

GUERRE AUX USAGER·E·S DE DROGUES :

50 ANS DE TROP !

**Les politiques de réduction des risques en France :
enjeux, applications, limites**

**Enquête 2018–2019 sur la disponibilité des kits
d'injection et des jetons en officines à Paris.**



Éditorial

Actualiser et diffuser largement les informations sur l'accès aux outils de la RDR, voilà une très bonne initiative ! L'enquête menée par Act Up-Paris témoigne de la difficulté actuelle d'accès aux Stéribox® et autres outils de la réduction des risques (RDR) alors même que les taux de VIH et surtout de VHC sont loin d'être stabilisés. Comment comprendre ce recul de l'accès aux seringues en pharmacie ?

L'accès aux seringues stériles est un révélateur du désinvestissement de la politique de réduction des risques. En 2004, la réduction des risques a bien obtenu un statut légal avec la création des CAARUD, mais à cette date, les pouvoirs publics ont considéré que la question, limitée au SIDA et l'héroïne, était réglée. La consommation d'héroïne était alors en recul, et les pouvoirs publics se sont contentés de donner un large accès aux traitements médicaux, Subutex et méthadone pour les usagers d'opiacés, traitements du VIH puis du VHC. Pour eux, il n'y avait donc plus lieu de développer davantage la politique de réduction des risques. Grave erreur : la réduction des risques ne se limite pas à l'héroïne, elle s'applique à tous les produits, et à toutes les prises de risques. Encore doit-elle s'adapter continuellement aux nouveaux usagers et aux nouvelles prises de risques – ce qui n'a été fait que très marginalement pour le VHC, alors même que les quelques 300 000 personnes contaminées auraient exigé une mobilisation collective.

Cette mobilisation collective, c'est précisément ce qui s'est passé au cours des années 90. Le rôle des usagers de drogues a été passé sous silence et pourtant, il a été déterminant. Car il ne suffit pas de donner accès aux seringues : encore faut-il que ceux et celles qui s'en servent s'approprient la façon de faire pour utiliser les seringues à moindre risque. Aux côtés des usagers de drogues, des militants associatifs, lutte contre le sida et humanitaire, des médecins et des pharmaciens ont contribué à cette mobilisation, comme ça a été le cas dans la lutte contre le SIDA.

À partir de 1994, les pouvoirs publics ont apporté leur soutien à ces mobilisations collectives avec la légalisation des traitements de la dépendance aux opiacés, mais aussi en subventionnant les associations, les réseaux ville-hôpital, et les recherches accompagnant les projets expérimentaux. En outre l'information a été diffusée dans nombre de médias, spécialisés et même grand public. C'est à cette mobilisation collective qu'il faut attribuer les excellents résultats qui ont été démontrés dans une évaluation officielle entre 1994 et 1999 : recul drastique des contaminations VIH, soit moins de 2% des nouvelles contaminations en 2001, baisse de 80% des overdoses mortelles, baisse de 69 % des interpellations pour héroïne et donc des incarcérations.

Malheureusement, le public n'en a pas été informé. Une grande partie de l'opinion ignore toujours ce qu'est la réduction des risques, ce qui limite l'efficacité de cette politique.

Aujourd'hui, ceux et celles qui ont accès à l'information sont essentiellement ceux et celles qui sont en relation avec les rares associations qui continuent d'aller au-devant des usagers sur le terrain comme c'est le cas en milieu festif. Ou encore ceux qui sont accueillis dans les dispositifs institutionnels comme les CAARUD, qui sont les plus souvent des usagers très marginalisés. Les plus jeunes usagers ne connaissent pas ces dispositifs, ou bien se tiennent à distance : « nous ne sommes pas des toxicomanes », disent-ils, et c'est aussi ce que disent des utilisateurs de seringues qui n'ont jamais entendu parler de réduction des risques. Or réduire les risques liés aux usages est utile pour tous, quel que soit le produit ou la drogue, quelle que soit la façon de les consommer, qu'il s'agisse d'héroïne, d'amphétamines et de drogues de synthèse, de cannabis ou d'alcool...

Aujourd'hui, le principe de la réduction des risques est reconnu dans la politique de santé, tant au niveau national qu'au niveau international. Et pourtant les responsables politiques français ont continué de prêcher pour toujours plus de répression. Avec la politique de tolérance zéro, votée en 2005 et adaptée à l'usage de drogues en 2008, la répression des usagers n'a fait que se renforcer jusqu'à la dernière mesure votée en 2018 avec la contraventionnalisation, dont l'objectif est la sanction systématique de tous les usagers de drogues interpellés.

Il y a là un « en même temps », parfaitement contradictoire. La guerre à la drogue est le premier obstacle majeur à la politique de santé publique, comme l'a reconnu, pour la première fois l'ONU en 2016. Le rapport d'Act Up-Paris le dit clairement dans son argumentaire comme dans les revendications auxquelles il aboutit : il faut lutter contre la stigmatisation des usagers de drogues, informer et former les professionnels de santé, développer les expérimentations dont l'analyse de drogues, adapter les outils aux nouveaux usages, et aux nouvelles prises de risques, dont la nouvelle diffusion des opiacés qui se marque par une augmentation des surdoses d'opioïdes... et exiger comme le réclame Act Up-Paris en conclusion « *une communication publique sur la politique de RDR* ». C'est une urgence de la politique de santé en associant, comme dans la lutte contre le SIDA, protection de la santé, lutte contre les discriminations et reconnaissance des droits humains.

Anne COPPEL

Sociologue et militante associative
pour la RDR et le changement
de la politique des drogues.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Éditorial..... | 2 |
| Sommaire..... | 4 |
| Remerciements..... | 5 |
| Abréviations..... | 6 |
| Précisions..... | 7 |
| Les ravages de la Guerre à la Drogue et la politique de RDR..... | 8 |
| Le pharmacien d’officine, un acteur clé de la politique de RDR..... | 18 |
| Présentation de l’enquête..... | 21 |
| Méthode..... | 24 |
| Résultats : un accès aléatoire et limité..... | 25 |
| Discussions autour de l’enquête..... | 35 |
| Revendications et recommandations..... | 36 |
| Conclusion..... | 40 |
| Annexes..... | 42 |
| Bibliographie..... | 47 |

Remerciements

Act-Up Paris souhaite remercier toutes les personnes qui ont permis à ce rapport de voir le jour et sans lesquelles de véritables changements ne pourraient être envisagés.

Tout d'abord, nous tenons à remercier les militant.e.s d'Act Up-Paris et les usager.e.s de drogues (UD) qui sont à l'initiative de ce rapport, et plus spécifiquement les membres de la Commission drogues et usager.e.s d'Act Up-Paris pour leur investissement.

Nous adressons également nos remerciements à Anne COPPEL pour son soutien indéfectible à la lutte contre le VIH/SIDA et contre la stigmatisation des usager.e.s de substances, qui a bien voulu se prêter au jeu de la rédaction d'un édito.

Aussi, nous voulons rappeler le rôle essentiel d'associations partenaires, en particulier de santé communautaire, comme ASUD et l'association SAFE, qui militent chaque jour pour faire avancer les politiques de réduction des risques (RDR).

Nous adressons également nos remerciements à l'ensemble des structures médico-sociales qui ont accepté de nous rencontrer afin de compléter notre analyse : Emergence 77, l'Espace femmes - Association Charonne ainsi que le CAARUD Aides Argenteuil 95.

Nous en profitons pour saluer le travail quotidien de l'ensemble des acteur.rice.s de terrain qui oeuvrent chaque jour à l'accueil, l'accompagnement et l'amélioration de la qualité de vie des UD, avec une pensée particulière pour les personnes concernées dont la reconnaissance de l'expertise est fondamentale pour faire avancer leurs droits, et plus justement, nos droits.

Par ailleurs, nous tenons à souligner la contribution du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP), du Cespharm, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), de l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (USPO), de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF) et d'Apothicom sans lesquels ce rapport se limiterait à un énième constat de l'échec des politiques publiques. Act Up-Paris souhaite en effet prolonger le travail commun initié afin, à terme, de dépasser les clivages moraux pour développer une réelle politique de santé publique pour tou.te.s.

Abréviations

| | | | |
|---------------|---|----------------|--|
| Ac | Anticorps | Inpes | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| ANRS | Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales | InVS | Institut de veille sanitaire |
| ANSM | Agence nationale de sécurité du médicament | JO | Journal officiel |
| Art. | Article | MILDECA | Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives |
| B.E.H. | Bulletin épidémiologique hebdomadaire | MSO | Médicaments de substitution aux opiacés |
| CAARUD | Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usager.e-s de drogues | ODICER | Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions |
| CeGIDD | Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles | ODU | Observatoire des droits des usager.e-s |
| CSAPA | Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie | OFDT | Observatoire français des drogues et des toxicomanies |
| CSP | Code de la santé publique | ONUDC | Office des Nations Unies sur la drogue et le crime |
| éd | Edition | PACA | Provence-Alpes-Côtes d'Azur |
| DOM | Département d'outre-mer | PES | Programmes d'échange de seringues |
| EROPP | Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes | RDR | Réduction des risques |
| IDF | Île-de-France | SCMR | Salle de consommation à moindre risque |
| INCa | Institut national du cancer | SPF | Santé publique France |
| INHESJ | Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice | TSO | Traitements de substitution aux opiacés |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques | UD | Usager.e-s de drogues |
| Insert | Institut national de la santé et de la recherche médicale | UDVI | Usager.e-s de drogues par voie intraveineuse |
| FINES | Fichier national des établissements sanitaires et sociaux | VHC | Virus de l'hépatite C |
| | | VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| | | SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |

Précisions

Act Up-Paris est une association de lutte contre le VIH/SIDA, les hépatites virales et les autres IST. Elle milite également pour les droits des minorités sexuelles et de genre et apporte son soutien aux personnes malades et discriminées dans une démarche de santé communautaire.

Depuis sa création en 1989, Act Up-Paris mène un combat politique sans relâche pour éradiquer l'épidémie de VIH/SIDA. À cette fin, l'association s'est notamment investie en faveur de la politique de réduction des risques (RDR).

Par la publication de ce rapport, Act Up-Paris souhaite délivrer un aperçu de la mise en oeuvre de cette politique en France et dénoncer les limites qu'elle rencontre.

Compte-tenu du traditionnel champ territorial de ses actions, ainsi que de ses moyens matériels et humains, Act Up-Paris a choisi d'élaborer ce rapport en se concentrant sur la mesure de la disponibilité des Stéribox®¹ et des jetons² en pharmacies parisiennes. Ce rapport repose donc sur des données issues d'un travail de testing mené par les militant.e.s d'Act Up-Paris mais également de travaux menés par d'autres acteur.rice.s et auteur.rice.s.

Bien qu'Act Up-Paris a constamment cherché à valoriser les données les plus récentes, il convient d'admettre que ce rapport se réfère parfois à des données relativement anciennes. En effet, force est de constater que les données relatives aux usagers de drogues (UD) (comportements, besoins, répartition sur le territoire national, épidémiologie) et à la politique de RDR (quantité et évolution du matériel distribué, selon les territoires, les acteur.rice.s., etc) disponibles sont largement lacunaires.

Il est bien évident que ce constat est à mettre en corrélation avec la stigmatisation qui pèse sur les UD, rendant nécessairement plus compliquée la production de données. L'invisibilisation de cette population est ainsi pérennisée, alors même qu'elle est pourtant particulièrement vulnérable aux risques infectieux.

¹ Le Stéribox®, conçu par Apothicom, consiste en un kit d'injection complet destiné à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usager.e.s de drogues par voie intraveineuse. À ce titre, il comprend deux seringues à insuline, deux Stericup® contenant un cupule, un filtre coton et un tampon sec post injection; deux ampoules plastiques d'eau pour préparation injectable; deux tampons d'alcool à 70°; un préservatif ainsi qu'un mode d'emploi. Le Stéribox® est distribué gratuitement par certaines associations, commercialisé en pharmacie au prix conseillé de 1€ ou disponible dans les distributeurs automatiques.

² Les jetons, disponibles dans certaines pharmacies, en CAARUD/CSAPA et dans certains hôpitaux, permettent aux UD de se procurer du matériel de RDR auprès de distributeurs automatiques de Stéribox® (distribox®) ou de kit crack. Ces systèmes automatiques de récupération et d'échange permettent l'accès au matériel 24h/24. L'implantation de ces distributeurs simples, tout comme celle des échangeurs distributeurs (distribution d'une seringue après restitution d'une seringue usagée) relève du pouvoir municipal.

Les ravages de la Guerre à la Drogue et la politique de RDR

De la fin des années 1960 au milieu des années 1970, de nombreux pays européens, sous l'influence des Etats-Unis, se dotent d'un nouvel arsenal législatif pour lutter contre les drogues. Il se traduit par de nouvelles législations entièrement centrées sur la répression, qui ne font aucune distinction entre les différents produits et pénalisent souvent le simple usage de drogues illicites. L'idéologie et la morale ont alors tout pouvoir sur la classification des drogues, afin de distinguer celles qui sont licites de celles qui ne le sont pas.

La Guerre à la Drogue³ est aujourd'hui encore la politique communément menée au niveau international et par l'immense majorité des Etats. Cette guerre s'exprime sous diverses formes : « *criminalisation des personnes consommatrices (jusqu'à la peine de mort dans 32 pays), réduction de l'offre en détruisant les productions et en luttant contre les trafics, chasse aux organisations de la société civile agissant en soutien des consommateurs*⁴ ».

Alors que cette politique peut être critiquée par la simple démonstration de son inefficience, le trafic de drogues se pérennisant et le nombre de consommateur·rice·s se maintenant, c'est surtout les conséquences dévastatrices qu'elles emportent, tant sur les plans sociaux que sanitaires, qu'Act Up-Paris souhaite ici dénoncer. En effet, dans la mesure où cette logique prohibitive suppose la répression et l'invisibilisation des UD, elle conduit largement à leur précarisation, leur stigmatisation ainsi qu'à leur exclusion sociale. Les UD sont alors sujet·te·s à d'importants risques de contaminations, à des produits de coupes dangereux, des overdoses ou encore des homicides⁵ (152 000 personnes consommatrices de drogues contaminées par le VIH/SIDA en 2015, 60 000 personnes consommatrices mortes du SIDA en 2015, et 220 000 de l'hépatite C⁶).

Ainsi, s'il s'avère que les politiques publiques n'ont que très peu d'influence sur le niveau du phénomène de consommation des drogues, elles peuvent en avoir beaucoup sur les conséquences sanitaires et sociales de ces consommations. Ce lourd bilan, très certainement sous-évalué, ne peut donc que nous mettre en colère.

³ Cette expression est la traduction de la formule employée par le président américain Nixon lors d'une déclaration publique en 1971 par laquelle il demande au Congrès un budget de 84 millions de dollars afin d'engager son pays dans « the war on drugs ». Bien que cette expression présente un double défaut, à savoir celui de présenter les drogues comme un tout homogène par l'emploi du singulier et de camoufler ses véritables effets, à savoir une guerre aux usager·e·s, elle a été retenue dans l'ensemble du rapport en raison de son occurrence dans la littérature scientifique.

⁴ COALITION PLUS, Just say no to the War on drugs, Comment la guerre à la drogue nous a rendus-es malades, éd. juillet 2018.

⁵ *Ibid.*

En France, l'intervention des pouvoirs publics en matière de lutte contre les drogues s'inscrit dans un cadre législatif inefficace et obsolète, qui fêtera malheureusement ces 50 ans l'année prochaine.

