

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

Anne COPPEL
Sociologue coordinatrice de la
clinique Liberté à Bagneux (92)

1. FONDEMENTS DES STRATÉGIES COLLECTIVES DE PRÉVENTION

Comment, prévenir les toxicomanes de l'infection par le VIH ? Quelles actions entreprendre ? Quelles mesures doivent être prises ? Différentes stratégies ont été expérimentées et évaluées.

Au-delà de leur diversité, les stratégies collectives de prévention relèvent d'une même démarche qui se veut pragmatique : pour être efficaces, elles doivent être élaborées à partir d'une observation des comportements des toxicomanes, des changements possibles et des obstacles au changement ¹. L'ensemble des stratégies de prévention a été conceptualisé dans le cadre de politiques dites de "réduction des risques" (Harm reduction) aujourd'hui préconisées par l'OMS ^{2, 3}. Parce qu'elles exigent d'entrer en contact avec ceux que l'usage de drogue intraveineux expose directement au risque, ces nouvelles stratégies imposent un changement dans la conception de l'intervention auprès de toxicomanes. Les choix effectués sont fondés sur l'argumentaire suivant :

1.1. la hiérarchisation 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.

L'objectif de désintoxication n'est pas abandonné pour autant ; au contraire, cette offre de soins doit être élargie autant que faire se peut, mais l'intervention ne peut se limiter à la minorité des toxicomanes pour lesquels un sevrage immédiat peut être envisagé. Le risque de l'infection peut être réduit par différentes mesures et actions de prévention. À défaut d'un abandon de la drogue, le changement le plus cohérent avec des objectifs globaux de santé est le renoncement à l'injection, qu'il s'agisse de produits illicites, sniffés ou fumés, ou de produits prescrits, particulièrement méthadone par voie orale.

1. Pour une présentation globale des stratégies de prévention voir: DESJARLAIS D C, AIDS Prevention programs for intravenous drug users : diversity and evolution International Review of Psychiatry, 1989, n°1, p.101-108. Voir aussi DESJARLAIS D.C., FRIEDMAN S.R., CHOOPANYA K. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users". AIDS, 992, no6, p.1053-1068 en français voir: INGOLD F.R. Le point sur la situation épidémiologique du VIH chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse. Transcription, dec. 1992, n°11, p. 13-15

2. BRETTE R. VIH and harm reduction for injection drug users. AIDS, 1991, no5, p. 125-136

3. Pour une présentation en français des politiques de réduction des risques, voir MINO A. De la réduction des risques. Le Journal du sida, dec. 1992, no45, p.14-26

Enfin, le risque infectieux étant lié au partage des seringues, c'est la réduction de cette pratique qu'il faut envisager : les toxicomanes les plus ancrés dans leur toxicomanie doivent avoir accès à un matériel non contaminant, seringues neuves ou stérilisées selon les possibilités.

→ Une telle hiérarchisation des risques prend acte de l'impossibilité d'obtenir dans l'immédiat une abstinence généralisée ; les "petits pas" ou objectifs intermédiaires, retenus en fonction de leur faisabilité, impliquent, de fait si ce n'est de droit, une acceptation de l'usage de drogues illicites.

Aussi les actions et mesures préconisées sont-elles l'objet d'un débat public d'autant plus vif qu'elles se heurtent aux représentations de la drogue comme fléau social. Leur niveau d'acceptabilité est variable, selon les dispositifs législatifs et les traditions culturelles. Elles exigent le développement de nouveaux services ou du moins un élargissement des missions des services existants, la plupart des dispositifs de soins et de prévention de la toxicomanie étant conçus dans un objectif exclusif d'abstinence ⁴.

1.2. les changements de comportement des toxicomanes

Dès 1984, des changements de comportement sont observés auprès des usagers de drogues, ce que confirment les premières études épidémiologiques à New York, puis dans l'ensemble des pays touchés par la contamination par le VIH liée à l'échange de seringue. Informés des risques, des toxicomanes se sont efforcés d'utiliser un matériel stérile, différentes variables affectant l'ampleur du changement ⁵.

→ Ces changements de comportement impliquent que les toxicomanes peuvent effectuer des choix rationnels. L'usager de drogue n'est donc pas nécessairement un malade irresponsable, un être irrationnel, destructeur et suicidaire : il peut aussi être un agent actif de la prévention soit, selon la formule retenue dans le rapport de l'Advoary Council, " a *health conscious drug user* " ⁶. Cette capacité du toxicomane à effectuer des choix fonde les orientations préconisées en Grande-Bretagne en matière de prévention du sida auprès des toxi-

-comanes, car il en est des toxicomanes comme des autres groupes sociaux : pour que l'information produise un changement effectif des comportements, elle doit être relayée par des personnes appartenant au groupe social cible ⁷.

Les premiers changements observés se sont effectués spontanément, sans le soutien de mesures de prévention. Ces changements sont toutefois insuffisants au regard du risque ; leur ampleur est variable selon les sites et selon les groupes ; une fraction de la population s'avère réfractaire au changement et cette fraction peut être sensiblement réduite lorsque les conditions des pratiques à risque se modifient. En outre, ces changements de comportements sont partiels et fragiles.

En état de manque, l'injection immédiate est le plus souvent privilégiée au détriment de la prévention.

Globalement, les toxicomanes se sont engagés dans un processus de réduction du risque d'infection au VIH mais non de sa suppression ; aussi le renforcement des comportements de prévention doit-il être considéré comme une des priorités des années à venir ⁸.

1.3. le changement de comportement :

une logique collective

La recherche des facteurs associés aux changements de comportements est déterminante dans la mesure où elle permet d'élaborer des stratégies de prévention efficaces. Une information sur les risques encourus est une des conditions nécessaires au changement, mais cette information peut être minimum : dans l'étude menée par Des Jarlais sur les changements de comportement des toxicomanes de rue à New York, l'adoption d'un matériel d'injection stérile n'a pu être corrélée de façon significative ni au niveau d'information ni à la proximité au risque, c'est-à-dire à la connaissance de personnes séropositives et malades dans son environnement. Le facteur déterminant du changement de comportement est d'avoir des amis qui ont changé de comportement. Autrement dit, les changements s'effectuent en réseau et le groupe de pairs joue un rôle clé qu'il s'agisse de prise de drogue ou de sexualité ⁹. Les autres variables intervenant

4. NUTBEAM D, BLAKLEY V., PATES R. The prevention of HIV injection from injecting drug use : a review of health promotion approaches *Social science medicine*, 1991, vol.33, n°9, p. 977-983. En fran-cais, voir HEFEZ S. Une revue des strategies de prevention aupres des toxicomanes. *Transcriptase*, mars 1992, n°4, p. 10

5. Sur les changements de comportements des toxicomanes voir: DESJAR-LAIS 1989, op.cit., DES JARLAIS 1992, op. cit., BRETTEL, 1991 op. cit.; voir plus bas FRIEDMAN 1992, op.cit.

