

## Seringues : échanges avec ou sans partage

Serge Hefez

Réseau Espas (Paris)

**Le NIDA (National Institute on Drug Abuse) s'est adressé un satisfecit (1) : responsable de la recherche américaine sur les causes, conséquences, traitements et prévention de l'abus des drogues, cet organisme a consacré 150 millions de dollars à développer des études épidémiologiques et à structurer des programmes de réduction des risques de contamination par le VIH chez les UDI (usagers de drogues injectables). Les résultats apparaissent à la mesure des moyens mis en œuvre : des progrès significatifs ont été réalisés pour réduire les comportements à risque ; dans certains programmes, la fréquence globale des injections a diminué de 41 % et le partage du matériel d'injection de 54 % dans les six mois suivant des interventions de rue ; toutes les unités méthadone font état de chutes des séroconversions (parfois jusqu'à six fois moins que dans les groupes témoins hors traitement).**

Si les Européens - ou tout au moins les Néerlandais, Suisses, Britanniques, Espagnols et Italiens, la France ayant encore brillé par une absence d'évaluation de ses programmes de réduction des risques - partagent dans l'ensemble cette satisfaction, il n'en demeure pas moins que des taux d'incidence demeurant anormalement élevés dans les pays occidentaux après les premiers indicateurs précoces d'amélioration (2), associés à un maintien de pratiques à risque chez un certain nombre d'usagers (particulièrement en

termes de partage de seringues), ont amené de nombreux intervenants à s'interroger plus finement sur les pratiques toxicomaniaques et à rechercher les facteurs de risque persistant chez des usagers fréquentant des programmes de prévention.

L'attention s'est principalement portée sur les pratiques de partage de matériel injectable souillé. En effet, pour les Nord-Américains (signataires des neuf dixièmes des études), la question de l'accès aux seringues stériles reste l'objet de préoccupation numéro un.

Les dispositions légales fédérales de la plupart des Etats américains criminalisent en effet la vente, la possession, la fabrication ou la distribution des seringues et des aiguilles (3). Les barrières légales limitant l'accès aux seringues font des Etats-Unis, à cet égard, le pays le plus répressif du monde occidental : 49 Etats possèdent des lois régissant l'accès au matériel injectable ; 31 Etats ont des réglementations législatives limitant la vente d'une manière ou d'une autre ; dans 9 Etats, les seringues ne sont accessibles que sur prescription médicale.

Malgré un accroissement rapide du nombre de programmes, le statut légal des programmes d'échange de seringues (PES) demeure éminemment fragile. Seuls neuf Etats ont autorisé les PES, par un texte de loi spécifique, et deux autres ne criminalisent pas la mise à disposition de matériel injectable.

L'obstacle législatif

Malgré six études nationales commanditées par le gouvernement américain, qui vont toutes dans le sens de l'intérêt de ces programmes en termes de santé publique, rien n'a été modifié de la législation.

Cette situation, qui constitue un obstacle évident aux mesures les plus élémentaires de santé publique pour limiter les partages de seringues entre usagers, a amené Peter Lurie (4) à une estimation pour le moins macabre du nombre de contaminations par le VIH induites par ces dispositions légales, en se basant sur une comparaison établie avec l'Australie, pays dans lequel les PES se sont implantés rapidement dès le début de l'épidémie.

Il utilise pour ce faire une équation un peu tarabiscotée dont les variables sont l'incidence annuelle des contaminations, la réduction des incidences chez les participants aux PES, le pourcentage des UDI qui utilisent les programmes, les contaminations des pairs et des partenaires sexuels, tout en retirant la proportion des séroconversions dues aux rapports sexuels.

Le nombre d'infections par le VIH qui auraient selon lui pu être évitées entre 1987 (année d'ouverture du premier programme australien) et 1995 est ainsi estimé à une fourchette allant de 8 361 à 19 673, ce qui aurait représenté une économie de santé de 0,47 à 1,09 billion de dollars - 10 000 à 20 000 nouvelles infections pourraient, de la même façon, être évitées d'ici à l'an 2000.