Il convient de revenir sur ce dispositif pour appréhender au mieux le contexte restreint dans lequel est conçu la prévention aux addictions et la prise en charge sanitaire et sociale des UD.

La lutte contre les drogues et la toxicomanie en France repose sur la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses⁷. Alors que depuis 1916, seul l'usage de drogues en société était pénalisé, le législateur définit, par ce texte, une frontière qu'il veut radicale entre le mal « relatif », l'alcool et le tabac, et le mal « absolu », La Drogue. Sont regroupés sous le nouveau terme de « stupéfiants » les substances pharmacologiques les plus diverses pour en pénaliser l'usage y compris même, cette fois, l'usage privé, sans distinction d'âge, d'intensité ou de circonstance. Ainsi, et pour la première fois en France, le simple usage de drogues est devenu un délit, quelles qu'en soient les modalités de consommation.

L'apparition du VIH/SIDA et sa propagation fulgurante⁸ parmi la population des UD à partir des années 1980, qui s'explique largement par l'application de cette politique prohibitionniste et répressive, oblige les pouvoirs publics à la reconsidérer. Elle doit inévitablement mettre à distance les seuls objectifs d'abstinence et d'éradication de la toxicomanie et intégrer des mesures visant à limiter les risques infectieux liés à l'usage de drogues. La lutte contre la toxicomanie suppose alors un changement de paradigme, pour tendre à davantage de pragmatisme. Toutefois, cette évolution connaîtra de fortes oppositions.

C'est d'abord sous l'impulsion de quelques acteur·rice·s, médecins, militant·e·s associatif·ve·s de la lutte contre le VIH/SIDA ou de l'humanitaire, que le mouvement de lutte sera amorcé, notamment par la délivrance de seringues, en toute illégalité, par des associations comme Médecins du Monde ou Aides. Puis, le mouvement sera entrepris par les UD eux-mêmes, notamment regroupé·e·s au sein d'associations de santé communautaire ou d'auto-support telles que ASUD, Techno+ ou Act Up-Paris.

⁷ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, JO du 3 janvier 1971, p.65.

⁸ La surveillance VIH n'ayant débuté qu'en 2003, seules des données relatives au SIDA sont disponibles pour la période antérieure. Selon le B.E.H n°10/96 du 5 mars 1996 publié par l'InVS, le nombre de stade SIDA déclarés n'a cessé d'augmenter entre 1987 et 1993 pour atteindre son pic en 1997. Chez les UD, le nombre de déclarations de SIDA pour cette période est passé respectivement de 341 à 1454, représentant jusqu'à 27% de l'ensemble des déclarations SIDA en 1993.

Les premières dispositions officielles prises en France en matière de RDR concernent la délivrance de seringues stériles et la récupération des seringues usagées d'une part⁹, la mise en oeuvre de traitement de substitution aux opiacés (TSO)¹⁰ d'autre part. L'introduction progressive de ces dispositions réglementaires s'est faite sans que ne soit institutionnalisée une véritable politique de RDR. La France accuse ainsi un retard important en la matière.

Contrairement à d'autres pays, notamment européens, cette politique ne sera en effet politiquement assumée qu'à partir du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) et enfin actée dans une loi en 2004¹¹. Sa traduction dans les politiques publiques renvoie désormais à un certain nombre de mesures dont l'objectif est de prévenir la survenue de problèmes sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liées à la consommation de drogues¹², notamment chez les usager.e.s de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

Pour y parvenir, des dispositifs, impliquant de multiples acteur.rice.s, ont ainsi été mis en place :

- les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usager.e.s de drogues (CAARUD) ;
- les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- l'expérimentation de deux salles de consommation à moindre risque (SCMR) ;
- les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ;
- les automates de distribution et les récupérateurs simples ;
- les programmes d'échange de seringues (PES) ;
- les trousse de prévention ou Stéribox®.

Le déploiement d'un tel dispositif fait suite aux revendications des acteur.rice.s de la santé communautaire et d'auto-support, seul.e.s légitimes à porter la parole des personnes concernées. Malgré leur rôle encore aujourd'hui essentiel, les moyens qui leurs sont alloués par l'Etat ne sont pas suffisants pour compenser son désengagement dans ce domaine. De façon plus générale, les moyens alloués à la RDR ne sont pas à la hauteur des enjeux. Cette politique présente pourtant de nombreux intérêts et est soutenue par de nombreuses institutions, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

⁹ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JO du 16 mai 1987, p. 5399-5400.; Circulaire du 15 septembre 1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox®.; Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JO n°58 du 9 mars 1995, p.3685.

¹⁰ Circulaire du 31 mars 1995 relative au TSO pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

¹¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n°185 du 11 août 2004, p.14277.

¹² CSP, Art.L3411-8.

Michel SIDIBÉ, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a notamment déclaré le 22 octobre 2015 que « *Dans la riposte au SIDA, laisser de côté les personnes qui consomment des drogues, alors que nous savons ce qui fonctionne, est une injustice. L'investissement dans la réduction des risques est un facteur essentiel dans la politique efficace en matière de drogues ; non seulement il sauve des vies, mais il est également rentable. Tout le monde a le droit à la santé*¹³ ».

Act Up-Paris dresse malheureusement le constat d'un « **arrêt sur image** » en la matière de la part de la France. **Or, la situation sanitaire des UDVI en France demeure critique eu égard à de récents indicateurs épidémiologiques.** En effet, au sein de cette population :

- S'agissant de l'infection au VIH/SIDA :

- le taux de prévalence, bien qu'il n'ait cessé de diminuer depuis 2004, s'élève encore à 4,7% en 2018¹⁴, alors qu'il s'établissait à 0,27% dans la population générale¹⁵.

- le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de moitié entre 2010 et 2017¹⁶. Le taux d'incidence dans cette population s'établissait à 2% en 2017¹⁷, contre 0,09% en 2016¹⁸ pour la population générale.

¹³https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/october/20151022_drugs (page consultée le 21 mai 2019).

¹⁴ THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION, Toward and integrated response 2018. Harm Reduction International, p.62.

¹⁵ Le manque de données relatives au taux de prévalence VIH dans la population générale ne nous permettant pas de donner ce chiffre, il est le résultat du calcul suivant : 180 000 / 66 900 000 = 0,27%. En effet, en 2016, 180 000 personnes vivaient avec le VIH selon la source suivante : ONUSIDA, Maintenir l'élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, 2018. La même année, l'INSEE recensait 66,69 millions de personnes en France.

¹⁶ SPF, Bulletin de santé publique, Édition nationale, 27 mars 2019, p.4.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ ONUSIDA, Maintenir l'élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, 2018.

- S'agissant de l'infection au VHC :
 - entre 2007 et 2011, le taux d'incidence du VHC chez les UD est estimé à 11%¹⁹, contre 0,75%²⁰ pour la population générale.
 - malgré une baisse conséquente du taux de prévalence aux infections à VHC entre 2004 et 2011, ce taux demeure élevé puisqu'il s'établit à deux-tiers des UD (63,8%) en 2018²¹. En 2011, ce taux de prévalence dans la population générale est estimé à 0,75%²².
- S'agissant des co-infections VHC / VIH : « *Entre janvier 2017 et septembre 2018, plus de 75% des UDVI ont découvert leur infection par le VHC en même temps que le VIH (contre 4% dans l'ensemble de la population)*²³ ».

L'efficacité des principales mesures de RDR est donc bien établie vis-à-vis de l'épidémie de VIH, en ayant permis de réduire drastiquement le taux de la prévalence de l'infection par le VIH. A l'égard du VHC, cette efficacité est moins évidente. Bien que le virus de l'hépatite C est plus contaminant que le VIH et présente une forte résistance à l'air libre, ces considérations scientifiques n'expliquent pas tout. Il faut en effet souligner le relâchement de la mobilisation de la France sur cette question suite à la baisse de l'incidence du VIH/SIDA dans cette population. Ce relâchement révèle la marginalisation de cette communauté dont l'état de santé importe peu. Soit infantilisé-e-s, soit criminalisé-e-s, les UD sont nécessairement relégué-e-s au rôle de citoyen-ne de seconde-zone, n'ayant plus d'existence propre. Or, la réponse à leurs besoins spécifiques ne peut être autrement conçue et efficiente qu'à travers une démarche holistique de santé globale. Des pays comme les Pays-Bas et la Suisse ont mis en évidence que leur politique de RDR avait été efficace non seulement sur la transmission du VIH, mais également sur l'hépatite C, en montrant une diminution de l'incidence de celle-ci chez les UD²⁴.

¹⁹ L. LEON, S. KASERKA, F. BARIN, C. LARSEN, L. WEILL-BARILLET, X. PASCAL, S. CHEVALIEZ, J. PILLONEL, M. JAUFFRET-ROUSTIDE AND Y. LE STRAT Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004–2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. *Epidemiol Infect.* 2017;145:895-907.

²⁰ C. PIOCHE, C. PELAT, C. LARSEN, J-C DESENCLOS, M. JAUFFRET-ROUSTID, F. LOT, J. PILLONEL, C. et al., Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *B.E.H.* 2016;(13-14):224-9.

²¹ THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION, Toward and integrated response 2018. Harm Reduction International, p.62.

²² C. PIOCHE, C. PELAT, C. LARSEN, J-C DESENCLOS, M. JAUFFRET-ROUSTID, F. LOT, J. PILLONEL, C. et al., op. cit.

²³ <http://vih.org/dossier/vihsida-en-france-en-2018> (page consultée le 3 avril 2019).

²⁴ C. VAN DEN BERG, C. SMIT, G. VAN BRUSSEL, R. COUTINHO, M. PRIN, Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users, *Addiction*, 2007, n°102, p.1454–1462.

Ces deux pays se caractérisent par une politique de RDR plus ambitieuse et inclusive en combinant un accès large aux TSO et à l'héroïne médicalisée, aux seringues et la mise à disposition de lieux d'injection médicalement supervisés et des politiques moins répressives à l'encontre des UD.

Ainsi, la mise en oeuvre des mesures de RDR ne saurait être remise en cause sur le fondement d'une éventuelle moindre efficacité à l'égard du VHC, d'autant que les UD ne sont pas exposé·e·s au seul risque VHC et que l'un des objectifs de la RDR est bien de promouvoir une évolution globale des comportements, et non une réduction spécifique de telle ou telle infection²⁵.

La politique de RDR doit donc nécessairement être poursuivie et renforcée, tant pour pérenniser ses effets positifs que pour tendre à une amélioration globale de la situation sanitaire et sociale des UDVI.

Pourtant, la politique de RDR à destination des UD semble figée. Par exemple, fin 2016, deux Salles de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris et à Strasbourg ont été ouvertes dans le cadre d'une expérimentation qui s'achèvera en octobre 2019. Cette période aurait été l'occasion d'en ouvrir d'autres. Pourtant, on ne peut que déplorer l'abandon de nombreux projets suite au basculement à droite lors des dernières élections municipales de 2014.

Ce type de structures, destinées à des usager·e·s qui injectent eux·elles-mêmes les produits qu'ils·elles ont apportés, en utilisant le matériel de consommation mis à leur disposition, sous la supervision d'un·e professionnel·le, présentent pourtant de multiples intérêts²⁶. L'opinion publique reconnaît d'ailleurs ces intérêts : en 2018, 81% des personnes interrogées, dans le cadre de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), considèrent en effet les deux SCMR existantes comme une bonne chose²⁷.

²⁵ K. CONDÉ, Place du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues, Université de Toulouse III, 2013, p.34.

²⁶ Pour en connaître davantage sur l'efficacité de ces dispositifs pour attirer des injecteur·rice·s à haut risque de contamination par le VIH et l'hépatite C vers des structures de soin, réduire le nombre d'overdoses mortelles, diminuer de manière significative les problèmes sécuritaires liés à l'usage de stupéfiants et en particulier les nuisances pour les riverain·ne·s, voir B. DL MARSHALL, M.-J. MILLOY, E. WOOD, J. SG MONTANER, T. KERR, Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. Lancet, 201, volume 377, p.1429-1437.

²⁷ OFDT, EROPP, 1999-2018.

Plus encore, la politique de RDR semble paralysée par les aspects sécuritaires et répressifs qui priment dans l'élaboration des politiques publiques de lutte contre les drogues comme l'illustre l'adoption de la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice²⁸ et notamment son article 58. Ce dernier permet aux forces de police et de gendarmerie d'avoir recours à une amende forfaitaire délictuelle d'un montant de 200 € pour sanctionner l'usage de stupéfiants. Ce dispositif répressif vient s'ajouter à celui déjà existant.

Enfin, nous assistons à l'évolution des lois relatives à l'alcool et au tabac (loi Evin²⁹ qui limite la publicité et s'attaque à l'image bienveillante de l'alcool et du tabac, hausse de taxes sur le tabac; loi HPST³⁰ qui limite la vente d'alcool et l'interdit aux mineurs) sans que soit remis en cause le tracé de la frontière entre drogues licites et illicites. Pourtant, ces premières sont responsables de dommages sanitaires bien plus importants que les secondes : alors que, dans le monde, le tabac et l'alcool provoquent respectivement 110,7 et 33 décès pour 100 000 personnes, les drogues illicites causent 6,9 décès pour 100 000 personnes³¹.

Act Up–Paris ne peut que déplorer que la morale, plutôt que des données scientifiques et la voie des concerné.e.s, dicte ainsi l'élaboration des politiques publiques et prenne le pas sur la santé publique.

De plus, ces dérives occultent les véritables enjeux auxquels nous sommes collectivement confronté.e.s en matière de drogues, et plus particulièrement d'accès aux droits et à la santé des personnes concernées, comme en témoigne l'évolution des budgets alloués à la lutte contre les drogues et les toxicomanies. En effet, les documents budgétaires des crédits consommés par les différentes administrations sur ce domaine font état des évolutions suivantes entre 2012 et 2019 : une augmentation de 63% pour les crédits de « police nationale » et une diminution de 77% pour les crédits « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »³². Ces évolutions s'inscrivent dans une tendance globale qui, sur la même période, est marquée par une baisse de 37% des budgets alloués à la santé, contre une hausse de 11% pour la sécurité.

²⁸ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JO n°0071 du 24 mars 2019.

²⁹ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO n°10 du 12 janvier 1991, p. 609.

³⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184.

³¹ A. PEACOCK; J.LEUNG; S. LARNEY et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report, *Addiction*, octobre 2018; p.1905-1926.

³² J. COSTES. De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ?. *Psychotropes*, 2013, volume 19(1), p.9-26.

Outre le fait que l'on ne peut que s'insurger, force est de constater que le renforcement du volet répressif n'est pas corrélé par une baisse des consommations et des trafics de drogues, tant licites qu'illicites. De plus, lorsqu'elle s'accompagne d'une baisse, celle-ci est limitée, comme l'illustre ces données :

- relatives à la consommation de drogues illicites:
 - En 2014, 5,6% des 18-64 ont expérimenté la cocaïne, contre 1,8% en 2000³³.
 - En 2016, 11% de la population consommait du cannabis, contre 5% en 2000³⁴.
- relatives à la consommation de drogues licites :
 - En 2017, 26,9% des 18-75 ans consommaient régulièrement du tabac, contre 30% en 2000³⁵.
 - En 2014, 86,4% des 15-75 consommaient de l'alcool contre 86,2% en 2010³⁶.
- relatives à l'évolution du trafic de drogues : Selon un projet de recherche piloté par l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice³⁷(INHESJ) et financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), le marché noir français des drogues illicites représente, depuis 2010, 2,3 milliards d'euros par an.

