



Prévention du sida chez les toxicomanes

Des avancées insuffisamment traduites sur le terrain

Quel bilan peut-on faire des recommandations émises lors du colloque de février 1994 sur la prévention auprès des toxicomanes ? La mise en œuvre de certaines d'entre elles a entraîné de réels changements.

A l'initiative des conseils régionaux d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, une rencontre sur la prévention des risques auprès des consommateurs de drogue a eu lieu, à Paris, en février 1994*.

Des débats et le partage de réflexions ont permis des échanges constructifs entre une pluralité d'acteurs et ont conduit à l'élaboration d'un ensemble de recommandations.

Les suites données à ces recommandations pouvant d'ores et déjà faire l'objet d'un bilan : des changements réellement importants sont intervenus durant ces deux années. Un examen point par point des recommandations formelles et des suites qui leur ont été réservées est présenté page suivante.

Du point de vue de la législation, il s'agit de l'accessibilité aux traitements de substitution, sous une forme galénique

mieux adaptée, et de la reconnaissance officielle de la seringue comme outil de prévention.

Parallèlement à ces changements de réglementation, on observe des prises de conscience à trois niveaux différents :

- au niveau de l'État, avec la prise de conscience de l'intérêt des centres méthadone, des réseaux de soins coordonnés, de l'importance du problème des détenus toxicomanes.

- au niveau local, avec l'augmentation des implications des municipalités dans les politiques de réductions des risques (programmes d'échanges de seringues et actions de prévention).

- au niveau de l'opinion publique avec un changement des mentalités, une modification de la perception des toxicomanes : de « pestiféré » qu'il faut enfermer ou fuir, à « malade » qu'il faut aider. De nombreuses émissions de télévision, les articles de la presse grand public montrent ce changement récent.

Pourtant, malgré ces avancées importantes (nouvelles lois, et prise de conscience à la fois du politique et du grand public), les changements sur le terrain

Méthodologie

- Des personnes ou associations ressources ont été sollicitées tous les 4 mois afin d'obtenir l'information sur chacun des domaines abordés par les recommandations.
- Un suivi des réalisations mentionnées dans la presse a été effectué à l'aide des revues de presse du Crips et de Toxibase.
- Un modèle de « tableau de bord » permettant le suivi opérationnel régulier et la restitution de l'information a été établi.

sont souvent décevants, les effets espérés se font attendre...

Deux obstacles peuvent expliquer ces retards : tout d'abord et c'est bien évidemment la principale raison, il faut évoquer le manque de moyens.

En terme de financement, l'effort de l'État est loin d'être majeur : les « places méthadone » restent anecdotiques au regard de l'ampleur du problème, la substitution de ville, par les médecins généralistes, ne fait que déplacer le financement vers l'assurance maladie.

Les financements conduisant à des

* organisée par le Crips Île-de-France, l'Orsif et le Crips Sud, une nouvelle rencontre est prévue à Marseille en septembre 1996, afin de faire le point sur les réalisations issues de ces recommandations sur la base de l'état des lieux réalisé par Eval

changements de structure, d'organisation, restent expérimentaux : 300 à 400 médecins de ville seulement sont concernés par les réseaux.

À titre d'illustration, on peut citer un rapport officiel nord-américain (États-Unis), réalisé par l'Institut de médecine* qui estime à deux milliards de dollars supplémentaires le financement nécessaire à la prise en charge optimale de la toxicomanie aux États-Unis, en l'état actuel des connaissances. Rapporté à la population de la France, cela représenterait un milliard de francs supplémentaires. Même en admettant que le problème est plus aigu aux États-Unis, cela représenterait au moins un doublement du budget actuel de l'État pour la lutte contre la toxicomanie.

La deuxième raison qui peut être avancée est le rôle un peu ambigu de certains acteurs sur le terrain de la toxicomanie. Les professionnels de santé, qui ont été les moteurs des changements récents, ont gagné « une guerre », celle de la substitution (méthadone, buprénorphine), des seringues (Stéribox, automates récupérateurs, bus d'échange...), et de la reconnaissance des réseaux mais ils paraissent désemparés.

En témoignent leurs nouvelles oppositions à l'État sur des sujets, sans réelle légitimité scientifique démontrée (sulfate de morphine, marque de seringue) alors que des aspects où tout reste à faire (communautés thérapeutiques, centres de post-cure, financements divers...) mériteraient davantage de mobilisation.

Par ailleurs, dans un pays où l'on attend tout de l'institution « État », tout en s'y opposant farouchement, une avancée de ce dernier mérite qu'on la mentionne, qu'on l'appuie, qu'on montre que tout sera fait pour la justifier ; car toutes les composantes de cet État ne sont pas convaincues définitivement (ministères de l'Intérieur, du Budget, de la Justice...).

* Institut of Medicine : Treating Drug Problems, volume 1. Ed : National Academy Press, 1990.

Recommandations formelles et suites

Ce qui a changé certainement

Seringues

■ « Le décret régissant le monopole de la vente des seringues (décret n° 72.200 du 13 mars 1972 du Code de la santé publique) doit être abrogé. »

Le décret n° 95-255 du 7 mars 1995 légalise la distribution gratuite de seringues stériles.

■ « La seringue doit être reconnue officiellement comme un outil de prévention. Le commerce des Kits doit être étendu à l'échelon national. »

C'est le cas actuellement avec la diversification des facilitations de l'accès au matériel stérile (Stéribox, baisse de la TVA, sensibilisation des pharmaciens, programmes divers).

Substitution

■ « Le cadre légal pour le traitement de substitution doit être rapidement défini. La méthadone classée comme stupéfiant sans intérêt médical depuis le décret du 22 février 1990, doit être reclassée comme stupéfiant présentant un intérêt thérapeutique. »

La méthadone a été radiée de la liste des stupéfiants interdits le 23 janvier 1995 et a reçu son AMM pour la substitution le 30 mars 1995.

