

# **RÉDUCTION DES RISQUES : TRANSMISSION DU VHC, EFFICACITÉ DES OUTILS ET ACCEPTABILITÉ PAR LES USAGERS**

**- REVUES DE LITTÉRATURE -**

---

**Christian Ben Lakhdar  
Maitena Milhet  
Cristina Diaz-Gomez**



## Sommaire Général

Le virus de l'hépatite C : prévalence, risques de transmission et moyens relatifs de prévention chez les usagers de drogues -----	5
Les outils de prévention de la politique de réduction des risques menée en France : obtention du matériel et efficacité technique -----	38
L'acceptabilité du matériel de réduction des risques par les usagers de drogues -----	55

## **En préambule**

Les revues de la littérature présentées dans ce document s'inscrivent dans une démarche globale d'évaluation de la réduction des risques auprès des usagers de drogues. Elles visent à repérer les lacunes en matière de connaissances, à tirer des enseignements sur la manière d'améliorer l'impact des politiques et *in fine*, à dégager les thèmes et les questions qui méritent, d'après les données de la littérature disponibles, de faire l'objet des évaluations thématiques.

Le champ de la réduction de risques étant très vaste, ses objectifs nombreux et de nature différente, le choix a été fait, dans un premier temps, d'explorer la question de la transmission de maladies infectieuses chez les usagers de drogues. Ceci dit, il est important de souligner que la problématique de la réduction de risques ne se cantonne pas aux seuls risques infectieux. La prévention des intoxications aiguës, des complications médicales et psychologiques, des troubles psychiatriques et des morbidités liées à la précarité et l'insertion sociale sont également des objectifs officiels de cette politique. S'interroger sur l'ensemble des risques avérés et de chercher à connaître les enseignements des expériences antérieures sur la manière d'agir plus efficacement constituent des démarches que nous ne contestons pas et qu'il faudra aborder ultérieurement dans le cadre des prochains travaux de recherche bibliographique.

Les investigations à mener pouvant être nombreuses, il a fallu les prioriser. 75% de nouveaux cas de contamination de VHC étant attribuables à l'injection de drogues (Alter, 2007), les recommandations relatives à ce mode de consommation et à sa prévention ont été ainsi privilégiées.

## **Justifier des revues de littérature sur la transmission du VHC, l'efficacité des outils de prévention et leur acceptabilité par les usagers de drogues**

Les maladies infectieuses sont le lot commun des usagers de drogues, en particulier, et cela fût l'un des enjeux majeurs des politiques de santé publique des années 80-90, le VIH. D'une manière plus générale, les virus se transmettant de sang à sang sont effectivement à même de contaminer les populations usagères de drogue du fait même de leurs modes de consommation : l'injection et le partage du matériel servant à injecter en sont le fondement (bien que ce ne sont pas les seuls modes de consommation à risques).

Aujourd'hui, à la suite des politiques de santé publique mises en œuvre, en l'occurrence celle de la réduction des risques liés à la consommation de drogues, dont les programmes d'échange de seringues en sont l'emblème, l'épidémie de VIH semble enrayée : en France, les décès par SIDA des usagers de drogues par voie intraveineuse sont passés de 1044 en 1994 à 69 en 2006 selon de système de surveillance du SIDA de l'INVS.

Concernant l'épidémie de VHB, la vaccination proposée dans les années 90 semble avoir contenu sa progression.

L'épidémie de VHC continue d'être quant à elle problématique. Ceci est l'une des premières réponses à la question qui consisterait à se demander pourquoi s'intéresser exclusivement au VHC dans le travail proposé ici.

Une seconde réponse réside dans le fait que ce travail porte aussi, *in fine*, sur le VIH. Effectivement, le VHC présente un potentiel de contamination estimé entre 150 et 800 fois plus important que le potentiel de contamination du VIH, dans le cas d'un échange de seringue contaminée (Crofts *et al.*, 1999). En d'autres termes, quand un risque de contamination au VIH existe, il existe de facto pour le VHC. Ce qui est vrai du VIH l'est donc aussi pour le VHC que cela soit en population générale ou en population usagère de drogues.

Il convient de plus de noter que certains facteurs de risques de transmission du VHC reportés dans ce travail ne se fondent que sur des travaux ne concernant pas spécifiquement la population usagère de drogues. Encore une fois néanmoins, nous considérons que ce qui est vrai en population générale, l'est de facto, et peut-être même encore plus, pour les populations usagères de drogues.

Pour résumer, d'une part ce travail traite du VHC mais peut être entendu aussi pour d'autres maladies infectieuses en fonction de leur pouvoir contaminant. D'autre part certains travaux de recherche issus de la littérature internationale ne concernent que la population générale, nous reprenons toutefois leurs conclusions pour les populations usagères de drogues puisque d'un côté, les usagers de drogues sont inclus dans la population général et d'un autre côté, ils présentent de plus forts risques d'infection.

Il convient aussi de se demander pourquoi les outils de prévention de la réduction des risques ne parviennent pas à enrayer cette épidémie. On verra que différents facteurs limitent l'impact des

programmes d'échange de seringues et la distribution du matériel stérile en général.

De plus, sera souligné que l'on ne sait que peu de choses sur l'acceptabilité du matériel stérile distribué aux usagers de drogues. Cette méconnaissance se double et se confond avec l'absence d'études portant sur l'efficacité des messages d'information et de prévention qui sont réalisés à destination des usagers de drogues.

Au final, le lecteur doit garder à l'esprit en parcourant ces revues de littérature qu'elles s'insèrent pleinement dans une démarche d'évaluation de la politique et des actions de réduction des risques menées en France.

**Le virus de l'hépatite C :  
prévalence, risques de  
transmission et moyens relatifs de  
prévention chez les usagers de  
drogues**

## Sommaire

<b>SOMMAIRE</b> .....	6
<b>SYNTHESE</b> .....	7
<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>LE VIRUS DE L'HEPATITE C EN FRANCE, PREVALENCE, CONNAISSANCES ET SITUATION DES USAGERS DE DROGUES</b> .....	10
UN VIRUS TRES PRESENT CHEZ LES USAGERS DE DROGUES .....	10
<i>Le VHC en population générale</i> .....	11
<i>Le VHC chez les populations usagères de drogues</i> .....	13
CONNAISSANCES ET SOINS DE L'HEPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES .....	16
<b>LES RISQUES ET MODES DE CONTAMINATION DU VIRUS DE L'HEPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES</b> .....	18
LES RISQUES LIES A L'INJECTION DE DROGUES .....	18
<i>Le partage du matériel d'injection</i> .....	18
<i>Des pratiques persistantes</i> .....	19
LES RISQUES DE TRANSMISSION HORS INJECTION .....	19
<i>Le sniff et la fume de drogues</i> .....	19
<i>Les rapports sexuels</i> .....	21
<i>Les relations materno-fœtales</i> .....	22
<i>Les pratiques médicales invasives</i> .....	23
<i>Le body art</i> .....	24
<i>Les contacts familiaux et domestiques</i> .....	25
<b>LES MODES DE PREVENTION DE L'HEPATITE C</b> .....	25
CONCERNANT LES USAGERS INJECTEURS DE DROGUES .....	26
CONCERNANT LES USAGERS DE DROGUES NON INJECTEURS .....	29
RECOMMANDATIONS RELATIVES AUTRES FACTEURS DE RISQUE .....	29
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	31
<b>REFERENCES</b> .....	32



## Synthèse

L'épidémie de VHC semble contenue en France. Le nombre d'hospitalisation lié à des pathologies induites par ce virus est en baisse, de la même façon que la mortalité attribuable. La prévalence du VHC en population générale a baissé en dix ans, passant de 1,05% à 0,8% selon les dernières enquêtes réalisées. Le nombre de dépistages et de traitements en augmentation ces dernières années et stabilisés aujourd'hui ont certainement contribué à ce confinement de la maladie.

Il n'en est pas de même pour la population constituée par les usagers de drogues. Dans cette population, la prévalence d'individus infectés augmente depuis le début des années 90 : elle serait de l'ordre aujourd'hui de 40 à 50%, voire plus. Cette prévalence semble un peu moins élevée chez les usagers de drogues fréquentant le système de soin spécialisé mais reste toutefois à des niveaux alarmants, plus de 30%.

Ces fortes prévalences chez les usagers de drogues s'expliquent bien entendu par le fait que les modes de consommations des substances psychoactives sont des vecteurs de la maladie. L'injection de drogues est sans conteste le facteur de risque le plus important de transmission, et plus précisément le fait de partager les seringues et le petit matériel.

Les autres modes de consommation tels que le sniff ou la fume peuvent aussi représenter des facteurs de risques de transmission.

L'hépatite C trouve toutefois bon nombre d'autres vecteurs de transmission, qui ne concernent pas forcément la population usagère de drogue, mais qui, le cas échéant, peuvent être exacerbés dans cette population. Certaines pratiques sexuelles ou encore la pratique du tatouage et du piercing en font partis. La vigilance sera aussi de mise dans le cas de relation materno-fœtale ou lors de pratique médicale invasive. Le simple fait d'entretenir des relations domestiques et familiales avec un individu contaminé peut aussi représenter un facteur de risque mais celui-ci est bien évidemment très faible.

Les recommandations pouvant être émises pour limiter l'infection au VHC dans les populations usagères de drogues ne sont pas encore toutes parfaitement validées. Il faut évidemment renforcer les politiques de réduction des risques, à travers une mise à disposition continue et plus large de matériel stérile (seringues, petit matériel,

pipe à crack...)). L'accent doit aussi être mis sur l'éducation à l'injection propre et aux pratiques de réduction des risques. Les pratiques de *body art* font aussi parties du corpus nécessitant des programmes de régulation d'une part, et d'éducation d'autre part. Un effort particulier semble devoir être fait dans le milieu carcéral.

Les transmissions nosocomiales doivent être limitées : de simples recommandations de bonne pratique d'injection en milieu hospitalier pourraient limiter ces risques. De la même façon, une prise en charge rapide conduit le nouveau-né à avoir de très bonnes chances de guérison en cas de contamination.

## Introduction

Entre 130 et 170 millions de personnes seraient infectées par le virus de l'hépatite C dans le monde (Shepard *et al.*, 2005 ; Alter, 2007). Ces individus infectés représentent selon la terminologie consacrée un réservoir de contamination et sont eux-mêmes enclins à souffrir de nombreuses pathologies (maladies chroniques du foie, cirrhoses, carcinomes hépatocellulaires) pouvant les mener au décès.

Que sait-on de l'importance de cette épidémie en France ? Quels comportements, pratiques, modes de vie constituent des facteurs à risque de contamination et de transmission ? Que peut-on faire pour enrayer cette épidémie ?

Les réponses à ces questions apportées dans ce travail sont toutes construites sur la base de revues de littérature. Ces revues de littérature effectuées ici sont bien évidemment loin d'être exhaustives tant la littérature est prolifique depuis la découverte, pourtant récente, du virus de l'hépatite C en 1989 et l'amélioration des tests de dépistages du début des années 1990.

Dans un premier temps cependant, ce sont les enquêtes en population usagère de drogues conduites en France qui seront mises en avant. Elles aideront à évaluer l'ampleur de cette épidémie dans la population à risque que représentent les usagers de drogues. Elles permettront aussi de dégager les connaissances des usagers de drogues d'une part quant à leur propre infection et d'autre part quant aux modes de contamination potentiels.

L'importance de cette épidémie est en majeure partie attribuable à l'usage de drogues par voie intraveineuse : 75 % des nouveaux cas de contamination sont associés à cette pratique (Shepard *et al.*, 2005, Alter, 2007). L'injection de drogue, via le partage des seringues et du petit matériel, est donc un facteur de risque de contamination et de transmission de l'hépatite C (voir Bruandet *et al.*, 2006 pour le cas français). Il n'est pas le seul cependant. L'usage de drogues hors injection et le matériel associé, certaines pratiques sexuelles particulièrement à risque, l'interaction materno-fœtale, les pratiques médicales invasives ou encore certaines modes esthétiques comme le piercing ou le tatouage représentent aussi des facteurs de risque de contamination. Le simple fait de vivre quotidiennement avec un individu infecté a été décrit comme un autre facteur de risque de contamination, même s'il est très rare (Bergk *et al.*, 2005 ; Clarke *et al.*, 2006). Ces différents points seront décrits dans une deuxième section.

Enfin dans un troisième temps, les pratiques de prévention réalisées en France et à l'étranger seront exposées en fonction des risques de transmission mis en exergue. Cette section s'attachera à faire ressortir l'efficacité des modes de prévention quand des études d'impact ont été réalisées.

