

Réduction des Risques UDVI : nouvelles perspectives

Dossier de synthèse documentaire et bibliographique

septembre 2011

SOMMAIRE

Un succès incontestable... mais incomplet	4
Nouveaux profils, nouveaux besoins.....	5
Les salles de consommation à moindre risque	10
La réduction des risques en prison	11
RdR UD : entre perspectives d'évolution et statu quo	14
Bibliographie.....	16

L'usage de drogue par voie intraveineuse (UDVI) a été historiquement un mode de contamination majeur pour l'infection par le VIH en France et en particulier dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur où 41,5% des cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie sont liés à une contamination de ce type.

L'apparition du sida et sa propagation fulgurante parmi les usagers de drogue au début des années 1980 ont révolutionné le dispositif de lutte contre la drogue. La prise en charge des usagers, considérés alors comme des délinquants, était fondée sur le principe de l'abstinence. La loi de 1970 permettait de les considérer comme des malades s'ils acceptaient un suivi pour leur toxicomanie à la place d'une sanction pénale. La propagation de l'épidémie de sida leur a donné de fait un statut de malade qu'il fallait prendre en charge pour leur infection à VIH indépendamment de leur toxicomanie. La politique de réduction des risques (RdR), qui s'est mise en place au début des années 90, avait pour objectif de limiter au maximum la transmission du VIH au sein de cette population, même si on ne savait pas résoudre leur problème de consommation de drogues. Par la suite, la RdR visera plus largement à réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation de produits en favorisant l'accès aux soins, aux droits et à l'accompagnement, dans une approche globale de la santé des personnes.

En France, son officialisation en tant que politique publique sera difficile, car en contradiction avec les principes fondamentaux de la lutte contre les drogues, basée sur la répression. C'est d'abord sous l'impulsion de quelques acteurs, médecins, militants associatifs de la lutte contre le sida ou de l'humanitaire, puis par les UDVI eux-mêmes que la RdR sera développée par la mise à disposition de matériel d'injection stérile et de traitements de substitution. Cette politique de santé publique a également été largement soutenue par certains élus et collectivités territoriales, en particulier dans les zones les plus concernées comme sur la ville de Marseille.

C'est par le décret Barzach du 13 mai 1987 que l'on verra apparaître les premières mesures officielles de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues, avec l'autorisation de la vente libre de seringues en pharmacie. En 1995, un autre décret autorise la distribution gratuite d'aiguilles, de seringues et de kits de prévention (stéribox®) dans le cadre de programmes d'échanges de seringues. Le développement des lieux d'accueil bas seuil (boutiques) à la fin des années 1990 complète le dispositif. Dès lors, les programmes de réduction des risques vont s'axer sur une large accessibilité au matériel d'injection stérile et à usage unique et sur l'objectif de diminution des pratiques d'injection avec l'autorisation dès 1995 des traitements de substitution, méthadone et buprénorphine haut dosage (ou Subutex®).

La RdR a obtenu une reconnaissance officielle dans la loi de santé publique du 9 août 2004 avec la création des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD). Ce cadre législatif introduit un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soin, et protège les actions et les acteurs de la RdR en énumérant les différents actes dont l'efficacité préventive est avérée et les conditions dans lesquelles leur promotion peut être réalisée.

Un rôle essentiel dans la lutte contre le sida

Depuis plusieurs années, le nombre de nouvelles contaminations VIH parmi les UDVI a diminué de façon drastique en France. En région PACA, ce mode de contamination historiquement majoritaire ne représente plus que 1% des découvertes de séropositivité en 2009. Cette victoire est le résultat direct des politiques de RdR.

Au-delà du VIH, ces mesures ont globalement favorisé l'accès aux soins d'une population extrêmement marginalisée, qui a pu ainsi bénéficier d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur suivi et être reconnue dans sa dimension de patient. Grâce aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), les overdoses mortelles ont connu une diminution de 75% entre 1994 et 1997. La mise en œuvre des TSO a également eu un impact important sur le recours à l'injection, divisant par six le nombre d'injecteurs entre 1995 et 2003. Les données issues des CAARUD confirment la diminution de cette pratique : dans l'enquête Ena-CAARUD, qui est destinée à fournir des éléments de description précis des personnes accueillies, 64% des usagers interrogés déclarent avoir pratiqué au moins une fois l'injection, mais les personnes y ayant eu recours récemment sont moins nombreuses qu'auparavant : 44% en 2008 contre 73% en 2006. Chez les usagers de drogue de moins de 30 ans qui ont débuté leur consommation après la mise en place de la RdR, les résultats de l'enquête Coquelicot InVS/ ANRS 2004-2007 confirment que la prévalence au VIH est quasi nulle (0,3%).

En 2008, près de 3,8 millions de seringues ont été délivrées aux UDVI fréquentant les CAARUD et/ou utilisant les automates ; soit une augmentation de 15% par rapport à l'année précédente. La mise à disposition de matériel de prévention reste un axe fort de la RdR, faisant des CAARUD des acteurs essentiels de cette politique.

Enfin, la mise en œuvre de la RdR a également eu un impact sur le plan social en révélant à l'opinion publique et à la communauté médicale la capacité des usagers de drogue à se protéger du VIH et à agir favorablement sur leur santé. La reconnaissance légale de cette politique a aussi facilité le travail de terrain des associations, en favorisant l'accès à ce public, notamment par le biais des lieux d'accueil bas seuil. La mobilisation d'usagers de drogue au sein de structures communautaires ou d'auto-support s'en est trouvée encouragée, faisant de ces populations des acteurs à part entière de la réduction des risques.