Sa distribution est réservée, dans un premier temps, aux toxicomanes bénéficiant d'une prise en charge dans un centre spécialisé (avec relais possible en ville).

Ce qui a changé partiellement, ou commence à bouger

Financements

■ « L'État doit décider d'un financement convenable des programmes de substitution ou trouver d'autres modes de financement. »

Il n'existe à l'heure actuelle qu'une cinquantaine de centres Méthadone opérationnels accueillant au plus 2 000 personnes.

■ « Prévoir le doublement de la capacité d'accueil du dispositif de soins pour les toxicomanes. »

Des efforts sont faits mais l'objectif est loin d'être réalisé.

■ « Les municipalités devraient être impliquées dans les politiques de réduction des risques. »

C'est très variable suivant les régions.

■ « Améliorer l'accessibilité au préservatif par la pérennisation du préservatif à 1 franc. »

Une seule marque de préservatifs est vendue à l'unité 1 franc en pharmacie... quand il n'y a pas de problème de stock.

Prisons

■ « Dissocier clairement les objectifs de santé des objectifs pénitentiaires (de punition, de surveillance, voire de ségrégation). »

Différents décrets et circulaires vont dans ce sens mais les applications sont extrêmement variables suivant les régions.

Formation / Information des professionnels et du public

■ « La formation médicale continue. »

En 1995, 2 000 médecins auraient bénéficié d'une formation sur la substitution.

■ « Un affichage clair d'une volonté politique à l'adresse de l'opinion publique afin qu'elle bénéficie d'une présentation cohérente d'une politique de réduction des risques. »

Plusieurs campagnes nationales ou locales ont vu le jour.

■ « Favoriser la circulation de l'information (européenne et internationale) sur les expériences en matière de toxicomanie. »

De nouveaux moyens apparaissent (CDC sur Internet, OFDT, Reitox, Toxibase).

■ « D'autres produits buprénorphine, sulfate de morphine, devraient pouvoir être adaptés à la substitution en termes de galénique et de dosage. »

« Les médecins généralistes doivent avoir la possibilité d'offrir aux patients des traitements de substitution. »

La buprénorphine a reçu son AMM dans le cadre des traitements de substitution le 31 juillet 1995. Il s'agit d'un haut dosage, dont le nom de commercialisation est Subutex® (en remplacement du Temgesic® trop faiblement dosé), qui peut être prescrit directement par les généralistes.

• Les morphiniques d'action rapide (Moscontin®, Palfium®, Dolosal®) retrouvent leur indication : la douleur. À partir

du 1^{er} janvier 1996 leur prescription dans le cadre de la substitution devait être interdite, mais, en raison de l'inquiétude de certains médecins généralistes dont les patients sont actuellement traités avec ces produits, cette limite est repoussée.

■ « Un affichage clair d'une volonté politique à l'adresse des professions de santé, afin que des orientations claires soient données vis-à-vis des produits de substitution. »

• Le bulletin spécial toxicomanie de l'Ordre des médecins de septembre 1995 reconnaît que « la substitution représente un espoir, qu'elle doit être encouragée et encadrée ».

Réseaux de soins coordonnés

■ « Des réseaux de soins doivent être créés regroupant des secteurs spécialisés, des services hospitaliers et des médecins généralistes. »

• Il existe actuellement plus de 20 réseaux de médecins généralistes spécialisés dans la prise en charge de toxicomanes dont 13 sont financés par la DGS.

• 4 Ecimud (équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogue) sur les 10 annoncées, sont opérationnelles actuellement dans 4 hôpitaux parisiens.

Ce qui n'a pas changé (ou pas d'information)

■ « Être en possession de seringue ne devrait plus être retenu comme élément de prescription d'usage. »

■ « Les pouvoirs publics aux niveaux régional et national devront aider au financement des groupes d'auto-support. »

■ « Développer et multiplier des lieux mobiles d'intervention auprès des populations concernées par la toxicomanie, la prostitution et le sida, intégrant des personnes toxicomanes, prostituées comme animateurs conseillers. »

■ « Les études médicales doivent comprendre à chacun des cycles, une formation sur les problèmes posés par la toxicomanie et l'usage occasionnel de drogues. »

■ « Mettre l'accent sur les aspects de transmission sexuelle dans tous les programmes concernant la prévention de la toxicomanie. »

■ « Les forces de l'ordre et les policiers, afin qu'ils soient sensibilisés aux actions de prévention, devront recevoir des directives claires. »

■ « Mettre en place une protection sociale à la sortie de prison pour les détenus de nationalité étrangère atteints par le VIH. »

Les besoins et la parole des usagers

■ « Associer les personnes prostituées et toxicomanes dans la prévention du sida en utilisant leurs compétences et leurs idées. »

■ « Les groupes d'auto-support des usagers de drogue devront être considérés comme partenaires à part entière dans le dispositif de santé publique, c'est-à-dire être présents dans les instances de réflexion, de décision et d'action. »

Des associations d'usagers de drogue et des prostituées sont parfois invitées dans des instances de réflexion ou des actions.

■ « Développer des études auprès des toxicomanes afin d'évaluer leurs besoins et leurs propositions d'action. »

Il est difficile d'avoir une vue d'ensemble mais quelques exemples sont disponibles.

Yves Charpak

Médecin épidémiologiste,
directeur d'Eval

Clary Monaque

Enquêtrice, Eval

Françoise Nory-Guillou

Sociologue, Eval

Eval

75, rue du Faubourg Saint-Antoine
75011 Paris

Téléphone : 40 01 90 70