

PES

Evaluation globale de l'efficacité des programmes d'échange de seringues

Pierre-Yves Bello

Observatoire Régional de la Santé (Toulouse)

**Effectiveness
of needle-
exchange
programmes
for
prevention of
HIV infection**
Hurley S.F.,
Jolley D.J.,
Kaldor J.M.
The Lancet,
1997, 349,
1797-1800

Une comparaison effectuée au niveau mondial sur une période de dix ans montre une diminution moyenne de la prévalence du VIH de près de 6% dans les villes équipées de programmes d'échange de seringues (PES) et une augmentation de 6% dans les villes sans PES. Mais l'intérêt des PES réside aussi dans l'éventail de leurs objectifs ainsi que dans leur rentabilité économique.

L'épidémie d'infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au sein de la population des usagers de drogues injectables (UDI) s'étend de l'Europe et de l'Amérique du Nord vers l'Asie. Les programmes d'échange de seringues (PES) sont une des stratégies de contrôle de cette

épidémie. Jusqu'à présent, les recherches visant à étudier l'efficacité des PES étaient basées sur des comparaisons de prévalence ou d'incidence du VIH, soit avant ou après la mise en place d'un PES, soit chez des utilisateurs et des non utilisateurs de PES. Concluant en général à une efficacité du PES étudié, ces études sont difficilement extrapolables à d'autres PES et à d'autres populations. Une équipe australienne ⁽¹⁾ a choisi une approche originale pour étudier l'efficacité des PES à diminuer les contaminations par le VIH chez les UDI.

L'idée de départ était de comparer l'évolution de la prévalence du VIH dans des villes équipées de PES à celles de villes sans PES. Les PES étaient tous les programmes distribuant du matériel d'injection quelles que soient leurs spécificités. Une recherche de rapports sur les PES de plus de 50 personnes a été faite. Une recherche bibliographique sur les études de prévalence du VIH chez des UDI a été réalisée sur une période de plus de dix ans (janvier 1984 à mai 1994).

Les villes incluses dans l'étude disposaient d'au moins deux mesures de prévalence du VIH chez les UDI à des années différentes. Pour chaque année de mesure étaient recueillis : le nombre d'UDI enquêtés, le pourcentage de positifs pour le VIH, les caractéristiques des lieux de recrutement, la taille de la population, l'estimation du nombre de toxicomanes, et les indicateurs du PES le cas échéant. Pour chaque ville, la période de séroprévalence était définie comme le temps en années entre la première et la dernière enquête. Le taux de changement de la séroprévalence VIH sur la période était estimé par une analyse de régression. La moyenne des pentes (traduisant le sens de l'évolution de la prévalence du VIH chez les UDI) a été calculée pour les villes avec PES et pour les villes sans PES. La différence entre les pentes moyennes a été testée. Afin de vérifier l'effet de l'introduction d'un PES quand la prévalence du VIH était encore basse, l'analyse d'un sous-groupe a été faite pour les villes dont la première mesure a été réalisée alors que la prévalence était inférieure à 10% et que la période d'étude de la prévalence était de plus de trois ans. La moyenne de ce groupe a été comparée aux villes pour lesquelles aucun PES n'a été mis en place.

Près de 3500 articles ont été lus. Après application des critères de sélection, 214 ont été gardés. Un total de 81 villes

disposaient de plus d'une mesure de la prévalence du VIH: 54% se situaient en Amérique du nord, 32% en Europe et 12,4% en Asie. Entre 1980 et 1993, 1046 enquêtes ont été faites auprès de 332 892 toxicomanes. Il y avait des PES dans 36% (n=29) des villes. Du début à la fin de la période d'étude, la prévalence moyenne du VIH a peu changé dans les villes avec PES et a augmenté (de 18,4% à 24,9%) dans les villes sans PES. La prévalence aurait augmenté dans 58% des villes sans PES et dans 48% des villes avec PES. Le modèle de régression montre que la prévalence a augmenté en moyenne de 5,9% par an dans les villes sans PES et diminué, en moyenne, de 5,8% par an dans les villes avec PES, soit une différence significative de 11%. Quand l'analyse était restreinte aux villes à faible prévalence initiale, la prévalence a diminué de 1% en moyenne par an dans les huit villes avec PES et augmenté, en moyenne, de 16% par an dans les dix-huit villes sans PES. Toutefois, la différence n'était pas statistiquement significative.

Des biais sont soulignés par les auteurs. La décision d'entreprendre une estimation de la prévalence du VIH chez les UDI dans une ville sans PES peut traduire une préoccupation sur ce thème. Elle pourrait constituer un biais de sélection, les villes sans problèmes étant alors absentes ou moins présentes dans l'étude que les villes avec un problème d'épidémie de VIH chez les UDI. Par ailleurs, les évolutions de prévalence observées dans les villes avec PES pourraient être dues, entièrement ou partiellement, à d'autres interventions de prévention de l'épidémie mises en place au cours de la même période.

La force de cette étude réside dans l'aspect global des comparaisons réalisées. Elle s'affranchit des spécificités locales pour s'intéresser à l'effet obtenu à l'échelon de 29 villes disposant de PES. La simple notion d'une diminution moyenne de la prévalence du VIH chez les UDI de presque 6% par an, dans un contexte potentiellement épidémique, est en soi une information importante. Pouvoir observer que le même indicateur augmente de presque 6% dans les villes sans PES renforce encore la perception d'un effet positif des PES sur la prévention des contaminations par le VIH. Toutefois, on notera que dans 48% des villes avec PES il a été observé une augmentation de la prévalence.

