

**PES**

## **Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échanges de seringues**

**Anne Lovell**

Inserm U379 (Marseille) et Université de Toulouse le Mirail

**Continued  
risky  
injection  
subsequent to  
syringe  
exchange use  
among  
injection drug  
users in New  
York city**  
Paone D., Des  
Jarlais D.C.,  
Caloir S., Jose  
B., Shi Q.,  
Friedman S.R.  
AIDS  
Education and  
Prevention,  
1997, 9, 6, 505-  
510

**Une étude menée à New York s'est intéressée à la fraction d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse pour lesquels les programmes d'échange de seringues (PES) n'ont pas d'effets protecteurs. En quoi ces personnes qui continuent à utiliser des seringues souillées tout en fréquentant les PES sont-elles différentes des autres ?**

Dans tout traitement médical ou programme de santé publique plus généralement, il se trouve toujours des personnes pour lesquelles l'intervention n'est pas efficace. Ce constat s'avère encore plus problématique quand il s'agit d'une intervention controversée, au moins aux Etats-Unis, ce qui est le cas pour les programmes d'échange de seringues (PES).

Jusqu'à une date récente —et ceci a été rapporté dans les colonnes de *Transcriptase* à plusieurs reprises—, les faits suggéraient que la plupart des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) participant aux PES diminuaient leurs comportements à risque. En fait, cette " évidence " n'était pas basée sur des évaluations directes de l'efficacité de ces programmes. Dans l'analyse de Julie Bruneau et coll. (1), qui montre une association entre séroconversion au VIH et participation au PES montréalais, la question de l'efficacité de ces interventions se révèle plus complexe. D'une part, écrivent ces auteurs, l'impact des PES peut diminuer avec le temps. D'autre part, les PES sont probablement très dépendants de leurs contextes et doivent être façonnés selon les besoins locaux.

Dans le cas montréalais, il semble que les participants au PES s'engagent dans des comportements à risque beaucoup plus que les UDI qui se procurent leurs seringues en pharmacie, et que la quantité de seringues mise à leur disposition par le PES demeure inadéquate. Il est difficile de lire cet article sans voir l'importance de prêter une attention fine aux caractéristiques des UDI et aux ressources disponibles dans un lieu donné.

Même si l'on considère les évaluations montrant un effet " protecteur " des PES, nous trouvons toujours un groupe pour lequel ceci n'est pas le cas. En quoi ces usagers dits " plus à risque " sont-ils différents des autres ? L'article\_ d'un groupe de chercheurs new-yorkais porte précisément sur ce sous-groupe d'usagers des PES. Denise Paone et coll. se sont intéressés aux injecteurs qui continuent à utiliser des seringues souillées tout en fréquentant les PES.

Cette enquête s'est déroulée dans cinq des huit programmes d'échange de seringues officiels de la ville de New York, entre 1992 et 1994. L'échantillon compte 2 465 clients des PES, choisis de façon aléatoire, pendant qu'ils attendaient pour échanger leurs seringues. L'outil de recherche est un

entretien structuré.

Les questions posées recouvrent les caractéristiques socio-démographiques, ainsi que les comportements à risque en matière de consommation de drogues et d'échange sexuel, pendant deux périodes: les 30 jours avant d'utiliser le PES pour la première fois, et les 30 jours avant l'entretien. Le comportement que les auteurs cherchent à expliquer est l'injection à risque (*risky injection*), ce qu'ils définissent, assez étroitement il faut dire, par l'injection avec une seringue déjà utilisée (y compris par le sujet lui-même après l'avoir prêtée à quelqu'un d'autre).

En réponse à ces questions, la majorité (77,4%) des 2 465 clients déclaraient ne pas avoir pratiqué des injections à risque le mois précédant leur première participation au PES. L'analyse principale porte donc sur 549 sujets, soit presque tout ceux (98,7%) qui déclarent avoir pratiqué des injections à risque pendant cette période. Les auteurs divisent ce groupe en deux, selon qu'ils continuent des injections à risque dans le mois avant l'entretien (groupe nommé les *continuers*), ou pas (les *stoppers*).

La comparaison s'est faite avec deux types d'analyse statistique. Les auteurs ont d'abord eu recours à la statistique de Chi-2 pour tester l'indépendance des variables catégorielles; les variables continues ont été analysées à l'aide du test-t de comparaison des moyennes. Ils ont ensuite construit un modèle de régression logistique pas à pas, avec élimination progressive des variables ayant le plus faible degré de signification statistique, le modèle final ne conservant que les variables significativement associées à la variable dépendante et ajustées les unes par rapport aux autres.

