents statistiques du SESI, juillet 1996, (258), 81 p.

¹⁰ MINISTERE DE L'INTERIEUR

ibidem

¹¹ INGOLD F.R., TOUSSIRT M.

La transmission du VIH chez les toxicomanes dans trois villes de France : implications pour la prévention

Bulletin des Stupéfiants, 1993, 45, (1), 125-142

BOISSONNAS A. Et coll.

Les comportements à risque des toxicomanes

Rapport au réseau national de Santé Publique, Sèvres, Editions EDK, 1996, 95 p.

¹² Vocabulaire de la Santé Publique, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977

Cité par K. VUYLSTEEK dans « Toxicomanie et prévention primaire ». In : BERGERET J., LEBLANC J.L., Précis des toxicomanies, Paris, Masson, 1988

¹³ MINO A.
ibidem

¹⁴ MINO A.
ibidem

¹⁵ COPPEL A.
Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes
In : Sida, toxicomanie : une lecture documentaire, p.95-105, Paris : CRIPS, Lyon : TOXIBASE, 1993

¹⁶ COPPEL A.
ibidem

¹⁷ O'HARE P.
Grande-Bretagne : la lutte continue à Liverpool
In : Malet E., Citoyenneté et toxicomanies : vivre avec les toxicomanes en Europe, p. 40-44, Paris, Ed. Passages, 1993

¹⁸ LALANDE A.
Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Paris, PUF, Quadrige, 1991, p. 803-806

¹⁹ COPPEL A.
Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France
Communications, 1996, (62), 75-108

²⁰ MINO A.
ibidem

²¹ COPPEL A.
Toxicomanie, Sida - Revue Ingérences, 1994, (2), 42-45

²² KAPLAN E.H., HEIMER R.
A model-base estimate of VIH infectivity via needle sharing
Journal of Aids, 1992, 5, 116-118

²³ SERFATY A.
L'infection par le VIH lié à l'usage de drogues en France. Réponses des pouvoirs publics à travers les textes juridiques
In : Sida, toxicomanie : une lecture documentaire, p. 72-75, Paris : CRIPS, Lyon : TOXIBASE, 1993

²⁴ Décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie

²⁵ Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret 72-200

²⁶ Décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret n° 72-200

²⁷ FACY F., LE HUEDE E.
Programmes de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogue avec échange de seringues : Evaluation de trois expériences pilotes
Bull. Epidémiol. Hebd., 1992, (41), 195-196

²⁸ Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72-200

²⁹ MEDECIN SANS FRONTIERE
Réflexions en cours n° 1, octobre 1995, p. 3

³⁰ DORMONT J.
Prise en charge des personnes atteintes par le VIH, juin 1996, 274 p.
[A paraître fin 1996]

-
- ³¹ PAONE D., DES JARLAIS D. and coll.
Syringe exchange : HIV prevention, key findings and future directions
Int. J. Addict., 1995, 30, (12), 1647-1683
- ³² BUNING E.C.
Effects of Amsterdam needle and syringe exchange
Int. J. Addict., 1991, 26, 1303-1311
- ³³ LAMOTTE F.
Risk factors for HIV seroconversion among injecting drug users in the St Luc cohort, Montréal, 1988-1995
XI ème conférence internationale sur le Sida, Vancouver
- ³⁴ STRATHDEE S.
Social determinants predict needle sharing behaviours among injecting drug users in Vancouver
XI ème conférence internationale sur le Sida, Vancouver
- ³⁵ LERT F.
Epidémiologie de l'infection VIH parmi les toxicomanes
In : Sida, toxicomanie : une lecture documentaire, p. 13-17, Paris : CRIPS, Lyon : TOXIBASE, 1993
- ³⁶ INGOLD F.R., TOUSSIRT M., JACOB C.
Les modes de prévention du sida : intérêts et limites de l'utilisation de l'eau de javel
Bull. Acad. Natl. Med., 1994, 178, (2), 279-291
- ³⁷ SIX C., HAMERS F. et coll.
L'infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement
Bull. Epidemiol. Hebd., 1996, (11), 53-54
- ³⁸ INGOLD F.R., TOUSSIRT M., JACOB C.
ibidem
- ³⁹ NEWMeyer J.A.
Why bleach ? Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users
Res. Monogr. Serv. NIDA, 1988, (80), 151-159
WIEBEL W., SENAY E.
Changer les comportements à haut-risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les rues de Chicago
Rétrovirus, 1991, 4, (9), 35-37
- ⁴⁰ cité par INGOLD F.R. and coll.
- ⁴¹ INGOLD F.R.
A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse
Paris, IREP, Rapport à l'AFLS, 1993, 69 p.
- ⁴² GIRARD J.F., INGOLD F.R.
Lettre aux associations menant des programmes de prévention du sida et des hépatites auprès des usagers de drogues, 11 juin 1996, DS2-449/96
- ⁴³ SHAK S.M., SHAPSHAK P.
HIV DNA detection among needles, others paraphernalia and rinse water coming from shooting galleries in Miami, USA
XI ème conférence internationale sur le sida, Vancouver
- ⁴⁴ KOESTER S.
Drug sharing : implications for HIV prevention
XI ème conférence internationale sur le Sida, Vancouver
- ⁴⁵ YVOREL J.J.
Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au 19ème siècle

Paris, Quai Voltaire, 1992, 322 p.