Depuis 1984, les programmes d'échange de seringues sont une des stratégies de réduction des dommages développées à l'intention des usagers de drogues par voie injectable. Au delà des convictions *a priori* en faveur ou en défaveur des PES, on peut se poser la question de l'efficacité des PES et celle de leur rentabilité.

Jusqu'à présent, la plupart des études sur l'efficacité des PES portent sur leur aptitude à diminuer les contaminations par le VIH chez les UDI ou sur des marqueurs indirects de cette aptitude. Au cours de l'évaluation du PES de New Haven ⁽²⁾, il était observé une diminution de la prévalence du VIH sur les seringues rendues. L'incidence du VIH chez des usagers et des non usagers de PES à New York ⁽³⁾ était de 1,58 pour 100 personnes/années chez les usagers de PES et de 5,26 chez les non usagers de PES. Le risque de contamination était multiplié par 3,3 chez les non usagers, plaidant donc pour l'efficacité de ces PES à réduire l'incidence du VIH chez les UDI de New York. Lors d'une recherche ⁽⁴⁾ portant sur cinq villes ayant réussi à maintenir la prévalence du VIH au dessous de 5% chez les UDI, trois axes de prévention sont apparus communs: l'accès à du matériel d'injection stérile, un développement précoce des activités de prévention, le développement d'actions de proximité en direction des UDI. Il aurait donc été intéressant de connaître les autres axes de prévention développés dans les 81 villes incluses dans l'étude. Dans l'étude sur les UDI de Vancouver ⁽⁵⁾ commentée par Julie Bruneau, il est mis en évidence qu'un PES, même s'il a un volume d'activité important, ne suffit pas à éviter la survenue d'une épidémie de VIH. S'il devient de plus en plus difficile de contester l'efficacité globale des PES, il paraît pertinent d'essayer de définir quels sont les facteurs associés aux PES permettant de parvenir à une diminution de prévalence parmi les UDI des villes disposant de PES.

Les PES n'ont pas pour seul objectif de diminuer les contaminations par le VIH. Dans cette étude ne rentrent pas en compte les autres actions des PES. La facilitation de l'accès à des structures de prise en charge sociales ou sanitaires, la diminution de l'incidence d'autres affections (hépatites, infections bactériennes ou fongiques) n'ont pas été étudiées. Les équipes des PES travaillent au développement d'une réduction globale des dommages sanitaires et sociaux associés à l'usage des drogues injectables et ne se limitent pas

ou ne devraient plus se limiter à l'infection par le VIH. Les évaluations des PES devraient pouvoir élargir leurs critères de jugement au delà de la contamination par le VIH et prendre en compte les autres activités des PES, même si cela est loin d'être évident sur le plan technique.

Les PES sont-ils rentables ? Le nombre minimum de cas de contaminations par le VIH qui auraient pu être évités entre 1987 et 1995 par la mise en place d'un programme national de PES aux Etats-Unis, analogue à celui de l'Australie, a été estimé ⁽⁶⁾. Entre 4000 et 10000 cas auraient pu être évités, ce qui correspond à un coût de 244 à 538 millions de dollars américains. Cette somme aurait permis de distribuer entre 181 et 398 millions de seringues. Il serait intéressant de faire un travail analogue entre Europe du Nord et en Europe du Sud. Au cours de l'évaluation d'un PES en France ⁽⁷⁾, il était observé que le budget annuel du projet était équivalent à quatre mois d'hospitalisation d'une personne en service de soins intensifs et inférieur au coût de deux années de prise en charge médicale d'un patient sidéen. D'un point de vue strictement économique, ce PES est rentable s'il évite au moins une contamination par le VIH chaque année.

De manière globale, l'existence des PES contribue à éviter des contaminations par le VIH chez les usagers de drogue par voie injectable. Toutefois, il existe une hétérogénéité de résultats entre villes qui doit inciter à approfondir les recherches sur la réduction des dommages. Une piste semble être la nécessité d'une stratégie multiple de réduction des dommages ainsi qu'une intervention la plus précoce possible.

1 - Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM

" Effectivness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection "

Lancet, 1997, 349, 1797-1800

2 - Heimer R, Kaplan EH, Khoshnood K, Jariwala B, Cadman EC

" Needle exchange decreases the prevalence of HIV1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut "

Am J Med, 1993, 95, 214-220

3 - Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D et al.

" HIV incidence among injecting drug users in New York city syringe exchange programmes "

Lancet, 1996, 348, 987-991

4 - Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR et al.
" Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users "
JAMA, 1995, 274, 1226-1231

5 - Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL et al.
" Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study "
AIDS, 1997, 11, F59-F65

6 - Lurie P, Drucker E
" An opportunity lost : HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA "
Lancet, 1997, 349, 604-608

7 - Bertau P, Bello P-Y, BEST
" Echange de seringues : évaluation d'une année d'activité du bus échange de seringues de Toulouse (BEST) "
Santé Publique, 1995, 7, 4, 461-479.