Au final, il convient de noter que les articles sur lesquels s'appuie ce travail ne traitent pas exclusivement de populations usagères de drogues par voies autre que la voie intraveineuse. Les études citées ne concernent ainsi pas uniquement les populations toxicomanes, mais leurs conclusions et résultats restent toutefois vrais pour les usagers de drogues non injecteurs dans la mesure où ces derniers sont de fait inclus dans la population générale et présentent peut-être de plus importants risques de contamination et de diffusion du virus de l'hépatite C.

## **Le virus de l'hépatite C en France, prévalence, connaissances et situation des usagers de drogues**

Contenu en population générale, le virus de l'hépatite C se diffuse chez les usagers de drogues. La prévalence du VHC dans cette population est très élevée, de l'ordre de 40 à 50%, voire plus. De plus, tous ne connaissent pas régulièrement leur statut sérologique, et certains, bien qu'infectés, sont réticents à engager une démarche de soin.

### **Un virus très présent chez les usagers de drogues**

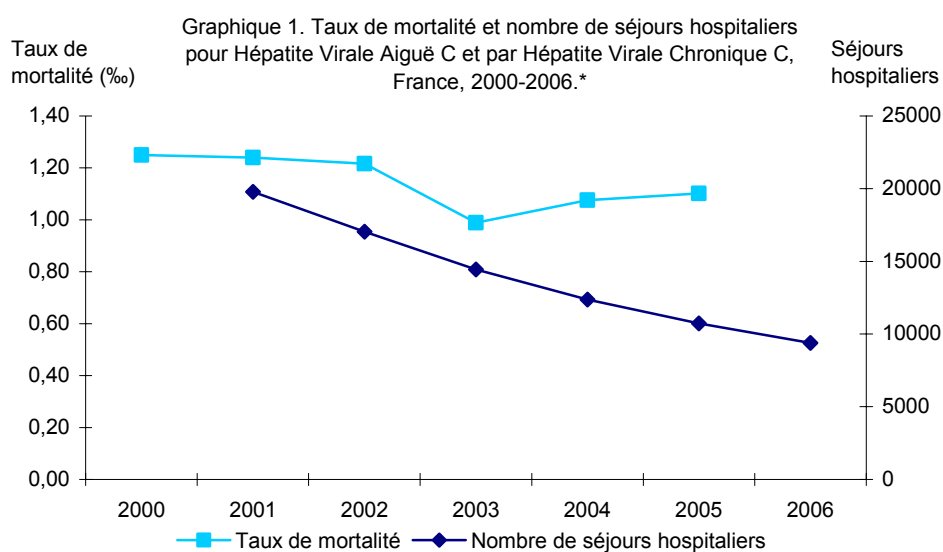
En tant que pays développé, la France n'est pas très touché par le virus de l'hépatite C, a contrario de l'Italie par exemple où la prévalence en population générale est de 2,2%, les États-Unis (1,8%) ou encore le Japon (1,5-2,3%) (Shepard *et al.*, 2005). Il ressort toutefois que la vigilance reste haute avec des tests de dépistage en augmentation et des délivrances de traitement apparemment stabilisés après avoir fortement augmentés. Il n'empêche que les prévalences chez les usagers de drogues sont alarmantes.

## Le VHC en population générale

Il apparaît que la prévalence des individus infectés par le VHC en France soit de l'ordre de 0,84% chez les personnes âgées de 18 à 80 ans (InVS, 2007). Cette même prévalence était estimée entre 1,05% et 1,15% en 1994 ; elle a donc diminué en 10 ans.

Avec une prévalence de 0,84%, ce serait près de 367 000 personnes qui seraient infectées. Cette population serait principalement féminine : 1,02% contre 0,66% pour les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 45-49 ans (2,28%) alors que la moins touchée se retrouve chez les jeunes, les 18-24 ans (0,04%) (InVS, 2007).

Afin d'avoir une idée des conséquences de ce virus en population générale, le graphique 1 montre d'une part, quel est le taux de mortalité du VHC (abordé par la mortalité par hépatite virale aiguë C et par hépatite virale chronique C) par rapport à la mortalité totale et d'autre part, son évolution sur la période 2000-2006. De plus, le nombre de séjours hospitaliers (en établissements publics et privés) pour les mêmes causes est retranscrit sur le même graphique.



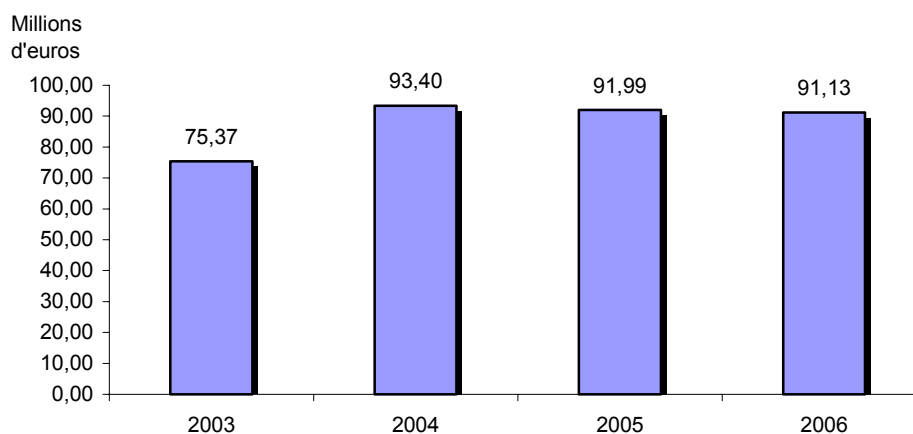
Source : PMSI, CePIDC

\*Code CIM-10 : B17.1 et B18.2

Le taux de mortalité pour les causes retenues est compris entre 0,99 et 1,25 pour mille sur la période mais semble en diminution. Si, pour une mise en perspective, on compare ce taux de mortalité VHC au taux de mortalité par VIH sur la même période, on se rend compte que le taux de mortalité par VIH est supérieur, en moyenne sur la

période 2000-2005, il est de 1,8 pour mille contre 1,15 pour mille pour le VHC. Deux faits expliquent ceci. D'une part, les décès attribuables au VHC peuvent ne pas tous être comptabilisés dans les catégories de la CIM-10 que nous avons retenu. D'autre part, des traitements permettant la guérison existent pour le VHC et pas pour le VIH. On peut d'ailleurs constater que le graphique 2 que les montants remboursés de certains médicaments (les principaux ont été retenus) augmentent puis se stabilisent entre 2003 et 2006.

Graphique 2. Montants remboursés de médicaments traitant l'hépatite C par l'Assurance Maladie, 2003-2006.\*

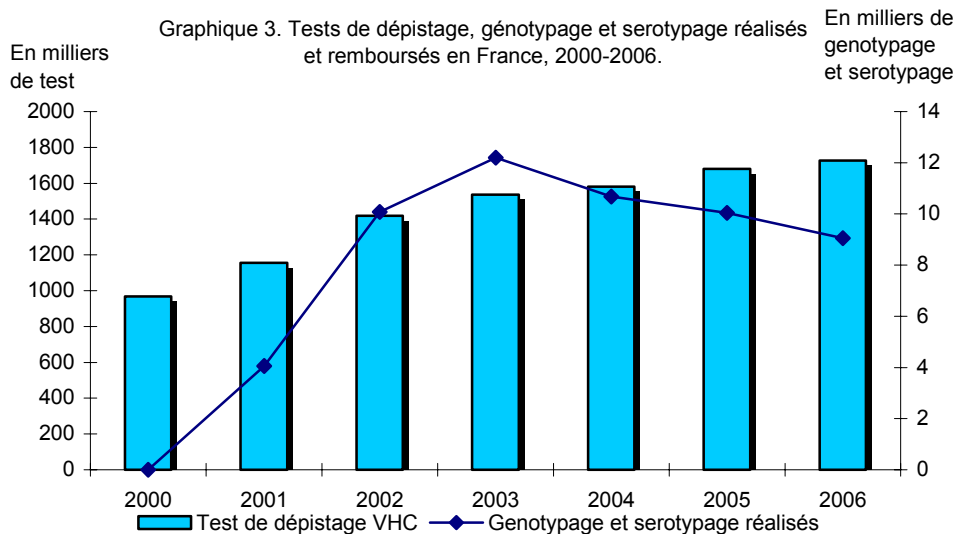


Source : Ameli, Assurance Maladie

\* Seuls sont comptabilisés le Roféron, le Viraferon, le Viraferonpeg, le Pegasys, l'Introna.

Ces traitements peuvent expliquer d'une part, cette moindre mortalité par rapport au VIH et d'autre part, la diminution du nombre de séjours hospitaliers pour VHC constatée entre 2000 et 2006 : les traitements en ambulatoire déchargeant les centres hospitaliers qu'ils soient privés ou publics.

Le nombre de traitements remboursés par l'Assurance Maladie n'étant pas un indicateur suffisant pour rendre compte de l'effort engagé dans l'enrayement de cette épidémie, le nombre de tests de dépistages remboursés se révèle être un indicateur complémentaire.



On peut sur le graphique 3 effectivement constater que le nombre de tests de dépistage réalisés en France est en constante augmentation depuis 2000. Entre 2000 et 2006, le nombre de tests a augmenté de l'ordre de 78% pour atteindre 1,7 million en 2006.

On s'aperçoit aussi que les analyses du génotype et du sérotype du virus sont plus souvent effectuées, ce qui accroît sans nul doute l'efficacité des prises en charges thérapeutiques.

Au final, en population générale et suivant les indicateurs décrits ici, il semblerait que l'épidémie de VHC soit contrôlée en France. Bien qu'encourageants, cet état des lieux épidémiologiques cachent une population fortement à risque de transmission (comme nous le décrirons plus amplement dans la deuxième section), à savoir la population usagère de drogues.

### *Le VHC chez les populations usagères de drogues*

Le nombre d'usagers problématiques de drogues est estimé entre 150 000 et 180 000 (OFDT, 2005). Par usagers problématiques sont entendus les injecteurs d'opiacés et de cocaïne, les fumeurs de crack et de free-base, mais aussi dans un sens plus large, ceux ayant eu recours au système de soin spécialisé dans les drogues et les dépendances et ceux ayant eu affaire au système judiciaire (hors cannabis).

Les enquêtes axant leur recherche sur les usagers de drogues et l'infection au VHC sont relativement rares et de qualité quelque fois

discutable. Effectivement, les prévalences VHC chez les usagers de drogues ont été estimées ces dernières années sur des données déclaratives, seules l'enquête Coquelicot se fonde sur des prélèvements sanguins (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006) et l'enquête Prelud sur des prélèvements salivaires (Cadet-Taïrou *et al.*, 2008). Les enquêtes déclaratives sous-estiment généralement les prévalences VHC du fait de l'ignorance de leur sérologie des individus questionnés. Toutefois, Emmanuelli *et al.* (2003) recensent les études menées en France quant à la prévalence du VHC chez les usagers de drogues. Il est à noter que les enquêtes traitées par Emmanuelli *et al.* (2003) se sont déroulées dans la rue, dans les CSST, les centres de postcure, les hôpitaux, les programmes d'échange de seringue et en médecine générale. Autrement dit, ces enquêtes couvrent le champ des lieux où les usagers de drogues peuvent être rencontrés. Le tableau 1 reprend le recensement effectué par Emmanuelli *et al.* (2003) et le complète.

Les méthodologies de ces études diffèrent, certaines se fondent sur les déclarations des individus, d'autres sur des prélèvements biologiques. Comme déjà souligné, les lieux de rencontre des usagers de drogues sont aussi différents mais même les villes où ont été réalisées ces enquêtes peuvent conduire à des prévalences variables. Il faut alors considérer ces prévalences avec précaution et ne pas chercher à y voir de tendance dans le temps.

Ce qui peut être avancé alors, c'est bien que le VHC est très présent chez les populations toxicomanes, la prévalence étant comprise entre 40 et 60% d'individus infectés.