⁴⁶ PARRINO M.W.

State methadone treatment guidelines
(Traduit en français), Genève, Masson, 1994, 320 p.

⁴⁷ TOXIBASE

Dossier méthadone
Revue Documentaire, 1992, (1), 1-8

⁴⁸ MINO A.

Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine
OFSP Berne, 1990, 211 p.

DOLE V., JOSEPH H.

Long term outcome of patients treated with methadone maintenance
Ann. NY Acad. Sci., 1978, 181-189

JOE G., SIMPSON D.

Retention in treatment of drug abusers : 1971-1972, DARP admission
Am. J. Drug and Alcohol Abuse, 1975, 2, 63-71

⁴⁹ COMMISSION FEDERALE DES STUPEFIANTS

Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse (3^e éd.)

OFSP, Berne, Décembre 1995, 132 p.

⁵⁰ COMMISSION FEDERALE DES STUPEFIANTS

ibidem p. 103

⁵¹ BALL J.C., LANGE W. and coll.

Reducing the risk of aids through methadone maintenance treatment
J. Health Soc. Behav., 1988, 29, (3), 214-226

LONGSHORE D., HSIEH S. and coll.

Methadone maintenance and needle/syringe sharing
Int. J. Addict., 1993, 28, (10), 983-996

KANG S.Y., DE LEON G.

Correlates of drug injection behaviours among methadone outpatients
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1993, 19, (1), 107-118

GRELLA C., ANNON J. and coll.

Ethnic differences in HIV risk behaviours, self-perceptions, and treatment outcomes among women in methadone maintenance treatment

J. Psychoact. Drugs, 1995, 27, (4), 421-433

⁵² COPPEL A.

Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes

In : Sida, toxicomanie : une lecture documentaire, p. 95-105, Paris : CRIPS, Lyon : TOXIBASE, 1993

⁵³ MOREL A.

Avancer. Les intervenants en toxicomanie, la substitution et le débat public

Interventions, 1994, (43), 34-37

⁵⁴ DGS

Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés

⁵⁵ BUNING E., VAN BRUSSEL G.

The effects of harm reduction in Amsterdam

Eur. Addict. Res., 1995, 1, 92-98

⁵⁶ COMMISSION FEDERALE DES STUPEFIANTS

ibidem

⁵⁷ STIGLER M., PHILIPPOZ R.

Distribution de méthadone « à seuil bas » à la Policlinique psychiatrique universitaire A de Lausanne : un premier bilan

Cahiers du GREAT, 1993, (3), 46-59

⁵⁸ FRIEDMAN P., DES JARLAIS D. and coll.

Retention of patients who entered methadone maintenance via an interim methadone clinic

J. Psychoact. Drugs, 1994, 26, (2), 217-221

⁵⁹ cité par STEARS A.

Le système britannique de traitement des toxicomanes

In : RIHS-MIDDEL M., CLERC J., STAMM R., La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences, p. 119-127, Berne, OFSP, Médecine et Hygiène, 1995

⁶⁰ MARKS J.

Programme de prescription d'héroïne : l'expérience pratique du service de prise en charge de la toxicomanie à Cheltenham, Angleterre

In : RIHS-MIDDEL M., CLERC J., STAMM R., La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences, Berne, OFSP, Médecine et Hygiène, 1995

LOFTS M.

Le contrôle policier à l'intérieur du programme de prise en charge de la toxicomanie dans « l'expérience du Cheshire », Angleterre

In : RIHS-MIDDEL M., CLERC J., STAMM R., La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences, p. 128-148, Berne, OFSP, Médecine et Hygiène, 1995

⁶¹ DERKS J.M.

La distribution de morphine injectable à Amsterdam : évaluation

In : RIHS-MIDDEL M., CLERC J., STAMM R., La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences, p. 168-179, Berne, OFSP, Médecine Hygiène, 1995

⁶² ORDONNANCE DU CONSEIL FEDERAL sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomances du 21 octobre 1992

⁶³ RIHS-MIDDEL M., CLERC J., STAMM R.

La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences, Berne, Médecine et Hygiène, OFSP, 1995, 328 p.

⁶⁴ DGS

Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés

⁶⁵ BUNING E., VAN BRUSSEL G.

The effects of harm reduction in Amsterdam

Eur. Addict. Res., 1995, 1, 92-98

⁶⁶ JACOB C.

Et pourtant, ils tournent...

Interventions, 1996, (55), 21-26

⁶⁷ HAY M., CROFTS N.

Strategies and management of indigenous outreach workers in research into injecting drug use

Présentation à la 2ème conférence sur la réduction des risques de Barcelone, 1991

⁶⁸ A. COPPEL

ibidem

⁶⁹ JOUVE C.

Une citoyenneté médicalement assistée et socialement contrôlée

Combat face au Sida, 1996, (3), 17-18