Dans ce contexte extrême de criminalisation de l'usage (proche en ce sens du contexte français), les toxicomanes fréquentant les PES sont souvent les plus marginalisés.

Au cours de l'année 1995, le PES de Baltimore (5) a mené une étude sur 2 965 UDI comparés à une cohorte contrôle (cohorte ALIVE) : il s'agit d'usagers à haut risque en termes de fréquence des injections et des échanges de matériel, d'utilisation des shooting galleries, du nombre de séjours en prison, des recours à la prostitution, de polytoxicomanies, etc. Même si ces risques diminuent significativement au cours de l'année d'insertion dans le programme, les contaminations restent élevées.

Une évaluation des sept PES du Québec (6) (étude menée auprès de 934 UDI) confirme ces données en montrant une persistance des pratiques à risque au sein des programmes (41,2 % ont injecté avec du matériel usagé dans les six mois précédant l'enquête) ; 12 séroconversions ont été enregistrées au cours de l'étude, ce qui correspond à une incidence de 4,5 pour 100 personnes-année.

Ce rôle d'attracteur exercé par les PES auprès d'une population particulièrement marginalisée est retrouvé à Vancouver (7), expliquant certainement les prévalences très élevées mises en évidence dans la plupart des cités canadiennes.

C'est dans ce contexte que l'étude de Julie Bruneau (8) a provoqué quelques remous : elle démontre en effet une augmentation de l'incidence corrélée avec la participation au PES de Montréal.

De septembre 1988 à janvier 1995, 1 599 sujets ont été enrôlés dans une cohorte ; la séroprévalence moyenne était de 10,7 %, la période moyenne de suivi de 15,4 mois. Le ratio de séropositivité associé avec l'utilisation du programme était de 2,3.

Quatre-vingt-neuf cas de séroconversion ont été constatés, avec une probabilité de conversion à 33 % pour les utilisateurs du programme, contre 13 % pour les non-utilisateurs.

Sur une analyse de contrôle de cas, l'utilisation constante du PES devient un facteur prédictif de séroconversion par rapport à l'utilisation partielle ou à la non-utilisation d'un programme d'échange de seringues.

Les études visant à mieux comprendre les facteurs prédictifs du partage de seringues entre usagers ont abondé, et les données recueillies ne nous étonneront guère : l'augmentation des prises de risque se corrèle étroitement avec l'exclusion sociale, le chômage et l'absence de domicile fixe (9), les antécédents psychiatriques, la dépression, les tentatives de suicide, les abus sexuels au cours de l'enfance (10) (étude primée par le jury de la conférence), la fréquence des séjours en prison.

D'autres facteurs de risque sont bien connus des intervenants en toxicomanie, comme l'usage de cocaïne intraveineuse (11), qui appelle une extravagante multiplication des injections (fréquemment plus de dix shoots quotidiens), voire l'usage de crack, qui, en dehors de toute pratique d'injection, s'apparente plus souvent à la prostitution et à des pratiques sexuelles à risque (12).

A cet égard, la vulnérabilité des femmes toxicomanes transparaît dans de nombreuses études comme une évidence : plus fréquemment infectées durant l'adolescence que les jeunes garçons, dernières servies lors des partages de

seringues (particulièrement avec leur partenaire sexuel), plus souvent livrées à la prostitution et aux abus sexuels, elles se contaminent plus, et plus vite(13).

Les choix d'échange des UDI restent cependant des choix raisonnés, s'effectuant principalement au sein des réseaux sociaux.

Une étude menée auprès de 767 UDI recrutés dans la rue (14) (prévalence d'infection à 40 %) montre que 35 % d'entre eux ont échangé du matériel d'injection de manière réceptive (après utilisation par un autre) dans les trente jours précédant l'interview ; cependant, 52 % d'entre eux ont partagé avec un ami, 28 % avec leur partenaire sexuel, 25 % avec un partenaire habituel, et seulement 5 % avec un inconnu.

Enfin, le partage des seringues ne devrait pas faire oublier d'autres pratiques à risque, comme le partage des drogues dans les seringues. Pratiquée par 50 % des usagers dans une étude de New York (15), cette technique reste dangereuse en termes de possibilités de contamination.