**Tableau 1. Prévalence du VHC chez les UD en fonction des études disponibles, 1993-2006**

Sources	Profils des UD	Effectifs	Modalité	1993	1996	1997	1998	1999	2002	2003	2004	2005	2006
Etude Irep*	Rue + CSST	N = 1789	Déclaratif	-	47%	-	-	-	-	-	-	-	-
Suivi Ceses*	Centres de Postcure	N = 1500	Déclaratif	43%	60%	58%	-	-	-	-	-	-	-
Suivi Drees*	Hôpitaux + CSST	N = 20000	Déclaratif	51%	57%	62%	-	63%	-	-	-	-	-
Etude PES*	Echange de seringue	N = 1004	Déclaratif	-	-	-	58%	-	-	-	-	-	-
Etude Aides*	MG + CSST	N = 506	Déclaratif	-	-	-	-	-	53%	-	-	-	-
Etude Coquelicot**	Rue + CSST + PES + MG	N = 817	Tests sanguins	-	-	-	-	-	-	-	60%	-	-
Recap****	CSST	N = 4650	Déclaratif	-	-	-	-	-	-	-	-	55%	-
Etude Prelud***	Structures de 1ère ligne	N = 598	Tests salivaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45%

Sources : \* voir Emmanuelli et al. (2003) ; \*\* Jauffret-Roustide et al. (2006) ; \*\*\* Cadet-Tairou et al. (2008) ; \*\*\*\* Palle et Vaissade (2007)

CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes, MG : médecins généralistes, PES programmes d'échange de seringues

## Connaissances et soins de l'hépatite C chez les usagers de drogues

Les usagers de drogues ne connaissent pas toujours régulièrement leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites ou du VIH. Quand ils le connaissent, différentes motivations amènent certains d'entre eux à ne pas se soigner.

Bien que tous les usagers de drogues ne connaissent pas forcément leur statut sérologique quant au VHC, VIH ou VHB, cette connaissance semble progresser. En 2003, l'enquête Prelud de TREND - OFDT montrait que 70% des usagers de drogues interrogés avaient pratiqué un test de dépistage au VHC (77% pour le VIH), ils sont en 2006, 85,8% à déclarer avoir réalisé un test de dépistage pour le VHC (87.6% pour le VIH) selon l'enquête Prelud 2006 (Bello *et al.*, 2004 ; Cadet-Tairou *et al.*, 2008).

Cette tendance masque cependant le fait qu'en 2006, 45% des individus interrogés dans l'enquête Prelud disent que leur test de dépistage date de plus de six mois comme le montre le tableau 1.

Tableau 2. Pratique et ancienneté des tests de dépistage VHC par les usagers de drogues (UD) fréquentant les structures de premières lignes.

	UD de moins de 25 ans	UD de 25 à 34 ans	UD de plus de 34 ans	Ensemble
Pas de dépistage	23%	16%	12%	16%
Moins de 3 mois	22%	21%	22%	22%
Entre 3 et 6 mois	13%	15%	13%	14%
Plus de 6 mois	38%	45%	50%	45%
Ne sait pas	3%	3%	3%	3%

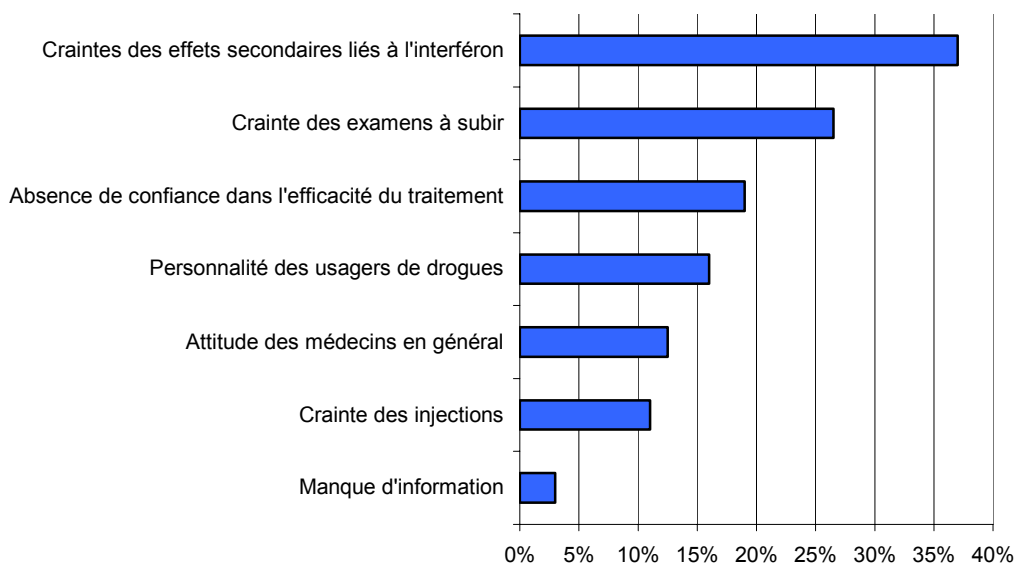
Source : Prelud 2006, OFDT - TREND

De plus comme le mettent en relief Emmanuelli *et al.* (2003) grâce à l'enquête Coquelicot, il existe une forte disparité entre infection déclarée et les tests biologiques effectués. En fonction des classes d'âge, entre 15 et 30% des individus interrogés disent ne pas être infectés au VHC alors que leur test biologique respectif montre le contraire : certains usagers de drogues ne savent donc pas quel est effectivement leur statut sérologique.

Quand les usagers de drogues connaissent leur séropositivité au VHC, rien ne dit qu'ils mettent en œuvre une stratégie de soins malgré le fait qu'ils affirment dans une large majorité que le VHC représente une maladie grave (92,3%) et que les traitements sont efficaces contre cette maladie (77%) (Emmanuelli *et al.*, 2003).

Les motifs invoqués par les individus interrogés dans l'enquête Coquelicot pour justifier d'une réticence vis-à-vis du traitement sont repris dans le graphique 4.

Graphique 4. Motifs invoqués par les usagers de drogues pour justifier de leur réticence aux traitements du VHC.



Source : Emmanuelli et al. (2003), Coquelicot

Il apparaît ainsi que certains usagers de drogues ne se soignent pas leur hépatite puisqu'ils auraient peur des effets secondaires du traitement et des examens à subir (et des injections inhérentes). L'efficacité même du traitement est remise en cause pour motiver ce refus, mais aussi la personnalité de l'utilisateur de drogue - entendue comme quelqu'un qui manque de volonté, de motivation -.

Afin de contrer l'épidémie du VHC dans cette population particulière, il s'agit d'en comprendre les pratiques à risque avant de s'intéresser aux modes de prévention relatifs qu'une politique publique pourrait mettre en place.

## **Les risques et modes de contamination du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues**

### **Les risques liés à l'injection de drogues**

Comme le soulignent Alter (2007) et Shepard *et al.* (2005), 75% des nouveaux cas de contamination sont dus à l'injection de drogues. L'injection de drogues est un facteur de risque indiscutable de contamination au VHC (Alter, 2007) et en France ce facteur associé à la contamination au VHC est clairement démontré en population générale avec un risque relatif significatif de 191,2 (InVS, 2007).

#### *Le partage du matériel d'injection*

Le partage du matériel d'injection est une voie de transmission du VHC. Non seulement le partage de la seringue mais aussi celui du petit matériel nécessaire à l'injection : coton, eau, cuiller. C'est ce que montrent Hagan *et al.* (2001) en étudiant une cohorte de 317 injecteurs de drogues. Plus précisément, et en contrôlant les facteurs potentiels de confusion, les auteurs estiment que le partage de la seringue servant à l'injection conduit à une multiplication par 3 du risque de contamination au VHC (RR=2,94, [1,6 ; 5,3] à 95%). De la même façon, les auteurs arrivent à la conclusion que le partage du petit matériel, en l'occurrence le coton et la cupule, représente une multiplication par plus de 3 du risque de contamination au VHC.

Ces résultats ont aussi été démontrés en France. Lucidarme *et al.* (2004) et Bruandet *et al.* (2006), étudiant une cohorte d'usagers de drogues intraveineux du nord-est de la France montrent d'une part que le partage de la seringue conduit à un risque relatif de séroconversion au VHC de 6,3 et d'autre part que le partage du coton servant la préparation de l'injection conduit aussi à un risque relatif significatif de 16,4.

Ces résultats peuvent paraître surprenant puisqu'ils montrent que le partage du coton est a priori plus risqué que le partage de la seringue. Il serait fallacieux d'aboutir à cette conclusion pour deux raisons. La première est avancée par les auteurs : les intervalles de confiance des risques relatifs mis en exergue se recoupent, il n'est alors pas possible de dire que tel risque est supérieur à l'autre ou inversement. La seconde explication réside éventuellement dans le fait que les injecteurs connaissent mieux le risque de partager la seringue comme facteur de séroconversion que celui du partage du

petit matériel. Le point suivant éclaire cette question en décrivant les pratiques de partage de matériel des usagers de drogues en France.

### *Des pratiques persistantes*

Emmanuelli *et al.* (1999), dans une étude sur 965 usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en 1998, rapportent que 19% d'entre eux affirment avoir prêté ou emprunté une seringue déjà utilisée dans le mois précédent l'enquête. Cette prévalence se monte à 70% quand il s'agit du partage du petit matériel (dont le coton et la cuiller).

En 2004, Jauffret-Roustide *et al.* (2006) recueillent dans l'enquête Coquelicot des prévalences de partage moins élevées : 13% des usagers de drogues déclarent avoir partagé la seringue ; ils sont 38% à déclarer partager le petit matériel lié à l'injection.

Les actions d'information sur les pratiques à risques semblent porter leur fruit : on observe, même si ces enquêtes sont quelque peu différentes, une diminution du partage de la seringue et du matériel associé. Il n'en reste pas moins qu'une partie des usagers de drogues continue de réutiliser ou de partager le matériel nécessaire à l'injection, ce qui est bien évidemment problématique dans la poursuite de l'arrêt de l'épidémie de VHC.

## **Les risques de transmission hors injection**

Outre le sniff et la fume de drogues, il existe bon nombre d'autres facteurs de risque de contamination au VHC qui concernent non seulement la population générale mais d'autant plus les usagers de drogues.

### *Le sniff et la fume de drogues*

Le risque de contamination par le virus de l'hépatite C selon la consommation de drogues par des moyens autres que l'injection n'est pas clairement établi (Scheinmann *et al.*, 2007).

Effectivement, a contrario de l'infection par VIH pour lequel la littérature tend à démontrer le risque de contamination par des pratiques hors injection d'usage de drogues (voir par exemple McCoy *et al.*, 2004 pour les fumeurs de crack), Scheinmann *et al.* (2007) concluent de leur revue de littérature que la relation causale entre infection au VHC et usage de drogue hors injection est loin d'être indubitablement démontrée.

Des études montrent toutefois des sur-risques significatifs de transmission du VHC en cas de consommation de drogue par des voies autres que la voie intraveineuse. À titre d'exemple, Tortu *et al.* (2004) trouvent un sur-risque significatif de 2,83 d'être infecté par le VHC pour les individus composant leur échantillon ayant répondu avoir partagé du matériel nécessaire à la consommation de drogue par voie nasale ou orale. De la même façon, ceux ayant répondu avoir partagé du matériel pour consommer de l'héroïne sans l'injecter mais en compagnie d'un injecteur d'héroïne ont un sur-risque de 3,06 d'être contaminé par le VHC. Bien que significatifs, ces résultats sont à considérer avec précaution comme le soulignent les auteurs, du fait de la faiblesse de leur échantillon, à savoir 123 femmes new-yorkaises usagères de drogues et sans antécédents d'injection.

Toujours à New York, Howe *et al.* (2005) présument d'une association entre partage des pipes et des pailles nécessaires à la consommation de crack ou de cocaïne et infection par le VHC. Cette relation n'est toutefois plus significative quand elle est ajustée sur l'âge de leurs répondants.

En Espagne, à Séville, Macias *et al.* (2008) trouvent un risque significatif de 3,6 entre infection au VHC et partage de la pipe à crack en étudiant 182 non injecteurs de drogues entre septembre 2003 et décembre 2004.

Concernant la France, seule l'étude de Karmochkine *et al.* (2006) montre un sur-risque significatif d'infection au VHC à cause de la pratique du sniff de cocaïne, ce sur-risque étant de 4,5.

Au final, malgré des sur-risques significatifs retirés de quelques études ponctuelles, la transmission du VHC par partage des outils de consommation sans injection de substances psychoactives n'est pas une question tranchée. On remarquera simplement que les prévalences de sujets contaminés au VHC sont toujours plus importantes parmi les populations d'usagers de drogues sans historique d'injection que dans les groupes de contrôle, autrement dit les non usagers de drogues. La prévalence du VHC des premiers est toutefois toujours plus faible que celle des populations injectrices de drogues (Scheinmann *et al.*, 2007).