6. STIMSON G.V. Changes in VIH risk behaviour in clients of syringe-exchange schemes in England and Scotland. *AIDS*, 1989, n°3, p. 267-272

7. NELKIN D. AIDS and social sciences : review of useful knowledge and research needs *Review of infectious diseases*, sept. 1987, vol.9, n°5, p. 980-986. Sur les approches de promotion de la sante, cf NUTBEAM, op. cit.

8. DES JARLAIS D., ADDUL-QUADER (A), "The next problem : maintenance of Aids risk reduction among intravenous drug users", *The International Journal of the Addictions*, 1991, n°26, p.1279-1292.

9. FRIEDMAN S., NEAIGUS A., DES JARLAIS D.C., SOTHERAN J., WOODS J., SUFIAN M., STEPHERSON B., STERK C., *Social intervention against AIDS among injecting drugs users* *British journal of addictions*, 1992, n°87, p. 393-404

dans la réduction du risque - telles que la connaissance de personnes atteintes du sida, la capacité à maîtriser les techniques de réduction du risque, en particulier en matière de sexualité, ou la possibilité d'en parler à quelqu'un - sont également corrélées aux réseaux d'appartenance, relations sociales et affectives ¹⁰.

→ Les changements de comportement sont fortement liés aux groupes d'appartenance délimités par des variables sociales telles que l'ethnicité, le sexe, l'âge ou plus précisément l'ancienneté de la toxicomanie. La progression de l'épidémie apparaît particulièrement rapide chez les noirs américains et les latinos aux Etats-Unis ⁹.

Ce développement inégalitaire de la contamination peut être lié à une information inadéquate : les messages médiatiques ne sont pas destinés aux minorités culturelles et celles-ci y ont été moins sensibles. Ainsi les techniques de décontamination des seringues, telles que l'eau de javel, sont mieux connues des toxicomanes blancs, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'elles soient mieux utilisées. Au-delà du défaut d'information, les minorités ethniques, de par une situation inégalitaire, ont moins accès au matériel d'injection, sont plus susceptibles d'utiliser des lieux collectifs d'injection tels que les shooting galleries ; ils sont enfin plus en butte à la répression.

Les obstacles au changement sont en effet largement liés aux conditions sociales de la prise de drogue, conditions auxquelles contribuent les politiques de contrôle des drogues d'une part, et plus largement les politiques sociales et sanitaires. L'exclusion, la marginalisation sociale, la précarité - et par exemple l'absence de logement- redoublent les difficultés, ne serait-ce que parce qu'elles modifient la hiérarchie des risques au profit des risques immédiats ¹¹.

→ Aussi les stratégies collectives peuvent-elles être regroupées en deux catégories ⁹ :

- les actions portant sur les déterminants ou conditions dans lesquelles la drogue est utilisée, soit l'accessibilité à un matériel d'injection stérile, mais aussi les actions qui visent à lutter contre les processus d'exclusion et de stigmatisation et à offrir protection sociale et sanitaire aux toxicomanes, y compris lorsqu'ils poursuivent leur consommation.

- les actions collectives menées au sein des groupes de toxicomanes par des membres de ces groupes : ces actions impliquent le développement de système de relais et d'entraide sur le modèle des organisations homosexuelles.

2. LES ACTIONS PORTANT SUR LES DETERMINANTS DE L'USAGE

2.1. l'accès à un matériel stérile d'injection

Les actions de prévention les plus innovantes ont porté sur la disponibilité d'un matériel stérile d'injection. De fait, il est rapidement apparu que l'accessibilité de seringues stériles était une condition nécessaire - même si elle ne s'avère pas toujours suffisante - d'une prévention efficace. La démonstration a pu en être donnée *in vivo*. Au début des années 80, la ville d'Edimbourg s'est trouvée confrontée à une épidémie de drogue par injection; les pharmaciens se sont alors refusés à la vente de seringues aux toxicomanes, vente considérée comme incitative. Cette politique restrictive a eu des effets désastreux. En 1987, une étude comptabilisait 51 % de toxicomanes contaminés alors que dans la ville de Glasgow ou le matériel d'injection était resté accessible, le taux de contamination était de 4,5 %. En 1988, les programmes d'échange de seringues sont préconisés au niveau national " afin que la tragédie d'Edimbourg ne soit pas répétée en Grande-Bretagne" ¹².

→ La ville d'Amsterdam avait été la première à expérimenter des échanges de seringues en 1984, à la demande du Junkiebond, association d'usagers de drogues, alors que des pharmaciens de la ville se refusaient à vendre des seringues aux toxicomanes. Une action expérimentale est montée avec le Junkiebond, action qui se développe rapidement pour faire face à la menace du sida. En 1989, 800 000 seringues sont échangées. Les résultats de ces actions sont positifs à un double titre : les participants à ces programmes modifient plus que les autres leurs comportements, et surtout, la distribution de seringues n'est pas incitative ¹³. Ce double constat a permis de favoriser l'accessibilité des seringues, soit par des mesures législatives ou réglementaires soit par des services spécifiques.

En Europe, la mesure la plus générale est la vente libre de seringues en pharmacie, ce qui a impliqué un changement législatif en 1987 pour la France. Les évaluations de la vente libre des seringues démontrent l'utilité de la mesure ¹⁴. La disponibilité des seringues peut toutefois être insuffisante, soit que des pharmaciens en limitent la vente, soit que le port de la seringue soit considéré par les services de police comme une présomption de l'usage de drogue et réprime, ou enfin que les toxicomanes ne soient pas informés de façon adéquate, car l'information ne peut être entendue si elle ne tient pas compte du contexte d'utilisation des drogues et des seringues. Aussi, parallèlement aux dispositions réglementaires, différentes actions sont nécessaires pour améliorer l'accessibilité à un matériel stérile.