Un contexte social et sanitaire toujours préoccupant

Si la politique de réduction des risques a permis cette diminution importante de la transmission du VIH, le taux d'incidence reste quant à lui à un niveau élevé puisque rapporté au nombre actuel estimé d'UDVI en France (81 000 personnes), il est de 86 contaminations pour 100 000 en 2008, soit près de 20 fois plus élevé que chez les hétérosexuels non usagers de drogue. Dans cette population restreinte que sont les UDVI et avec une prévalence du VIH estimée à 8%, le risque de transmission lié à l'usage de drogues reste important.

Surtout, la situation épidémiologique vis-à-vis du VHC reste très préoccupante chez les usagers de drogue avec des taux de prévalence très élevés (près de 60% versus moins

de 1% en population générale) et une transmission encore incontrôlée. Ainsi, la part des usagers dans l'épidémie de VHC est de 80%. Plus de 90% des UD séropositifs au VIH présentent des marqueurs d'une infection au VHC. L'enquête Coquelicot révèle que plus d'un quart des usagers de moins de trente ans sont déjà infectés par le VHC, ce qui laisse supposer des contaminations dès l'initiation et des pratiques à risques persistantes pour le VHC. Enfin, si 68,5% des usagers des CAARUD séropositifs au VIH bénéficient d'un traitement, ce n'est le cas que pour 22,5% des personnes séropositives au VHC.

En 2011, un avis du Conseil National du Sida pose les limites du dispositif actuel de réduction des risques en rappelant qu'il n'a pas permis d'améliorer significativement la situation sanitaire des usagers de drogues.

L'analyse nationale de l'activité 2008 des CAARUD (Asa-CAARUD) fournie par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) fait état d'une aggravation de l'état de santé global et d'une augmentation de la précarité de la file active estimée à 56 000 personnes. On observe ainsi une multiplication des problèmes veineux, une recrudescence des pathologies liées à la précarité et de nombreux troubles psychiatriques. 38% des personnes ont fait l'objet d'au moins une hospitalisation au cours de l'année passée.

Les CAARUD notent aussi une forte accentuation de la marginalité : dégradation des conditions d'accès à l'hébergement, cumul des problématiques chez les personnes en situation irrégulière, augmentation des cas de condamnations ou de mesures judiciaires. Ces données sont confirmées par les premiers résultats de la dernière enquête Ena-CAARUD réalisée fin 2008. Les indicateurs socio-économiques relatifs aux usagers des CAARUD sont explicites : les personnes accueillies restent avant tout des individus en grande exclusion sociale. 60% d'entre eux sont sans domicile ou vivent en squat, les autres en logement provisoire. La moitié est bénéficiaire de prestations sociales (RMI ou AAH) et un quart n'a aucun revenu licite.

Si le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et de découvertes de séropositivité parmi les UDVI a diminué de façon drastique, ce constat positif doit donc toutefois être nuancé. Il persiste une frange de population en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire importante pour laquelle l'offre de réduction des risques apparaît insuffisante. La persistance de comportements à haut risque infectieux et l'évolution des modes de consommation plaident en faveur d'une offre élargie et diversifiée de prévention et de soin des addictions adaptée aux nouveaux enjeux.

Nouveaux profils, nouveaux besoins

Jeunes marginaux, migrants et usagers en grande précarité

Depuis 2002, les dispositifs de réduction des risques ont vu de nouveaux groupes de populations précaires recourir à leurs services : « jeunes errants » dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou migrants totalement démunis, notamment en provenance d'Europe de l'Est. Les données 2008 des CAARUD confirment ces tendances : rajeunissement de la file active avec des usagers de 16-25 ans poly-consommateurs, forte féminisation parmi les plus jeunes, hausse de la population de nouveaux injecteurs d'héroïne (jeunes pour la plupart), fréquentation toujours marquée

des personnes issues des pays de l'Est (Pologne, Hongrie, République Tchèque, Géorgie, Lituanie, Russie...).

Ces nouveaux usagers précaires cumulent d'autant plus de risques sanitaires qu'ils méconnaissent les pratiques de réduction des risques et qu'ils recourent fréquemment à la prostitution. En 2008, le dispositif d'observation sentinelle des tendances récentes et des nouvelles drogues (TREND) signale, parmi les groupes les plus précaires, le recours à des injections pratiquées collectivement en urgence, pour ne pas être porteur du produit et coupable d'une infraction, dans des conditions sanitaires déplorables où les contaminations paraissent inévitables. Parmi les personnes fréquentant les CAARUD, c'est chez les moins de 30 ans que l'injection récente est la plus fréquente et 20% des injecteurs récents reconnaissent avoir partagé un ou plusieurs éléments du matériel. L'enquête Ena-CAARUD 2008 rapporte que les usagers de moins de 25 ans partagent deux à trois fois plus leur matériel que les plus âgés.

Selon les chiffres fournis par l'OFDT, en France, l'âge moyen de la première injection est de 20,2 ans (tous âges confondus), et de 17,7 ans pour les usagers de moins de 25 ans. Or, les premières injections sont souvent imprévues et pratiquées par un tiers initiateur plus âgé sur des jeunes peu au fait des risques infectieux encourus et des techniques de réduction des risques liés à l'injection. Cette première étape dans le parcours des usagers de drogues est aujourd'hui clairement identifiée comme étant à haut risque de contamination.

Femmes usagères de drogues

Les données issues de l'analyse de l'activité 2008 des CAARUD font état d'une femme pour huit hommes au sein de la file active. En moyenne beaucoup plus jeunes que les hommes (31,8% d'entre elles ont moins de 25 ans, contre 14,4% des hommes), elles sont aussi moins sensibilisées aux pratiques à moindre risque.

Publié en juin 2009, le rapport TREND Marseille 2007 propose une synthèse d'une investigation spécifique sur les « femmes et l'usage de drogues dans l'espace urbain de Marseille ». D'après ces données, les femmes représentent 20 à 30% de la file active des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). L'enquête rapporte également des passages à l'injection chez de très jeunes femmes (17-24 ans), parfois bien insérées socialement et ayant de ce fait peu ou pas du tout recours aux structures de première ligne.