## *Les rapports sexuels*

Le virus de l'hépatite C n'est pas une infection sexuellement transmissible (IST) comme il peut l'être entendu du VIH, ou des maladies communément rassemblées sous le vocable IST. Il existe cependant d'importants risques de contamination au VHC par rapports sexuels dans bon nombre de situations et de cas.

Rappelons, à l'instar de Clarke et Kulasegaram (2006), que depuis sa découverte en 1989, il a été clairement établi que le VHC se transmettait par contact de sang à sang mais que la voie de transmission par rapports sexuels était l'objet de maintes controverses. Clarke et Kulasegaram (2006) faisant le point sur l'état des connaissances sur les modes de transmission du VHC grâce à une revue de littérature, pointent désormais particulièrement deux co-facteurs de risques favorisant la transmission du VHC par rapports sexuels : l'orientation et la pratique sexuelle d'un côté et l'infection par VIH de l'autre.

Concernant l'orientation et le type de pratiques sexuelles, McMahon *et al.* (2007) montrent, et ceci pour des usagers de drogues hétérosexuels, que les rapports sexuels de cette population ne représentent pas de risques singuliers de contamination par le VHC comme peut l'être, a contrario, leurs pratiques de consommation de drogues. Les conclusions ne sont pas aussi tranchées pour les individus ayant des rapports homosexuels masculins. En effet, Clarke et Kulasegaram (2006), à la vue des études parfois contradictoires sur le sujet, viennent à conclure que les pratiques homosexuelles ne représentent pas en tant que telle un risque mais bien un co-facteur de risque de contamination par le VHC. Ce co-facteur de risque est d'ailleurs d'autant plus élevé que les pratiques sexuelles peuvent être qualifiées de "hard" (rapports anaux non protégés, anilingus, fisting) et peuvent par là même entraîner saignements et traumatismes. C'est ce que mettent en relief Gambotti *et al.* (2005) après avoir questionné 29 hommes infectés (non injecteurs de drogues) rencontrés entre 2001 et 2004 dans trois hôpitaux parisiens (voir aussi Ghosn *et al.*, 2007).

À partir des travaux menés sur le sujet et ne concernant que des populations homosexuelles, l'infection par VIH ou d'autres MST ressort être aussi un co-facteur de risque de transmission du VHC lors de rapports sexuels (Clarke et Kulasegaram, 2007). À ce propos, Gambotti *et al.* (2005) notent que l'infection par VIH promeut la réceptivité des individus sexuellement exposés au VHC et favorise la présence du VHC dans les sécrétions génitales. De la même façon,

les autres IST représentent des co-facteurs de risques dans la mesure où certaines lésions des muqueuses peuvent favoriser les contacts sanguins lors des rapports sexuels, que ceux-ci soient anaux ou bucco-génitaux.

#### *Les relations materno-fœtales*

Le risque de transmission verticale, in utero ou périnatal, du virus de l'hépatite C, autrement dit d'une mère infectée à son enfant, a été démontré. Celui-ci est compris entre 4 et 5 % mais peut s'élever à 10 % (Ranger-Rogez *et al.*, 2002 ; Polis *et al.*, 2007). En effet, certains co-facteurs de risques ont été documentés par la littérature scientifique comme pouvant amener à doubler ce risque de transmission.

La co-infection au VIH est clairement identifiée comme un co-facteur de risque de transmission du virus de l'hépatite C entre la mère et l'enfant. C'est ce que montrent Polis *et al.* (2007) dans une méta-analyse de dix articles traitant le sujet après élimination de 233 articles ne répondant pas à leur critère d'inclusion. Il ressort qu'une mère séropositive au VIH a deux fois plus de risque de transmettre le virus de l'hépatite C à son enfant, comparée à un sujet VIH négatif. De plus, les mères combinant une infection au VIH et une hépatite C avec une virémie élevée amènent ce risque de transmission à l'enfant à quasiment tripler, d'autant qu'une virémie élevée est de toute façon - et indépendamment d'une co-infection au VIH - un co-facteur de risque de transmission verticale. Il est aussi à noter que l'usage de drogues par voie intraveineuse aurait tendance à augmenter la virémie, favorisant en conséquence le risque de transmission (Fischler, 2007).

D'autres co-facteurs de risques sont soulignés dans la littérature comme par exemple le mode d'accouchement, le sexe de l'enfant voire l'allaitement.

Sur le premier, il semblerait que la majorité des infections verticales au VHC se fassent pendant la phase d'accouchement ; la transmission pouvant alors être facilitée par un délai prolongé de rupture de membrane ou du fait d'un saignement placentaire. Ce saignement est « facilité » en cas de grossesse gémellaire : Boxall *et al.* (2007) montrent ainsi que le second bébé est très généralement celui infecté puisqu'en contact prolongé avec le sang de la mère.

À l'instar des infections au VIH, les filles semblent aussi plus enclines à être infectées que les garçons (Fischler, 2007). Des facteurs



hormonaux et des prédispositions génétiques pourraient expliquer ce point.

Concernant l'allaitement, le risque de transmission n'est pas prouvé, ce qui ne signifie pas que ce risque n'existe pas comme insistent Voyer *et al.* (2001). Encore une fois cependant, à l'instar du VIH, une transmission par lait maternel pourrait survenir même dans le cas d'un non saignement mamelonnaire, puisqu'on retrouve des traces de virus dans le lait maternel (Voyer *et al.*, 2001).

### *Les pratiques médicales invasives*

Dans une des dernières éditions du *Journal of Hepatology*, Myriam Alter plaide pour que les actes médicaux cessent d'être un moyen de transmission du virus de l'hépatite C (Alter, 2008).

En effet, depuis le début des années 1990, nombre d'études ont démontré la contamination par VHC d'individus ayant eu affaire à des services de soins de santé (Expertise collective Inserm, 2003 ; Martinez-Bauer *et al.*, 2008). Les risques de contamination diffèrent toutefois en fonction du type de soins requis ; ils sont par exemple plus élevés en cas d'hémodialyse, lors d'actes réalisés en hépatologie ou plus généralement pour des soins nécessitant des pratiques invasives ou induisant le contact avec des fluides biologiques.<sup>1</sup> Il n'empêche, comme le soutient Alter (2008), que des cas de contamination ne devraient plus survenir qu'à cause de mauvaises pratiques d'injection.

La contamination ne se fait pas exclusivement vers les patients ou de patient à patient (Allander *et al.*, 1995) mais bien aussi vers le personnel médical (Sicot, 2002 ; Bouvet, 1999) ; bien qu'il soit désormais démontré qu'avec certaines pratiques standardisées, les risques se retrouvent être extrêmement faibles, voire nuls pour les professionnels de soins dentaires et oraux (Leao *et al.*, 2006) ou pour les endoscopies, même pratiquées en Egypte où la prévalence du VHC est pourtant une des plus élevée du monde (Mikhail *et al.*, 2007). Il n'en reste pas moins qu'une étude européenne confirme la contamination vers le personnel soignant en soulignant que le risque est d'autant plus élevé que la blessure (piqûre) est profonde et que la charge virale du patient source est importante (Yazdanpanah *et al.*, 2006).

---

<sup>1</sup> Les tests de dépistage s'améliorant, les transfusions sanguines ne sont désormais plus considérées à risque de transmission du VHC.

En France, une étude cas incidents - cas témoins menée entre 1998 et 2001 définit clairement les sur-risques d'infection par le VHC en cas d'explorations invasives (endoscopie digestive en particulier, chirurgie invasive, etc...) (Delarocque-Astagneau *et al.*, 2006). Autrement dit, la pratique médicale en France, comme dans la plupart des pays développés, est une source potentielle de contamination du VHC, tout aussi bien pour les patients traités que pour les personnels soignants.

### *Le body art*

Le *body art*, à savoir le tatouage et le piercing, représente des risques de contamination par le virus de l'hépatite C.

Les études condensées et analysées dans les revues de littérature entreprises par Hayes *et al.* (2001) et Nishioka *et al.* (2001) montrent clairement les liens unissant tatouage et piercing à la contamination par le virus de l'hépatite C. Plus précisément, Hayes *et al.* (2001), dans un souci d'établir l'état des connaissances sur les liens entre piercing et hépatite C, étudient 12 articles publiés entre 1974 et 1997 sur le sujet. Il ressort clairement, malgré la qualité hétérogène des études, que le lien entre piercing et risque de contamination par le virus de l'hépatite C soit établi. De la même façon, la revue de littérature faite par Nishioka *et al.* (2001), réunissant de manière quasi-exhaustive les articles publiés entre 1966 et 2000 sur la thématique de la corrélation entre tatouage et hépatite, démontre l'implication du premier dans la transmission du second.

Concernant les populations toxicomanes, le lien apparaît être encore plus fort. Hellard *et al.* (2007) étudient les risques de transmission de l'hépatite C dans une population carcérale composée d'injecteurs et de non injecteurs de drogues. Il ressort de leur étude menée auprès de 642 prisonniers à Victoria en Australie par questionnaires et prélèvements sanguins que d'une part, les prisonniers ayant des antécédents d'injection de drogues sont plus enclins à s'être fait faire un tatouage en prison que les non injecteurs et que, d'autre part, les prisonniers testés positifs au VHC sont plus enclins à avoir eu un tatouage réalisé en prison que les autres. Selon les auteurs et l'analyse des questionnaires, le partage des aiguilles servant à la réalisation des tatouages étant tellement fréquent tout comme la réalisation d'un tatouage en prison, que les prisonniers représentent une population à haut risque de transmission du VHC via le biais que représente cette pratique.

Ce lien entre piercing, tatouage et VHC n'a pas été démontré en France. Seuls Karmochkine *et al.* (2006) ont testé cette proposition et ne trouvent pas de lien significatif sur le sujet. Ils démontrent toutefois qu'il existe une corrélation entre les soins esthétiques que sont les soins de manucure et de pédicure et la contamination par le VHC.

### *Les contacts familiaux et domestiques*

Le risque de transmission intrafamiliale du virus de l'hépatite C est très faible mais non nul (Diago *et al.*, 1996). La littérature scientifique fait effectivement état de transmission dans le cadre des ménages où un des individus est infecté, c'est-à-dire entre conjoints (hors rapports sexuels), de parents à enfants (hors transmission intra-utérine ou périnatale), ou dans le cadre d'une fratrie. Bien évidemment des co-facteurs de risque existent, autres que ceux traditionnellement décrits comme l'usage de drogues, des partenaires sexuels multiples, ou encore des co-infections, au VIH par exemple, bien que pour ce dernier le risque de transmission n'augmente pas significativement selon Huët et Dabis (2000).

Un de ces co-facteurs de risque est la localisation géographique du ménage. Bien que faible le risque de transmission semble plus élevé dans les pays à fortes prévalences du VHC. Une étude menée en Egypte, dans un village rural du delta du Nil, établit clairement la transmission intrafamiliale du virus de l'hépatite C (Feray *et al.*, 2007). Il en est de même à Karachi au Pakistan, où les auteurs soulignent le faible niveau socio-économique des ménages de la population étudiée (Akhtar et Moatter, 2004).

Le moyen de transmission suspecté serait le matériel d'hygiène corporel tel que la brosse à dents ou le rasoir (conférence de consensus, 1997). Une étude menée en France ne montre toutefois pas de sur-risque significatif lié au partage de la brosse à dent, du rasoir ou du coupe-ongles (Delarocque-Astagneau *et al.*, 2006), bien que pour ce dernier instrument, Karmochkine *et al.* (2006) établissent une relation significative.

## **Les modes de prévention de l'hépatite C**

Au regard des facteurs de risque mis en exergue, les recommandations qui peuvent être avancées dans le but de contrer l'épidémie du VHC reposent, in fine, sur des concepts soit déjà connus, soit de l'ordre du bon sens. Ce constat traduit certainement

le sentiment d'impuissance de la communauté scientifique internationale face à cette épidémie.

## **Concernant les usagers injecteurs de drogues**

Il n'y a pas de recommandations nouvellement émises concernant les modes de prévention de l'hépatite C chez les usagers de drogues. La littérature internationale s'accorde à dire que les actions de réduction des risques doivent bien évidemment être poursuivies malgré le fait que l'épidémie de VHC ne soit pas enrayée par ces seules actions. Comme le soulignent Hagan *et al.* (2007a), à la suite d'une méta-analyse de 127 études traitant du sujet : « comprendre l'hétérogénéité [de la population usagère de drogues infectée] aiderait à identifier les personnes ayant les plus forts risques de contamination au VHC et donnerait une idée de programmes et de circonstances potentiellement efficaces afin de réduire la transmission du virus dans la population injectrice de drogues. **Nous sommes, cependant, loin d'avoir les connaissances dans ces domaines** ».