10. Ces variables ont fait l'objet de différentes communications lors de la 8^e Conférence Internationale sur le Sida à Amsterdam, 1992 : FARUQUE SAIRUS. et al. Sexual risk behavior and risk appraisal in male crack users in Harlem. PoD 5491. FULLILOVE M.T. Trauma, crack and VIH risk, N. Y., PoD 5477. Voir aussi FEDCHT T., STEPHENS R., ROMAN S.. The Sexual Behavior of Intravenous Drug Users ; Assessing the Risk of Sexual Transmission of VIH. *The Journal of drug issues*, 1990, vol.20, n°2, p.195-213. Pour une présentation en français des variables associées au changement de comportement sexuels des toxicomanes, voir COPPEL Sexe, drogue et sida. *Le Journal du sida*, février 1993, n°47, p.15

11. Voir les recherches subventionnées par le NIDA et présentées lors la 8^{ème} Conférence Internationale sur le Sida à Amsterdam, 1992 : ERICKSON J., et al. Risk for VIH among homeless male and female intravenous drug users (IDUs) in the United States", PoC 4317. Voir aussi ALLEN D., et al. PoC 4313 sur les sans-logis adultes et jeunes fugueurs ; DE MAETTO et al., Toronto, PoC 4315 ; SHLAY J. et al. Denver. PoC 4320; VALENCIA et al.. New York, PoD 5377.

12. STIMSON G. "Injecting needles and the spread of VIH in England and Scotland" in NIDA, Needle sharing 1988; DONOGHOE M.C., STIMSON G.V., DOLAN K.A. Mode de vie et facteurs sociaux liés au partage des seringues chez les toxicomanes. *British journal of additions*, 1992, n°87, p. 993-1003

13. BUNING E., VAN BRUS-SEL G.H., VAN SANTEN G. Amsterdam's drug policy and its implication for controlling needle sharing. *Research monography series of NIDA*, 1988, n°80, p. 59-74. Pour une présentation en français sur les échanges de seringues, voir ¹⁰ et 13^e rencontres du CRIPS, 1989 et 1992

14. INGOLD F.R. et INGOLD S. Les effets de la libéralisation de la vente des seringues sur le comportement des usagers de drogues consommant leurs produits par voie intraveineuse en France. *Rapport de l'IREP*, 1988. FACY F., LOWENSTEIN W., INGOLD F.R., INGOLD S. L'héroïnomanie, la seringue et le Sida. *Retrovirus*, septembre 1988 n 1.

→ Parmi ces actions, les échanges de seringues occupent une place privilégiée. Ceux-ci sont développés en particulier en Grande-Bretagne où 15 projets sont expérimentés en 1987 et évalués. Les résultats se révèlent positifs à un double titre:

- les projets, dans leur majorité, ont réussi à attirer une clientèle avec peu ou pas de contacts antérieurs avec les services de soins : 75% n'étaient pas en traitement, dont 40% n'avaient jamais été en contact avec les services de soins,
- les échanges de seringues modifient les comportements : après 2 - 4 mois, le nombre d'usagers qui disent échanger leurs seringues passe de 36% à 27%. Au total, 79% des toxicomanes ont réduit les risques liés à l'injection. Sur la base de cette évaluation, des échanges de seringues se sont ouverts dans différentes structures, soit 120 services en 1989 : projets spécifiques, services hospitaliers, services de soins spécialisés avec ou non volonté de séparer les clientèles (traitement de la toxicomanie et échange de seringues), pharmacies qui préfèrent parfois la gratuité à l'échange, plus complexe à organiser. L'acceptabilité de ces services, supports de changement, est désormais acquise¹⁵.

→ Aux Etats-Unis, la vente libre des seringues reste interdite dans une majorité des États et en particulier les États les plus touchés. Aussi l'information a-t-elle privilégié les pratiques de décontamination des seringues à l'eau de javel ou à l'alcool, actions menées sur le terrain, sur les sites de consommations collectives, en collaboration avec des chercheurs, des toxicomanes et des travailleurs de rue (voir plus bas 4. actions de terrain)¹⁶.

Au cours de l'année 1992, ces actions se sont transformées pour la plupart en programmes d'échange de seringues sur la base des résultats obtenus en Grande-Bretagne. En décembre 1992, il existait aux Etats-Unis 31 programmes d'échange de seringues animés par les autorités locales, mais qui peuvent aussi n'avoir aucun statut légal soit 5 programmes illégaux sur 18 évalués¹⁷.

À la IXe conférence internationale sur le sida (Berlin), différentes expérimentations ont été valorisées, unités mobiles de Médecins du Monde, distributeur de nuit à Naples, distributeur à Berlin. Autre outil privilégié parce qu'il garantit une distribution sans exclusive, la vente en pharmacie dans le Connecticut, avec des kits à Zurich et à San Sebastian¹⁸.

→ Ces différents outils sont aussi expérimentés en France. En décembre 1988, le ministre de la Santé annonçait l'ouverture de programmes expérimentaux d'échange de seringues, programmes évalués en 1991¹⁹. Au total, on comptabilisait pour les trois programmes 2 100 passages, 1 045 utilisateurs et 3 780 seringues échangées. Ces chiffres, peu élevés,

témoignent des difficultés d'implantation qui commencent à être surmontées. Ainsi le nombre de passages dans le BUS de Médecins du Monde passe de 850 du 1/11/89 au 30/05/91 à 1 777 du 1/06/91 au 30/05/1992²⁰. En Seine-Saint-Denis, le Bus d'échange de seringues est désormais lié à une équipe de prévention intervenant sur le terrain²¹.

En septembre 1991, la Direction générale de la Santé (division sida) passe de la phase d'expérimentation à une phase de développement des programmes d'échange de seringues. Des programmes sont lancés à Grenoble, Toulouse, Strasbourg, Hyères (Marseille) tandis qu'un distributeur est inauguré en mars 1993 à Nîmes²². Des actions sont également menées en pharmacie, telle la campagne menée à Ivry avec un kit, le Stéribox, action qui doit être étendue à dix communes du Val-de-Marne et en région PACA²³.

15. LART R., STIMSON G. National survey of syringe exchange schemes in England. *British Journal of Addictions*, 1990, n° 85, p. 1433-1443. Sur le dispositif d'échange de seringues en Grande-Bretagne en français voir VERBOUD M. Le berceau des échanges de seringues et STIMSON G. Le poids de la prévention sur l'échelle du risque. *Le Journal du SIDA*, avril 1992.

