

Interventions en réduction des risques et des dommages

Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux

Les interventions de réduction des risques et des dommages (RdRD) s'adressent à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances psychoactives les exposent à des risques majeurs. Elles visent à réduire les conséquences néfastes des consommations de drogues licites ou illicites, sans exiger au préalable des usagers de drogues un arrêt ou une diminution de leurs consommations (IHRA, 2010). La RdRD s'appuie notamment sur la distribution de matériel à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de snif, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. Dans les années 1990, ces deux mesures ont été au centre de la lutte contre l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. La prévention des pathologies infectieuses a progressivement été élargie à travers des mesures d'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C, ainsi que la vaccination contre le VHB et le traitement curatif de l'hépatite C. Une autre finalité majeure de la politique de RdRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés. De nouveaux dispositifs de RdRD ont été initiés récemment, tels que l'ouverture de deux salles de consommation à moindre risque et le développement d'un programme de distribution de kits de naloxone.

Les CAARUD au cœur de la RdRD

La réduction des risques et des dommages, historiquement développée par des acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour usagers de drogues, s'est institutionnalisée au fil du temps. Inscrite dans la loi de santé publique en 2004, elle figure désormais dans les différents plans gouvernementaux de prévention des conduites addictives et dans les stratégies nationales de santé. Dès leur mise en place, à partir de 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont constitué un élément essentiel de cette politique. Ils reprennent les missions définies dans le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue (décret du 14 avril 2005) : mettre à disposition le matériel de RdRD lié à l'usage de drogues et à la sexualité, répondre aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base), maintenir un lien social ou l'écoute des usagers, inciter au dépistage des maladies infectieuses et aux vaccinations, favoriser l'orientation vers le système de soins, l'accès aux droits sociaux, au logement et à l'insertion professionnelle. On dénombre 146 CAARUD répartis sur le territoire français (métropole et DOM). Près de 75 000 personnes y ont été accueillies en 2015. Les lieux d'intervention de la RdRD sont aujourd'hui variés, en vue de s'adapter au mieux à la diversification des usages et des usagers : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent « l'aller vers » qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes (Díaz Gómez et Milhet, 2016).

Mise à disposition des matériels de prévention

Afin d'endiguer l'épidémie de VIH-sida chez les usagers de drogues, la première mesure de RdRD a été la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987. En 2015, on estime qu'environ 110 seringues ont été distribuées en moyenne par usager injecteur au cours des douze derniers mois, soit près de 12 millions de seringues pour un peu plus de 100 000 injecteurs âgés de 15 à 64 ans (Díaz Gómez, 2018 ; Janssen, 2018). Le niveau de couverture se situe ainsi en deçà du seuil de 200 seringues recommandé par l'OMS (WHO *et al.*, 2012). Au total, ce chiffre de 12 millions de seringues distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France en 2015, est en très légère hausse par rapport aux 10 millions distribuées en 2010. La distribution est assurée essentiellement par les CAARUD (61 % des seringues) et les ventes en pharmacie sous forme de kits d'injection, les Stéribox®, qui comportent deux seringues (28 %). Le reste provient de CSAPA, d'automates hors gestion CAARUD et de la RdRD à distance (Díaz Gómez, 2018). Afin de mieux protéger les usagers des risques infectieux et, en particulier, pour lutter plus efficacement contre les contaminations bactériologiques et fongiques liées à l'injection, de nouveaux kits d'injection ont été expérimentés en 2015 (Milhet, 2016) en vue de leur généralisation au sein du réseau de distribution du matériel en place (CAARUD, officines de ville et automates). En plus du matériel stérile d'injection, sont également distribués en CAARUD des pailles pour le snif, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires, des feuilles pour fumer ou « chasser le dragon » (voir définition p. 36), mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. Des matériels de prévention des infections sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers sont également fournis, ainsi que des brochures et des flyers d'information.

Accès aux traitements de substitution et prévention des surdoses

L'introduction des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) en 1995 a contribué avec la distribution de matériel d'injection stérile au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. Les TSO ont aussi permis la réduction des décès par surdose d'opioïdes, et plus généralement l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opioïdes (voir chapitre « Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins », p. 60). Depuis 2016, pour lutter plus efficacement contre les surdoses mortelles aux opioïdes, un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses d'opioïdes) sous forme de spray nasal a été mis en place en France. Un millier de kits de naloxone ont été distribués aux usagers de drogues à la fin de l'année 2017 et 21 personnes ayant fait une surdose ont été traitées avec une évolution favorable (ANSM et INDIVIOR UK Ltd, 2018). Ces kits sont délivrés gratuitement et sans ordonnance aux usagers en CSAPA et en CAARUD mais ils ne sont pas disponibles en pharmacie d'officine. La spécialité de naloxone par voie nasale, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018. Les usagers prioritaires sont les personnes sortant de prison à risque de surdoses opioïdes ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opioïdes.