Consécutivement à ce constat, de nouvelles pistes de recherche sont lancées à travers le monde, en reprenant du mot même de certains auteurs, un virage à 180°. Ainsi, un projet réunissant des chercheurs de New York, Sidney, Londres et Valence (Espagne) dénommé « Staying Safe » s'attache à étudier les injecteurs de drogues expérimentés (entre 8 et 20 ans de carrière) non infectés par le VIH et le VHC (Mateu-Gelabert *et al.*, 2007). Il s'agit alors, au lieu d'entreprendre des études de court terme d'incidences et de facteurs de risque, d'explorer comment ces injecteurs de drogues vivent leur vie, spécifiquement face aux risques de contamination qu'ils encourent, et ceci grâce à des approches ethnographiques et qualitatives. Le but ultime de ce projet étant de produire une base conceptuelle pour développer une nouvelle génération de programmes de prévention visant à aider les nouveaux et anciens injecteurs de drogues à ne pas être contaminés.

Un exemple de trajectoire de vie donné par Mateu-Gelabert *et al.* (2007) est celui d'un injecteur de drogue ayant été sans domicile une partie de sa vie, ayant connu quelques arrestations, injectant depuis 9 ans et n'étant pas infecté. Les pratiques que cette personne décrit sont les suivantes : il injecte toujours avec la même personne, il paie pour avoir une « salle privée » quand il utilise les « shooting galleries », il maintient des liens amicaux et familiaux.

Il ressort qu'un des points à développer est sans conteste le nombre de partenaires de consommation. Hagan *et al.* (2007b) étudiant le comportement d'injection de 3199 individus répartis sur cinq différentes villes américaines arrivent à la conclusion que les personnes déclarant injectées seules sont moins enclines à utiliser une seringue ou du petit matériel déjà utilisés. Il semble alors pour les auteurs, que les individus injectant seuls ont plus de contrôle sur leur pratique d'injection et par la même moins de risques de contamination.

Une autre étude menée par Morissette *et al.* (2007) au Canada auprès de 275 injecteurs de drogues fournit des recommandations intéressantes dans le but de contrer l'épidémie de VHC. S'intéressant aux déterminants de l'utilisation du matériel d'injection stérile distribué par les programmes d'échange de seringues, Morissette *et al.* (2007) en arrivent à conclure sur les implications suivantes de leur étude.

La limitation du nombre de seringues (et du matériel) qui peut être échangé peut réduire l'efficacité de cette stratégie de réduction des risques. La distribution du matériel doit donc se faire sans aucune limitation : l'usager doit pouvoir obtenir autant de matériel qu'il le désire.

Les programmes d'échange de seringues qui ne promeuvent pas l'échange secondaire d'équipement (autrement dit la redistribution d'équipement stérile via les réseaux d'usagers) peuvent entraver la distribution de matériel stérile vers les usagers injecteurs qui ne fréquentent pas les programmes d'échange de seringues.

L'étude des auteurs met aussi en relief l'importance de la satisfaction des usagers relative au matériel distribué en tant que facteur déterminant la fréquence d'utilisation de ce matériel stérile, particulièrement concernant le filtre et la cupule. La satisfaction des usagers concernant le matériel n'est cependant pas le seul élément en jeu pour une utilisation continue – non accidentelle – du matériel stérile soulignent Morissette *et al.* (2007). Une meilleure compréhension des barrières contextuelles, relationnelles et structurelles à l'utilisation d'un équipement stérile est nécessaire pour formaliser de nouvelles stratégies de prévention. Un travail engagé par Cox *et al.* (2008) permet de mettre en lumière certaines de ces barrières.

L'étude de Cox *et al.* (2008) menée auprès de 321 injecteurs de drogues tend à montrer que la connaissance des risques de

transmission ne fait pas tout en matière de réduction des risques. Effectivement, même si les usagers ont une bonne connaissance de leurs pratiques à risque, leur perception des risques, tout du moins de leur importance, détermine pour partie leurs pratiques. Ainsi Cox *et al.* (2008) montrent dans des analyses multivariées, que la pratique du partage des seringues est liée d'une part à une plus faible perception des bénéfices de l'injection stérile et d'autre part, à une plus grande difficulté perçue d'injecter sans dommage. Il en est de même de l'utilisation du petit matériel : le partage de ce dernier est lié à de faibles bénéfices perçus d'une injection non risquée mais aussi à une plus faible capacité à convaincre les autres à injecter avec plus de précaution. En d'autres termes, ce n'est pas le manque de connaissances qui empêche l'enrayement de l'épidémie de VHC parmi les injecteurs de drogues mais bien leurs perceptions de l'efficacité de l'utilisation du matériel stérile et l'influence que peuvent avoir les pairs. Les auteurs concluent que les interventions auprès des usagers doivent insister sur les bénéfices de la réduction des risques et permettre aux usagers ayant l'influence suffisante de discuter et de négocier avec les autres usagers au sujet de l'injection avec du matériel stérile. Les mêmes conclusions sont aussi retrouvées chez Bailey *et al.* (2007).

Dans le même ordre d'idée, Purcell *et al.* (2007) rendent compte d'une comparaison de deux dispositifs d'éducation à la réduction des risques chez des jeunes adultes usagers de drogues.

Le premier dispositif d'intervention se déroule en 6 séances de 2 heures qui se composent d'une projection vidéo sur des thèmes traitant de la violence (armes, gangs...) et de la santé et qui sont suivies, après une pause de 10 minutes, d'une discussion autour d'un questionnaire.

Le second dispositif d'intervention cherche à implémenter une « *peer education intervention* » (PEI) que l'on pourrait traduire par une intervention cherchant à former des pairs. Se déroulant en 6 séances, les deux premières traitent des risques relatifs à l'injection alors que la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> sont axées sur les risques sexuels. Dans la 5<sup>ème</sup> séance, il est donné l'opportunité aux participants de transmettre leurs informations sur la réduction des risques à un autre groupe constitué auparavant. Un débriefing de l'expérience se fait lors de la dernière session.

Il ressort de l'évaluation comparative faite de ces dispositifs auprès des usagers que le second dispositif, le PEI, ait mieux rempli sa

mission d'information et d'amorce de changement de comportement que l'autre dispositif.

Outre des résultats non significatifs concernant le comportement sexuel, les individus ayant suivi le PEI se sentent plus enclins que les autres à transmettre aux autres ce qu'ils ont appris pendant ces interventions. Ils affirment aussi se sentir plus motivé pour engager des changements dans leur vie.

Ce type d'intervention concernant l'éducation à la réduction des risques serait alors à développer.

### **Concernant les usagers de drogues non injecteurs**

Dans la mesure où le lien de causalité entre utilisation et partage du matériel de consommation orale ou nasale et infection au VHC n'est indubitablement pas démontré, il est difficile d'émettre de claires recommandations de politiques de prévention. Cependant on conviendra aisément que le mode de prévention de ces potentiels vecteurs de contamination passe forcément par la mise à disposition de matériel stérile pour ces types de consommation de drogues, à l'instar des programmes d'échange de seringues, et comme cela est le cas au Canada (Strike *et al.*, 2006).

Strike *et al.* (2006) émettent ainsi bon nombre de recommandations de bonnes pratiques dans la distribution de matériel servant à fumer le crack par exemple. Un leitmotiv de leurs recommandations est toutefois de laisser les usagers pouvoir obtenir dans des quantités non fixées toutes formes de matériel stérile.

Il est aussi intéressant de noter que la mise à disposition de matériel nécessaire à la consommation de drogues par des voies autres que l'injection permet de minimiser le recours à la voie intraveineuse. C'est ce que montrent Leonard *et al.* (2007) dans une étude sur les usagers de drogues d'Ottawa. Ils constatent de plus qu'une mise à disposition de pipes à crack conduit les usagers à moins partager le matériel leur servant à fumer, réduisant par là même les risques potentiels de contamination. Il y a donc un double bénéfice de la distribution de pipes à crack.

### **Recommandations relatives autres facteurs de risque**

Il existe aussi des recommandations émises dans le but de limiter les risques des modes de transmission du VHC autres que ceux

directement en rapport avec la pratique de consommation de drogues.

Concernant les risques liés aux rapports sexuels, les recommandations en vue de prévenir ces co-facteurs de risques de transmission sont celles traditionnellement émises pour éviter la contamination par IST, à savoir principalement l'utilisation du préservatif.

Afin de prévenir l'infection lors des relations materno-fœtales, les recommandations émises dans la littérature portent principalement sur la surveillance et le traitement que doit recevoir le nouveau-né (Ranger-Rogez *et al.*, 2002 ; Slowik *et al.*, 2005 ; Fischler, 2007) puisque les traitements chez la mère présentent des effets tératogènes pour le fœtus. Soulignons toutefois que 30 à 50 % des enfants infectés guérissent avant le trentième mois (Ranger-Rogez *et al.*, 2002).

Concernant le milieu médical, il existe des guides de bonnes pratiques, institutionnalisés par la DGS au travers de circulaires (n°98/228 et n°99/680) traitant des marches à suivre non seulement en cas d'accidents potentiellement contaminants pour le personnel (Bouvet, 1999, 2000) mais aussi pour pallier la transmission nosocomiale du VHC (Expertise collective Inserm, 2003). Plus simplement, dans un cadre désormais où les pratiques médicales à risque élevé de transmission du VHC sont connues et mieux réglementées, un des moyens efficaces contre la diffusion du VHC lors d'actes médicaux repose pour Alter (2008) tout simplement sur une pratique sécurisée de l'injection.

La prévention de la contamination lors de tatouages ou de piercing repose finalement sur des concepts simples comme décrits par des guides de bonnes pratiques à destination des professionnels (voir le *A Body Art Model Code and Guidelines* de la *National Environment Health Association* américaine) et par des textes législatifs en vigueur. Il est toutefois à noter que Oberdorfer *et al.* (2003) en appellent à une surveillance accrue des boutiques de tatouage et de piercing relativement à l'hygiène requise pour minimiser les risques de transmission tant celle-ci peut faire défaut dans certains endroits, tout du moins à Sydney en Australie, lieu de leur étude. Notons aussi au final que Hellard *et al.* (2007) proposent de réfléchir à une légalisation et un encadrement du tatouage en prison pour en minimiser les risques (voir le *Safer Tattooing Practices Initiative* canadien).



Les recommandations émises dans le but de prévenir les contaminations par relations domestiques sont de l'ordre du bon sens.

Ainsi Zarski et Leroy (1999) conseillent bien évidemment d'éviter le partage des rasoirs, des coupe-ongles, du matériel d'épilation et des brosses à dents ; en cas d'une blessure ouverte accidentelle de mettre un pansement immédiatement après avoir désinfecté la plaie ; d'utiliser les instruments coupants et les aiguilles avec précaution. Les auteurs précisent également que le partage des ustensiles de cuisine (couverts, verres...) ne représente pas de risques connus de transmission. Enfin, ils ne jugent pas utile la surveillance systématique des individus en contact avec une personne infectée. Cette dernière recommandation est toutefois contradictoire aux conclusions du groupe d'experts italiens réunis en Conférence de consensus en 2005, ces derniers préconisant cette surveillance (*Expert Consensus Conference*, 2006).

## **Recommandations**

Les expériences internationales et françaises ainsi que la littérature scientifique permettent d'émettre des recommandations ayant pour finalité la lutte contre l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues. Ces recommandations se résument comme suit :

- Confirmer et augmenter la mise à disposition de matériel stérile permettant la consommation de drogues (seringue et matériel associé, pipe à crack, paille).
- Augmenter l'implication des pairs dans les programmes de réduction des risques.
- Continuer les efforts d'éducation sexuels.
- Encadrer les pratiques de Body Art (tatouages, piercing) surtout en prison.

## Références

Akhtar S., Moatter T. (2004). Intra-household Clustering of Hepatitis C Virus Infection in Karachi, Pakistan. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 98, 535-539.

Allander T. *et al.* (1995). Frequent Patient-to-Patient Transmission of Hepatitis C Virus in a Haematology Ward. *The Lancet*, 354, 603-607.

Alter M. J. (2007). Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection. *World Journal of Gastroenterology*, 13(17), 2436-2441.