#### Tension et contradictions

L'ensemble des données de ces études rejoint ce qui commence à apparaître en France comme une évidence : les politiques de réduction des risques ont fait "sortir du bois" une population marginalisée, socialement démunie, psychologiquement fragile, qui n'avait jusqu'à présent aucune possibilité d'accès aux soins ou à une insertion sociale, dans une tension permanente entre les effets délétères d'une législation répressive internationalement dominante et la nécessité d'atteindre les plus exclus.

#### Des évaluations à considérer avec prudence

Cette situation impose une très grande prudence quant aux évaluations des différentes actions : quel est le contexte précis de tel programme ? (à Montréal par exemple, les seringues sont peu disponibles, distribuées au compte-gouttes au sein des PES, avec des délais d'attente considérables, dans un contexte majeur de prohibition) ; le groupe témoin est-il réellement apparié au groupe étudié ? (ce qui paraît peu probable) ; etc.

Il n'en demeure pas moins que se produisent au quotidien, sous les yeux d'intervenants surmenés, tous les "cercles vicieux" des programmes de réduction des risques (16) : si les usagers réunis dans les centres découvrent entre eux de nouveaux modes de socialisation, les échanges sexuels se multiplient d'autant, avec ce que l'on connaît de la fragilité de la prévention dans ce domaine. Si la méthadone amène la plupart des UDI à abandonner les injections d'héroïne, le vide existentiel qui en découle amène certains d'entre eux à avoir recours aux dérivés cocaïnés, ce qui multiplie la fréquence des shoots dans des pratiques de groupe, augmente l'appétit sexuel ; du fait de leur coût élevé, ils conduisent très rapidement à la prostitution.

Toutes ces données imposent une attention et une disponibilité de chaque instant, l'élaboration pour chacun d'un soutien psychologique et de projets de réinsertion adaptés, ce que les budgets notoirement insuffisants attribués aux centres spécialisés n'autorisent en aucune façon.

#### Références :

1. S. Gust et al., "Overview of the HIV/AIDS research at the NIDA, National Institute of Health", WeC 3556.
2. C. Hankins et al., "Early indication of declining HIV incidence among Montréal needle exchange attenders", WeC 225.
3. Z. Lazzarini et al., "Limitations on the sale and possession of syringes; results of a national survey of laws and regulations", MoD 364.
4. P. Lurie et al., "An opportunity lost: estimating the number of HIV infections due to the US failure to adopt a national needle exchange policy", TuC 324.
5. D. Vlahov et al., "Evaluation of the Baltimore needle exchange program: preliminary results", MoD 361.
6. R. Parent et al., "Incidence and prevalence of HIV and risk behaviours among IDU attending needle exchange programs in Quebec", TuC 321.

7. C. Archibald et al., "Needle exchange programs attracts high risk injection drug users", TuC 320.
8. J. Bruneau et al., "Increased HIV seroprevalence and seroincidence associated with participation in NEP: unexpected findings from Saint-Luc cohort study in Montreal", TuC 323.
9. Patrisk D. et al., "Explaining an outbreak: determinants of HIV seroconversion among injecting drug users in Vancouver", MoC 463.
10. S. Strathdee et al., "Social determinants predict needle sharing behaviour among IDU in Vancouver", MoD 363.
11. F. Lamothe et al., "Risk factors for HIV seroconversion among IDU in the Saint-Luc cohort, Montreal", TuC 2502.
12. D. Kacanek et al., "Noninjection drug use and sexual risk behaviours of women with HIV and AIDS - United States", TuC 561.
13. Y. Lewis et al., "structure of AIDS risk for female sexual partners of injection drug users", TuC 2469.
14. A. Neaigus et al., "Drug injectors' social networks can be risk factors for syringe sharing", MoC 462.
15. D. Fernando et al., "Drug sharing as a risk behavior among IDU in New York City", TuC 2525.
16. V. Catan et al., "AIDS risk behaviour among women in methadone treatment", ThD 456.