Renforcement du dépistage et de la prévention des maladies infectieuses

En matière de dépistage des maladies infectieuses, la mise en œuvre des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) combinés du VIH, du VHC et du VHB, du Fibroscan® (mesure non invasive de la fibrose du foie) et des buvards¹ constitue une réponse de proximité complémentaire à l'égard des usagers de drogues en matière de dépistage (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018). En 2016, la pratique des TROD a été étendue, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels des CAARUD ayant reçu une formation adaptée.

Cette offre de dépistage à destination des publics les plus exposés est articulée avec le dépistage en ville et l'accès aux traitements du VIH et des hépatites B et C. Le traitement antiviral hautement actif du VIH est disponible depuis 1996, les antiviraux à action directe (ADD) pour le traitement des usagers infectés par VHC le sont depuis 2014. Depuis juin 2016, ce traitement est pris en charge par l'Assurance-maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose) et, depuis août 2017, l'accès au traitement a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique. Entre 2014 et mars 2018, 60 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les ADD.

La RdRD en prison

Depuis la loi pénitentiaire de 2009, différents textes proposent de consolider les mesures de réduction des risques et des dommages en prison (Branchu et al., 2015). Les principaux axes d'amélioration escomptés concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les programmes d'échange de seringues. La loi de modernisation de santé de 2016 réaffirme ces ambitions (article 41) en rappelant leur nécessaire adaptation au milieu carcéral. Le plan définissant la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, paru en avril 2017 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017), renforce les moyens de dépistage du VIH, VHC et VHB, en proposant de développer l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique et de renouveler le dépistage pendant la détention (MILDECA, 2018a). Il encourage également à améliorer le repérage des conduites addictives en instaurant un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » obligatoire à l'entrée en détention. Selon une enquête réalisée auprès de 38 % des unités sanitaires en 2016 (64 sur 168) (Remy et al., 2017), le dépistage du VIH et du VHC est effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des unités sanitaires. Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique sont disponibles dans 84 % des unités sanitaires, qui sont 56 % à bénéficier d'une consultation spécialisée sur site. Enfin, 66 % de ces unités sanitaires ont mis en place au moins un traitement par antiviraux à action directe (AAD) en 2015. Le remboursement de ce traitement a été facilité par la circulaire ministérielle du

1. Une goutte de sang prélevée au bout du doigt est déposée sur un buvard envoyé à un laboratoire pour le dépistage du VHC, du VHB et/ou du VIH. Il n'est pas possible de rendre un résultat d'analyse immédiat comme avec les TROD, mais pour le VHC, la détection de l'ARN viral en plus des anticorps, permet de distinguer une hépatite C chronique active d'une hépatite C guérie.

29 avril 2015, mais il n'y a pas eu d'étude plus récente pour mesurer l'évolution des prises en charge. La stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017) prévoit de renforcer la capacité à agir et la participation effective des personnes détenues en matière de promotion de la santé (voir chapitre « Interventions auprès de publics spécifiques », p. 103).

Nouveaux programmes de RdRD à destination des usagers injecteurs

Des dispositifs innovants de consommation à moindre risque se sont développés ces dernières années (Beck *et al.*, 2016b). Comme il en existe dans sept autres pays européens, deux salles de consommation à moindre risque ont ouvert en France en 2016 (EMCDDA, 2017), à Paris et à Strasbourg, pour une expérimentation d'une durée maximale de six ans inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Destinées à des usagers précaires qui injectent eux-mêmes les produits qu'ils ont apportés, en utilisant le matériel de consommation mis à leur disposition, sous la supervision d'un professionnel, elles ont vocation à réduire les contaminations et les surdoses mortelles ainsi qu'à améliorer la tranquillité publique là où elles sont mises en place (réduction des scènes ouvertes de consommation...). Au cours de leur première année de fonctionnement, elles ont respectivement accueilli 903 et 254 usagers différents. Parmi les produits les plus consommés figurent le Skenan® (sulfate de morphine), sur les deux sites, le crack inhalé ou injecté à Paris et la cocaïne à Strasbourg (Avril, 2018 ; Bader, 2018). Le développement de ces salles reste aujourd'hui limité car leur implantation nécessite de réunir les conditions de leur acceptabilité sociale (Jauffret-Roustide, 2016). Le programme AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) propose à des usagers de drogues injecteurs un apprentissage des gestes et conditions d'asepsie nécessaires pour réduire les risques infectieux, bactériens et les dommages veineux liés à l'injection (Roux *et al.*, 2017). Le projet « Change le programme » a pour ambition d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins de la retarder et de la sécuriser. Le principe est d'agir sur les primo-injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, pour les aider à mieux percevoir ce qui, dans leur comportement, peut constituer une incitation à l'injection et pour augmenter leur capacité à gérer les demandes d'initiation, soit par le refus, le report ou la transmission des pratiques à moindres risques (Michels *et al.*, 2017).

Références législatives

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. *JORF* n° 88 du 15 avril 2005, p. 6 732, texte n° 5. (NOR SANP0521129D)

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. *JORF* n° 273 du 25 novembre 2009, p. 20192, texte n° 1. (NOR JUSX0814219L)

Circulaire DGOS du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. (NOR AFSH1510559C)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)