Alter M. J. (2008). Healthcare Should Not Be a Vehicle for Transmission of Hepatitis C Virus. *Journal of Hepatology*, 48, 2-4.

Bailey S. *et al.* (2007). Perceived Risk, Peer Influences, and Injection Partner Type Predict Receptive Syringe Sharing among Young Adult Injection Users in Five U.S. Cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 91S, S18-S29.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon I. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. OFDT – TREND, 277 pages.

Bergk A. *et al.* (2005). Risk Factors for the Acquisition of Hepatitis C. *Minerva Gastroenterologica E Dietologica*, 51, 7-14.

Bouvet A. (1999). Conduite à tenir lors d'un risque de contamination du personnel soignant par le virus de l'hépatite C. *Médecine et Maladies infectieuses*, 29, 350-353.

Bouvet A. (2000). Gestion des accidents d'exposition au virus de l'hépatite C. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 30 (supp 1), 49-52.

Boxall E. *et al.* (2007). Discordant Outcome of Perinatal Transmission of Hepatitis C in Twin Pregnancies. *Journal of Clinical Virology*, 38, 91-95.

Bruandet A. *et al.* (2006). Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du nord-est de la France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54, 1S15-1S22.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A. (2008). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007. OFDT – TREND, 277 pages.

Clarke A., Kulasegaram R. (2006). Hepatitis C Transmission – Where Are We Now? *International Journal of STD & AIDS*, 17(2), 74-80.

Cox J. *et al.* (2008). Low Perceived Benefits and Self-efficacy are Associated with Hepatitis C Virus (HCV) Infection-related Risk among Injection Drug Users. *Social Science & Medicine*, 66, 211-220.

Crofts N., Aitken C., Kaldor J. (1999). The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *The Medical Journal of Australia*,; 170, 220-221.

Delarocque-Astagneau E. *et al.* (2006). Les modes de transmission du virus de l'hépatite C : approches méthodologiques. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 54, 1S5-S14.

Diago M. *et al.* (1996). Intrafamily Transmission of Hepatitis C Virus: Sexual and Non-sexual Contacts. *Journal of Hepatology*, 25, 125-128.

Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., Barin F. (2003). Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *BEH*, n° 16-17, 97-99.

Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M. (1999). Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échanges de seringues en France. OFDT, 62 pages.

Expert Consensus Conference (2006). The Screeing for Hepatits C Virus Infection in Adults in Italy, May 5-6, 2005. *Digestive and Liver Disease*, 38, 445-451.

Expertise collective Inserm (2003). *Hépatite C – Transmission nosocomiale – Etat de santé et devenir des personnes atteintes*. Les éditions Inserm, Paris, 257 pages.

Feray C. *et al.* (2007). Intrafamilial and Household Clustering of Hepatitis C Virus in Rural Egypt: A Phylogenetic and Matrix Correlation Tests Analysis. *Journal of Hepatology*, 46(supp 1), S204.

Fischler B. (2007). Hepatitis C Virus Infection. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12, 168-173.

Gambotti L. *et al.* (2005). Acute Hepatitis C Infection in HIV Positive Men Who Have Sex With Men in Paris, France, 2001-2004. *Eurosurveillance*, 10(4-6), 115-117.

Ghosn J. *et al.* (2007). Sexually Transmitted Hepatitis C Virus Superinfection in HIV/Hepatitis C Virus Co-infected Men who have Sex with Men. *Aids*, 22(5), 658-661.

Hagan H. *et al.* (2001). Sharing of Drug Preparation Equipment as a Risk Factor for Hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 91, 42-46.

Hagan H. *et al.* (2007a). HCV Synthesis Project: Preliminary Analyses of HCV Prevalence in Relation to Age and Duration of Injection. *International Journal of Drug Policy*, 18, 341-351.

Hagan H. *et al.* (2007b). Injecting Alone among Young Adult IDUs in five US Cities: Evidence of Low Rates of Injection Risk Behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 91S, S48-S55.

Hayes M., Harkness G. (2001). Body Piercing as a Risk Factor for Viral Hepatitis: An Integrative Research Review. *American Journal of Infection Control*, 29(4), 271-274.

Hellard M., Aitken C., Hocking J. (2007). Tattooing in Prisons – Not Such a Pretty Picture. *American Journal of Infection Control*, 35(7), 477-480.

Howe C. J. *et al.* (2005). Association of Sex, Hygiene and Drug Equipment Sharing with Hepatitis C Virus Infection among Non-injecting Drug Users in New York City. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 389-395.

Huët C., Dabis F. (2000). Transmission intra-familiale du virus de l'hépatite C dans le contexte de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine : actualités et implications pour le dépistage. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 30, 769-772.

InVS (2007). Prévalences des hépatites B et C en France en 2004. InVS, 112 pages.

Jauffret-Roustide M. *et al.* (2006). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH*, n° 33, 244-247.

Karmochkine M. *et al.* (2006). A Case-Control Study of Risk Factors for Hepatitis C Infection in Patients with Unexplained Routes of Infection. *Journal of Viral Hepatitis*, 13, 775-782.

Leao J. C., Teo C. G., Porter S. R. (2006). HCV infection: Aspects of Epidemiology and Transmission Relevant to Oral Health Care Workers. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 35, 295-300.

Leonard *et al.* (2007). "I inject less as I have easier access to pipes" Injecting, and Sharing of Crack-Smoking Materials, Decline as Safer Crack-Smoking Resources are Distributed. *International Journal of Drug Policy*, à paraître.

Lucidarme D. *et al.* (2004). Incidence and Risk Factors of HCV and HIV Infections in a Cohort of Intravenous Drug Users in the North and East of France. *Epidemiology and Infection*, 132, 699-708.

Macias J. *et al.* (2008). High Prevalence of Hepatitis C Virus Infection among Noninjecting Drug Users: Association with Sharing the Inhalation Implements of Crack. *Liver International, Online First*.

Martinez-Bauer E. *et al.* (2008). Hospital Admission is a Relevant Source of Hepatitis C Virus Acquisition in Spain. *Journal of Hepatology*, 48, 20-27.

Mateu-Gelabert P. *et al.* (2007). How can Hepatitis C Prevented in the Long Term? *International Journal of Drug Policy*, 18, 338-340.

McCoy C. B. *et al.* (2004). Injection Drug Use and Crack Cocaine Smoking: Independent and Dual Risk Behaviors for HIC Infection. *Annals of Epidemiology*, 14, 535-542.

McMahon J. M., Pouget E. R., Tortu S. (2007). Individual and Couple-Level Risk Factors for Hepatitis C Infection among Heterosexual Drug Users: A Multilevel Dyadic Analysis. *Journal of Infectious Diseases*, 195, 1572-1581.

Mikhail N. N. *et al.* (2007). Prospective Study of Cross-Infection From Upper-GI Endoscopy in a Hepatitis C-Prevalent Population. *Gastrointestinal Endoscopy*, 65(4), 584-588

Morisette C. *et al.* (2007). Minimal Uptake of Sterile Drug Preparation Equipment in a Predominantly Cocaine Injecting Population:

Implications for HIV and Hepatitis C Prevention. *International Journal of Drug Policy*, 18, 204-212.

Nishioka S., Gyorkos T. (2001). Tattoos as Risk Factors for Transfusion-Transmitted Diseases. *International Journal of Infectious Diseases*, 5(1), 27-34.

O'Byrnes P., Holmes D. (2007). Evaluating crack pipe distribution in Canada: A systems change case study. *Addiction Research and Theory*, 1-12.

Oberdorfer A. *et al.* (2003). Infection Control Practices among Tattooists and Body Piercers in Sydney, Australia. *American Journal of Infection Control*, 31(8), 447-456.

OFDT (2005). Drogues et dépendances, données essentielles. La découverte, Paris, 202 pages

Palle C., Bernard C. (2004). CSST en ambulatoire – tableaux statistiques 1998-2002. OFDT, 31 pages.

Polis C. *et al.* (2007). Impact of Maternal HIV Coinfection on the Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: A Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 44, 1123-1131.

Purcell D. *et al.* (2007). Development, Description, and Acceptability of a Small-Group Behavioral Intervention to Prevent HIV and Hepatitis C Virus Infections among Young Adult Injection Drug Users. *Drug and Alcohol Dependence*, 91S, S73-S80.

Ranger-Rogez S., Alain S., Denis F. (2002). Virus des hépatites : transmission mère-enfant. *Pathologie Biologie*, 50, 568-575.

Scheinmann R. *et al.* (2007). Non-injection Drug Use Hepatitis C Virus: A Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 1-12.

Shepard C. W., Finelli L., Alter M. J., (2005). Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection. *Lancet Infectious Disease*, 5(9), 558-567.

Sicot C. (2002). Le médecin porteur du virus de l'hépatite C. *Réanimation*, 11, 154-155.

Slowik M., Jhaveri R. (2005). Hepatitis B and C Viruses in Infants and Young Children. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 16, 296-305.

Strike C. *et al.* (2006). Ontario Needle Exchange Programs: Best Practices Recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordination Committee, 266 pages.

Tortu S. *et al.* (2004). Sharing of Noninjection Drug-use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C. *Substance Use & Misuse*, 39(2), 211-224.

Voyer M., Nobre R., Magny J. F. (2001). Allaitement au sein et virus de l'hépatite C (VHC) : une mise en examen nécessaire. *Archives de Pédiatrie*, 8, 66-77.

Yazdanpanah Y. *et al.* (2006). Facteurs de risque de transmission accidentelle du VHC au personnel soignant au décours d'un accident exposant au sang : une étude cas-témoins européenne. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 54, 1S23-1S32.

Zarky J.-P., Leroy V. (1999). Counselling Patients with Hepatitis C. *Journal of Hepatology*, 31(supp 1), 136-140.

**Les outils de prévention de la  
politique de réduction des risques  
menée en France : obtention du  
matériel et efficacité technique**



## Sommaire

<b>SOMMAIRE</b> .....	39
<b>SYNTHESE</b> .....	40
<b>INTRODUCTION</b> .....	42
<b>LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES ET LA DISTRIBUTION DU MATERIEL STERILE</b> .....	43
L'ADEQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE .....	43
LA GEOGRAPHIE DES PES .....	44
LA DISTRIBUTION SECONDAIRE .....	46
L'ACTIVITE POLICIERE .....	47
<b>L'EFFICACITE TECHNIQUE DU MATERIEL</b> .....	48
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	51
<b>REFERENCES</b> .....	52

## Synthèse

Les programmes d'échange de seringue, outil phare de la politique de réduction des risques, font preuve depuis maintenant plus de 15 ans de leur efficacité à contenir les maladies infectieuses et la mortalité chez les usagers de drogues. De nouveaux enjeux voient cependant le jour, avec par exemple l'épidémie de VHC et la montée en puissance de la consommation de crack. L'outil de réduction des risques symbolisé par les PES se doit d'être plus performant.

Cette revue de la littérature met l'accent sur les points pouvant améliorer l'efficacité des PES.

Une plus grande diffusion de matériel stérile est le principal enjeu d'amélioration des PES. En quantité d'abord, identifiée à l'international et dans ce document pour la France, il semble qu'il existe une inadéquation entre l'offre effective de matériel et la demande théorique. En d'autres termes, il n'y a pas assez de matériel distribué pour combler la demande des usagers de drogues et ainsi minimiser les phénomènes d'emprunt et de partage de seringues ou de tout autre matériel.

Cette plus grande diffusion du matériel peut trouver appui auprès d'un nouvel acteur, qui reste à institutionnaliser dans la politique de réduction des risques, à savoir l'officine de pharmacie. Les bornes, ou autres automates de distribution, pourraient eux aussi favoriser cette diffusion de matériel sous l'hypothèse d'une correcte couverture géographique de leurs implantations. On regrettera néanmoins pour ces dernières leur incapacité à mettre en relation usagers de drogues et professionnels de la réduction des risques ou de santé.

La distribution secondaire de matériel stérile semble aussi être un levier intéressant dans le but de diffuser au plus grand nombre seringues et matériels nécessaires à la consommation de drogues. Intéressant puisque d'une part, la redistribution de matériel faite par certains usagers permet d'accroître les quantités écoulées et d'autre part, puisqu'elle permet a priori d'atteindre des populations ne souhaitant pas fréquenter les PES ou d'autres lieux potentiellement stigmatisants à leurs yeux.

Enfin, c'est le cadre réglementaire et les pratiques discrétionnaires de la police qui ne doivent pas être un frein à la réduction des risques et à la diffusion du matériel stérile. Une meilleure connaissance de la loi et du rôle de la réduction des risques de la

part des policiers est alors nécessaire pour éviter les confiscations abusives de matériel et ainsi limiter encore une fois les phénomènes de partage.