On sait par ailleurs que les femmes usagères de drogues ont plus souvent un partenaire sexuel lui-même usager. Les femmes sont souvent initiées par les hommes aux pratiques d'injection dans le cadre des relations amoureuses, en particulier à l'adolescence. Plusieurs enquêtes (Baltimore, Vancouver, 1998) ont montré un taux d'incidence doublé pour les femmes injectrices ayant un partenaire sexuel injecteur ou ayant sollicité l'aide d'autrui pour l'injection. Davantage stigmatisées que les hommes au titre de leur consommation, plus souvent victimes de violences physiques ou verbales encore renforcées par la précarité et l'isolement, s'adressant moins facilement aux structures de soins ou de RdR par peur d'être visibilisées, et ayant davantage recours à la prostitution, les femmes usagères de drogues constituent un public particulièrement vulnérable et encore insuffisamment pris en compte.

Les auteurs de Coquelicot 2004-2007 soulignent clairement l'existence de ce lien entre usage de drogues et sexualité qui inscrit ces femmes dans un cumul des prises de risques les exposant doublement. La prévalence des pratiques à risque liées à l'injection et à la sexualité, ainsi que la question de la vulnérabilité accrue des femmes UD feront l'objet d'un focus particulier dans la deuxième enquête Coquelicot 2010-2011 qui est en cours.

Nouvelles pratiques de consommation

Au cours des dernières années, de nouvelles sources de contaminations infectieuses par le VHC sont apparues, notamment l'inhalation de crack et l'injection de buprénorphine. Une nouvelle population de jeunes usagers de psychostimulants (cocaïne, « free base » ou crack, amphétamines) émerge en milieu festif ainsi que dans les quartiers populaires et les banlieues. L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée (free base) concerne presque un usager des CAARUD sur deux (45,7%).

Un retour à l'héroïne est aussi constaté depuis quelques années, révélé par le nombre croissant de surdoses qui lui sont imputées : 45% en 2007, contre 36% en 2006 et 29% en 2004.

Les observateurs du dispositif TREND rapportent depuis plusieurs années la recrudescence d'une polyconsommation intensive et quotidienne : développement dans l'espace festif techno alternatif du mode d'administration par voie fumée du free base, retour de l'héroïne dans les espaces urbains, réaugmentation de l'injection, renforcement du mésusage de la buprénorphine haut dosage (BHD).

Dans Asa-CAARUD 2010, la BHD est en effet citée par 21,6% des usagers interrogés, ce qui en fait l'opiacé le plus consommé. La pratique de l'autosubstitution (usage de « type thérapeutique » mais en-dehors de tout protocole médical, en remplacement d'une consommation antérieure d'héroïne) est surtout le fait de personnes très précarisées ou en errance, de jeunes et adolescents ou encore de migrants qui ne veulent pas être en contact avec le système de soins. Ce type d'usage s'accompagne plus souvent de pratiques à risques que pour les patients qui sont sous protocole de traitement.

Pour autant, les patients sous TSO seraient 15% à avoir une utilisation détournée de BHD par injection, ce qui est un indicateur de dépendance sévère et constitue une pratique à haut risque de transmission du VHC. Afin de réduire l'attractivité de la buprénorphine et de prévenir son mésusage intraveineux, un nouveau médicament avait suscité des espoirs : Suboxone®, association de buprénorphine et de naloxone, en comprimé sublingual. Cependant, bien qu'ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché européenne en 2006, ce produit n'est toujours pas commercialisé en France du fait de son efficacité incertaine sur la prévention des injections et de l'absence d'étude comparative. La Haute Autorité de Santé a en effet émis en avril 2008 un avis plus que réservé sur l'impact positif de Suboxone®.

L'idée, soulevée en 2006 par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) puis finalement écartée par le Ministère de la Santé, de classer la buprénorphine dans la liste des stupéfiants pour lutter contre le mésusage et le trafic, a été reprise dans un rapport de 2009 présenté par un groupe de députés à l'Assemblée Nationale. Cette proposition de changement de classification a rencontré à chaque fois l'opposition de la majorité des acteurs de la RdR et de la prise en charge des addictions, et l'OMS et le CNS se sont depuis prononcés contre. Plus qu'un mésusage, c'est un

constat d'échec thérapeutique qui est fait chez ces personnes et qui doit appeler à la recherche d'alternatives médicales. L'OMS s'est prononcée en faveur de l'introduction de l'héroïne médicalisée comme option thérapeutique d'une dépendance sévère.

Tous les indicateurs font également état d'une persistance, voire d'une aggravation, des pratiques à haut risque infectieux. Selon les résultats de l'enquête Coquelicot 2004-2007 ces pratiques sont encore très répandues, aussi bien pour l'injection que pour le sniff ou l'inhalation. 42% des usagers de drogues ne connaissent pas en totalité les risques de transmission de l'hépatite C, surtout ceux liés au petit matériel. Concernant l'injection, 13% partagent la seringue, 38% le petit matériel (coton, cuillère, eau) et 74% réutilisent la même seringue. De même, 81% des usagers partagent la pipe à crack et 25% la paille à sniff.

L'enquête Coquelicot 2010-2011 permettra de fournir des données épidémiologiques et des éléments de compréhension sur la prévalence des risques de contamination liés à l'injection, au sniff et à la voie fumée pour le crack, à la fois chez les UD fréquentant les dispositifs de RdR et chez les UD dits « cachés » (milieu festif, personnes socialement insérées ou au contraire en très grande précarité).