Le cannabis représenterait à lui seul 1,1 milliard d'euros, en hausse de 34% par rapport à 2005. La cocaïne, quant à elle, environ 900 millions d'euros et aurait connu une hausse de 84% en cinq ans. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a décidé d'intégrer ces transactions dans le calcul du PIB français.

De ce fait, il n'est plus à prouver que la Guerre à la Drogue n'a jamais été pertinente et que l'accent doit être mis sur la prévention des risques et l'accompagnement des pratiques, notamment chez les UDVI.

³³ F. BECK, J.-B. RICHARD, R. GUIGNARD, O. LE NEZET et S. SPILKA, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014, Tendances, OFDT, 2015, n° 99, 8 p.

³⁴ SPF, Baromètre santé 1992-2016, exploitation OFDT.

³⁵ SPF, Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017

³⁶ Inpes, Baromètres santé 2010 et 2014.

³⁷ B. LAKHDAR, C. LALAM. N et D. WEINBERGER, Estimation des marchés des drogues illicites en France, Synthèse, octobre 2015.

En effet, alors que le recours à l'injection est une pratique qui reste stable depuis 2008, le partage du matériel d'injection a nettement augmenté entre 2012 et 2015 et concerne à la fois les seringues (14% en 2015 contre 8% en 2012) et les éléments utilisés lors de l'injection à savoir l'eau de rinçage, la cup, le coton/filtre, l'eau préparation pour injection (PPI) (24% contre 22%)³⁸. Or, il s'agit d'une pratique à risques qui représente la première cause de contamination par le VHC³⁹.

Outre le manque de disponibilité de matériel stérile, ce sont les connaissances approximatives des usager.e.s concernant les risques de contamination par le VIH et le VHC qui expliquent pour une large part la persistance de cette pratique. L'éducation aux risques doit donc être impérativement développée. Elle a pu être assurée par les pairs chez les UD dit.e.s « traditionnels ». En revanche, les nouveaux-elles injecteur.rice.s ne bénéficient pas du même partage de connaissances. Le manque de communication et d'information grand public sur les dispositifs de RDR prive alors ces personnes d'un accès à la prévention.

Parmi les UD qui les fréquentent, il a pu être évalué que « *les principaux modes de contamination du VIH sont connus par 90% des UD et le partage de seringue est connu par 84% des UD comme étant le principal mode de contamination du VHC. En revanche, concernant le partage du petit matériel, le niveau de connaissance diminue à 65% vis-à-vis du VHC et, même lorsque ce risque est connu, il n'est pas cité spontanément lorsque la question de la connaissance des modes de contamination du virus est posée*⁴⁰. On peut supposer que les populations d'UD dites « cachées », c'est-à-dire ne fréquentant pas les dispositifs de soin ou de prévention, ont un accès à l'information et donc un niveau de connaissance plus faible⁴¹ ».

³⁸ G. PFAU, M. FRANCIA, TREND IDF, ASSOCIATION CHARONNE, Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues en Ile-de-France : état des lieux en 2017. 169 p.

³⁹ L.-E. THORPE, L.-J. OUELLET, R. HERSHOW, S.-L. BAILEY, I.-T. WILLIAMS, J. WILLIAMSON, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. Am J Epidemiol. 2002;155:645-53.

⁴⁰ M. JAUFFRET-ROUSTIDE, E. COUTURIER, T. Y. LE STRAT, F. BARIN, EMMANUELLI J., SEMAILLE C., QUAGLIA M., N. RAZAFINDRATSIMA, G. VIVIER, L. OUDAYA, C. LEFEVRE, J.C. DESENCLOS Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVSANRS Coquelicot, 2004. B.E.H, 33, 2006, p.244-7.

⁴¹ T. CANONNE, Relations entre les usagers de drogue et les pharmaciens lors de la délivrance du matériel d'injection à l'officine, Université Paris-Descartes, 19 octobre 2010; p.30.

Tous ces indicateurs démontrent que les conditions augmentant les risques d'exposition à la transmission de maladies infectieuses sont toujours présentes. Bien qu'Act Up-Paris ne puisse que se réjouir du fait que le plan national de lutte contre les addictions 2018-2022 de la MILDECA comprend, parmi ses 6 axes, un axe intitulé « *une prévention pour tous et tout au long de la vie* », on s'interroge sur la part du budget qui lui sera accordé. Il est fort à parier que l'axe intitulé « *un engagement fort contre les trafics* » remportera la part la plus importante du gâteau. L'absence de précisions quant au financement, au calendrier de réalisation ou au dispositif d'évaluation, fait craindre Act Up-Paris que les 200 mesures proposées ne soient que des déclarations d'intentions et que la prévention soit alors encore insuffisamment priorisée.

La politique de RDR doit pourtant impérativement se poursuivre. Une volonté politique indéfectible doit ainsi se traduire par l'allocation de moyens financiers adéquats. La politique de RDR doit également évoluer en se fondant sur les besoins et attentes des UD dans le cadre d'une démarche participative. Actuellement, l'absence de communication rend hors de portée les dispositifs actuels aux nouveaux publics qui ne se reconnaissent pas toujours comme injecteur-riche (slameur-se-s, sportif-ve-s, teufeur-se-s). De plus, ces dispositifs, conçus dans une approche purement médicale et culpabilisante, sont inadaptés à leurs mode de vie et habitudes de consommation.

Seule une mutualisation des savoirs, favorisant la responsabilité des individus concerné-e-s et l'implication des pouvoirs publics, permettra d'envisager une véritable réduction des risques, tant à l'égard du VIH que du VHC.



Le pharmacien d'officine, un acteur clé de la politique de RDR

Le-la pharmacien·ne d'officine est un·e acteur·rice de santé publique de première ligne. La gratuité du conseil, la possibilité de le-la rencontrer sans rendez-vous, sa proximité territoriale, l'existence du secret professionnel sont autant d'éléments qui contribuent à faire du·de le-la pharmacien·ne le-la premier·e acteur·rice consulté·e en cas d'interrogation des usager·e·s sur leur état de santé.

Selon le Code de la santé publique, les pharmacien·ne·s d'officine, dans le respect de certaines règles déontologiques qui renvoient notamment au fait qu'ils·elles doivent « *faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à [leur] art⁴²* », « *contribuent aux soins de premier recours⁴³* », à savoir :

- « 1° *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° *L'éducation pour la santé⁴⁴ ».**

Outre ces missions générales, le-la pharmacien·ne d'officine doit notamment contribuer à la lutte « *contre la toxicomanie et les maladies sexuellement transmissibles⁴⁵ ».*

Ainsi, en théorie, eu égard à leur rôle et les missions dont ils sont investis, les pharmacien·ne·s d'officine sont des acteur·rice·s clés de la RDR. D'ailleurs, la mesure fondatrice de la politique française de RDR, à savoir la libéralisation de la vente des seringues en 1987⁴⁶, les concerne directement et les place au coeur de ce dispositif⁴⁷.

⁴² CSP, Art.R.4235-6.

⁴³ CSP, Art. L5125-1-1 A.

⁴⁴ CSP, Art.L1411-11.

⁴⁵ CSP, Art. R.4235-2.

⁴⁶ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JO du 16 mai 1987, p. 5399-5400.

⁴⁷ M. JAUFFRET-ROUSTIDE. Les drogues : une approche sociologique, économique et politique, Paris : La documentation française. 2004. ; A. MOREL, P. CHAPPARD, J.-P. COUTERON, (dir.). L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Dunod; 2012.

Hors la délivrance de matériel de RDR, qui comprend également des Stéribox2® (depuis une circulaire de 1994⁴⁸), ou du matériel annexe (Stéricup®, Stérifilt®), le-la pharmacien-ne d'officine peut fournir plusieurs prestations spécifiques à l'égard des UD dans le cadre de la RDR, à savoir :

- délivrer des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) (buprénorphine, méthadone) aux usager-e-s concerné-e-s ;
- orienter les usager-e-s vers des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD), des centres de dépistage, à savoir les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) depuis le 1er janvier 2016, des programmes de RDR (notamment les PES).

La pharmacie d'officine apparaît comme le lieu de passage privilégié pour les usager-e-s de drogues, notamment chez les jeunes et les nouveaux-elles injecteur-ric-e-s, en ce qu'elle représente un espace non stigmatisant, accessible tant sur le plan spatial (on comptait 22.510 officines en France en 2015⁴⁹) que temporel (horaires d'ouverture étendus et pharmacies de garde). En effet, c'est souvent en officine que les seringues servant aux premières injections sont achetées. Ce passage doit consister en une occasion pour le-la pharmacien-ne de délivrer des informations et ainsi d'endosser son rôle décisif dans la prévention de la propagation d'infections virales.

En pratique, il apparaît que ce rôle d'acteur-ric-e dans la RDR n'est pas assuré par l'ensemble de la profession. Au mieux, il se limite généralement aux fonctions de base de distribution de seringues ou de MSO. En effet, le baromètre santé médecins/pharmacien-ne-s de 2003⁵⁰ indiquait que 85% des pharmaciens recevaient au moins un UD par mois. Parmi eux-elles, 70% répondaient favorablement aux demandes de TSO et de matériel, 16% uniquement aux demandes de matériel, 12% uniquement aux demandes de TSO. En outre, ce baromètre révélait que seule 6% des pharmacien-ne-s participaient à un PES, et que 57% refuseraient de participer à un PES.

S'agissant des TSO, ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux obtenus en 2018 par l'Observatoire des droits des usager-e-s (ODU). L'enquête menée auprès de 115 pharmacies révèle que 71% refusent de délivrer les TSO⁵¹. Parmi elles, figurent constamment « *les pharmacies qui ont un vigile et qui ont un grand rayon de produits de parapharmacie* ». En effet, l'ODU indique dans son rapport que ces pharmacies « *ne délivrent jamais* ».

⁴⁸ Circulaire du 15 septembre 1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox®.

⁴⁹ <http://www.ciopf.org/Fiches-des-pays/France> (page consultée le 25 mars 2019).

⁵⁰ A. GAUTIER (dir.). Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, 2005, 276 p.

⁵¹ F. OLIVET (dir.), ODU, Enquête sur la délivrance des Traitements de Substitutions aux Opiacés, réalisée du 20 juillet au 25 août 2018.

Ce constat ne peut que nous inquiéter eu égard à l'évolution du modèle économique des officines qui se traduit par des regroupements d'enseignes appliquant une politique commune, s'apparentant alors de plus en plus à des grandes surfaces.

S'agissant du matériel, il résulte de la faible implication des pharmaciens des difficultés pour les UDVI à se procurer des seringues en dehors des structures d'accueil telles que les CAARUD, comme le relève l'étude ANRS Coquelicot menée par Santé Publique France⁵² (SPF) et l'Inserm. En effet, 30 % des UD ont fait part de leurs difficultés pour obtenir des seringues, même dans les grandes villes comme Paris⁵³.



⁵² L'étude ANRS Coquelicot 2011-2013 a été réalisée afin d'estimer la proportion d'UD infecté.e.s par le VIH/SIDA et de comprendre les déterminants de l'exposition aux risques infectieux. Cette étude a concerné 1 718 UDVI et a été réalisée dans 122 structures réparties entre Bordeaux, Lille, Marseille, Paris, la Seine-Saint-Denis et Strasbourg.

⁵³ L. WEILL-BARILLET, J. PILLONEL, C. SEMAILLE, L. LEON, Y. LE STRAT, X. PASCAL, F. BARIN, M. JAUFFRET-ROUSTIDE, Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey

Présentation de l'enquête

De nombreux militant.e-s d'Act Up-Paris ont eu écho ou ont rencontré des difficultés à se procurer un Stéribox® en pharmacie. Dans ce contexte, et dans une démarche de santé communautaire, des militant.e-s ont souhaité réaliser une enquête de testing auprès de pharmacies parisiennes visant à mesurer la disponibilité des Stéribox® et des jetons.

Pourquoi Paris ?

Une capitale, dans une région particulièrement marquée par le VIH et le VHC

- **L'Île-de-France, l'une des régions à la plus forte incidence VIH**

6 400 nouvelles infections à VIH sont survenues en 2017. Ces contaminations sont survenues dans 3 600 cas (56%) lors de rapports hétérosexuels, 2 600 cas (41%) lors de rapports sexuels entre hommes et 130 cas (2%) par usage de drogues injectables⁵⁴. De plus, 48% de ces contaminations concernent des personnes nées hors de France.

On constate des disparités régionales très importantes. Alors que la moyenne nationale s'établit à 90 découvertes de séropositivité par million d'habitant.e-s en 2016, ce taux s'établit à 907 en Guyane, 238 en Guadeloupe, 206 en Île-de-France (IDF) et 172 en Martinique⁵⁵. Ainsi, la région IDF, par sa densité de population, concentre 42% des cas de découvertes de séropositivité.

En outre, la répartition géographique de « l'épidémie cachée », c'est-à-dire des personnes ignorant leur séropositivité, est semblable à la répartition géographique des nouvelles infections. Sur les 24 800 personnes ignorant leur séropositivité pour le VIH à la fin de l'année 2013 en France métropolitaine, plus de 50% vivaient dans trois régions: IDF (42%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (6%) et Rhône-Alpes (6%).

- **L'Île-de-France, l'une des régions à la plus forte prévalence VHC**

Selon les données du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram), rapportées à la population, le nombre de bénéficiaires d'une affection de longue durée (ALD) pour une hépatite chronique C en 2015 était de 95 pour 100 000 habitants, plus de deux fois plus élevé en métropole que dans les départements d'outre-mer (DOM). En métropole, les nombres de bénéficiaires rapportés à la population sont les plus élevés en Corse, PACA, IDF et Occitanie⁵⁶.

⁵⁴ SPF, Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017, Bulletin de santé publique, 28 mars 2019.

⁵⁵ SPF, Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2003-2016.

⁵⁶ Annexe 1

• L' Île-de-France, l'une des régions à la plus forte incidence VHC

L'enquête LaboHep 2013 - une des seules ressources disponibles quant à la répartition régionale du VHC - met en évidence des disparités régionales marquées aussi bien pour les dépistages des anticorps (Ac) anti-VHC que pour les résultats des tests. Surtout, elle démontre l'importance de l'incidence VHC en IDF.

En effet, alors que le nombre de sérologies de dépistage des Ac anti-VHC par habitant-e est quasiment similaire en IDF et en PACA, autour de 75 / 1000 habitant-e-s, le nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs est de 109 / 100 000 en IDF, contre 67 / 100 000 habitant-e-s en PACA. De plus, l'IDF observe un taux d'incidence VHC plus de 2 fois supérieur à la valeur observée en France métropolitaine (50 / 100 000)⁵⁷.

Une capitale dans une région où les UD sont particulièrement démunie-s face aux risques

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande la délivrance de 200 seringues par UDVI par an. Pourtant, en France, en 2015, 110 seringues ont été distribuées en moyenne par usager-e injecteur-riche au cours des douze derniers mois, soit près de 12 millions de seringues, pour un peu plus de 100 000 injecteur-riche-s âgé-e-s de 15 à 64 ans⁵⁸.