Au final, c'est aussi l'outil en tant que tel, autrement dit la seringue, le filtre... qui se doit d'être techniquement efficace et approprié. Efficace techniquement, dans le cas du filtre par exemple, puisqu'il doit filtrer les particules à l'origine de complications médicales et approprié techniquement, puisqu'il ne doit pas retenir la substance psychoactive désirée, au risque de ne pas retenir l'adhésion des usagers.

## Introduction

Les programmes d'échanges de seringues (PES), outil symbolique de la politique de réduction des risques de l'usage de drogues, prennent place dans les années 1980 en Hollande, en Australie et au Royaume-Uni. En France, la fin des années 80 voit les premières expérimentations, mais c'est au milieu des années 90 qu'ils sont institutionnalisés.

Les PES ont répondu dans un cadre de santé publique à l'épidémie de VIH sévissant dans les populations usagères de drogues et plus particulièrement celle des injecteurs. Les programmes d'échanges de seringues (PES) se sont avérés être efficaces dans la réduction de la mortalité des usagers de drogues par voie intraveineuse et dans la baisse de l'incidence du VIH : la littérature scientifique internationale et française fait effectivement état de faisceaux convergents dans ce sens (Emmanuelli, 1999).

Plus récemment et malgré les difficultés d'évaluation de ces programmes (Emmanuelli, 2004 ; Ksobiech, 2004), il semblerait que les PES aient un impact positif sur les prévalences du VHC bien que ces dernières restent encore relativement très élevées (Wright et Tompkins, 2006).

Cette épidémie croissante du VHC et les nouvelles substances, le crack en l'occurrence, mettent la politique de réduction des risques et l'échange du matériel stérile face à de nouveaux défis.

Face à ces nouveaux enjeux de santé publique, il ressort que les PES souffrent de certaines difficultés qui limitent la portée de leur impact. Ce travail se propose de les documenter et de proposer le cas échéant les moyens de les surpasser.

Dans un premier temps, le problème de la capacité de diffusion du matériel semble commun à bon nombre de pays. Autrement dit, il y aurait une inadéquation entre l'offre et la demande de matériel. Quatre points expliquent cette inadéquation.

Le premier est quantitatif : entre les besoins théoriques et les volumes de matériel effectivement distribués, un écart important existe. Cette inadéquation est relayée et certainement amplifiée par l'inadéquation géographique entre offre et besoins.

L'officine de pharmacie et l'implantation de bornes automatiques distributeurs de matériel pourraient combler cet écart, ceci constituant le deuxième point.

Le troisième concerne un autre mode de distribution de matériel dont on ne connaît quasiment rien en France : la distribution secondaire de matériel stérile.

Enfin le dernier concerne les rapports qu'entretiennent officiers de police et politique de réduction des risques.

Au final cependant, c'est de la nature même du matériel distribué par les PES et les acteurs de la réduction des risques qu'il faut interroger. Est-il techniquement efficace ? Les usagers de drogues peuvent-ils se l'approprier ? C'est de l'enjeu de son acceptabilité et de sa diffusion auprès des populations à risques dont il est ici question.

## **Les programmes d'échange de seringues et la distribution du matériel stérile**

Il semble que les PES ne distribuent pas assez de matériels : les besoins théoriques étant supérieurs aux quantités effectivement distribuées. Les modes de diffusion et certaines relations institutionnelles expliquent cette défaillance.

### **L'adéquation entre l'offre et la demande**

Comme le souligne Emmanuelli (1999), une des premières limites rencontrées par les PES à l'international est le volume insuffisant de l'offre de matériel. Autrement dit, il serait possible que l'offre de seringues ne réponde qu'à une portion de la demande, et ainsi ne la comblerait pas.

Qu'en est-il en France ? Les volumes de matériel distribués sont-ils suffisants pour répondre entièrement à la demande et ainsi minimiser les phénomènes de partage du matériel et leurs conséquences sanitaires ?

En 2005, on évaluait à 360 000 le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 12-75 ans (Beck *et al.*, 2006). Ce niveau d'expérimentation est stable depuis 2000 ainsi que celui de l'usage régulier qui s'établit à environ 0,8 % de la population française âgée de 15 à 64 ans (Beck et Cytrynowicz, 2006). Les

usagers problématiques de drogues opiacés et/ou de cocaïne seraient alors entre 150 et 180 000 en France en 1999 (OFDT, 2005).

En 2007, ce sont près de 9,2 millions de seringues qui ont été distribuées en France (SAFE, 2007).

Rappelons que le petit matériel est composé de filtres, d'eau et de petits récipients. A chaque utilisation d'une seringue doit donc s'accompagner l'utilisation de ces autres matériaux. Ceci ne semble pas être le cas, en effet la dernière enquête inter-associative sur le dispositif national de réduction des risques (SAFE, 2007) établit que le rapport de distribution de cupule est 1 pour 3. Autrement dit, quand sont distribués 3 seringues, une seule cupule est distribuée. Ce rapport de distribution est encore plus alarmant pour les filtres : un seul filtre est distribué pour 5 seringues

Concernant le sniff et le crack, SAFE (2007) comptabilise 65 632 kits sniff et 28 745 kits crack distribués en 2006.

Une étude quantitative fait actuellement défaut afin de déterminer si l'offre de matériel stérile répond à la demande théorique en France.

### **La géographie des PES**

Fisher *et al.* (2003) rappellent que l'une des premières conditions pour le succès des PES est la disponibilité de ces programmes ou de tout autre moyen pour les usagers de drogues de disposer facilement de matériel stérile. Leur étude à Anchorage, Alaska vise une comparaison entre pharmacies et PES comme source de matériel stérile pour les usagers de drogue. Les auteurs mettent en relief que la pharmacie et le PES ne sont pas des substituts. Autrement dit, quand pharmacies et PES sont disponibles, certains individus achèteront le matériel en pharmacie, d'autres échangeront en PES, certains utiliseront les deux sources, et d'autres aucunes des deux. En d'autres termes, selon les conclusions de Fisher *et al.* (2003), pharmacie et PES se doivent de délivrer du matériel stérile simultanément aux usagers de drogues.

On retrouve cette conclusion chez Riley *et al.* (2000) qui comparent quant à eux les usagers venant dans un PES en pharmacie et dans un PES mobile. Il ressort que les deux PES attirent des populations significativement différentes laissant à penser que pour maximiser les objectifs de réduction des risques, il convient de diversifier les sources d'approvisionnement en matériel stérile.

L'offre de matériel stérile en officine de pharmacie suscite cependant quelques réticences de la part des pharmaciens. Leur argument avancé est que la population usagère de drogues est une population difficile à gérer, qu'elle fait « peur » aux autres clients, etc.... Ce genre d'argument se retrouve aussi bien en France (SAFE, 2007) qu'à l'étranger (Lawrie *et al.*, 2003 ; Lewis *et al.*, 2002).

Toutefois, une enquête qualitative sur les perceptions des clients d'officine participant à un PES à Aberdeen et Glasgow en Ecosse montre que les clients sont plutôt favorables à ces actions de réduction des risques. Ainsi les 80 clients interrogés dans 10 pharmacies reconnaissent l'utilité du PES dans sa capacité à réduire l'étendue des maladies infectieuses. Les auteurs d'en conclure que ce type d'enquête et leur résultat devraient encourager d'autres officines de pharmacie à participer à des PES.

En France, l'implication du pharmacien dans les actions de réduction des risques fait défaut malgré quelques actions éparses mobilisant ce professionnel de santé (Fontaine, 2003 ; Storogenko, 2004). Il est toutefois à noter que bien que les usagers de drogues disposent d'un accès privilégié au matériel stérile nécessaire à sa consommation auprès des acteurs institutionnalisés de la réduction des risques, ce sont les pharmaciens qui distribuent le plus de seringues stériles (SAFE, 2007).

Comme le mettent en avant Imbert (1999) et Coppel (2001), le pharmacien peut être un acteur de première ligne de la réduction des risques, puisque :

- tous les usagers de drogues entrent en contact avec ce professionnel de santé.
- Le pharmacien est la tête de pont d'un réseau de soin.
- La délivrance des outils de réduction des risques est un moment important de la création de liens avec l'utilisateur de drogue.

Comme déjà souligné, il ressort d'ailleurs à l'international que cette prise de conscience des possibilités offertes par les pharmacies en tant qu'acteurs de la réduction de risque se soit faite depuis quelques années (Sheridan *et al.*, 2000 ; Gleghorn *et al.*, 1998).

La pharmacie n'est cependant pas le seul dispositif pouvant être utilisé pour mener des actions de réduction des risques. Un autre présentant certes de nombreux avantages mais aussi des

inconvenients est aussi utilisé de par le monde : les bornes de distribution de matériel stérile.

Selon Islam et Conigrave (2007), les avantages des bornes de distribution sont qu'elles sont disponibles sans contrainte temporelle, qu'elles ne stigmatisent pas les usagers (et ainsi peuvent toucher une population ne fréquentant pas les autres dispositifs), et qu'elles permettent *in fine* de récupérer du matériel utilisé.

Le seul désavantage identifié par Islam et Conigrave (2007) est que ces bornes ne permettent pas l'établissement d'un contact entre l'utilisateur et un professionnel de la réduction des risques ou de la santé.

Bien évidemment, les avantages mis en avant sont sujets, comme le précisent les auteurs, à la couverture géographique des bornes (voir pour une mise en perspective des problèmes d'implantation des PES, Benech-Le Roux, 2001).

### **La distribution secondaire**

Les précédentes études citées concernant le rôle de la pharmacie dans l'accès au matériel stérile mettaient en avant le fait que les différents dispositifs sont utilisés par différents types d'usagers. Un autre moyen d'atteindre les populations ne fréquentant pas les PES ou d'autres sources de matériel stérile est la distribution secondaire, entendue comme la redistribution de matériel effectuée par des usagers fréquentant eux les PES. Ces derniers, relais de la réduction des risques, justifient leur motivation dans cette distribution secondaire de matériel par un comportement altruiste d'une part, mais aussi par des motivations économiques d'autre part, d'après une étude menée à Baltimore, Etats-Unis (Voytek *et al.*, 2003).

Murphy *et al.* (2004) ont conduit une étude sur les potentiels bénéfices de santé retirés de la distribution secondaire à New York. Pour ce faire, ils ont interrogé trois sous groupes d'individus d'environ 80 individus chacun, les uns fréquentant les PES, les autres obtenant du matériel stérile grâce à la distribution secondaire, les derniers ne bénéficiant ni des PES ni d'une distribution secondaire.

Les individus ne fréquentant pas les PES et n'ayant pas de réseau secondaire ont significativement plus tendance à partager la seringue, la cupule, à réutiliser le matériel et enfin à avoir une hygiène corporelle défaillante par rapport à ceux qui bénéficient



d'une distribution secondaire de matériel. Les auteurs de conclure sur le fait que la distribution secondaire permet d'atteindre des populations réfractaires aux PES et qu'en cela leurs conduites à risques sont diminuées.

En France, il n'existe aucune étude sur les phénomènes de redistribution secondaire de matériel, il est ainsi impossible de savoir, comme le souligne Emmanuelli (2001) si les jeunes usagers ne fréquentant pas les PES bénéficient de matériel stérile par ce moyen.

### **L'activité policière.**

Outre ces problèmes de quantité de matériel, de sa diffusion au public cible fonction de ses caractéristiques ou de son aire géographique, une des difficultés vraiment délicate rencontrée par les PES est les rapports avec les policiers.

Effectivement, pour que « l'outil » PES fonctionne bien, le cadre réglementaire se doit d'autoriser la distribution de matériel conçu pour la consommation de substances psychoactives illégales. Il faut aussi que la détention de ce matériel par les usagers soit légale.

Beletsky *et al.* (2005), soulignant les études établissant le rôle important du comportement des forces de police dans la volonté des usagers de drogues à se fournir en seringues stériles, ont mené une étude qualitative auprès de 14 officiers de police de Rhodes Island, Etats-Unis. Ces 14 officiers de police, représentant 10 % des effectifs, ont en moyenne 12 ans d'expérience de « rue ».

Trois principaux résultats sont retirés de cette étude.

Les officiers de police ne sont pas informés de la loi concernant la légalisation de l'achat et de la possession de seringues. Même quand ils connaissent la législation, ils ne sont pas enclins à modifier leur comportement.