L'expertise collective de l'INSERM

Réalisée à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), l'expertise collective de l'INSERM « Réduction des risques chez les usagers de drogue » a été publiée en juillet 2010. L'objectif de ces travaux était de faire un bilan des connaissances scientifiques sur les dispositifs et programmes existants au plan international, le contexte de leur mise en œuvre, l'évaluation de leur impact et les projets en expérimentation. L'expertise avait pour mission de contribuer à la définition de critères d'orientation pour améliorer les outils de réduction des risques, les modes d'intervention et les pratiques des intervenants.

L'expertise reconnaît que les dispositifs actuels de réduction des risques, programmes d'échanges de seringues (PES) et traitements de substitution (TSO), ont démontré leur coût-efficacité sur le risque infectieux VIH mais elle note que la réponse est plus mitigée pour le VHC du fait de sa plus grande transmissibilité. Elle pointe les limites de la stratégie actuelle et recommande l'élargissement de l'offre de prévention et de prise en charge d'un public dont les profils et les pratiques se sont diversifiés.

- Les experts soulignent notamment la nécessité de mettre en place des interventions destinées à **prévenir le passage à l'injection**. On observe en effet un rajeunissement de l'âge à la première injection alors même que le contexte et les modalités de cette initiation influencent nettement les pratiques futures des personnes.

Le plan national de lutte contre les hépatites B et C pour la période 2009-2012 précise lui aussi que « *la prévention portant spécifiquement sur le passage à l'injection chez les utilisateurs de drogues est un enjeu majeur* ». Il préconise la réalisation d'une revue de la littérature française et étrangère ainsi qu'un audit des programmes existants pour servir de base à des recommandations. L'objectif quantifié est de réduire de 30% la fréquence des pratiques à risques lors des injections, en référence aux résultats de l'enquête Coquelicot 2004-2007.

Fin 2010, une enquête par Internet intitulée PrimInject a été menée par l'INPES en partenariat avec des associations de RdR ou d'auto-support auprès des publics concernés

par l'injection. Cette enquête, dont les résultats sont attendus courant 2011, porte sur les contextes et circonstances des premières injections et vise à aider à développer des outils de RdR adaptés aux besoins des personnes concernées. En Europe, au Canada, en Australie, mais aussi dans certains pays de l'Est ou de l'Asie, des programmes innovants ou expérimentaux tels que *Break the Cycle* (BTC), initié par le Royaume-Uni, commencent également à voir le jour concernant la prévention du passage à l'injection, la sensibilisation auprès des usagers potentiellement initiateurs, l'accompagnement à l'injection ou à la transition vers d'autres modes de consommation moins à risque. En France, un projet d'Education sur les Risques Liés à l'Injection (ERLI) proposé par Médecins du Monde, en partenariat avec AIDES et l'INSERM Marseille, avec le soutien de l'ANRS, va se déployer dans une douzaine de CAARUD courant 2011.

- L'expertise s'intéresse également fortement à la question des **femmes usagères de drogues** et préconise la mise en place d'une politique de RdR propre à cette population, tenant compte des risques spécifiques qu'elle rencontre. Il est proposé le développement de programmes de prise en charge globale médico-sociale reposant sur une offre de services adaptée.

- Les recommandations portent également sur la nécessité d'avoir une politique de réduction des risques adaptée à l'évolution des **nouvelles modalités de consommations** en proposant l'expérimentation et la diffusion de nouveaux outils, type kits d'inhalation pour le crack ou filtres à usage unique pour les injecteurs de BHD.

- Sur la question des traitements de substitution, les experts plaident en faveur d'un élargissement de la palette des options thérapeutiques, notamment en permettant la primo-prescription de méthadone en médecine de ville et, pour les usagers présentant une dépendance sévère, la possibilité de faire appel à l'**héroïne médicalisée** par injection dont l'efficacité en cas d'échec thérapeutique sous TSO classique a été démontrée par plusieurs études randomisées. Ainsi, une étude multisites menée au Royaume-Uni par des chercheurs du King's College et du Centre national des addictions, et dont les résultats ont été publiés dans *The Lancet* en mai 2010, démontre que le traitement de sevrage par injection d'héroïne, sous supervision médicale, est plus efficace dans le sevrage des héroïnomanes chroniques que l'injection de méthadone ou sa prise par voie orale. Plusieurs pays d'Europe et le Canada utilisent déjà l'héroïne médicalisée dans le traitement de la dépendance aux opiacés, avec une plus-value constatée tant sur le plan sanitaire (usage de benzodiazépines, santé globale) que sur le plan social (consommation de rue, réinsertion, coût-efficacité).

- L'expertise collective INSERM s'intéresse également à l'état de santé global des usagers de drogues. L'efficacité reconnue des **centres d'injection supervisés** (CIS), expérimentés dans plusieurs pays, sur la réduction des dommages liés à l'injection (abcès, overdoses) et des nuisances publiques, ainsi que sur l'accès aux soins, amène les experts à recommander la création de programmes ou dispositifs cohérents qui prennent en compte ces différentes approches. Le groupe se prononce en faveur d'une expérimentation en France des CIS, envisagés comme un outil complémentaire de RdR susceptible de répondre aux besoins spécifiques d'usagers à très haut risque.

L'expertise conclut sur le fait que la politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils. Selon elle, c'est bien dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé qu'elle doit être intégrée.

En mars 2004, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) publie un rapport sur les salles de consommation de drogues basé sur la revue de la littérature existante. On compte alors en Europe 62 salles de consommation à moindre risque (SCMR selon le terme retenu par l'OEDT) réparties dans 36 villes de quatre pays : la Suisse (dès 1986), les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Espagne. Rejoints par la Norvège, le Luxembourg, le Canada et l'Australie, ces 8 pays comptabilisaient en 2010 près de 80 salles de consommation implantées dans plus de 40 grandes villes.