Ce taux de couverture national, en deçà du seuil recommandé, recouvre des disparités régionales importantes. En IDF, le nombre moyen de seringues distribuées par UDVI était compris entre 53 à 98 au cours de l'année 2014 pour ceux fréquentant le dispositif spécialisé toute modalité d'offre réunie (CAARUD, ventes de Stéribox en pharmacie, automates, CSAPA et RDR à distance⁵⁹). À ce titre, la région IDF fait partie des régions où le nombre de seringues distribuées par usager-e est le moins important, au même titre que les Hauts-de-France ou la Nouvelle-Aquitaine, et ce malgré des taux d'incidence et de prévalence VIH/VHC particulièrement élevés et une « épidémie cachée » importante. A contrario, certaines régions distribuent jusqu'à en moyenne 365 seringues par UDVI dans l'année, comme la région Grand-Est ou la Normandie⁶⁰.

⁵⁷ C. PIOCHE, L. LEON, C. LARSEN, F. LOT, J. PILLONEL, C. BROUARD, Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. B.E.H. 2015;(26-27):478-84. ; Annexes 2 et 3

⁵⁸ C. DÍAZ GÓMEZ, Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. Tendances, OFDT, 2018, n° 124, 6 p. ; E. JANSSEN, Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. Journal of Public Health (Oxf), 2018, Vol. 40, n° 2, p. e180-e188.

⁵⁹ Cf p.33

⁶⁰ C. DÍAZ GÓMEZ, Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. Tendances, OFDT, 2018, n° 124, 6 p. ; Annexe 4

De plus, la distribution des seringues est assurée essentiellement par les CAARUD (61 %) et les ventes en pharmacie via les Stéribox® (28 %) ⁶¹. Or, on observe une baisse du nombre de vente de Stéribox à l'échelle nationale, et qui touche particulièrement la région IDF ⁶².

Il en résulte que les UD situés en IDF sont particulièrement démunis face aux risques.



⁶¹ Le reste provient de CSAPA, d'automates hors gestion CAARUD et de la RDR à distance.

⁶² OFDT-ODICER, Vente de Stéribox® pour 100 habitants de 15 à 74 ans, entre 1997 et 2017. <https://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic> (page consultée le 27 mars 2019).

Méthode

Act Up-Paris souhaitant mettre en exergue les difficultés que rencontrent les UD à se procurer du matériel stérile, a mené une enquête afin de dresser un diagnostic de la disponibilité des Stéribox® et des jetons.

Cette enquête a été réalisée par une action de testing menée par des usager·e·s et militant·e·s d'Act Up-Paris dans les pharmacies parisiennes entre 2018 et 2019. La coordination de ce projet a été assurée par la Commission drogues et usager·e·s. Cette commission travaille sur toutes les questions relatives aux personnes consommant des produits psychoactifs licites ou illicites et les effets de la criminalisation de cette consommation sur l'accès aux soins, et les interactions possibles avec les problématiques liées au VIH, à l'hépatite C, et autres co-morbidités.

Il s'agissait de confirmer les plaintes qui nous étaient transmises et d'inscrire notre action dans le prolongement du travail mené par d'autres acteur·rice·s, tels qu'ASUD et l'association SAFE.

Un nombre représentatif de pharmacies (277) a été tiré au sort, en fonction de la densité d'officines⁶³ par rapport au nombre d'habitant·e·s dans chaque arrondissement ⁶⁴. Au total, 360 pharmacies ont été testées, soit 36,5% des 987 que comptent Paris.

Il s'agissait de se rendre en pharmacie par binôme et de poser les questions suivantes :

- Est-il possible d'avoir un Stéribox® ?
- À quel prix vendez-vous le Stéribox® ?
- Disposez-vous de jetons ?

La réponse à ces questions a permis d'obtenir un certain nombre de données quantitatives, complétées par un versant qualitatif, certains commentaires tant relatifs à des explications ou précisions qu'à des comportements que pouvaient adopter les pharmacien·ne·s ayant été reportés par les militant·e·s.

Le détail de la méthode et des résultats figure en annexe 5.

⁶³ FINESS ; Liste des pharmacies parisiennes, leurs coordonnées, adresse et géolocalisation; septembre 2013.

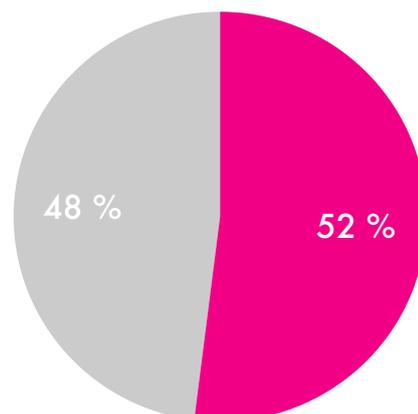
⁶⁴ INSEE, Populations légales des arrondissements municipaux en vigueur au 1er janvier 2017 - date de référence statistique : 1er janvier 2014.

Résultats : un accès aléatoire et limité

1 – Relatifs à la disponibilité

Une faible majorité de pharmacies commercialisent des Stéribox®. Sur les 360 pharmacies interrogées, seules 187 en disposaient, soit 52%. Ces chiffres s'inscrivent dans la continuité de ce qui s'observe depuis plusieurs années. En 2010, l'enquête PharmAsud 2010-2011⁶⁵ menée par ASUD et l'association SAFE estimait déjà ce taux à 53%. Cette carence ne peut qu'être déplorée, la vente du Stéribox® présentant l'intérêt pour le·la pharmacien·ne de mener une véritable action de santé publique, sans même avoir à entamer un dialogue. En effet, bien qu'Act Up-Paris aimerait que l'ensemble des pharmacien·ne·s conseillent et orientent tout UD qui se présenterait en officine et solliciterait des conseils, le Stéribox® présente l'intérêt de contenir un mode d'emploi. Ainsi, par sa simple commercialisation et diffusion, le·la pharmacien·ne mène une action de prévention. Ce constat ne peut donc que nous interpeler et appelle de nécessaires solutions afin de lever les freins actuels.

DISPONIBILITE DES STÉRIBOX® DANS LES PHARMACIES

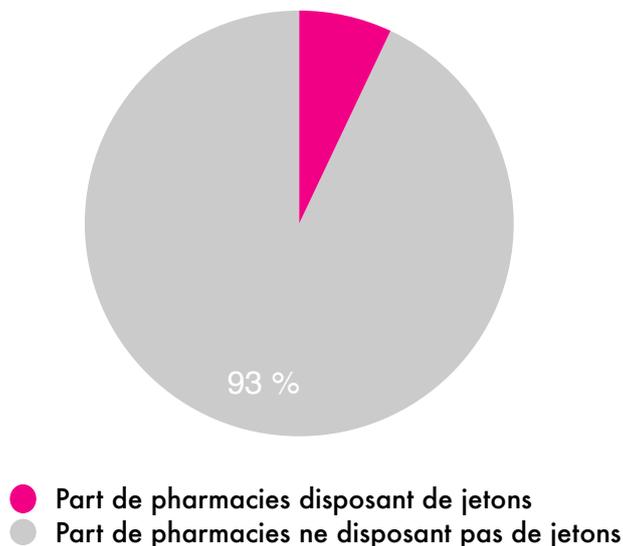


- Part de pharmacies disposant d'un Stéribox
- Part de pharmacies ne disposant pas de Stéribox

⁶⁵ ASUD et ASSOCIATION SAFE, Enquête PharmAsud 2010-2011.

Quant aux jetons, une part infime de pharmacies en disposent. Sur les 360 pharmacies interrogées, seules 27 ont répondu positivement, soit 7,5%.

DISPONIBILITÉ DES JETONS DANS LES PHARMACIES



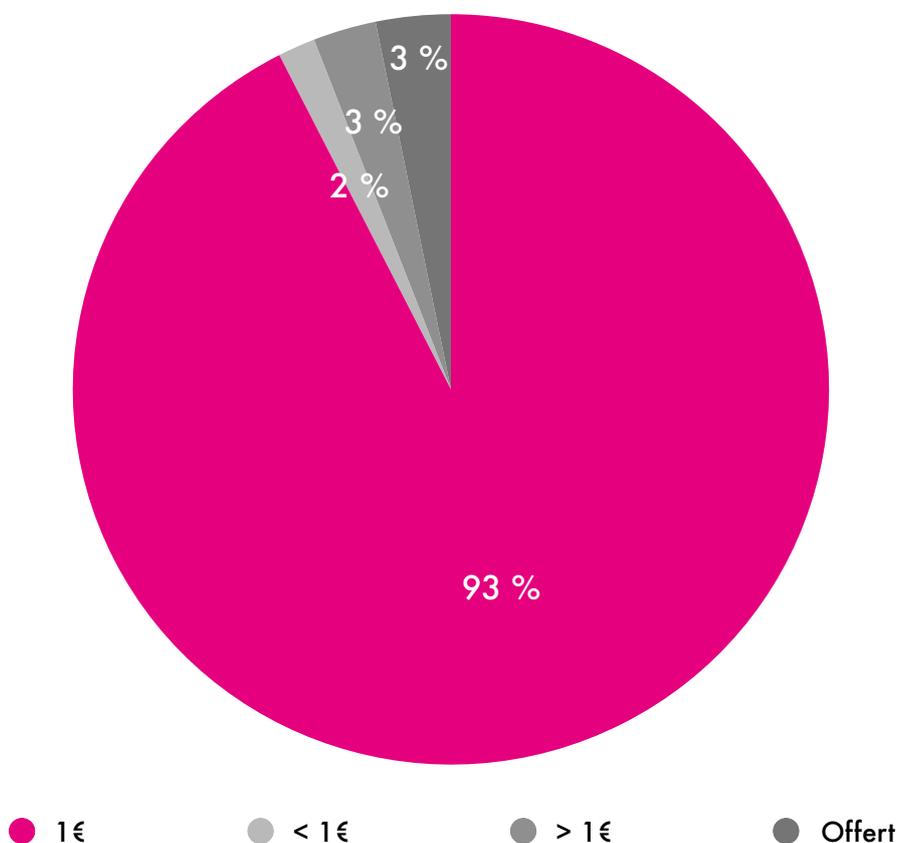
Ces résultats, bien qu'ils soulèvent des questions dans la mise en oeuvre de la politique de RDR et à son accès, sont à rattacher à l'évolution de la politique de distribution des jetons. Cette distribution relève, à Paris, de la compétence de l'association SAFE. Après avoir constaté que distribuer des jetons dans l'ensemble des pharmacies était inefficace, tant nombre d'entre elles ne les rendaient pas disponibles pour autant, l'association SAFE, sur accord de l'Agence Régionale de Santé (ARS), distribue désormais des jetons à seulement quelques pharmacies identifiées comme souhaitant s'investir. En parallèle, l'association concentre ses efforts à la diffusion de jetons dans des lieux fréquentés par les UD (CAARUD, CSAPA, hôpitaux, services d'urgence, mairies). Ces faibles résultats doivent donc être interprétés au regard du contexte réfractaire dans lequel l'association SAFE cherche à inscrire son action.

Nous ne pouvons que regretter que le déploiement de la RDR en officine relève du bon vouloir des titulaires. Leurs choix, qui s'apparentent à des clauses de conscience, n'ont pas vocation à exister lorsqu'il s'agit de santé publique.

S'agissant du prix de vente du Stéribox®, le Code de la santé publique prévoit que «lorsque le pharmacien est, en vertu de la réglementation en vigueur, appelé à fixer librement les prix pratiqués dans son officine, il doit y procéder avec tact et mesure⁶⁶».

Act Up-Paris constate que cette règle semble largement respectée par les pharmaciens s'agissant du Stéribox®. En effet, le prix de vente conseillé est de 1€. Sur les 187 pharmacies disposant d'un Stéribox®, 173 les vendent à 1 €, 3 à un prix inférieur à 1€ et 6 l'offre. Toutefois, 5 pharmacies vendent le Stéribox® à un prix supérieur à 1€ (jusqu'à 1,40€).

PRIX DE VENTE D'UN STÉRIBOX® EN PHARMACIE

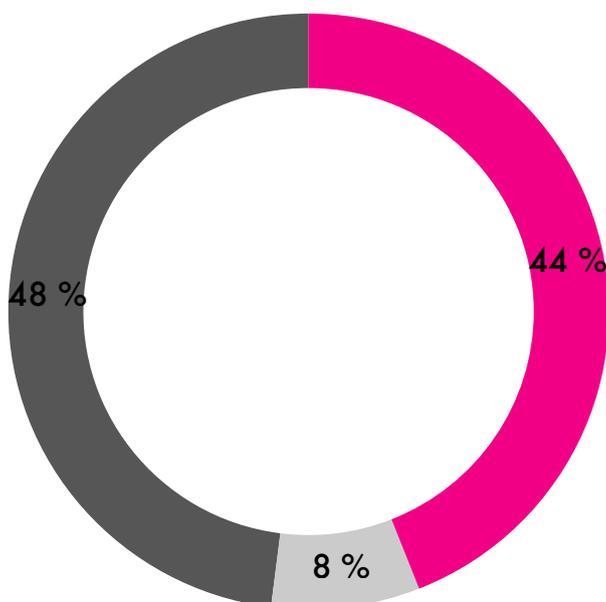


⁶⁶ CSP, Art.R4235-65.

2– Relatifs à l'accès

Au total, 48% des pharmacies testées ne disposent ni de jetons, ni de Stéribox®. Seules 8% disposent des deux dispositifs.

● Stéribox® ● Stéribox® et jetons ● Ni Stéribox®, ni jetons



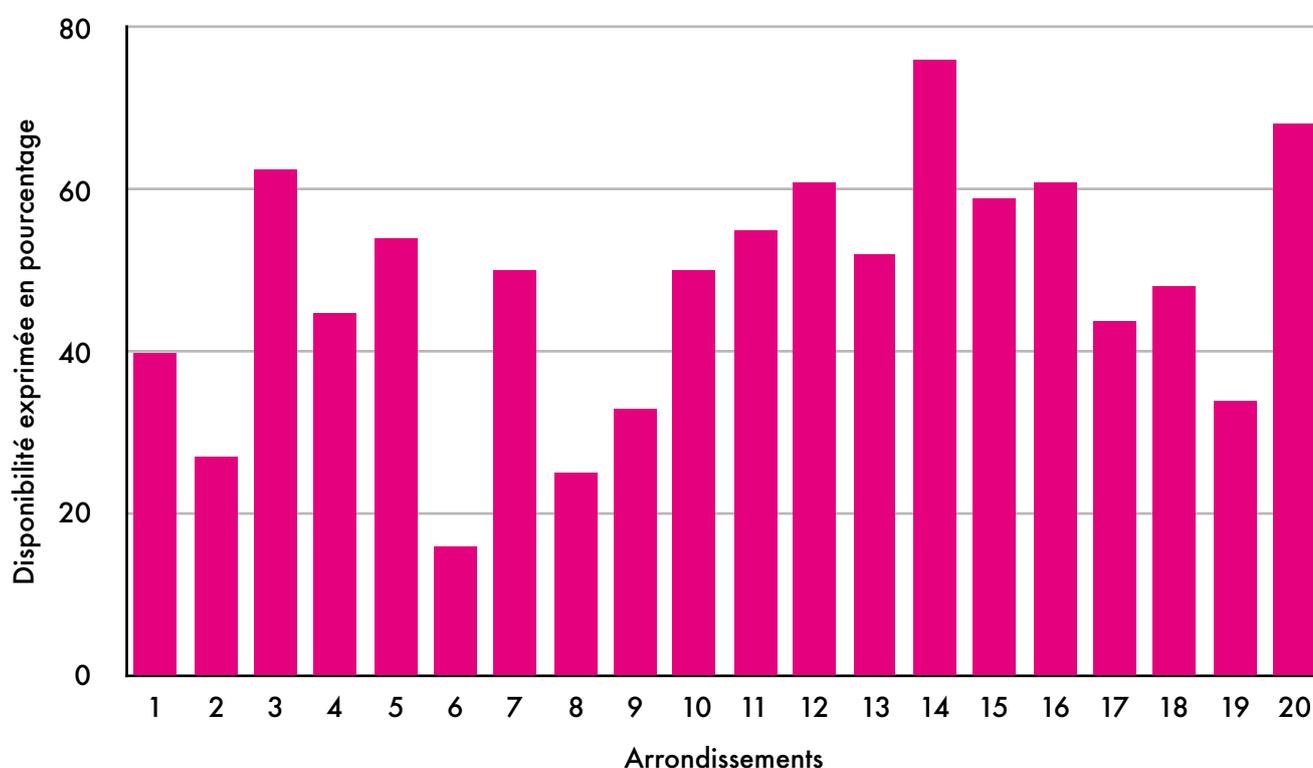
Act Up-Paris ne peut que s'interroger face à ce constat : dans quelle mesure la non-disponibilité de ces deux dispositifs de RDR en officine relève-t-elle davantage d'un manque d'informations des pharmaciens que d'une volonté de ces derniers de ne pas en disposer ? La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) donne pourtant de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du/de la pharmacien-ne d'officine qu'elle consacre comme un acteur-riche à part entière du système de soins. La loi HPST ouvre ainsi la possibilité d'élargir et de valoriser les compétences du/de la pharmacien-ne d'officine, notamment du point de vue des missions de santé publique, ce que la convention nationale pharmaceutique de 2012 a cherché à acter. Signée par les deux syndicats représentatifs de la profession et l'Etat, à travers l'Assurance maladie, elle a eu le mérite de mettre en exergue les missions d'accompagnement et de conseils du/de la pharmacien-ne et notamment son rôle dans la prévention et le dépistage⁶⁷. Nous ne pouvons donc qu'en déduire que cette convention est insuffisamment suivie d'effets en matière de réduction des risques.