16. FELDMAN H. BIER NACKI P. The Ethnography of Needle sharing among Intravenous drug users and Implication for public policies and intervention strategies. *Research Monography series of NIDA*, 1988, n°80: Needle Sharing among Intravenous Drug Abusers.

17. LURIE P. et al. A description of needle exchange program (NEP) in North America. *CDC USA, WS-C 15-3, IXe conférence Internationale sur le sida*, Berlin 1993.

18. COPPEL Anne. Prévention du sida auprès des toxicomanes : l'heure des bilans. *Le journal du sida*, septembre 1993

19. FACY Françoise. Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse avec échange de seringues. *Convention avec la Direction générale de la Santé*. 1991

20. LHOMME J. P., EDWIGE A., ILIE C., REGNIER AEBERHARDT F. et al. *VIII conférence Internationale sur le sida*, Amsterdam, 1992

21. SDPST 93. Programme de prévention de l'infection à VIH auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse dans le département de Seine-Saint-Denis. Rapport intermédiaire en partenariat avec ARCADES et le soutien de la DGS, DAS, AFLS, association Sida-urgence, avril 1993

22. SERFATY A. Needle exchange programs for injection drug users in France. *CEWG*, Saint-Louis, juin 1993

23. IMBERT E. et al. Le pharmacien peut-il freiner la propagation du Sida ? Impact d'une campagne de prévention

2.2. La prescription de produits

de substitution

La prescription de produits de substitution est sans doute la méthode la plus ancienne de traitement des toxicomanes. C'est aussi celle qui a donné lieu aux débats publics les plus vifs. L'épidémie de sida modifie les termes du débat. Le développement nouveau des programmes de substitution en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, aux Pays-Bas, en Suisse, en Italie, en Espagne, mais aussi en Belgique, en Autriche, en Allemagne où ce type de traitement était très limité ou interdit, repose sur les résultats de ces traitements qui participent directement ou indirectement à la prévention du sida :

- la réduction de l'usage de drogues illicites et du partage de seringues, réduction et non cessation : dans une étude menée aux Etats-Unis sur six programmes, un tiers des toxicomanes renonce à toute prise de drogue illicite dès le début du traitement, mais ce pourcentage augmente avec le temps de prise en charge : 71 % des toxicomanes renoncent à l'usage d'héroïne après six mois de traitement, ces résultats étant congruents avec la plupart des études²⁴. Ainsi peut-on constater un moindre taux de séropositivité pour ceux qui étaient en traitement au début de l'épidémie soit 27,2 % de taux de séropositivité contre 45,9% pour les nouveaux clients à New York, 12% pour les patients admis avant 1980 à Genève contre 47% pour ceux qui ont été admis entre 1980 et 1986³.

- une moindre morbidité, un meilleur état de santé, et par exemple, une meilleure stabilisation des défenses immunitaires évaluées dans des études suisses, viennoises et américaines, sans doute liées à une meilleure stabilisation sociale et une meilleure qualité de vie. En outre, le maintien en traitement est meilleur. En matière de mortalité, une seule étude compare les taux de mortalité des toxicomanes de rue et des toxicomanes en traitement, soit un taux de mortalité annuel de 7 % par an pour les toxicomanes de rue et de 2% pour les toxicomanes en traitement²⁵.

- la possibilité de toucher et de maintenir en traitement une population réfractaire aux autres types de traitement, soit par exemple 14% d'abandons dans les 3 mois au lieu de 40-50 % dans les autres traitements, résultat obtenu dans une évaluation américaine publiée en 1976 et congruent avec les autres études. Ce contact peut être l'occasion de toucher les toxicomanes les plus éloignés du système de soins, de délivrer un message de prévention et de favoriser l'accès aux soins, qu'il s'agisse de soins primaires, sanitaires et sociaux ou de soins spécialisés²⁶.

→ Si ces résultats ne sont pas contestés, le débat technique porte sur leur interprétation, sur les limites du changement en matière d'usage de drogues et sur son incidence sur l'épidémie de sida. Même si les

toxicomanes en traitement réduisent sensiblement le recours à l'injection, l'incidence directe de ces traitements sur l'épidémie est impossible à évaluer, ne serait-ce que parce que le nombre de toxicomanes en traitement est, sauf aux Pays-Bas, inférieur à 10 % des toxicomanes. Faut-il donc envisager un élargissement des prescriptions ? Convient-il d'accepter en traitement des toxicomanes qui ne souhaitent pas renoncer à l'usage d'opiacés avec pour seul objectif l'abandon de l'injection ? De quels éléments d'information dispose-t-on pour évaluer l'impact possible de prescriptions larges sur les comportements des toxicomanes ?

Au delà du débat technique, les choix à effectuer renvoient aux différentes conceptions du problème de la drogue et plus particulièrement de l'acceptabilité de l'usage de drogue.

Ces questions font en outre rebondir le débat sur les différents types de traitement de la toxicomanie, les traitements de substitution ne faisant nullement consensus. En France, ces traitements ont gardé un statut expérimental (52 places en 1992). Nous ne prétendons pas ici mener le débat sur les traitements de substitution, mais il nous paraît nécessaire, pour comprendre les termes du débat actuel, d'indiquer les différents objectifs des programmes de substitution ; car leur utilisation a évolué d'une conception purement médicale, jusqu'à la fin des années soixante, à un traitement social au cours des années 70 pour aboutir aujourd'hui à une perspective de santé publique. Les premiers traitements fondés sur la prescription, depuis 1926 en Grande-Bretagne, au cours des années soixante aux Etats-Unis, étaient des programmes de maintenance, la toxicomanie étant considérée comme une maladie chronique. Ils visaient à stabiliser le toxicomane et à éviter marginalisation et délinquance. Les résultats obtenus aux Etats-Unis modifient l'approche du problème : non seulement les patients sous traitement se stabilisent, sont moins délinquants et mènent un style de vie moins destructeur, mais une part d'entre eux -variable selon les programmes- finit par se désintoxiquer. Les évaluations menées au cours des années 70 obtiennent en matière de désintoxication des résultats comparables aux autres modalités de traitement soit environ un tiers de résultats positifs²⁷. Aussi la majorité des programmes adoptent-ils des objectifs de désintoxication. Au début des années 80, la maintenance, même si elle persiste, est officiellement découragée, ce dont prend acte l'*Advisory Council of Drug Misuse* en 1982 en Grande-Bretagne, et les traitements s'adressent désormais à des toxicomanes "motivés", c'est-à-dire qui souhaitent se désintoxiquer, même s'ils ne peuvent envisager de le faire immédiatement.