Dans tous ces pays, le public cible est le même : les injecteurs de rue, qui se caractérisent par une extrême vulnérabilité (exclusion sociale, santé précaire, sans domicile fixe, sans accès aux soins) et qui consomment des produits dans des conditions déplorables. Ces structures d'accueil bas seuil permettent aux usagers de consommer des produits dans des conditions meilleures d'hygiène et de sécurité.

Selon la littérature européenne et internationale, les salles de consommation de drogues à moindre risque permettent :

- de réduire les problèmes de santé pouvant découler de la consommation de drogues,
- de réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics,
- d'améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques pour les consommateurs de drogues les plus marginalisés,
- de promouvoir l'éducation aux risques liés à l'usage de drogues,
- de réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues.

En France, ce type de structure n'a jamais été expérimenté, à l'exception de la courte tentative, sans statut légal, menée à Montpellier en 1994. Pour de nombreux acteurs, il faut désormais que les pouvoirs publics dépassent leurs réticences et leurs préjugés pour accepter d'expérimenter des réponses pragmatiques qui ont fait leurs preuves comme les salles de consommation à moindre risque. C'est pourquoi le 19 mai 2009, à l'occasion de la journée mondiale des Hépatites, les associations Asud, Act Up Paris, Anitea, Gaïa, Safe et SOS Hépatites Paris, ont installé une salle de consommation éphémère dans les locaux d'Asud. Cette initiative collective a permis de relancer le débat en France, en interpellant les pouvoirs publics.

D'avril à septembre 2010, l'association Elus, santé publique et territoires a organisé un séminaire sur les salles de consommation contrôlée à moindre risque pour usagers de drogues qui a regroupé des auditions d'experts, deux journées de visites de salles de consommation à Bilbao et Genève et l'organisation d'une journée de synthèse avec l'élaboration de recommandations. Les élus et collaborateurs de huit villes concernées par l'usage problématique de drogues sur la voie publique ont participé à ces travaux : Annemasse, Bordeaux, Le Havre, Lille, Marseille, Mulhouse, Paris, Saint-Denis.

Dans ses recommandations, l'association d'élus locaux défend une « *approche pragmatique plutôt que philosophique* ». Elle plaide en faveur de la création de salles de consommation à moindre risque, « *au moins à titre expérimental* », y voyant « *aux côtés des autres dispositifs de RdR, un outil d'amélioration de l'état sanitaire et social des usagers les plus défavorisés ainsi qu'un vecteur de diminution des atteintes à l'ordre et à la tranquillité publics* ».

En région PACA, la Ville de Marseille s'est engagée dans cette réflexion et souhaite pouvoir expérimenter une salle de consommation à moindre risque. Historiquement très impliquée et précurseur dans la réduction des risques liés à l'usage de drogue dans les années 90, la Mairie de Marseille et ses élus sont encore à l'avant-garde dans ce domaine, se basant à juste titre sur les excellents résultats obtenus pour la baisse des contaminations VIH chez les UDVI.

La réduction des risques en prison

L'incarcération est un incident fréquent dans le parcours d'un usager de drogues. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population carcérale, soit un peu plus d'un détenu sur 20. Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC, soit un taux 5 fois supérieur à celui de la population générale.

Les premiers résultats de l'enquête DGS/InVS PREVACAR sur la prévalence du VIH et des hépatites en prison, présentés le 25 mai 2011 au Ministère de la Santé à l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites, font état d'un taux de 2,8% pour le VIH et de 4,8% pour le VHC. Un tiers des détenus séropositifs au VIH est au stade sida et 75% ont moins de 350 CD4. 72% sont sous traitement antirétroviral. Sur le volet offre de soins de l'enquête, les premiers résultats rapportent une proposition de dépistage par les UCSA (Unités de consultation et de soins ambulatoires) quasiment systématique à l'entrée en détention. Le renouvellement de cette proposition au cours de l'incarcération, qui est une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS), n'est assuré que par 50% des UCSA.

Les données de l'enquête Coquelicot font état de pratiques d'injection et de partage du matériel fréquentes en prison. Dans PREVACAR, une UCSA sur cinq déclare avoir connaissance de découverte de seringues usagées en prison. L'expertise collective de l'INSERM note à son tour que les pratiques à risque liées à l'usage de drogues ne cessent pas avec l'incarcération.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis 1993 la mise à disposition de matériel stérile d'injection pendant la détention. En 2009, seuls 13 pays dont la Suisse, l'Allemagne ou encore l'Espagne, avaient appliqué cette recommandation. Ailleurs, les arguments d'ordre sécuritaire, éthique et politique, comme la remise en question du sens de la peine, la dépréciation des programmes fondés sur le sevrage sont avancés pour refuser l'introduction de programmes d'échange de seringues (PES) en prison. Pourtant, les évaluations d'expériences d'échange de seringues en milieu pénitentiaire menées dans différents pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Espagne, Suisse) ont confirmé :

- qu'un programme d'échange de seringues n'entraîne pas une augmentation de la violence carcérale ;
- l'utilisation de seringues comme armes contre des détenus ou des employés n'a en aucun cas été révélée ;
- l'échange de seringues n'accroît pas la consommation de drogue ni l'injection parmi les détenus qui ne s'y adonnent pas mais facilite pour les utilisateurs l'accès à des programmes de traitement de la toxicomanie ;

- l'échange de seringues ne nuit pas aux messages et programmes fondés sur l'abstinence en tolérant l'usage de drogue ;
- la distribution de seringues diminue les abcès et autres infections liées à l'injection et contribue au déclin des surdoses, mortelles ou non, d'héroïne ;
- l'injection de drogue étant reconnue, les détenus peuvent discuter de leurs comportements et les professionnels peuvent les accompagner.