⁶⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184.

On constate des disparités géographiques importantes au sein du département.

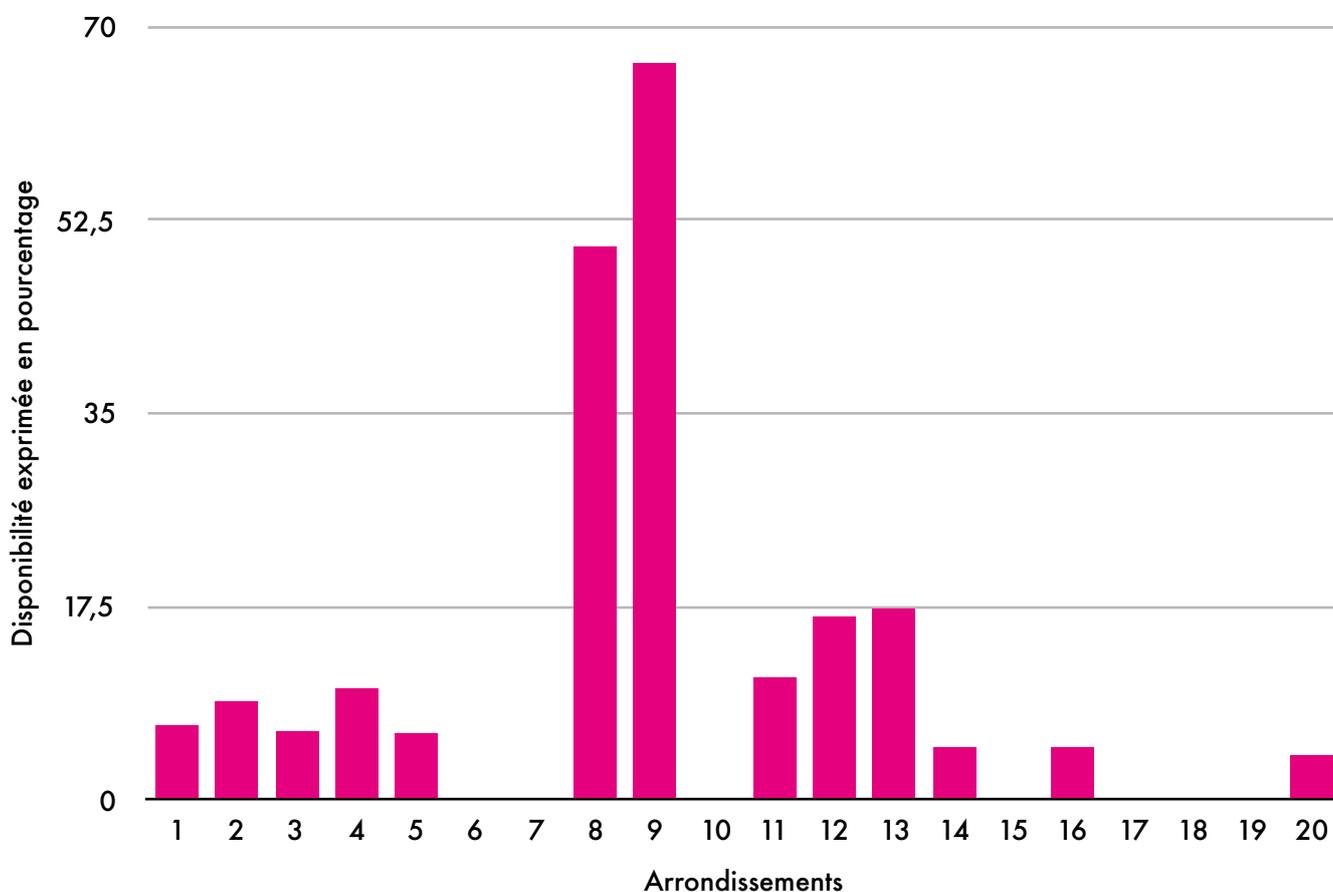
S'agissant du Stéribox®, dans chaque arrondissement, 46% de pharmacies en disposent en moyenne. Toutefois, des écarts de disponibilité importants s'observent d'un arrondissement à l'autre. Par exemple, dans le 6ème arrondissement, 16,67% des pharmacies testées disposent de Stéribox®, contre 76,19% dans le 14ème arrondissement.

DISPONIBILITÉ DU STÉRIBOX® EN PHARMACIE, PAR ARRONDISSEMENT



S'agissant des jetons, en moyenne, dans chaque arrondissement, 10,7% de pharmacies en disposent. L'écart de disponibilité d'un arrondissement parisien à un autre est très important puisqu'il s'établit entre 0% et 66,7% (9ème arrondissement).

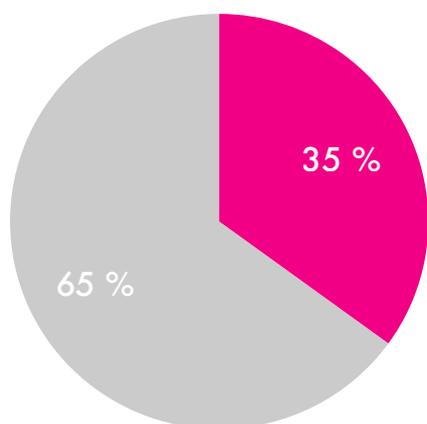
DISPONIBILITÉ DES JETONS EN PHARMACIE, PAR ARRONDISSEMENT



7 arrondissements (les 6, 7, 10, 15, 17, 18 et 19èmes) ne comptent aucune pharmacie disposant de jetons, soit 35%.

Ces disparités géographiques importantes sont :

- sans lien avec les lieux où la consommation de drogues est plus importante ;
- sans lien avec l'emplacement des CAARUD, CSAPA et distribox.



- Part des arrondissements ne comptant aucune pharmacie disposant de jetons
- Part d'arrondissement comptant au moins 1 pharmacie disposant de jetons

Découlent de ces disparités des inégalités inacceptables d'accès au matériel de RDR.

Ces disparités géographiques, bien qu'elles soient problématiques et qu'il ne convient pas de minimiser leurs conséquences, sont quelques peu compensées par la densité de pharmacies parisiennes, encore que cela suppose une démarche active de la part des UDVI d'inscrire leur consommation dans la RDR. En revanche, une telle possibilité est inenvisageable dans certains territoires où les pharmacies sont peu nombreuses, voire les seuls relais de santé publique dans certaines communes. En effet, alors qu'on compte 921 officines à Paris, soit 874 officines pour 100km², on en compte 61 dans la Creuse ou 84 dans l'Indre, soit 1 officine pour 100km² dans chaque 68 département.

Ces chiffres ne signifient pas pour autant que le maillage officinal ne permet pas de recouvrir les besoins car, même si on assiste depuis le début des années 2000, à la fermeture de nombreuses pharmacies, cette situation se présente généralement sur des territoires qui se caractérisaient par une surdensité officinale. En effet, malgré ces fermetures, 97% des français-es vivaient à moins de 10 minutes en voiture d'une officine en 2016⁶⁹. En revanche, cela signifie que si la densité de pharmacie est faible sur le territoire, la possibilité d'y trouver du matériel de RDR est minimisée elle aussi, d'autant qu'il existe de grandes inégalités dans la répartition géographique des dispositifs spécialisés (CAARUD, CSAPA, etc).

En effet, en France, la couverture géographique des structures de RDR n'est pas complète et leur répartition sur le territoire demeure hétérogène. « *En 2014, près d'un département sur dix ne possède pas de CAARUD⁷⁰*», dont la Creuse. De plus, « *dans les départements qui en sont dotés, les structures sont fortement concentrées dans les communes de grande taille. Ainsi, un peu plus de la moitié des CAARUD (n=76) est implantée dans une commune urbaine de plus de 200 000 habitants. Aucune structure ne se trouve en zone rurale et seules 3 d'entre elles sont implantées dans une commune urbaine de petite taille (moins de 20 000 habitants)⁷¹*».

⁶⁸ ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, 2019 - INSEE, 2019.

⁶⁹ O. LE GALL; V. JAOUEN; B.VINCENT; M. MAGNIEN, La régulation du réseau des pharmacies d'officine, Inspection générale des finances, octobre 2016, p.5

⁷⁰ C. DÍAZ GÓMEZ, M. MILHET, Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. Tendances, OFDT, 2016, n° 113, 6 p.

⁷¹ *Ibid.*

À l'occasion de notre rencontre avec certain-e-s intervenant-e-s du CAARUD du Val d'Oise, il nous a été souligné les limites de la localisation géographique de leur structure, le département du 95 se caractérisant par une ruralité importante, tout comme les départements de la Seine-et-Marne (77) et l'Essonne (91). Il serait donc pertinent de réfléchir à une implantation davantage adaptée aux besoins des usager-e-s, et de multiplier le nombre de structures spécialisées.

En 2015, environ un tiers des usager-e-s identifient l'éloignement géographique (36 %) et l'inexistence ou l'insuffisance de l'offre de matériel de RDR (29 %) comme les principaux motifs de recours au dispositif d'obtention du matériel par voie postale⁷². Le dispositif de RDR à distance, géré par l'association SAFE, qui consiste en un service gratuit de conseil personnalisés et en l'envoi de matériel stérile, présente donc un intérêt essentiel pour les UD se situant dans ces zones. Des efforts de la part des pouvoirs publics pour soutenir cette initiative sont nécessaires mais semblent loins d'être une priorité pour ces derniers⁷³.

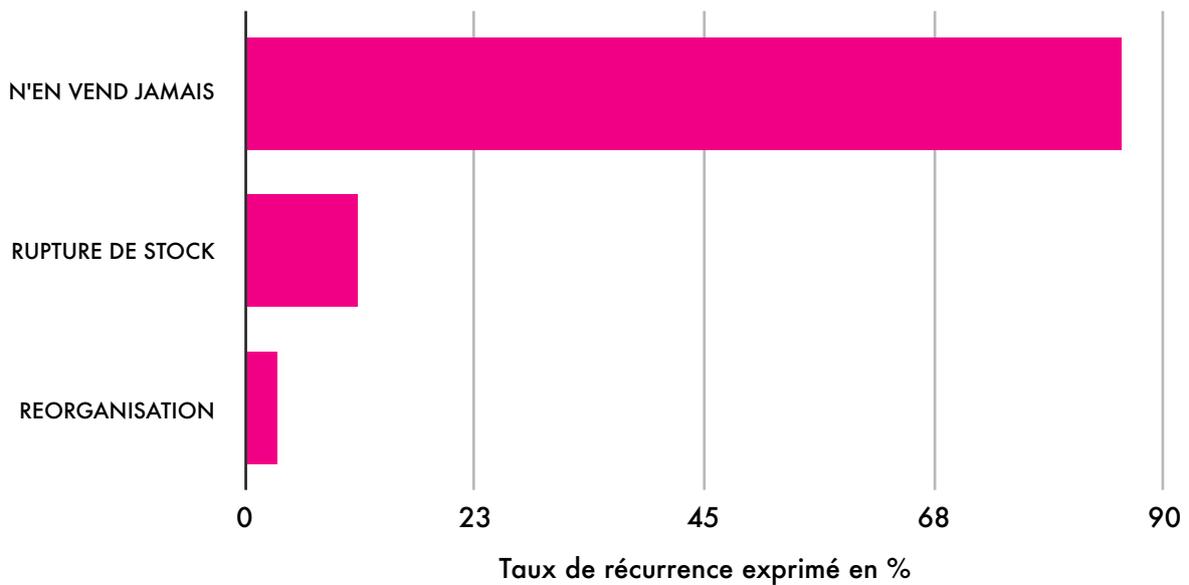
⁷² ASSOCIATION SAFE, Réduction des risques à distance. Résultats en régions pour l'année 2015, 2016, 4 p.

⁷³ Réduction des risques à distance : stop aux inégalités régionales, pour une offre nationale ! https://www.rdr-a-distance.info/images/Actualite/CP-RDR-a-distance-VF.pdf?fbclid=IwAR0CiOAlsk731PfJdoHg-bchESMZsaaN4Uz_m8RRD00Nv3K9SMJtbzFmy8FI

3– Résultats qualitatifs

Les pharmaciens interrogés ont soulevé 3 raisons principales pour expliquer la non disponibilité de Stéribox® dans leur officines : ils-elles n'en vendent jamais (86%), ils-elles sont en rupture de stock (11%) ou ne parviennent pas à le trouver, en raison d'une réorganisation interne (3%).