24. BALL J.C., LANGE W.R., MYERS C.P. FRIEDMAN, BALL J.C., LANGE W.R., MYERS C.P., FRIEDMAN S.R.. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Health Social Behaviour*, 1988, n° 29, p.214-226. La recherche a été publiée par BALL J. C., ROSS A. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York : Springer-Verlag, 1991.

25. GRÖNBLADH L., ÖHLUND L.S., GUNNE L.M. Mortality in heroin addiction : impact of methadone treatment. *Acta Psych. Scand.* 1990, n° 82. Pour ce qui concerne la France, il existe peu d'études de cohortes ; on peut néanmoins en citer quelques unes, soit 8% de mortalité pour 300 toxicomanes dans 1 étude de CURTET, 1986; 13,6% sur 81 sujets retrouvés dans l'étude de BOUKHELIFA, 1986, et 14 morts sur 117 sujets retrouvés dans l'étude de BOULLENGER et SPINHIRNY, 1990.

26. Cet argumentaire est repris des articles suivants: COOPER. Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome *JAMA*, sept.1989, vol. 262 n° 12, p. 22-29. SORENSEN James L., BAKTI Steven L., GOOD Paul, WILKINSON Kenneth. Methadone Maintenance Program for AIDS Affected Opiate Addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1989, n°6, 87-94. ZWEBEN J.E. and SORENSEN J. Misunderstandings about methadone". *Jour. of Psychoactive Drugs*, 1988, vol.20, n°2, p.275-281. En français : voir le dossier n°1 de TOXIBASE sur "la methadone".

27. pour une présentation en français sur les évaluations des années 70, voir LERT F. et FOMBONNE E. La Toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements. Paris : Documentation française-INSERM, 1989, 144 p.

28. BUNING E. AIDS related intervention among drug users in the Netherlands, Stockholm, 25-28 September 1989; BUNING E., VAN BRUSSEL G.H., VAN SANTEN MO et G. The methadone Bus project in Amsterdam. *British Journal of Addictions*, 1990, n°85, p.1247-1250

29. MINNO A. Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine, Expertise rédigée à la demande de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Genève, Sept. 1990

→ Augmenter sensiblement le nombre de toxicomanes en traitement revient à adopter des objectifs moins ambitieux qui étaient ceux des programmes de maintenance en acceptant des toxicomanes qui ne souhaitent pas nécessairement se désintoxiquer. Toutefois, la perspective s'est infléchie : dans les années 70 aux Etats-Unis, les traitements de substitution visaient à éviter marginalisation et délinquance. La priorité est désormais accordée à la santé des toxicomanes. L'objectif est d'éviter autant que faire se peut les plus grandes marginalisations et permettre aux toxicomanes actuels d'accéder aux soins primaires.

Il existe aujourd'hui des programmes méthadone dans tous les pays européens à l'exception de la Grèce mais seules quelques villes expérimentent des prescriptions larges dont l'objectif est de toucher le plus grand nombre possible de toxicomanes. L'expérience hollandaise est la première qui offre à tous les toxicomanes qui le souhaitent l'accès le plus large à un programme de substitution. Le nombre des toxicomanes en traitement est évalué à un 1/3.

→ Ces programmes ne conviennent donc pas à tous mais cette proportion n'est pas négligeable en terme de prévention du sida. Pour obtenir un tel résultat, les Hollandais ont conçu des programmes dont l'accès est particulièrement aisé : ainsi le Bus méthadone va à la rencontre des toxicomanes et procède à une offre de service sur le terrain. Ces programmes sont dits " à bas seuil " dans la mesure où on n'exige pas des toxicomanes qu'ils renoncent à l'usage de drogues illicites. L'objectif ici est double : éviter les processus de détérioration physique et psychique et entrer en contact avec les plus marginalisés ; ce contact est l'occasion d'une offre de services, services sanitaires et sociaux non spécifiques de la toxicomanie mais aussi services de désintoxication ou programmes dits à " haut seuil ". Aux Pays-Bas, services de soins à " bas seuil " et services de soins à " haut seuil " sont conçus en complémentarité : depuis l'existence du Bus méthadone, le nombre de toxicomanes en traitement dans les programmes qui visent à la désintoxication a doublé²⁸.

En terme de santé publique, les objectifs sont atteints : les toxicomanes sous traitement sont en meilleur état de santé ; la mortalité est sensiblement réduite, soit 0,5% par an, toutes causes de décès confondus. Ces résultats sont obtenus grâce à la collaboration entre services méthadone et protection sanitaire et sociale ; par mesure de comparaison on peut citer les résultats obtenus dans une étude suédoise, soit 2 % de mortalité par an pour les toxicomanes en traitement méthadone contre 7 % pour les toxicomanes sans traitement²¹. D'une façon générale, état de santé et qualité de vie sont améliorés. En outre, cette politique ne semble pas avoir eu des effets incitatifs et le nombre de toxicomanes apparaît stabilisé.

→ En matière de prévention du sida, les objectifs de cette politique sont délimités. Elargir sensiblement la clientèle implique de réduire les exigences: les toxicomanes en traitement peuvent poursuivre leur consommation de drogues illicites. Des évaluations démontrant que les toxicomanes en traitement sont amenés progressivement à renoncer à l'injection, aux drogues illicites et à entrer dans un processus de désintoxication⁴, les Hollandais ont choisi de proposer des services tout au long du processus afin de réduire les différents risques à chaque étape et de favoriser les passages d'une étape à l'autre.

La réduction des risques peut aussi être élargie aux toxicomanes qui ne veulent pas renoncer à l'injection. Cet état de fait est pris en compte dans quelques programmes délivrant des produits sous forme injectable, méthadone, morphine et même héroïne, principalement en Grande-Bretagne. Le Dr A. Mino rend compte dans un rapport pour l'Office Fédéral de la Santé Publique des évaluations de ces traitements qui permettent de comparer la méthadone orale à visée de désintoxication et la prescription d'héroïne injectable en maintenance avec les résultats suivants : la prescription de méthadone orale qui vise à la désintoxication aboutit à un taux plus élevé d'abstinence que la prescription d'héroïne en maintenance mais le taux de drop-out est plus élevé et les rechutes sont plus sévères, ne serait-ce que par le sentiment d'échec qu'elles génèrent. Annie Mino en conclut qu'on ne peut démontrer " la supériorité d'une approche thérapeutique sur une autre plus prescriptive. (...) elles ont l'une et l'autre des objectifs et donc des résultats différents"²⁹. Toucher une population large avec des objectifs limités qui reviennent à tolérer l'usage de drogues au moins pour une fraction de la population des toxicomanes et pour un temps, ou privilégier un système ambitieux réservé aux toxicomanes qui peuvent envisager une désintoxication, tels semblent être les termes du débat.