Les résultats descriptifs révèlent un groupe d'utilisateurs plutôt âgés (36 ans en moyenne), ethniquement diversifié, masculin en majorité (70%), ayant consommé des drogues par voie injectable depuis longtemps (17 ans en moyenne), et désavantagés socialement (66% reçoivent le *welfare* ou des indemnités pour le handicap, et 37% sont sans abri). Sur les 549 sujets, 28,8% (158) sont des *continuers*, et 71% (391) sont des *stoppers*. Aucune différence n'a été trouvée entre les *continuers* et les *stoppers* par rapport à l'ethnicité, l'emploi, la

situation matrimoniale, le statut VIH déclaré, ou l'utilisation des préservatifs. En revanche, les *continuers* sont un peu plus jeunes, sont proportionnellement plus nombreux à s'injecter quotidiennement de la cocaïne et à donner des seringues souillées aux membres de leur réseau social (partenaires sexuels, amis, famille). Les *continuers* ont, en moyenne, un niveau plus bas d'éducation et sont plus souvent sans abri. Ils manifestent aussi plus souvent des comportements qui pourraient être considérés comme à risque: donner des seringues à des personnes en dehors du réseau social proche, vendre du matériel propre, fréquenter les " shooting galleries " (lieux plus ou moins anonymes où les conditions d'hygiène ne peuvent pas toujours être assurées), utiliser la même seringue au moins deux fois, avoir plusieurs partenaires sexuels, faire du travail sexuel. Les *continuers* femmes sont plus souvent engagées dans des rapports sexuels avec d'autres femmes.

Toutes les variables ayant une signification statistique au seuil de 0,05 dans la première analyse ont été utilisées dans la régression logistique, à l'exception de l'âge. Celui-ci n'a pas été retenu à cause de sa corrélation très élevée avec le nombre d'années d'injection et le *backloading* (une pratique qui consiste à transférer par la pompe de la seringue, une fois le piston enlevé, une partie du produit qui a été préparé dans une autre seringue).

A la fin de l'analyse de régression logistique, sept variables étaient encore significatives: sans abri, sous traitement pour la toxicomanie, pourcentage de seringues échangées, nombre d'années d'injection, femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes, injection quotidienne de cocaïne, et passation de seringues souillées au réseau social.

La variable ayant l'association la plus forte avec la continuation des injections à risque était la distribution des seringues aux membres du réseau social. L'Odds Ratio ajusté est de 16, avec une signification de  $<0,001$ . Ceci signifie, selon les auteurs, que les normes de certains groupes sont telles que l'utilisation des seringues souillées est considérée comme un comportement acceptable. Pour l'injection quotidienne de cocaïne, l'Odds Ratio, bien que beaucoup moins important (1,2), est aussi significatif.

Les auteurs interprètent cette différence de risque entre les deux groupes en la référant à la fréquence plus importante d'injections quand il s'agit de cocaïne. Cette pratique, le *bingeing*, est une sorte de " boulimie ". En un ou deux jours, une quantité importante du produit est consommée par injections consécutives. L'Odds Ratio est important aussi pour la variable " rapports sexuels entre femmes " : les *continuers* ont 6 fois plus de chance d'en avoir que les *stoppers*, et malgré le nombre restreint de femmes dans ce cas (8 *continuers* et 4 *stoppers*), la relation atteint une signification statistique au seuil de 0,05. En outre, les *continuers* reçoivent moins de seringues du PES (OR = 0,960,  $p > 0,01$ ). Enfin, les *continuers* ont plus de chances de ne pas être traités pour la toxicomanie, d'être sans abri et de s'injecter depuis moins de temps, comparés aux *stoppers*.

Comment interpréter ces résultats? Les auteurs rappellent dans leur conclusion que dans d'autres enquêtes les PES ont été associés avec une réduction dans les injections à risque et un bas taux d'infection avec les virus transmis par voie sanguine. Ils font appel à d'autres formes de prévention dans le contexte du partage de seringues, en particulier les interventions au sein des réseaux sociaux. Quant au résultat concernant les femmes engagées sexuellement avec d'autres femmes, ils rappellent que cette pratique est prédictive de séroconversion au VIH dans d'autres enquêtes, mais ils ne proposent pas d'explications.

Etant donné leur intérêt pour les stratégies de prévention, il est dommage que les auteurs n'aient pas posé des questions concernant d'autres comportements à risque liés à l'injection (par exemple, le partage d'autre matériel), et qu'ils ne présentent pas le fonctionnement et les services offerts par ces PES. Ceci rend difficile une appréciation de leur interprétation concernant le rapport entre injection de cocaïne et comportements à risque dans le mois précédent l'entretien. Ils font la recommandation que ces PES distribuent plus de seringues, vu l'importance démontrée de l'utilisation de la cocaïne —produit plus propice au *bingeing*, et que les *continuers* injectent jusqu'à trois ou quatre fois par jour, selon les écarts types— dans cette enquête.