Même si dans le projet de loi pénitentiaire adopté par le Sénat le 6 mars 2009, il est stipulé que « *la qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dispensées à l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements de santé* », le dispositif de réduction des risques ne bénéficie pas de la même manière aux personnes détenues.

Dans une note valant avis du 10 septembre 2009, le Conseil National du Sida (CNS) déclare que les impératifs légitimes de sécurité au sein des établissements pénitentiaires et la pénalisation de l'usage des stupéfiants ne doivent pas constituer des obstacles à l'expérimentation des outils les plus efficaces de la réduction des risques. La peine demeure une peine de privation de liberté, non pas de privation de soins et de prévention. En milieu carcéral, la réduction des risques doit être pleinement mise en œuvre conformément au Code de santé publique. Dès 2009, le CNS propose que des programmes d'échange de seringues soient mis en œuvre de façon progressive sans attendre les résultats de l'enquête PREVACAR.

L'expertise collective INSERM de 2010 constate elle aussi l'absence de réelle politique de réduction des risques en prison en France et rappelle que le défaut d'accès des détenus à du matériel stérile à usage unique constitue avec le début de la consommation et la sortie de prison, l'une des situations les plus à risque. Pour les experts, la réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire doit être considérée comme un enjeu important de santé publique.

Elle appelle à ce que, conformément aux recommandations de l'OMS, le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué. Elle recommande fermement de pallier les carences constatées en France par la distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, l'accès aux préservatifs, la prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injection...), et l'accès aux matériels stériles. Elle préconise par ailleurs de garantir la continuité des soins en détention, d'élargir la proposition de dépistage pendant toute la durée de la peine et pas seulement à l'entrée et d'organiser la sensibilisation et la formation des personnels à ces problématiques.

Les diverses recommandations d'experts et d'associations autour de l'intégration des PES en prison n'ont pas été suivies dans le « Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice » présenté en octobre 2010 par les Ministères de la Santé et de la Justice. Bien que non spécifique à la lutte contre le VIH et les hépatites, ce plan interministériel est largement inspiré par la prévalence élevée de ces pathologies chez les personnes incarcérées.

Il s'appuie sur trois grands principes :

- Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale.
- Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.

- La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

Sur la question du VIH et des hépatites, le Plan reconnaît que « *la présence en milieu carcéral de personnes cumulant des facteurs de risque de transmission des virus du VIH et des hépatites B et C, et les conditions de vie favorisent les risques de transmission virale dans divers contextes (voie sanguine par le partage de matériel pour l'usage de drogues, voie sexuelle, pratiques de modifications corporelles...)* ». Les mesures proposées mettent l'accent sur l'amélioration de l'offre de dépistage à l'entrée mais également pendant la détention, sur la prévention des risques infectieux liés au tatouage et au piercing, sur l'éducation à la sexualité et la prévention des risques liés à la sexualité notamment auprès des mineurs, et sur le soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Sur le champ de la RdR, le Plan préconise une mesure d'évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral, s'en tenant à la réalisation préalable d'un état des lieux à partir des enquêtes PREVACAR et PRI2DE (Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus) :

- L'enquête PREVACAR doit apporter des informations à la fois sur la prévalence du VIH et des hépatites virales parmi la population carcérale et sur l'offre de soins vis-à-vis de ces pathologies (dépistage, vaccination, traitements, soutien aux malades, continuité de la prise en charge à la sortie) dans l'ensemble des UCSA grâce à un questionnaire « établissement » renseigné par le responsable de l'UCSA.
- L'enquête PRI2DE propose un recensement des mesures de prévention et de réduction des risques en prison et une évaluation de leur application.

L'objectif affiché de cet état des lieux est d'actualiser les recommandations afin de proposer des mesures de RdR adaptées et applicables en détention.

Publiés dans le BMC Public Health en mai 2011, les résultats de l'étude ANRS PRI2DE confortent les précédentes conclusions d'experts :

- Dans 78% des établissements pénitentiaires, les détenus ne sont pas informés de la possibilité de recours au traitement post-exposition (TPE).
- Plus d'1 structure sur 10 n'initie aucun traitement de substitution aux opiacés.
- Seul 1 établissement sur 3 prend des mesures de prévention des risques infectieux liés au coiffage et seulement 6% des mesures concernant les risques liés au tatouage-piercing.
- 22% des responsables médicaux déclarent avoir traité des IST contractées pendant la détention.

L'étude conclut en attribuant à la France la note de 2,5 sur 9 en matière de suivi et de prévention du VIH en prison et souligne le profond fossé existant entre les politiques de santé publique nationale et internationale et leur application en milieu carcéral. Les actions relevant de l'information et de l'accès aux moyens de protection sont considérées comme très insuffisantes, voire inexistantes s'agissant des programmes d'échanges de seringues, au sujet desquels l'étude rappelle que la France n'a jamais suivi les recommandations internationales émises par l'OMS.

L'étude constate que la criminalisation et la répression de l'usage de drogues prévalent toujours sur les enjeux de santé publique et même, qu'en contribuant à la surpopulation carcérale, elles créent des conditions de promiscuité et de vulnérabilité qui accentuent les

risques VIH/VHC pour les personnes détenues. Les conclusions de l'étude PRI2DE appellent à une réforme profonde de la politique de prévention et de réduction des risques en prison.

RdR UD : entre perspectives d'évolution et statu quo

Si la réduction des risques liés à l'usage de drogues a fait ses preuves s'agissant de l'infection à VIH et bénéficie aujourd'hui d'un cadre légal, il est néanmoins essentiel qu'elle reste en constante évolution. Non seulement cette stratégie doit être maintenue afin de ne pas perdre les acquis de ces quinze dernières années, mais elle doit être renforcée afin de répondre aux enjeux cruciaux qui se posent encore, notamment sur la question de l'hépatite C et de la santé globale des personnes.