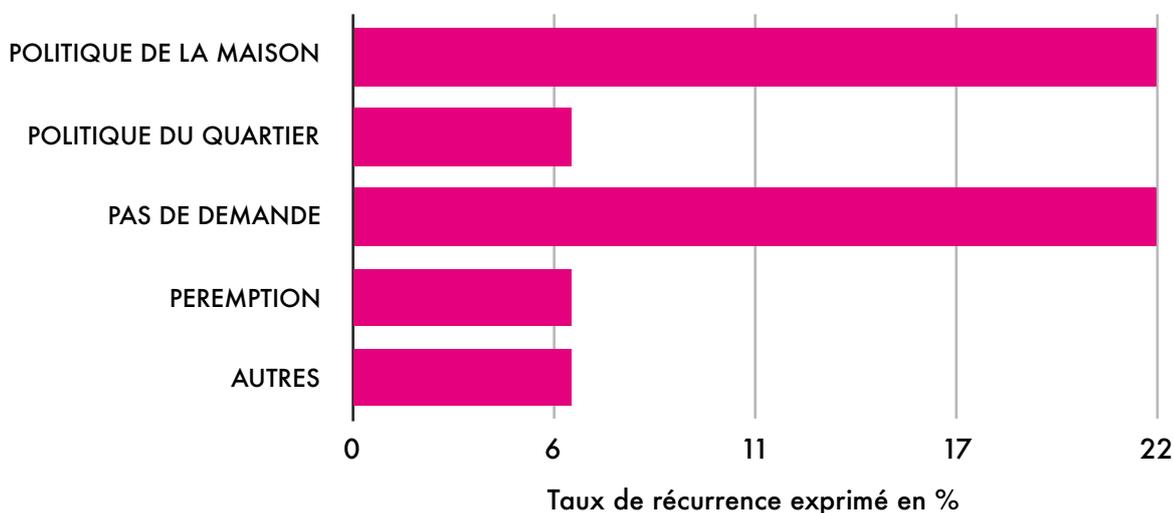
ARGUMENTS AVANCÉS À LA NON DISPONIBILITÉ DE STÉRIBOX®



Pour justifier qu'ils-elles ne vendent jamais de Stéribox®, des arguments variés sont avancés :

- l'absence de demande de ce matériel (22 %) ;
- la politique de la maison (22%) ;
- la politique du quartier (6%) ;
- la péremption du matériel (6%).

ARGUMENTS AVANCÉS POUR JUSTIFIER LA NON DISPONIBILITÉ PERMANENTE DE STÉRIBOX®



Les motifs allégués d'absence de demande ou de péremption du matériel posent des questions quant à leur véracité et leur pertinence. Rappelons que le prix d'achat du kit est de 1€ pour l'officine. L'intérêt de santé publique que représente la disponibilité du Stéribox® en officine fait donc clairement pencher la balance entre risque de péremption du matériel et intérêt de disposer de celui-ci pour tout UD qui se présenterait. De plus, se baser sur l'absence de demande pour expliquer une non-disponibilité est un argument fallacieux, en particulier lorsqu'on le met en corrélation avec les emplacements des officines en question, situées dans des arrondissements où les UD sont présent.e.s. Le manque d'information et de visibilité sur la mise à disposition de matériel d'injection contribue également à expliquer cette supposée absence de demande.

Quant au fait que la politique de la maison ou la politique du quartier soient des arguments avancés pour expliquer l'absence de Stéribox®, il s'agit d'arguments choquants et inadmissibles. L'ensemble de ces motifs ne permet aucunement de justifier l'absence de disponibilité et créé, par la même, des discriminations entre usager.e.s. Il en résulte une concentration de cette population dans les pharmacies volontaires, entraînant une surcharge de travail difficile à gérer.

En outre, Act Up-Paris ne peut que déplorer un déficit quantitatif et qualitatif en matière de conseils et d'orientation de la part des équipes officinales quant au dispositif de RDR. Il est fort à parier que nombreuses sont celles qui, bien qu'elles puissent se féliciter de disposer d'un Stéribox®, ne savent pas pour autant ce qu'il contient et sont ainsi incapables de délivrer un message de prévention et d'orienter l'usager.e.



Discussions autour de l'enquête

Cette enquête s'est limitée à mesurer 3 variables : la disponibilité des Stéribox®, le prix de vente des Stéribox® et la disponibilité des jetons en pharmacies parisiennes entre 2018 et 2019. Le testing s'est donc opéré dans un champ territorial donné et n'a pas mesuré le niveau de délivrance des TSO ou du matériel stérile autre que le Stéribox®, qui s'inscrivent pourtant également dans le champ de compétence du·de la pharmacien·ne et participent à la politique de RDR. Cette délimitation s'explique par des ressources humaines et matérielles limitées, qui ne permettaient pas d'envisager une enquête de plus grande ampleur. Act Up-Paris ne prétend donc pas rendre compte, à travers cette enquête, de l'application de l'ensemble de la politique de RDR sur le territoire et en officine mais bien de démontrer, à travers l'établissement d'un panorama de la disponibilité du Stéribox® et des jetons, combien elle doit encore trouver à se développer, pour répondre au mieux aux besoins des usager.e.s et tendre vers une égalité dans l'accès aux soins et à la RDR. De plus, il convient d'ajouter que lorsque les officines ne disposaient pas du Stéribox®, il n'était pas pour autant proposé d'alternatives par les pharmacien.ne.s, à savoir l'achat de seringues et de matériel stérile en dehors d'un kit. Ce silence ne peut qu'être interprété comme un manque de considération et de volonté de satisfaire les besoins de l'utilisateur.

Par ailleurs, s'agissant des données qualitatives recueillies, elles ne peuvent être considérées comme représentatives, les militant.e.s d'Act Up-Paris ayant participé au testing n'ayant annoté que 37 pharmacies sur les 360 testées. On peut tout de même remarquer que les « justifications » avancées sont les mêmes que celles relevées lors de l'enquête PharmAsud 2010-2011⁷⁴ menée par ASUD et l'association SAFE qui visait à mesurer la délivrance du matériel d'injection, des jetons et des MSO en officines ou par l'enquête menée par l'Observatoire des Droits des Usagers intitulée « *Les pharmacies parisiennes et la délivrance des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)* »⁷⁵.

De plus, elles s'accompagnent très souvent de comportements inadaptés et discriminants, en parfaite incohérence avec le rôle d'acteur·rice de santé publique qu'est censé jouer le·la pharmacien·ne d'officine. L'enquête menée par Tiphaine CANONNE révélait notamment que, bien que seul.e.s 15% des sondé.e.s reprochent au·à la pharmacien·ne de leur « *faire la morale* », 59% jugent être l'objet de « *mauvais regards* » de la part du·de la professionnel·le. Il en résulte que « *35% des personnes interrogées ressentent l'achat de matériel d'injection en pharmacie comme "une épreuve"* »⁷⁶. Il semble donc important de mettre les quelques données recueillies par Act Up-Paris en perspective avec ces dernières.

⁷⁴ ASUD et ASSOCIATION SAFE, *op. cit.*

⁷⁵ F.OLIVET (dir.), ODU, Enquête sur la délivrance des Traitements de Substitutions aux Opiacés, réalisée du 20 juillet au 25 août 2018.

⁷⁶ T. CANONNE, *op. cit.*

Revendications et recommandations

Compte-tenu de la situation sanitaire des UD et à leur exposition quant au VIH/SIDA et au VHC, aux limites que rencontrent la politique de RDR en France, tant en officine, qu'à travers les autres dispositifs mis en place, et au fait que la politique de RDR semble paralysée, Act Up-Paris exige :

> Du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

• D'encourager la vente de Stéribox® au prix conseillé de 1€ et plus généralement, de matériel d'injection stérile, en officine :

- afin de garantir un accès minimum au matériel de RDR à l'ensemble des UD, où qu'ils-elles se trouvent sur le territoire national ;

- afin de favoriser le dépistage et la prise en charge, en particulier du VIH/SIDA et du VHC. En effet, le-la pharmacien·ne est un·e acteur·rice de premier plan vis-à-vis des UD, ces dernier·e·s étant souvent éloigné·e·s du système de soins, du fait de la stigmatisation qui pèse sur eux·elles. Cette population se dépiste donc peu, malgré sa forte exposition au risque, comme le démontre le fait que plus de 50% des UDVI diagnostiqué·e·s séropositif·ve·s le sont à un stade avancé⁷⁷.

• De rappeler aux pharmaciens·ne·s d'officine leur rôle d'acteur·rice de santé publique : les motifs allégués à l'appui de la non-disponibilité du Stéribox® par les équipes officinales s'attachent principalement aux refus des titulaires d'officine d'avoir, parmi leur patientèle, des UD. Or, comme il a pu être développé précédemment, il s'agit d'arguments inacceptables qui créent des discriminations entre usager·e·s et des inégalités dans l'accès à la santé et à la prévention. Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens doit donc rappeler aux pharmaciens·ne·s d'officine l'objectivité qu'ils-elles se doivent de respecter dans l'exercice de leur art dans un objectif de santé publique.

⁷⁷ SPF, Bulletin de santé publique, Édition nationale, 27 mars 2019, p.4.

> De l'Etat

• **De réaliser une enquête complète analysant notamment les habitudes de consommation, les besoins, la qualité de vie des UDVI, en corrélation avec leur répartition géographique afin d'adapter les différents dispositifs existants à la réalité des besoins.** Tout au long de l'élaboration de ce rapport, Act Up-Paris n'a pu que déplorer l'obsolescence et le manque de données disponibles. Il est donc essentiel que de tels travaux voient le jour, sur la base de données actualisées. Il sera alors envisageable de tendre vers une plus grande effectivité du droit à la santé et d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes concernées.

• **Une communication publique sur la politique de RDR :** le silence qui entoure le dispositif de RDR traduit une hypocrisie de l'Etat, qui cherche seulement à valoriser la dimension répressive de sa politique à l'égard des drogues, et non sa dimension préventive. L'Etat ne peut se contenter de mettre en place certains dispositifs et de les financer. Il lui appartient d'en faire la promotion, afin que chacun-e puisse en bénéficier. Nous demandons une communication grand public présentant l'ensemble des dispositifs existants permettant à la fois de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir la santé. Une formation spécifique auprès des jeunes de plus de 15 ans, chez qui l'on constate une augmentation de toutes les consommations, doit également être dispensée.

• **De rendre possible la délivrance de Nalscue® (naloxone) en pharmacies d'officine :** depuis 2016, pour lutter plus efficacement contre les surdoses mortelles aux opioïdes, un des objectifs poursuivis par la politique de RDR⁷⁸, un programme de distribution dans le cadre de l'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dont bénéficie le Nalscue® (antidote aux surdoses d'opioïdes sous forme de spray nasal) a été mis en place en France. Un millier de kits ont été distribués aux UD à la fin de l'année 2017 et 21 victimes de surdose ont été traitées avec une évolution favorable⁷⁹. Ces kits sont délivrés gratuitement et sans ordonnance obligatoire aux usager.e.s en CSAPA et en CAARUD. Bien que le Nalscue® bénéficie d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 2017, il n'est toujours pas disponible en pharmacie d'officine, faute d'accord entre les autorités et le laboratoire Indivior. De ce fait, Act Up-Paris demande au Comité économique des produits de santé de poursuivre les négociations afin de remédier à cette situation au plus vite, la disponibilité du Nalscue® en pharmacie permettant une porte d'entrée supplémentaire dans la RDR. Faute d'accord, l'Etat se doit de trouver des solutions. Casser le brevet d'Indivior sur le fondement d'un impératif de santé publique doit, à ce titre, être envisagé.

⁷⁸ CSP, Annexe 31-2, I- 2°.

⁷⁹ ANSM et INDIVIOR UK Ltd, 2018.

• **De développer l'analyse des drogues** afin d'évaluer leur composition et donc leur qualité afin de constituer une base de données qui soit gratuite, actualisée et accessible tant aux professionnel-le-s qu'aux usager-e-s. Les risques de surdose pourraient ainsi être anticipés. De plus, nous constatons une augmentation de l'achat de nouveaux produits de synthèse par internet avec, parfois, une mésinformation sur la concentration en principes actifs, voire une désinformation sur le principe actif contenu.

• **D'étendre la politique de RDR à la prison** : depuis la loi pénitentiaire de 2009⁸⁰, différents textes proposent de consolider les mesures de RDR et des dommages en prison. Les principaux axes d'amélioration escomptés concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les PES. La loi de modernisation de santé de 2016⁸¹ réaffirme ces ambitions (article 41). Pourtant, le silence de l'Etat persiste, notamment autour des PES en milieu carcéral. Act Up-Paris exige qu'un dialogue soit établi entre l'administration pénitentiaire et les associations de santé communautaire pour la mise en place effective d'un accès au droit commun en détention. Rappelons que la circulaire d'application⁸² de la loi du 18 janvier 1994⁸³ prévoit « *d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population* ».

• **De rendre effectif le principe d'égalité d'accès aux soins et à la prévention**, dans sa dimension territoriale : cela implique que l'implantation des dispositifs de distributeurs et récupérateurs de seringues ne doit plus relever d'une compétence de police administrative du maire, laissant de fait ces dispositifs soumis à des enjeux électoraux souvent loin de toute considération de santé publique.

⁸⁰ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JO n° 273 du 25 novembre 2009, p. 20192.

⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n° 22 du 27 janvier 2016.

⁸² Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JO n°29 du 3 fév. 1995 p. 1859.

⁸³ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO du 19 janvier 1994 n°15 p. 960.

• **Mettre fin à la Guerre à la Drogue** : En préférant l'utopie d'une éradication de la drogue à l'objectif d'en civiliser les usages, l'approche binaire de la loi de 70⁸⁴ qui encadre l'usage des drogues et organise la répression fait depuis trop longtemps (bientôt 50 ans) le lit de l'épidémie de VIH/SIDA et du VHC chez les UD, et a prouvé son inefficacité. Elle marginalise violemment les un·e·s dans l'illicite et abandonne les autres aux excès du marché. Seule une décriminalisation peut rendre envisageable l'éradication de ces épidémies. Alors que les législations étrangères actuelles sont de plus en plus nombreuses à s'inscrire en ce sens avec des résultats positifs concrets, comme au Portugal où l'on a assisté à une chute de 50% d'héroïnomanes, où le nombre de décès par overdoses est désormais 5 fois plus faible que celui de l'UE, et où le taux de nouvelles infections VIH a été divisé par 18 en 11 ans, la France s'entête et renforce constamment son arsenal répressif.

> **De l'Etat et de l'ensemble des acteur·rice·s concerné·e·s par la formation et la rémunération des pharmacienn·e·s d'officine**

• **De prévoir une formation relative à l'approche psycho-médico-sociale des addictions et à la RDR** au cours des études de pharmacies et dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). En effet, actuellement, rien d'obligatoire n'est prévu et seules certaines facultés dispensent de telles formations. Si le·la pharmacienn·e possède les connaissances nécessaires pour être efficace dans la prise en charge des UD, c'est généralement grâce à des efforts personnels. L'Etat ne peut se contenter d'une approche volontariste pour la prise en charge des UD, les faisant encore une fois passer pour des citoyen·ne·s de seconde zone et ne permettant pas à la politique de RDR d'atteindre ses objectifs et son ambition.

• **D'instaurer des incitations financières** pour encourager les pharmacienn·e·s à s'investir dans la RDR. Le mode de rétribution des officinaux étant quasiment exclusivement basé sur la perception d'une marge bénéficiaire, les actions de RDR (et de prévention en général) se retrouvent *de facto* conditionnées à leur engagement personnel dans le domaine concerné et au temps libre qu'ils arrivent à dégager dans leur exercice quotidien. Si les actions de RDR étaient rémunérées, les pharmacienn·e·s seraient davantage disposé·e·s à leur consacrer du temps. La mise en place des honoraires de dispensation pour les produits stupéfiants (TSO) par la convention nationale pharmaceutique de 2012 est une piste intéressante. Toutefois, un point de vigilance doit être apporté à l'augmentation des prix desdits produits.

⁸⁴ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, JO du 3 janvier 1971, p.65.

Conclusion

Depuis sa création, Act Up-Paris a eu à coeur de défendre toutes les populations touchées par l'épidémie de VIH/SIDA, et alors que les usager.e.s de drogues mourraient dans une indifférence quasi générale au côté des gays, un long combat pour la reconnaissance de leur existence s'est entamé.