Cette recommandation rejoint celle de l'équipe montréalaise de Bruneau, qui, suite aux premières indications d'une hausse

du taux de séroconversion auprès des clients du PES, ont augmenté le nombre de seringues mis à disposition des usagers. Mais dans le cas new-yorkais, le pourcentage de seringues obtenues en PES est moindre pour les *continuers* que pour les *stoppers*. Est-ce dû uniquement au fait qu'ils utilisent plus de seringues que le groupe sans injections à risque? Ou ne faut-il pas regarder aussi du côté de leurs conditions de vie et de leur consommation de produits, lesquelles semblent plus précaires que dans le cas des *stoppers*? Encore une fois, on aurait aimé en savoir plus sur les PES en question, par exemple concernant leurs politiques vis-à-vis du nombre de seringues échangées. Ne faut-il pas examiner aussi l'influence de l'état psychologique sur le comportement? La détresse psychologique, la dépression, l'anxiété, et le syndrome de stress post-traumatique —états " intérieurs " qui peuvent être liés à des forces " extérieures ", voire à des vies précaires et scandées de traumatismes— sont associés avec des comportements à risque. En fait, les auteurs new-yorkais déplorent l'absence dans leur enquête de mesures de ce type.

Le résultat le plus fort est certainement que les *continuers* ont 16 fois (!) plus de chance de passer des seringues souillées aux membres de leur réseau personnel. Les auteurs, comme beaucoup d'acteurs de prévention auprès des UDI, évoquent la possibilité d'une intervention dans le réseau social, visant à changer les normes. Nous disposons maintenant d'une revue de la littérature sur les interventions utilisant le réseau social auprès des UDI et visant à réduire le risque liés au VIH\_. Les interventions au niveau du réseau social —le counselling en groupe, les groupes de parole, la diffusion de matériel propre par l'intermédiaire du " leader " du réseau ou de ceux qui échangent des volumes importants de seringues— semblent mieux réduire les comportements à risque liés à l'injection de drogues, et, à un moindre degré, à la sexualité, que les interventions au niveau de l'individu (Il faut remarquer, néanmoins, que peu de ces évaluations utilisent un modèle expérimental, ce qui limite l'interprétation de la validité interne des résultats).

En revanche, les interventions auprès des plus marginalisés —ce qui semble être le cas des *continuers* par rapport aux *stoppers*— s'avèrent plus difficiles. Ces interventions présupposent un minimum de stabilité dans le réseau, alors

que la marginalité, justement, se caractérise par l'instabilité. Une intervention dans le réseau social nécessite des liens forts entre les membres, que ce soit au niveau de l'influence qu'un membre peut avoir sur un autre, ou au niveau de la fréquence et de l'intensité des échanges (d'information, de matériel, etc.) entre les membres. Il va sans dire que toute intervention dans le réseau social demande une prise en compte des caractéristiques particulières telles qu'elles sont appréhendées; elles doivent être, selon Neaigus (2), " construites ", et, peut-on ajouter, selon des spécifications bien particulières.

Finalement, cette enquête, lue à la lumière des recherches anthropologiques, comporte des suggestions pour le moins troublantes. L'anthropologue Philippe Bourgois et ses collègues (3) argumentent l'importance des relations de pouvoir, ainsi que le pragmatisme de stratégies de survie et des hiérarchies de respect et d'identité sur les comportements à risque des plus marginalisés, ce qui pousse à regarder au delà de l'individu et de son réseau. Leurs observations à long terme auprès des injecteurs d'héroïne vivant dans la rue à San Francisco sont trop nombreuses pour être discutées ici.

Qu'il suffise d'en évoquer quelques-unes par rapport aux résultats de l'enquête new-yorkaise, par exemple la fréquence du *bingeing*, parmi des usagers dépourvus de ressources économiques, au moment du mois où arrivent les allocations sociales, ou pendant les fêtes, ou lors d'un " bon arrivage " de drogues. Les managers des *shooting galleries* encouragent, et même participent de temps en temps à cette " boulimie ", en offrant des quantités importantes de drogues et d'alcool. Devant cette utilisation chaotique des seringues, les précautions tombent (les auteurs nous convainquent que les usagers sont très au courant des discours sur la prévention). Le partage des seringues, la ré-injection, les injections " sanguinolentes ", s'inscrivent dans des relations de compagnonnage et de surenchère dans une sorte d'extase et de communion.

Ces comportements à risque se réalisent dans un contexte de relations sociales (entre membres du réseau) et de rapports sociaux (entre les plus marginalisés et les institutions de la société, qu'il s'agisse du système de santé ou des opportunités offertes —ou pas— par l'économie). Malheureusement, les enquêtes qui s'arrêtent aux variables trop générales ne nous

permettent pas de faire le lien. Il nous semble pourtant que la prévention en aurait besoin. - Anne Lovell

---

1 - Bruneau J, Lamothe F, Franco E et al.

" High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study "  
Am J Epidemiol, 1997, 146, 994-1002

2 - Neiaigus A

" The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users "  
Public Health Reports, 1998, 113, Suppl 1, 140-150, Ibid.

3 - Bourgois P, Lettiere M, Quesada J

" Social misery and the sanctions of substance abuse: confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco "  
Social Problems, 1997, 44, 2, 155-173

Lovell AM, Feroni I

" Sida-toxicomanie: un objet hybride de la nouvelle santé publique "  
In: D. Fassin (sld) Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales. Paris: Ed. La Découverte, 1998