La stratégie de réduction des risques doit donc être élargie afin de tenir compte des changements de pratiques et de profils des usagers. Or, beaucoup des perspectives offertes par la RdR UD (salles de consommation, héroïne médicalisée, testing) se heurtent à la fois au cadre pénal et au traitement social réservé à la consommation de drogues, limitant les possibilités d'évolution des politiques de santé publique. Aujourd'hui, l'expérimentation et la mise en place de nouveaux outils doivent être favorisés afin de renforcer les dispositifs existants mais c'est plus globalement une réorientation complète des politiques en matière de drogues qui est réclamée par la majorité des acteurs scientifiques et associatifs de la réduction des risques.

Si la réduction des risques s'est fondée avec succès sur l'alliance des usagers, des associations et des soignants, c'est maintenant d'autres types d'acteurs qu'elle doit convaincre et associer pour pouvoir évoluer : collectivités locales, milieux judiciaires voire économiques, populations, forces de l'ordre, politiques. En 2008, les CAARUD ont ainsi développé leurs missions de médiation sociale, destinées à favoriser l'intégration de ce type de structure dans leur environnement proche : les principales rencontres ont concerné les réseaux de soins (31%), les autorités locales (27%) et les riverains (21%). Le nombre de rencontres avec la police est quant à lui passé de 7% en 2007 à 21% en 2008. L'évolution de la RdR doit aujourd'hui dépasser le seul champ de la santé, car on peut compter aujourd'hui sur des bénéfices en termes de sécurité du voisinage, de baisse de la délinquance, et d'économie pour la société.

Il reste qu'en 2011, la loi de 1970 constitue toujours le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues. Si les Nations Unies obligent leurs pays signataires à interdire la consommation de stupéfiants à des fins autres que médicales ou scientifiques, le choix des sanctions, lui, est une prérogative nationale. Alors que la réponse au trafic de stupéfiants reste unanimement d'ordre répressif, de grandes disparités sont constatées d'un pays à l'autre dans le traitement judiciaire de l'usage simple. Ainsi, à l'échelle européenne, seules la Suède et la France ont toujours dans leur arsenal des peines d'emprisonnement en cas d'usage simple de stupéfiants, s'en tenant à une conception essentiellement répressive.

D'après une étude du CESDIP (Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales), le nombre de condamnations pour usage simple est en hausse constante depuis 2002, malgré la circulaire du 17 juin 1999 qui préconise des peines alternatives à l'incarcération en l'absence d'autre délit. L'enquête 2003 de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur la santé des personnes entrées en prison montre que le tiers des nouveaux détenus déclare une

consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération. L'enquête signale que cette fréquence élevée est à relier à la fréquence des incarcérations motivées par des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). D'après les données de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, ces infractions ont entraîné en 2008 près de 43 000 condamnations : 73% d'entre elles concernaient l'usage, la détention ou l'acquisition. Des peines d'emprisonnement ont été prononcées dans 16% des cas d'usage illicite. Sur la période 1995-2009, les interpellations pour usage de cocaïne ou de crack ont quadruplé pour atteindre le chiffre de 4 405. Quant à l'usage d'héroïne, il a fait l'objet de 7 115 interpellations en 2009. Néanmoins, c'est le cannabis qui est en cause dans plus de 90% des interpellations (près de 125 000 en 2009 dont 15 000 pour trafic).

Alors que 38% des usagers de drogues accueillis au sein des CSST ont déjà connu un épisode d'incarcération, et que ce dernier est souvent synonyme de rupture dans la continuité des soins et de la prise en charge, il apparaît que les logiques judiciaire et sécuritaire prévalent encore sur la démarche préventive et les enjeux de santé publique.

En juillet 2010, ce sont des experts internationaux qui rédigent et rendent public lors de la 18^{ème} Conférence Internationale sur le Sida un plaidoyer argumenté en faveur de la décriminalisation et de la prise en compte des données scientifiques dans les politiques de lutte contre les drogues. La Déclaration de Vienne, qui compte plus de 17 000 signataires, appelle à un changement de paradigme radical qui s'appuierait sur l'abandon du principe de prohibition notamment pour ce qui concerne la répression des usagers. Elle insiste sur l'impact délétère de la criminalisation sur la réduction des risques, y compris dans les pays comme la France où la RdR est établie et consacrée dans la loi. La Déclaration de Vienne appelle les gouvernements à repenser leurs politiques de lutte contre la drogue en se fondant sur la science et non sur l'idéologie.

Dans son discours d'ouverture lors des 3èmes rencontres nationales de la RdR en octobre 2010, la présidente de l'AFR, Béatrice Stambul, rappelle qu'« *une politique globale et cohérente de RdR exige une modification des fondements légaux et du statut des personnes qui consomment* ».

Dans une note valant avis du 6 avril 2011 sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, le CNS dénonce l'augmentation constante, l'inefficacité et le coût inapproprié des mesures répressives et sécuritaires engagées contre les usagers de drogue face à l'insuffisance des mesures de prévention et de prise en charge. Le CNS recommande que la France procède à une évaluation de sa politique relative aux drogues et prenne la mesure des nouveaux enjeux en renforçant et diversifiant les dispositifs sanitaires et sociaux, notamment en matière de RdR.

En juin 2011, le chemin semble encore long : la Mission d'information sur les toxicomanies, composée de représentants de l'Assemblée Nationale et du Sénat, diffuse un rapport à contre-courant qui n'envisage pas de dépénalisation de l'usage de drogues mais au contraire une réponse pénale plus immédiate et donc plus efficace. Les parlementaires « *réaffirment clairement l'objectif d'une société sans drogues et de son corrélat, la pénalisation de l'usage de drogues* ».

Bibliographie

Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA REDUCTION DES RISQUES

Actes des 3èmes rencontres nationales de la réduction des risques

Pantin : AFR, 2011, 56 p.