→ La volonté de toucher les toxicomanes les plus lourds et de les maintenir en traitement, l'abandon étant le plus souvent accompagné de rechutes, a renouvelé la réflexion sur l'adéquation de l'offre de soin et la qualité de service. Le constat de départ est le suivant : les résultats s'avèrent extrêmement variables d'un programme à l'autre en termes de taux de rétention et de rechutes, de renoncement à l'injection et aux drogues illicites, d'insertion sociale et enfin de désintoxication. Pour ce qui concerne le renoncement à l'injection, s'il est en moyenne de 71 % au bout de six mois, dans l'évaluation de Bail et Ross, ce pourcentage varie de 90,2% à 42,9% selon les programmes ²⁴. Ces variations ont donné lieu à des recherches très systématiques, dont l'enjeu est le développement des programmes les plus efficaces. Les premières évaluations retiennent principalement des critères quantitatifs : quantités prescrites et durée du traitement, les programmes restrictifs obtenant de moins bons résultats, soit plus d'abandons, plus de rechutes et plus de consommations de drogue illicites et de partage de seringues pendant la durée du traitement ³⁰. Ces résultats sont pris en compte dans les nouveaux programmes méthadone qui s'ouvrent en Allemagne et en Suisse et conduisent progressivement à modifier les programmes existant à Rome ou Barcelone, où les programmes étaient souvent limités en termes de dose et de durée (voir les études présentées à Berlin, 1993) ¹⁸. Les dernières recherches portent sur les modalités de traitement proprement dites (comprehensive data). Les différents types de service offerts aux toxicomanes sont également pris en compte, counseling, psychothérapie, insertion, éducation pour la santé et prévention, entraide. Ces services participent de la réussite du traitement à condition d'être adéquats, c'est-à-dire adaptés aux besoins de chaque toxicomane et négociés avec lui. Dans l'ensemble, les déterminants de la réussite sont liés à la qualité de service, à l'ambiance des programmes et à la relation à l'utilisateur. Les conclusions débouchent sur un nouveau management des services, plus souple, plus flexible, plus proche de l'utilisateur ³¹, chaleureux ou "friendly", pour reprendre l'expression utilisée en Grande-Bretagne ⁶.

30. D'AUNNO et VAUGHN T. Variation in methadone treatment practices, results from a national study. JAMA, 1992, vol. 267, n°2 en français, voir COPPEL A. Méthadone : programmes, traitements et débats. Transcription, 1992, n°6, p.8-10

31. COPPEL A. L'efficacité des programmes méthadone mesurée par les expériences étrangères. Le Journal du sida, février 1993

32. NIDA The collection and interpretation of data from hidden populations, Research monograph series n°98

33. BROADHEAD R., HECKATHORN D., User-driven vs traditional outreach to combat aids among drug injectors : assessing a national program and a new presented à la 8^e Conférence sur le SIDA à Amsterdam, 1992, recherche subventionnée par le NIDA

34. voir par exemple MURPHY S., WALDORF D. Kic-kin' down to the street doc : shooting galleries in San Francisco Bay Area, Contemporary Drug Problem, spring 1991, vol.I, n°18, p.9-29

3. ACTIONS DE TERRAIN ET PARTENARIAT AVEC LES TOXICOMANES

3.1 Les enquêtes et actions de terrain

La première préoccupation en matière de prévention est de toucher les populations-cible. Les toxicomanes sont généralement considérés comme une population particulièrement difficile à contacter. En 1987, le NIDA lance un programme de recherche en direction de ces populations dites "populations cachées" ³². L'objectif de recherche est de mieux connaître les modes de vie et les modes de consommation des drogues ainsi que les comportements des toxicomanes face au risque de contamination. Cette démarche est fondée 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 ce changement n'apparaît pas justifié par les normes et valeurs du groupe. Ces normes et valeurs sont difficilement maîtrisables de l'extérieur : la participation de toxicomanes au processus de recherche permet d'avoir accès au groupe ; en outre, elle participe du processus d'appropriation nécessaire au changement de comportement. La démonstration en a été faite avec les 41 projets de recherche de terrain subventionnés par le NIDA. Avec des relais appartenant à la population, les toxicomanes ont été contactés avec une facilité déconcertante. En outre, les changements de comportements se sont effectués rapidement. À San Francisco par exemple, à l'arrivée des chercheurs en 1986, 3% des 15 000 toxicomanes de la ville désinfectaient leurs seringues à l'eau de javel ; après six mois de distribution d'eau de javel, la proportion est montée à 55,4% des personnes interviewées en 1987. Si la gestion de tels projets n'est pas aisée et exige une bonne maîtrise de la culture d'appartenance, les résultats sont probants en ce qui concerne le partage des seringues ³³, l'adoption du préservatif se heurtant à des résistances plus difficiles à surmonter ³⁴.

↳ Dans chacun des sites, les actions de prévention ont développé des stratégies spécifiques liées aux particularités du site mais aussi aux partenaires de l'action. À New Jersey, des travailleurs de rue ont travaillé en collaboration avec d'ex-toxicomanes, patients des programmes de soin. À New York, quatre programmes différents ont été impulsés par des travailleurs de rue, d'ex-toxicomanes, patients de services de soins mais aussi par des chercheurs associés à des toxicomanes actifs¹. En effet, patients des centres de soins et toxicomanes actifs n'entrent pas en contact avec les mêmes réseaux ; pour toucher les populations les plus à risque, la participation de membres actifs de ces groupes s'avère nécessaire.

En France, quelques recherches qualitatives ont été à l'origine ou ont accompagné des actions de prévention menées sur le terrain, telle une action "eau de javel" menée à Pigalle et Montmartre, une action éducative de proximité en Seine-Saint-Denis, des actions de mobilisation communautaire menées à la Goutte d'Or ou à Créteil³⁵.

