

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

04/02/1998

I. - POINT SUR LE DISPOSITIF DE REDUCTION DES RISQUES AU 31 DECEMBRE 1997

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

- la vente libre de seringues en pharmacies et la mobilisation des pharmaciens autour de la vente de la trousse de prévention Stéribox*. Depuis le lancement de ce programme au niveau national (septembre 94), environ 6,5 millions de trousse de prévention ont été vendues avec l'aide financière de l'Etat. Sur l'année 1997, on enregistre une forte progression des ventes avec 192 000 trousse par mois contre 160 000 en 1996 et 162 000 en 1995 ;
- 86 programmes d'échange de seringues (PES) mobiles, fixes ou en pharmacies ;
- 148 distributeurs automatiques, échangeurs-distributeurs ou récupérateurs de seringues ;
- 32 lieux de contacts pour usagers de drogues actifs communément appelés boutiques.

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

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

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

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

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

II. - PRIORITES POUR 1998

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

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

1. Consolider l'existant

1.1. Actualiser les budgets

Les PES et surtout les Boutiques (cf. annexe 1) (1)) ont enregistré une importante croissance de leur activité en 1996, qui semble se confirmer sur l'année 1997. Dans certains cas, cette situation induit des tensions et provoque un épuisement, une usure des équipes chargées d'accueillir, de prendre en charge et d'orienter les usagers de drogues. Le risque pour les

associations gestionnaires est alors de faire perdre à ces programmes leur statut de lieu protecteur, de ne plus arriver à offrir un cadre accueillant et apaisant ainsi qu'une disponibilité importante pour les usagers de drogues les plus marginalisés.

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

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

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

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

Cette consolidation des actions doit notamment viser, à travers les deux points évoqués, à soutenir les petites associations issues de la lutte contre le sida ou de l'autosupport qui ne peuvent pas, à la différence des associations du secteur spécialisé, appuyer leur programme de réduction des risques sur l'infrastructure et les règles de fonctionnement d'un centre d'accueil ou de soin préexistant. Il importe, en effet, de conforter la présence de ces acteurs, parfois fragiles, afin de garantir sur le long terme la diversité des approches et des pratiques en matière de réduction des risques.

2. Développer de nouveaux programmes

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

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

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

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

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

Le dispositif spécialisé, qui réalise un maillage serré du territoire doit, en complément des structures de droit commun, assurer pleinement cette fonction et développer des outils de réduction des risques et d'accès aux soins, en complément de ses missions de sevrage, de substitution ou de postcure, afin de maximiser les possibilités de contact avec les usagers de drogues (y compris les plus marginalisés) aux différentes étapes de leur trajectoire, sans attendre qu'une demande implicite ou explicite d'abstinence soit formulée.

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

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

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

III. - MISE A DISPOSITION D'UN NOUVEAU STOCK DE TROUSSES DE PREVENTION PREPAYEES

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

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

Date d'application : immédiate.

Références :

Décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et la vente de seringues, modifié par le décret n° 87-328 du 13 mai 1987, n° 89-560 du 11 août 1989 et n° 95-255 du 7 mars 1995 ;
Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'Etat à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites ;
Circulaire n° 37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile ;
Lettre DGS/DIV-sida n° 95-1320 du 15 octobre 1995 relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à la récupération des seringues usagées.

Programme de collaboration avec les communes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé, Division sida, Bureau des actions de proximité.

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;
Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Texte non paru au Journal officiel.