BARRE M-D, CENTRE DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES SUR LE DROIT ET LES INSTITUTIONS PENALES

La répression de l'usage de produits illicites, état des lieux

Etudes et données, 2008, n°105, 78 p.

BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, SPILKA S, TOVAR M-L

Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 – Exploitation des données du Baromètre Santé 2010

Tendances, OFDT, 2011, n°76, 6 p.

BERTRAND B

Salles de consommation à moindre risque : le syndrome gallois

Swaps, 2009, n°56, pp. 11-13

BERTRAND B

Salles de shoot ?

Paris : Books on demand, 2010, 72 p.

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, et al.

Drogues et usages de drogues en France, état des lieux et tendances récentes 2007-2009 : neuvième édition du rapport national du dispositif TREND

Saint-Denis : OFDT, 2010, 281 p.

CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, et al.

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France

BEH, 2010, n°45-46, pp. 467-472

CHALUMEAU M

Les CAARUD en 2008 : analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD

Saint-Denis : OFDT, 2010, 22 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Note valant avis sur le classement de la buprénorphine en produit stupéfiant : 27 avril 2006

Paris : CNS, 2006, 3 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires

Paris : CNS, 2009, 8 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux

Paris : CNS, 2011, 9 p.

COSTES J-M dir., OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
Drogues, chiffres clés, 3^{ème} édition
Saint-Denis : OFDT, 2010, 6 p.

CRIPS PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Réduction des risques : bilan et perspectives
Marseille, Nice : CRIPS PACA, 2007, 25 p.

ELUS, SANTE PUBLIQUE & TERRITOIRES
Salles de consommation contrôlée à moindres risques pour usagers de drogues : Analyses et recommandations des élus locaux - Tome 1 : Auditions d'experts et visites - Tome 2 : Journée de synthèse
Nanterre : Elus, santé publique & territoires, 2010, 210 p. et 138 p.

GUICHARD A, FOURNIER V, MICHELS D, GUIGNARD R, INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE
Réduire le risque d'infection par l'hépatite C chez les usagers de drogues : la piste de la prévention du passage à l'injection
Santé de l'Homme (La), 2010, n°409, pp. 7-10

HAUTE AUTORITE DE SANTE
Avis de la Commission de la Transparence sur la Suboxone® : 16 avril 2008
HAS, 2008, 12 p.

HEDRICH D, OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
European report on drug consumption rooms
Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, EMCDDA, 2004, 96 p.

HERVE N
Quand les politiques s'emparent du débat sur les salles de consommation
Swaps, 2009, n° 57, pp. 12-13

HOAREAU E, VERNIER S, ZURBACH E
Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007, tendances récentes sur le site de Marseille
Saint-Denis : OFDT, 2009, 70 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
Expertise collective - Réduction des risques chez les usagers de drogues
Paris : INSERM, 2010, 573 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
Expertise collective - Réduction des risques chez les usagers de drogues – Synthèse et recommandations
Paris : INSERM, 2010, 62 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Enquête Coquelicot, 2004-2007 : résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues
Saint-Maurice : InVS, 2008, 8 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Données issues de la déclaration obligatoire des cas de sida et des découvertes de séropositivité au 30 juin 2010
Mai 2011 - Disponible en ligne : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY, INTERNATIONAL CENTRE FOR SCIENCE IN DRUG POLICY, BRITISH COLUMBIA CENTRE FOR EXCELLENCE IN HIV/AIDS, coord.

Déclaration de Vienne

2010 : www.viennadeclaration.com

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, et al.

Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004

BEH, 2006, n°33, pp. 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M, EMMANUELLI J, DESENCLOS J-C

L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot.

Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2006, vol.54, n°HS1, pp. 53-59

LERT F, PIALOUX G

Mission RDRs : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST [synthèse]

Paris : 2009, 63 p.

MARSHALL B DL, MILLOY M-J, WOOD E, et al.

Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study

Lancet (The), 2011, vol.377, n°9775, pp. 1429 – 1437

MICHEL L, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BLANCHE J, et al.

Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS-PRI2DE): implications for public health and drug policy

BMC Public Health, 2011, vol.11, n°400, 29 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012

Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2009, 97 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010, 261 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Paris : Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés, 2010, 86 p.

MISSION D'INFORMATION SUR LES TOXICOMANIES

Rapport d'information sur les toxicomanies – Tome I

Paris, Assemblée Nationale, 2011, 201 p.

MOREAU M

Programmes d'échange de seringues en prison : dépassionner le débat

Journal du sida, 2009, n°213, pp. 46-48

MOUQUET M-C, DREES

La santé des personnes entrées en prison en 2003

Etudes et résultats, 2005, n°386, 12 p.

SORGE F, CENTRE MOSAIQUE DE MONTREUIL

L'intérêt des programmes d'héroïne confirmé

Swaps, 2009, n°57, pp. 8-9

STRANG J, et al., KING'S COLLEGE LONDON, NATIONAL ADDICTION CENTRE

Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial

Lancet (The), 2010, vol. 375, n°9729, pp. 1185-1895

SWAPS

Spécial loi de 1970, 1^{ère} partie : les faits

Swaps, 2010, n°60

SWAPS

Spécial loi de 1970, 2^{ème} partie : l'avenir

Swaps, 2010, n°61

CRIPS

Provence - Alpes - Côte d'Azur

Site web : <http://paca.lecrips.net>

Nos deux centres de documentation :

Marseille

18, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille
(6^{ème} arrondissement, métro Estrangin-Préfecture)
Tél : 04 91 59 83 83
Fax : 04 91 59 83 99
eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice

6, rue de Suisse
06000 Nice
Tél : 04 92 14 41 20
Fax : 04 92 14 41 22
eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi,
le matin sur rendez-vous