3.2. les associations d'entraide

Peut-on envisager le développement d'organisations d'entraide de toxicomanes sur le modèle des organisations homosexuelles ? Les comportements se modifiant en réseau, leur mobilisation a été déterminante dans le changement de comportement de la communauté homosexuelle. Les toxicomanes ayant prouvé leur capacité de changement, on peut penser que le support d'organisation peut utilement contribuer au processus d'appropriation collectif des nouvelles normes de comportement³⁶. Les obstacles à l'organisation restent nombreux. Au contraire des homosexuels, les toxicomanes ne disposaient pas d'organisations et de réseaux communautaires antérieurement à l'épidémie de sida et n'ont dans ce domaine aucune expérience ; stigmatisés, appartenant souvent à des groupes minoritaires et marginalisés, ils peuvent difficilement mobiliser des ressources financières. Autre difficulté, ils ne forment nullement une communauté homogène ; leur mode de vie centré autour de la recherche et de la prise de produit laisse peu de place à toute autre activité. L'interdit qui frappe si ce n'est l'usage ou moins l'obtention du produit rend difficile, voir illégale toute forme d'organisation. Aussi les initiatives sont-elles peu nombreuses. La seule organisation connue antérieurement au sida est celle du Junkiebond à Amsterdam, organisation qui a exigé le soutien de la municipalité. Ces deux dernières années ont vu toutefois la création d'organisations d'auto-support d'usagers de drogues, regroupées au niveau européen dans un réseau, *European interest Groupe of Drug Users*³⁷.

↳ En France, un groupe d'auto-support s'est formé et publie un journal, ASUD. Outre l'invention et la diffusion de nouveaux comportements qui permettent de faire face au risque sida, ces associations se proposent d'aider les usagers de drogues à obtenir des réponses mieux adaptées en matière de traitement et à les protéger contre la discrimination.

Les premières actions de terrain ont du reste fait émerger des besoins tant sanitaires que sociaux des toxicomanes et en particulier une demande de soins, traitements de substitution et désintoxication. À New Jersey, les travailleurs de rue ont été amenés à organiser des prises en charge gratuites, et cela alors que les fonds destinés aux soins venaient d'être réduits. A New York, des services ont été ajoutés aux actions de prévention : services médicaux, information sur le sida, aide au développement de groupes d'auto-support et d'aide sociale¹.

En Europe également, les actions de terrain font émerger des besoins mal couverts, même si la protection sociale et sanitaire est meilleure. Quelques villes européennes s'efforcent d'y faire face, et développent des services dits à " bas seuil " dans la mesure où, comme les programmes de substitution, ils n'exigent pas une désintoxication préalable tels que des hébergements d'urgence, des accueils de jour, ou encore des lieux où l'injection est autorisée, offrant prévention et parfois services de soins. Des lieux d'accueil, tels que celui qu'offre, à Pigalle, l'association Siloé à toute personne en errance, doivent permettre d'entrer en contact avec les populations les plus marginalisées qui sont aussi les plus exposées au risque³⁸. Ce type de service, où les personnes accueillies sans exclusive, qu'elles soient ou non à même d'envisager un changement de mode de vie, est aujourd'hui expérimenté à Marseille et à Paris.

Avec l'évolution de la maladie, l'accès aux soins devient une priorité, qui participe des stratégies de prévention, ne serait-ce que parce que la responsabilisation des personnes contaminées est liée à leur insertion.

35. IREP. A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogue par voie intraveineuse. Etude financée par l'AFLS. BOUL-LENGER N. et al. Prévention du sida auprès des toxicomanes hors institution : une approche ethnographique en réseau/unité centre du SDLC 93, Arcades avec le soutien de l'AFS, décembre 1991. POGGI D. Evaluation d'une action de prévention communautaire de prévention du sida/le collectif Pare-Créteil, Drogues et société avec le soutien de l'AFLS, juin 1991

36. FRIEDMAN S. DESJAR-LAIS D.C., SOTHERAN J., GARBER J., COHEN H., SMITH D., "AIDS ans self-organisation among intra-venous drug users", *The Intern. Journal, of the Addictions*. 1978, vol. 22 , n°3, p. 201-219

37. TOUFIK A., Une grande première : la place reconnue de l'auto-support des usagers de drogues, 1992, non publié voir aussi TOUFIK A. Contribution of self-elp by drug users in the prevention of VIH infection in the countries of the european community. WSD-12-13, IX^e conférence internationale sur le sida, Berlin 1993

38. Centre de prévention Victor Mass. Errance et sida. Association SILOE, AFLS, mai 1993

4. LA RÉDUCTION DES RISQUES : UNE NOUVELLE PHILOSOPHIE DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES TOXICOMANES

Aujourd'hui, en Grande-Bretagne, un centre de soins pour toxicomanes ou clinic peut aussi bien proposer une cure de désintoxication, un traitement de substitution - sous forme orale mais aussi sous forme injectable - et un échange de seringue. Ces services correspondent à différents niveaux d'exigence et sont proposés à des populations différentes, ou encore à différents moments dans la trajectoire d'un même toxicomane. Ils ne sont donc pas considérés comme contradictoires mais comme complémentaires dans le cadre d'une conception globale de l'intervention auprès des toxicomanes. Dans les politiques de réduction des risques, soins aux toxicomanes et prévention du sida relèvent d'une même logique. Réduire les risques liés au sida, c'est aussi réduire les risques liés à l'usage de drogues.

→ L'exclusion, la criminalisation, la précarité doivent être considérées comme des obstacles à l'adoption de comportements conformes aux exigences de santé ; ce sont aussi des obstacles à la désintoxication. Dans cette perspective, le soin aux toxicomanes ne se limite pas au moment de la désintoxication. Il est conçu comme un accompagnement à long terme.

L'étude de l'histoire naturelle de la prise de produits opiacés peut justifier ce choix : le processus qui conduit à la désintoxication est long et complexe, accompagné de prises de drogue ou rechutes plus ou moins sévères. Le cumul des handicaps, incarcérations, exclusion sociale et professionnelle, mauvais état de santé physique et psychique, ne fait que redoubler les difficultés jusqu'à les rendre parfois insurmontables. Accompagner le toxicomane, c'est savoir se contenter de petits pas ou d'objectifs intermédiaires, c'est-à-dire des objectifs réalisables à un moment du parcours du toxicomane : accès à des soins primaires, renoncement au partage des seringues, renoncement à l'injection, stabilisation sociale et affective qui peuvent permettre d'envisager de façon réaliste une désintoxication³.