Les victoires face à l'obscurantisme d'une morale mortifère se sont arrachées grâce à l'effort des personnes concernées et des associations les représentant, mais ces victoires ne doivent pas cacher le fait que nous sommes encore et toujours dans une société réactionnaire qui n'envisage pas l'usager.e autrement que comme un.e délinquant.e et/ou un.e malade lui enlevant toute agentivité. Il est donc évident que les considérer responsable de leur santé est impensable.

Les pouvoirs publics ont toujours agi par cache-misère, reprenant à leur compte des dispositifs souvent mis en place par les acteur.rice.s de terrain mais en les sous-dotant en moyens financiers et humains et leur ôtant leur aspect communautaire, bête noire de l'Etat, pourtant fondateur de la lutte contre le SIDA.

À force d'avoir réduit l'usager.e à une personne potentiellement à risque de contamination VIH, les personnes ont été oubliées et silenciées dans leur existence et leurs pratiques. Tous les efforts se sont concentrés sur la réduction au maximum du nombre de personnes contaminées sans réflexion quant à l'impact des politiques hypocrites de l'Etat en terme de lutte contre la toxicomanie. Cette silenciation a eu pour conséquence une prévalence largement supérieure à la moyenne nationale s'agissant du VHC.

Une première réponse de l'Etat pourrait être la reconnaissance de l'échec absolu de sa lutte prohibitionniste. Les rapports le montrent d'année en année : les consommations augmentent, se diversifient et rajeunissent. Pourtant, l'Etat s'enfonce de plus en plus dans le tout répressif car reconnaître son échec impliquerait une nécessaire réflexion quant aux raisons pour lesquelles les personnes consomment. Or, aborder la consommation de substances psychoactives illicites à travers le seul prisme de l'addiction permet de légitimer la position de citoyen.ne de seconde zone que réserve l'Etat aux usager.e.s. Ce serait aussi analyser le fait que l'usage de substances est partout sur le territoire et parmi toutes les populations, et enfin accepter le fait que les personnes consomment avant tout pour le plaisir. Malheureusement, force est de constater que la notion de plaisir n'est pas électoralement aussi intéressante que celle de sécurité ou de répression.

La chasse aux usager.e.s a l'effet inverse des politiques de réduction des risques mis en place par l'Etat. La stigmatisation et l'ostracisation empêchent ces personnes d'accéder aux ressources matérielles ou humaines dont elles ont besoin, craignant toujours d'être surveillées, arrêtées et enfermées, ou alors ne se sentent tout simplement pas concernées car ne ressemblant pas à l'image diabolisée et stéréotypée du toxico « punk à chien » renvoyée par la société.

Le tableau ne serait pas complet sans une analyse plus approfondie des populations qui restent particulièrement touchées par cette guerre : il est plus facile de consommer en étant un homme blanc issu des classes moyennes ou supérieures que de faire partie d'une minorité racisée ou de classe populaire.

En effet, les produits sont différents, souvent moins coupés, moins addictogènes, et avec une meilleure réputation, et les peines encourues lors d'arrestation sont souvent de l'ordre de l'amende, voire du rappel à la loi. Il suffit de voir l'explosion de la consommation de crack dans le nord de Paris, concernant principalement des populations précaires. De plus cette zone géographique concentre plusieurs sources de précarités qui peuvent se recouper et se mélanger (demandeur.se.s d'asile, réfugié.e.s, SDF, travailleur.se.s du sexe, etc) entraînant alors un cumul de vulnérabilités les exposant d'autant plus.

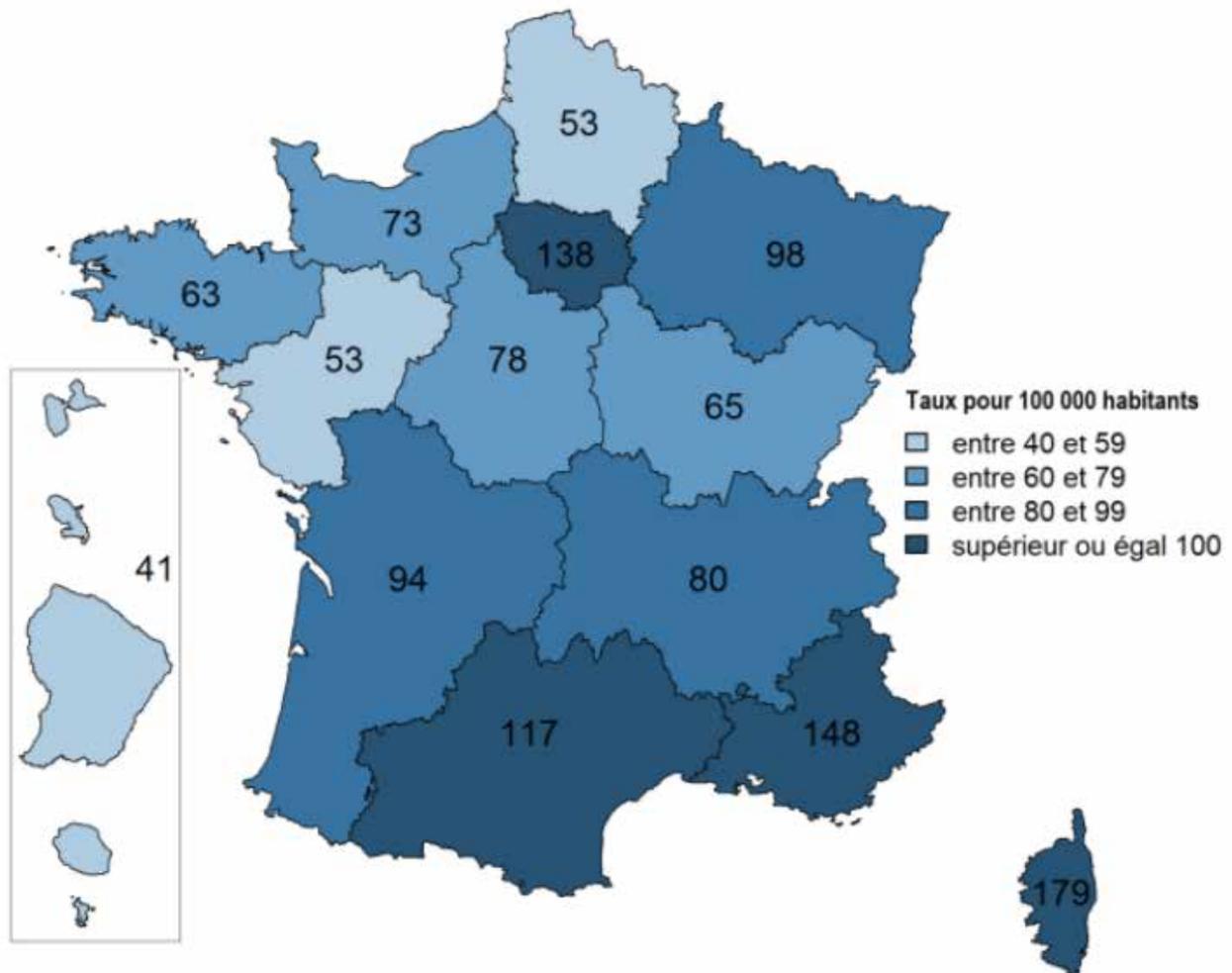
Par ailleurs, nous constatons une augmentation de la consommation par injection au sein de nouveaux groupes sociaux tels que la communauté gay, à travers la pratique du chemsex et le Slam. Cette communauté très au fait de la prévention sexuelle VIH l'est beaucoup moins en ce qui concerne les drogues. L'augmentation des contaminations au VHC le prouve.

Le SIDA est avant tout une épidémie politique. Ces constats amers ne sont pour nous que des rappels que la lutte est loin d'être gagnée et que nous continuerons quoiqu'il arrive à nous battre pour l'émancipation de tout.e.s, et pour le respect des pratiques et identités de chacun.e, seul moyen réel aujourd'hui d'éliminer définitivement l'épidémie de VIH/SIDA et de VHC.



Annexe 1

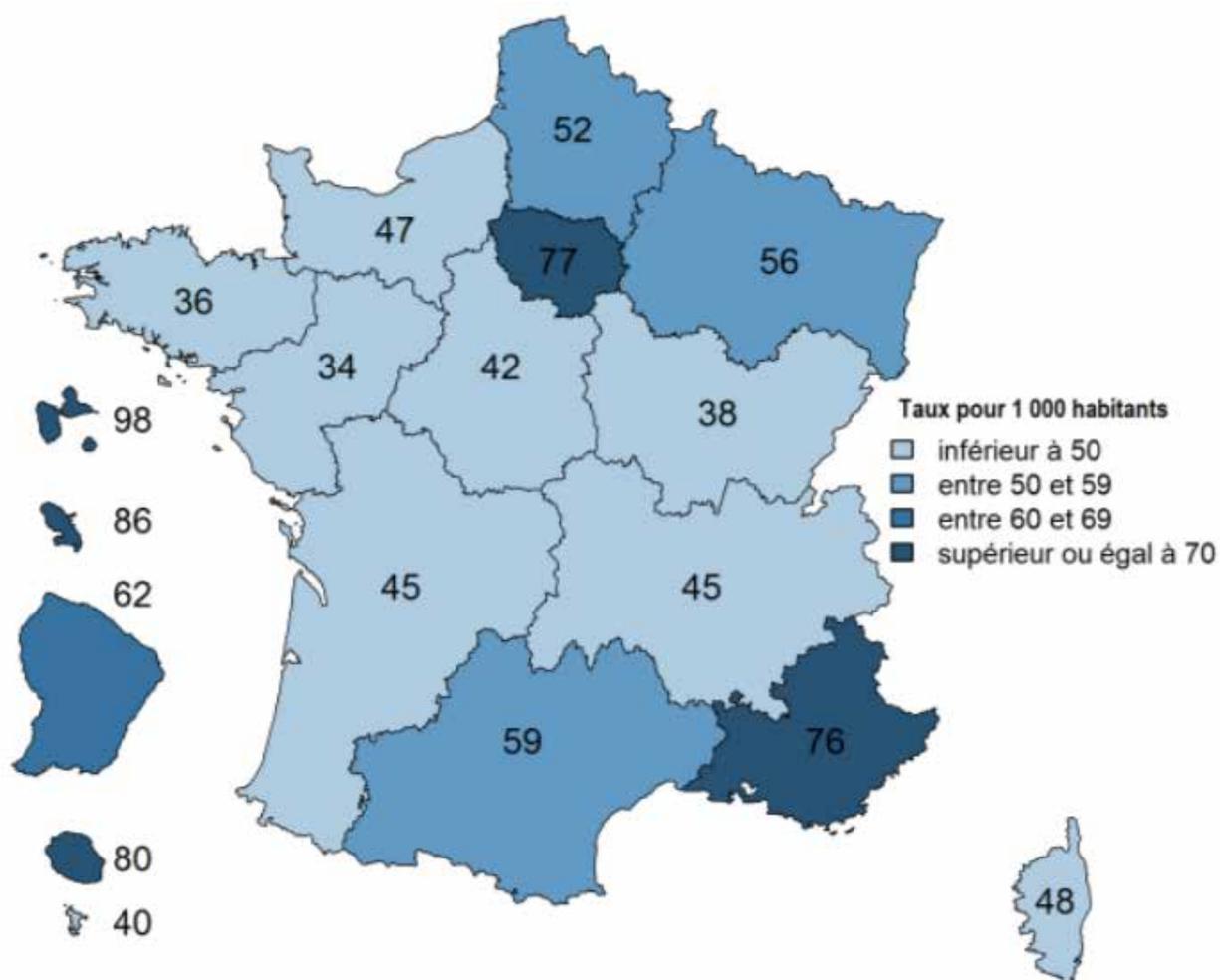
Nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C par région (ALD / 100 000 habitant.e.s), France



Source : Sniiram, régime général dont sections locales mutualistes, Insee : estimation de population au 1er janvier, France entière. Exploitation : Santé publique France. Carte Geofla-IGN

Annexe 2

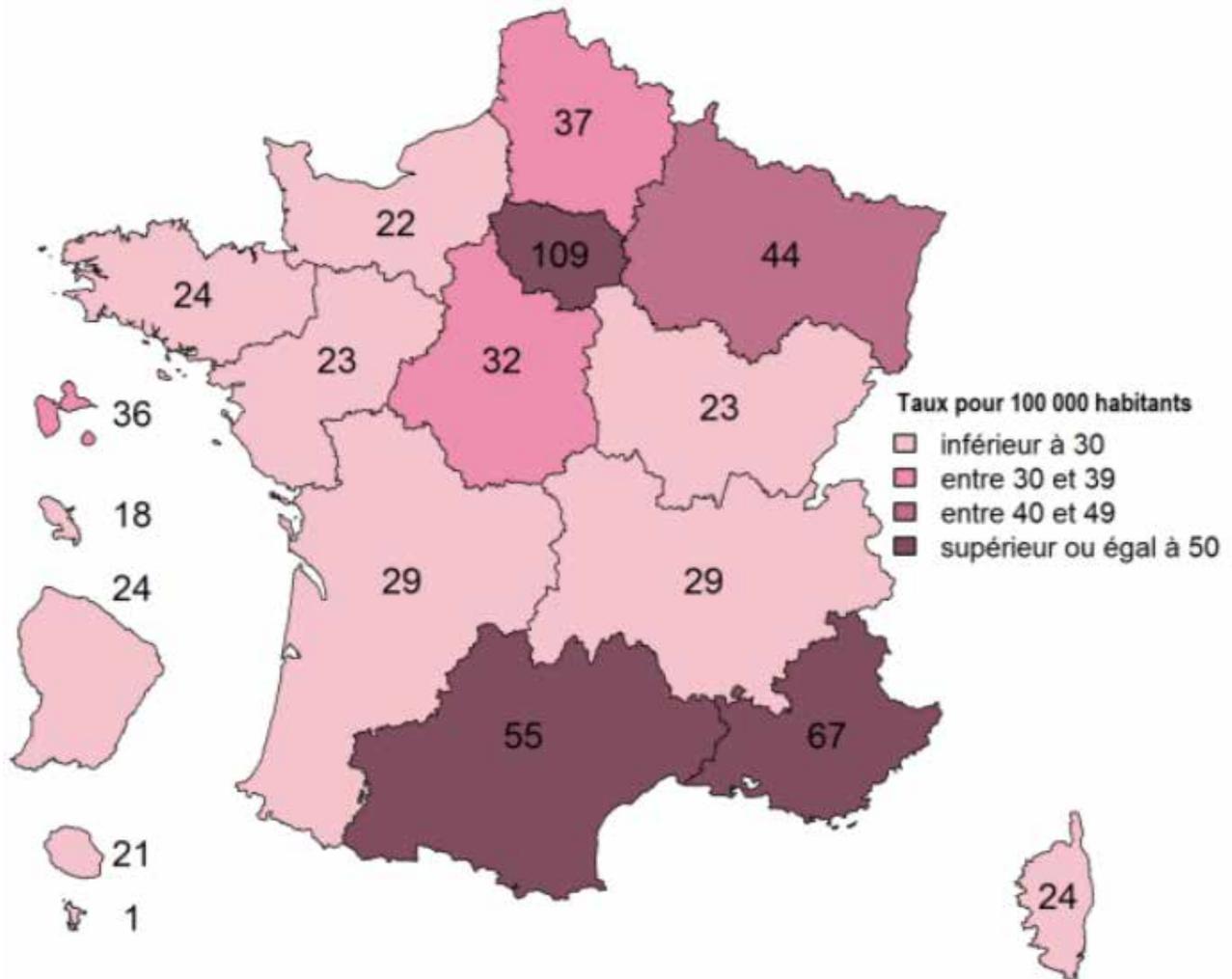
**Nombre de tests Ac anti-VHC (/ 1 000 habitant.e-s),
France, 2013 (LaboHep).**



Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

Annexe 3

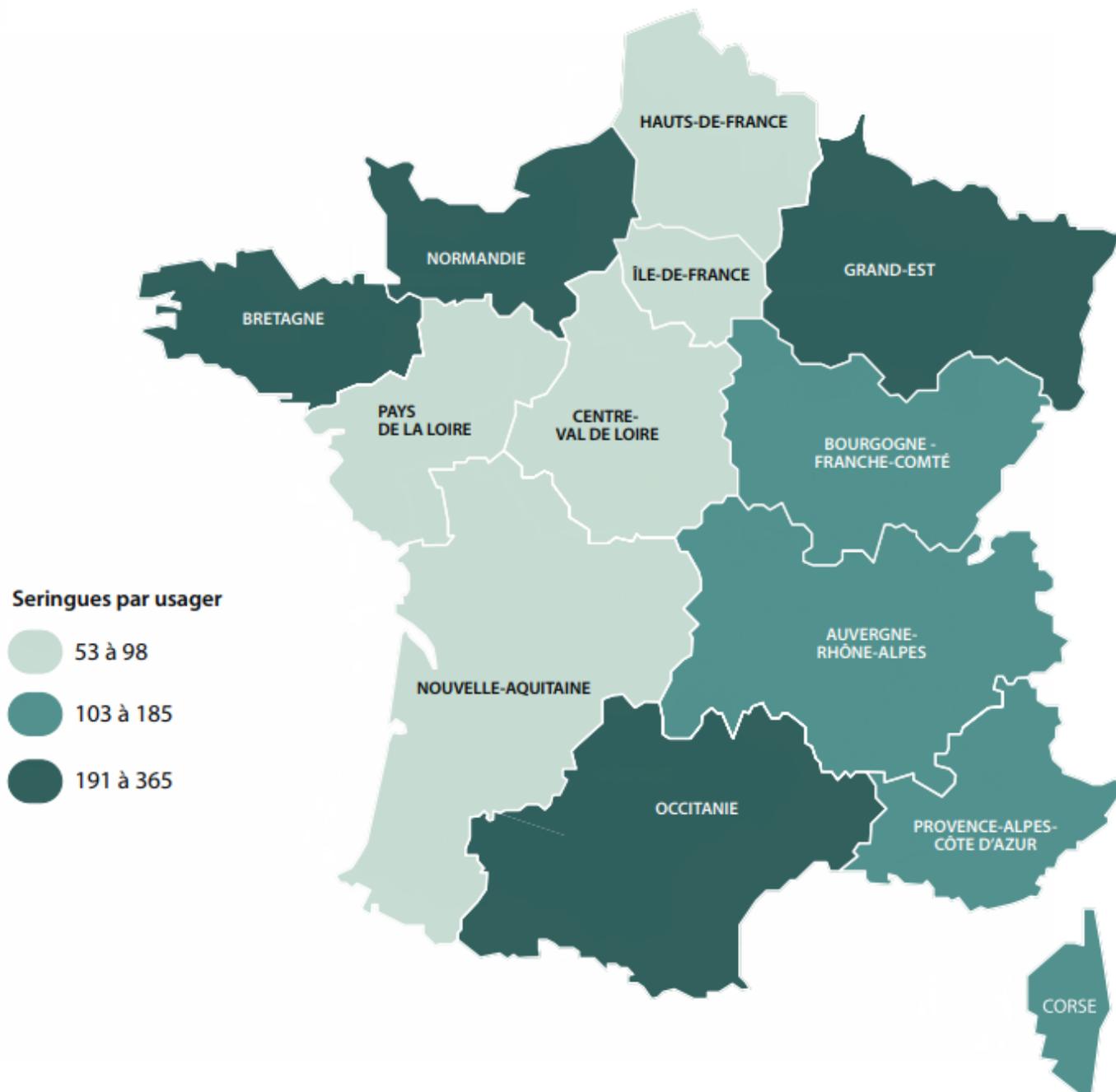
**Nombre de sérologies positives (/ 100 000 habitant.e.s),
France, 2013 (LaboHep)**



Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

Annexe 4

Seringues distribuées annuellement par UDVI au cours des 12 derniers mois, en 2015, par région (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Annexe 5

Résultats de l'enquête

| Arrondissement | Nombre de pharmacies testées par arrondissement | Nombre de pharmacies disposant d'un Stéribox® | | Prix de vente | | | | Nombre de pharmacies disposant de jetons | |
|-----------------------|---|---|--------------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|--|--------------------------|
| | | N = 360 | En %, par arrondissement | Offert | < 1,00 € | 1,00 € | > 1 € | N= 360 | En %, par arrondissement |
| 1 | 15 | 6 | 40,00 % | 1 | | 5 | | 1 | 6,67 % |
| 2 | 11 | 3 | 27,27 % | 1 | | 2 | | 1 | 9,00 % |
| 3 | 16 | 10 | 62,50 % | | | 10 | | 1 | 6,25 % |
| 4 | 20 | 9 | 45,00 % | 1 | | 8 | | 2 | 10,00 % |
| 5 | 33 | 18 | 54,55 % | 2 | | 16 | | 2 | 6,00 % |
| 6 | 6 | 1 | 16,67 % | | | 1 | | 0 | 0,00 % |
| 7 | 6 | 3 | 50,00 % | | | 3 | | 0 | 0,00 % |
| 8 | 4 | 1 | 25,00 % | | | 1 | | 2 | 50,00 % |
| 9 | 9 | 3 | 33,00 % | | | 2 | 1 | 6 | 66,67 % |
| 10 | 12 | 6 | 50,00 % | | | 6 | | 0 | 0,00 % |
| 11 | 18 | 10 | 55,56 % | | | 10 | | 2 | 11,11 % |
| 12 | 18 | 11 | 61,11 % | | | 11 | | 3 | 16,67 % |
| 13 | 23 | 12 | 52,17 % | | | 12 | | 4 | 17,39 % |
| 14 | 21 | 16 | 76,19 % | 1 | 2 | 13 | | 1 | 4,76 % |
| 15 | 27 | 16 | 59,26 % | | | 16 | | 0 | 0,00 % |
| 16 | 21 | 13 | 61,90 % | | | 11 | 2 | 1 | 4,76 % |
| 17 | 27 | 12 | 44,44 % | | 1 | 11 | | 0 | 0,00 % |
| 18 | 25 | 12 | 48,00 % | | | 12 | | 0 | 0,00 % |
| 19 | 23 | 8 | 34,78 % | | | 7 | 1 | 0 | 0,00 % |
| 20 | 25 | 17 | 68,00 % | | | 16 | 1 | 1 | 4,00 % |
| Total en unité | 360 | 187 | / | 6 | 3 | 173 | 5 | 27 | / |
| Total en % | / | 51,94 % | 46,27 % | 3,20 % | 1,60 % | 92,50 % | 2,70 % | 7,50 % | 10,65 % |

Bibliographie

> Dispositions législatives et réglementaires

• Lois

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, JO du 3 janvier 1971, p.65.

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO n°10 du 12 janvier 1991, p. 609.

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO du 19 janvier 1994 n°15 p. 960.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n°185 du 11 août 2004, p.14277.

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JO n° 273 du 25 novembre 2009, p.20192.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n° 22 du 27 janvier 2016.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JO n°0071 du 24 mars 2019.

• Réglements

Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JO du 16 mai 1987, p. 5399-5400.

Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JO n°58 du 9 mars 1995, p.3685.

Circulaire du 15 septembre 1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox®. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JO n°29 du 3 fév. 1995 p. 1859.

Circulaire du 31 mars 1995 relative au TSO pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

> Articles

F. BECK, J.-B. RICHARD, R. GUIGNARD, O. LE NEZET et S. SPILKA, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014, *Tendances*, OFDT, 2015, n° 99, 8 p.

J. COSTES. De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ?. *Psychotropes*, 2013, volume 19(1), p.9-26.

J. DERRICOTT, N. HUNT, A. PRESTON, Les outils de préparation : intérêts, risques et résultats. *L'injection à moindre risque*. Paris, Apothicom-CILDT, 2008, p.93-102.

C. DÍAZ GÓMEZ, M. MILHET, Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*, OFDT, 2016, n° 113, 6 p.

C. DÍAZ GÓMEZ, Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. *Tendances*, OFDT, 2018, n° 124, 6 p.

B. DL MARSHALL, M.-J. MILLOY, E. WOOD, J. SG MONTANER, T. KERR, Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility : A retrospective population-based study. *Lancet*, 2011, volume 377, p.1429-1437.

E. JANSSEN, Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. *Journal of Public Health (Oxf)*, 2018, Vol. 40, n° 2, p.e180-e188.

L. LEON, S. KASEREKA, F. BARIN, C. LARSEN, L. WEILL-BARILLET, X. PASCAL, S. CHEVALIEZ, J. PILLONEL, M. JAUFFRET-ROUSTIDE AND Y. LE STRAT Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004–2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. *Epidemiol Infect.* 2017;145:895-907.

L. MARTY, F. CAZEIN, J. PILLONEL, D. COSTAGLIOLA, V. SUPERVIE & the HERMETIC study group. Mapping the HIV epidemic to improve prevention and care: the case of France. 21th International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 18-22, 2016. Abstract TUAC0203.

L.-E. THORPE, L.-J. OUELLET, R. HERSHOW, S.-L. BAILEY, I.-T. WILLIAMS, J. WILLIAMSON, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol.* 2002;155:645-53.

C. VAN DEN BERG, C. SMIT, G. VAN BRUSSEL, R. COUTINHO, M. PRIN, Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users, *Addiction*, 2007, n°102, p.1454–1462.

> Etudes, enquêtes, recommandations, rapports

ASSOCIATION SAFE, *Réduction des risques à distance. Résultats en régions pour l'année 2015, 2016*, 4 p.

ASUD et ASSOCIATION SAFE, *Enquête PharmAsud 2010-2011*.

COALITION PLUS, *Just say no to the War on drugs, Comment la guerre à la drogue nous a rendus-es malades*, éd. juillet 2018.

A. GAUTIER (dir.). *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, 2005*, 276 p.

INSEE, *Populations légales des arrondissements municipaux en vigueur au 1er janvier 2017* -date de référence statistique : 1er janvier 2014.

M. JAUFFRET-ROUSTIDE, E. COUTURIER, T Y. LE STRAT, F. BARIN, EMMANUELLI J., SE-MAILLE C., QUAGLIA M., N. RAZAFINDRATSIMA, G. VIVIER, L. OUDAYA, C. LEFEVRE, J.C. DESENCLOS Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *B.E.H*, 33, 2006, p.244-7.

B. LAKHDAR, C, LALAM. N et D. WEINBERGER, *Estimation des marchés des drogues illicites en France*, Synthèse, octobre 2015.

O. LE GALL; V. JAOUEN; B.VINCENT; M. MAGNIEN, *La régulation du réseau des pharmacies d'officine, Inspection générale des finances*, octobre 2016, p.5

OFTD, EROPP, 1999-2018.

F.OLIVET (dir.), ODU, *Enquête sur la délivrance des Traitements de Substitutions aux Opiacés*, réalisée du 20 juillet au 25 août 2018.

ONUDD, *The World Drug Report*, 2017.

ONUSIDA, *Maintenir l'élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie*, 2018.

A. PEACOCK; J.LEUNG; S. LARNEY et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report, *Addiction*, octobre 2018; p.1905-1926.

C. PIOCHE, L. LEON, C. LARSEN, F. LOT, J. PILLONEL, C. BROUARD, Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. *B.E.H*. 2015;(26-27):478-84.

C. PIOCHE, C. PELAT, C. LARSEN, J-C DESENCLOS, M. JAUFFRET-ROUSTID, F. LOT, J. PILLONEL, C. et al., Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *B.E.H*. 2016;(13-14):224-9.

G. PFAU, M. FRANCIA, TREND IDF, ASSOCIATION CHARONNE, *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues en Ile-de-France : état des lieux en 2017*. 169 p.

THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION, *Toward and integrated response 2018*. Harm Reduction International, p.62.

L. WEILL-BARILLET, J. PILLONEL, C. SEMAILLE, L. LEON, Y. LE STRAT, X. PASCAL, F. BARIN, M. JAUFFRET-ROUSTIDE, Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey

> **Ouvrages**

M. JAUFFRET-ROUSTIDE. Les drogues : *une approche sociologique, économique et politique*, Paris : La documentation française. 2004.

A. MOREL, P. CHAPPARD, J.-P. COUTERON, (dir.). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Dunod; 2012.

> **Données brutes**

ANSM et INDIVIOR UK Ltd, 2018.

FINESS ; *Liste des pharmacies parisiennes, leurs coordonnées, adresse et géolocalisation*; septembre 2013.

Inpes, Baromètres santé 2010 et 2014.

OFDT-ODICER, *Vente de Stéribox® pour 100 habitants de 15 à 74 ans, entre 1997 et 2017*. <https://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic> (page consultée le 27 mars 2019).

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, 2019 - INSEE, 2019.

SPF, Baromètre santé 1992-2016, exploitation OFDT.

SPF, Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2003-2016.

SPF, Bulletin de santé publique, Édition nationale, 27 mars 2019, p.4.

SPF, Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017, Bulletin de santé publique, 28 mars 2019.

> **Thèses**

T. CANONNE, *Relations entre les usagers de drogue et les pharmaciens lors de la délivrance du matériel d'injection à l'officine*, Université Paris-Descartes, 19 octobre 2010; p.30.

K. CONDÉ, *Place du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues*, Université de Toulouse III, 2013, p.34.

> **Liens URL**

<http://www.ciopf.org/Fiches-des-pays/France> (page consultée le 25 mars 2019).

<http://vih.org/dossier/vihsida-en-france-en-2018> (page consultée le 3 avril 2019).

https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/october/20151022_drugs (page consultée le 21 mai 2019).

https://www.rdr-a-distance.info/images/Actualite/CP-RDR-a-distance-VF.pdf?fbclid=IwAR0CiOAlsk731PfJdoHgbchESMZsaaN4Uz_m8RRD00Nv3K9SMJtbzFmy8FI

<https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/> (page consultée le 22 mai 2019).

Act Up-Paris
8 rue des Dunes
75019 Paris
Tel : 01 75 42 81 25
Mail : drogues@actupparis.org
SIRET : 394 895 569 00033

Directeur de publication
Marc-Antoine BARTOLI, Président

Responsable de la rédaction
Robin DREVET, Référent de la Commission drogues et usager.e.s

Rédactrice
Bettina PETIT, Membre de la Commission drogues et usager.e.s

Conception et réalisation graphique
Hélène Lucot

Imprimerie
Ça va print, 114 rue de Meaux, 75 019 Paris

Date de parution
Juin 2019

Restons connectés

Site internet : <https://www.actupparis.org>

Facebook : Act Up-Paris

Twitter : @actupparis

Instagram : actup_paris



Les données recueillies sont libres de droit. Pour toute utilisation, merci d'utiliser la référence suivante : « *Enquête Act Up-Paris 2018-2019 sur la disponibilité des kits d'injection et des jetons en officines à Paris* » .