Quatre conférences internationales ont été tenues à ce jour sur les politiques de réduction de risques à Liverpool, Barcelone, Melbourne et Rotterdam^{2, 3}, politiques qui commencent à être adoptées dans différents pays occidentaux. Les Pays-Bas étaient sans doute le seul pays à avoir adopté cette philosophie de l'intervention auprès des toxicomanes avant l'épidémie de sida. La Grande-Bretagne qui l'a adoptée en 1988 pour faire face à l'épidémie de sida, a été amenée à modifier profondément sa politique de soins. Considérer le toxicomane comme un être responsable, capable de gérer sa santé, c'est aussi modifier la

conception des services de soin et de la relation à l'usager. Stimson décrit les nouvelles tâches de l'intervenant en toxicomanie en ces termes : il doit connaître les usages de drogues et les polytoxicomanies, les différentes techniques de soins aux toxicomanes, être compétent en médecine (sida) et être à même d'intervenir sur le terrain dans le cadre d'actions communautaires^{39, 3}. La politique de réduction des risques a également été adoptée en Suisse avec des modalités différentes selon les cantons (évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse). Différentes mesures de réduction des risques sont adoptées dans la plupart des capitales européennes, Vienne, Francfort, Hambourg, Barcelone, Bruxelles, mesures recommandées par l'OMS. La politique de réduction des risques a été adoptée pour faire face à l'urgence du sida. Reste à évaluer son efficacité. Les changements de comportement des toxicomanes sont aujourd'hui bien attestés. Échanges de seringues, programmes de substitution, préventions sur le terrain ont fait la preuve de leur efficacité pour leur clientèle.

→ Aucun de ces outils ne peut prétendre à lui seul contrôler l'épidémie de sida, tout d'abord parce que la population des toxicomanes est une population hétérogène de par ses modes de consommation et de par son positionnement au monde de la drogue. Ainsi les actions de prévention sur le terrain, si elles sont bien menées, parviennent à toucher les toxicomanes les plus ancrés dans leur toxicomanie, mais les toxicomanes les plus jeunes ne s'identifient pas nécessairement comme toxicomanes et se sont avérés difficiles à contacter dans ce type de projet^{1, 9}. Les échanges de seringues en Grande-Bretagne sont confrontés à la même difficulté : ni les jeunes ni les femmes ne s'adressent volontiers aux services d'échange de seringues¹². Quant aux programmes méthadone, si le taux de contamination des toxicomanes en traitement est plus faible que celui des toxicomanes hors traitement pour ceux qui étaient pris en charge au moment de la diffusion du virus, le nombre des toxicomanes en traitement est trop réduit pour jouer un rôle mesurable sur l'épidémie. En Italie comme en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis, il représente au plus 10% du nombre global des toxicomanes. Même lorsque le nombre de places n'est pas limité, les programmes de substitution ne peuvent prétendre à toucher tous les toxicomanes. L'extension des programmes ne peut se faire qu'à condition de limiter les exigences et d'accepter des toxicomanes qui ne renoncent pas à l'usage de drogues illicites ou à l'injection. Les programmes dit à "bas seuil" ou "bas niveau d'exigence" aux Pays-Bas ne prétendent nullement éliminer le recours à l'injection, ils se contentent d'en offrir la possibilité. L'efficacité de cette offre est liée à l'ensemble des services offerts^{2, 27}.

39. STIMSON G., LART R., "VIH, Drugs and Public health in England : New Words, Old Tunes", The International Journal of the Addiction, 1991, vol.26, n°12, p.263-1277

Cette conclusion est celle de nombreuses études : aucun outil technique, ni la méthadone ni la vente libre des seringues, n'est à lui seul suffisant; leur efficacité tient à leur complémentarité ⁴⁰.

→ Les résultats obtenus au cours de ces dernières années dans les villes et régions qui ont expérimenté les différentes actions de réduction des risques ont déplacé le débat du technique vers le politique. L'efficacité des mesures n'est plus contestée. À Glasgow (Ecosse) comme à Sydney (Australie), **Lund** (Suède) ou **Tacoma** (USA), où les prévalences sont basses, comme à New York et Bangkok confrontés à de hautes prévalences (plus de 20%), les toxicomanes ont changé de comportement et ce changement a une incidence directe sur l'épidémie. Don Des Jarlais, qui a mené ces études comparatives, en conclut que le contrôle de l'épidémie de sida auprès des toxicomanes **s'avère** plus simple qu'on ne pouvait le craindre ⁴¹. Les obstacles sont **d'ordre** politique : ces nouvelles stratégies modifient profondément notre conception de **l'intervention** auprès des toxicomanes.

À la question de **l'efficacité**, il faut donc ajouter celle de la faisabilité : les changements de politiques de drogues **sont-ils** possibles ? et dans quelle temporalité ⁹ ? Au regard des représentations du problème de la drogue et des dispositifs **d'intervention**, les changements de politique ont été rapides; ils sont clairement insuffisants au regard des exigences de la prévention du sida.

40. VAN AMEIJDEN EJC et al. A major decline in risk behavior over six year among IDUS, WS-C21-12. IX^e conférence internationale sur le sida, Berlin 1993

41. DES JARLAIS D.C. et al. Cross-cultural similarities and risk perception among injecting drug users. New York, WS-D09-3, IXe conférence internationale sur le sida, Berlin 1993

en résumé :

En matière de toxicomanie, la politique de hiérarchisation des risques, plaçant la prévention du sida comme objectif prioritaire, paraît aujourd'hui incontournable même si l'objectif de désintoxication doit être poursuivi avec un élargissement de l'offre de soins. Plusieurs études indiquent que les toxicomanes modifient leurs comportements face à l'épidémie, qu'il s'agisse de l'usage de drogues ou de sexualité, principalement grâce aux groupes de pairs. Les stratégies collectives peuvent être regroupées en deux catégories : les actions portant sur les déterminants ou les conditions dans lesquelles la drogue est utilisée (accès au matériel d'injection, prescription de produits de substitution) ; les actions collectives menées au sein des groupes de toxicomanes par des membres de ces groupes (système de relais et d'entraide sur le modèle des organisations homosexuelles). Pour ces deux catégories un certain nombre d'expériences, en France et à l'étranger, sont présentées. L'efficacité de la politique de réduction des risques reste à évaluer. Même si la plupart des expériences ont prouvé leur utilité dans le cadre de la prévention du sida, aucune d'entre elles ne peut prétendre à elle seule contrôler l'épidémie. De nombreux obstacles demeurent pour développer cette nouvelle conception de l'intervention auprès des toxicomanes.