Les officiers de police s'inquiètent des risques accidentels de contamination de maladies via les piqûres d'aiguilles. Ils ne sont pas entraînés ni équipés pour gérer ce genre de risques.

Les répondants sont frustrés des échecs systématiques et des barrières structurelles qui perpétuent le cycle criminel et l'abus de drogues. Ils sont enclins à blâmer les usagers pour leur mode de vie.

Beletsky *et al.* (2005), à la suite de ce constat, concluent sur le manque de formation et de management des policiers quant à leurs attitudes et comportements par rapport aux usagers de drogues. Leur étude montre alors que les programmes de réduction des risques peuvent pâtir du comportement policier.

Ces conclusions sont confortées par l'analyse de Werb *et al.* (2007) faite auprès de 465 injecteurs de drogues à Vancouver, Canada. Werb *et al.* (2007) montrent effectivement que ce sont les injecteurs de drogues les plus marginalisés qui sont les plus enclins à subir les pratiques discrétionnaires policières. Ainsi, selon les auteurs, la confiscation par les policiers des drogues et du matériel (aiguilles, seringues) a finalement le potentiel d'exacerber l'activité du marché des drogues illicites mais aussi de promouvoir le partage, l'emprunt de seringues usagées.

Une des dernières études parue sur le sujet fait état de la situation alarmante des prostituées des rues de Vancouver qui face, non seulement à la violence intrinsèque du contexte social où elles évoluent mais aussi aux forces de polices, s'éloignent physiquement des dispositifs de réduction des risques qui leurs sont proposés (Shannon *et al.*, 2008).

## **L'efficacité technique du matériel**

Les particularités techniques des outils distribués sont d'une importance cruciale pour au moins deux raisons. La première est bien évidemment sanitaire : il faut que les outils répondent efficacement aux problèmes de santé rencontrés du fait des modes d'usage de drogues. La seconde est qu'en fonction des particularités techniques des outils, les usagers peuvent être réticents à les utiliser.

À notre connaissance, seul le filtre utilisé lors de l'injection de drogues a fait l'objet d'une attention particulière. Ceci peut s'expliquer en deux points. D'une part, le filtre ressort être capital en terme de santé publique car il empêche l'injection de particules favorisant nombres de pathologies pouvant dans certains cas conduire au décès. D'autre part, car c'est certainement la pièce la plus technique entrant dans l'ensemble du matériel nécessaire pour pratiquer une injection.

Scott *et al.* (1997) étudient le pouvoir filtrant de différents filtres utilisés par les usagers de drogues en Ecosse. Les modalités pratiques de l'injection sont fondées sur des entretiens semi directifs

d'une vingtaine injecteurs ou ex-injecteurs de drogues. Dans cette étude, seuls trois médicaments détournés de leur usage (Physeptone® ; Diconal® ; Temgesic®) ont été utilisés pour évaluer le pouvoir filtrant de certains matériaux et certaines pratiques.

Différentes configurations de filtrages ont été testées par Scott *et al.* (1997). La première, posée comme référentiel, ne consiste qu'en un écrasement des cachets, sans utilisation de filtre à l'injection. Les autres configurations utilisent respectivement un filtre de cigarette, un filtre acétate Rizla, un coton, ou un filtre spécial commercialisé sous le nom de Acrodisk®.

Il ressort que le filtre Acrodisk® réduit de plus de 99 % le nombre de particules par comparaison à la situation posée comme référence. Le coton et le filtre acétate montrent des performances comparables avec une réduction des particules comprise entre 36 à 56 %, par comparaison une fois encore au référentiel. Le moins performant des filtres est le filtre à cigarette.

De la même façon, mais concernant la taille des particules, le classement des performances des outils reste le même : le filtre Acrodisk® filtrant le mieux les grosses particules.

La même étude conduite en 2005 affine ces résultats d'une part en basant son analyse sur l'héroïne et d'autre part, en élargissant la problématique de la rétention de ce produit par les différents filtres (Scott, 2005). Sur ce second point, il s'agit de comprendre l'intérêt des usagers à utiliser tel ou tel matériel en fonction de sa capacité à ne pas retenir la substance désirée.

Encore une fois, le filtre spécial Acrodisk® est le meilleur en terme de filtrage (nombre et grosseur des particules) par comparaison au filtre de cigarette, au filtre acétate et au coton. Toutefois, ce filtre est aussi celui qui retient le plus d'héroïne : dans le cadre de l'expérience, il retient en moyenne 18,26 mg de diamorphine contre 10,71 mg pour le filtre acétate, 8,60 pour le filtre de cigarette et 8,17 mg pour le coton.

Comme le souligne Scott (2005), dans la mesure où l'on sait que certains usagers conservent leurs filtres usagés en vue d'une future réutilisation (puisque contenant de l'héroïne), ce dernier résultat suggère que le filtre spécial, malgré une meilleure capacité de filtrage, pourrait promouvoir la réutilisation ou le partage du matériel.

En France seule l'étude technique de Bonnet et Imbert (2004) sur la capacité de filtration du Sterifilt® est disponible. Le sterifilt® est composé de la membrane filtrante Millipore® qui selon les auteurs a été validé comme ayant un pouvoir filtrant supérieur à la membrane d'Acrodisk® par Scott *et al.* en 2002.

Bonnet et Imbert (2004) ne montrent alors que la capacité du Sterifilt® composé de la membrane Millipore® à ne pas retenir de substances psychoactives, à savoir l'héroïne et la cocaïne. Au contraire de Scott *et al.* (1997) et Scott (2005), la méthodologie d'analyse n'est pas clairement expliquée et les expérimentations ne sont pas multipliées afin d'obtenir des résultats moyens. Il ressort selon les travaux du Dr Chanut du laboratoire de l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, mandaté par les auteurs, que le pourcentage d'héroïne brune restant dans la membrane est de 1,7 %, celui de la cocaïne de 2,5 %. Ces pourcentages sont inférieurs à ceux des filtres coton et filtres cigarette.

Le sterifilt® présenterait ainsi selon Bonnet et Imbert (2004) un pouvoir de filtration de particules élevés et dans le même temps, il ne retiendrait pas les substances désirées. Cette étude est toutefois à considérer avec précaution puisque d'une part, elle n'a fait l'objet d'aucune publication scientifique dans une revue à comité de lecture et d'autre part, elle est disponible sur le site commercialisant ledit filtre.

Concernant les autres outils de prévention (pipe et paille), la littérature internationale et française ne font pas, à notre connaissance, état d'évaluation d'efficacité technique.

## Recommandations

Les recommandations pouvant être émises dans le but d'améliorer les outils de prévention de la réduction des risques cristallisés dans la mise à disposition de matériel stérile souffrent d'un manque de connaissance sur la situation française. Devraient être menées :

- Une étude d'envergure sur l'officine de pharmacie dans la réduction des risques.
- Une étude documentant la place et l'impact de la distribution secondaire.
- Une étude sur l'implantation et l'impact des bornes de distribution.
- Une étude d'efficacité technique des outils distribués en France.
- Une étude sur l'officier de police et la réduction des risques.

Toutefois, au regard des expériences et de la littérature scientifique internationales se dégagent :

- L'offre de matériel se doit d'être plus abondante.
- Cette offre doit être plus diffuse.
- L'officine de pharmacie doit être un acteur engagé dans la réduction des risques.
- L'implantation des bornes de distribution doit permettre une plus grande couverture géographique.
- La distribution secondaire doit être favorisée.
- Le matériel distribué doit être techniquement efficace.

## Références

Beck, F., Cytrynowicz, J., 2006. Usages de drogues illicites. In: Guilbert P., Gautier A. (Eds.), *Baromètre santé 2005, premiers résultats*. Inpes, 49-58.

Beck, F., Legleye, S., Splika, S., Briffault, X., Gautier, A., Lamboy, B., Léon C., Wilquin, J.-L., 2006. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. OFDT, *Tendances* 48.

Beletsky L., Macalino G., Burris S. (2005). Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 16, 267-274.

Benech-Le Roux P. (2001). L'implantation des PES : entre acceptabilité et accessibilité. CESDIP, n°88, 170 pages.

Bonnet N., Imbert E. (2004). Le Sterifilt® : un filtre stérile à membrane et à usage unique. 65 pages. Disponible sur le site [www.apothicom.org](http://www.apothicom.org)

Coppel A. (2001). Le pharmacien, acteur de première ligne. Communication à la journée nationale de l'échange de seringues en pharmacies, Mars 2001, Lyon.

Emmanuelli J. (1999). Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective. INVS, 23 pages.

Emmanuelli J. (2001). Caractéristiques, limites et efficacité des programmes d'échanges de seringues. SWAPS, n°20.

Emmanuelli J. (2004). Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues. *Médecine/Sciences*, 5(20), 599-603.

Gleghorn A., Gee G., Vlahov D. (1998). Pharmacists' attitudes about pharmacy sale of needles/syringes and needle exchange programs in a city without needle/syringe prescription laws. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18(suppl 1), S89-S93.

Fisher D. *et al.* (2003). Injection drug users' use of pharmacies for purchasing needles in Anchorage, Alaska. *International Journal of Drug Policy*, 14, 381-387.

Fontaine D. (2003). Evaluation du programme expérimental d'échange de kits en officine de l'agglomération lyonnaise. ORS Rhône-Alpes.

Imbert E. (1999). L'épidémie de l'hépatite C se poursuit chez les toxicomanes : étude des mécanismes de transmission et nouvelles stratégies de prévention à mettre en œuvre. *Méd Mal Infec*, 29, 348-349

Islam M., Conigrave K. (2007). Syringe vending machines as a form of needle syringe programme: advantages and disadvantages. *Journal of Substance Use*, 12(3), 203-212.

Ksobiech K. (2004). Assessing and improving needle exchange programs: gaps and problems in the literature. *Harm Reduction Journal*, 1(4).

Lawrie T. *et al.* (2003). Pharmacy customers' views and experiences of using pharmacies which provide needle exchange services in Aberdeen and Glasgow, Scotland. *International Journal of Drug Policy*, 14, 445-447.

Lewis B., Koester S., Bush T. (2002). Pharmacists' attitudes and concerns regarding syringe sales to injection drug users in Denver, Colorado. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 42, S46-S51

Murphy S., Kelley M., Lune H. (2004). The health benefits of secondary syringe exchange. *Journal of Drug Issues*, 34, 245-268.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies 2005. Drogues et dépendances, données essentielles. La Découverte, Paris.

Riley E. *et al.* (2000). Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program. *JAIDS*, 24, 57-61.

Rogers S., Ruefli T. (2004). Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? *Harm Reduction Journal*, 1(7).

SAFE (2007). Le dispositif national de réduction des risques – enquête inter-associative – <http://www.safe.asso.fr/telecharger/pdf/enquete-interassociative-RDR-06.pdf>

Scott J. (2005). Laboratory study of the effectiveness of filters used by heroin injectors. *Journal of Substance Use*, 10(5), 293-301.

Scott J. *et al.* (1997). Investigation into the effectiveness of filters for use by intravenous drug users. *International Journal of Drug Policy*, 9, 181-186.

Shannon K. *et al.* (2008). Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy*, 19, 140-147.

Storogenko M. (2001). Les pharmaciens mosellans et la réduction des risques. SWAPS, n°22.

Voitek C., Shermann S., Junge B. (2003). A matter of convenience: factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *International Journal of Drug Policy*, 14, 465-467.

Werb D. *et al.* (2007). Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, in press.

Wright N., Tompkins C. (2006). A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, 3(27).



## **L'acceptabilité du matériel de réduction des risques par les usagers de drogues**

# Sommaire

<b>SOMMAIRE</b> .....	56
<b>SYNTHESE</b> .....	57
<b>INTRODUCTION</b> .....	59
CHAMP COUVERT PAR LA REVUE DE LITTERATURE .....	59
Type de matériel de réduction des risques traité dans les documents .....	59
Type de documents – études conduites .....	59
Type d’usagers concernés .....	59
<b>MATERIEL D’INJECTION STERILE</b> .....	60
AUTOMATES, PES, PHARMACIE ET DISTRIBUTION SECONDAIRE.....	60
Utilité perçue des dispositifs de délivrance : l’accessibilité comme critère dominant.....	60
Appréciation comparée des dispositifs : l’importance de la discrétion et de l’adéquation au mode de vie des usagers.....	62
KIT(S) INJECTION.....	64
Eléments décisifs dans l’appréciation des usagers : la sûreté... ..	64
...et la maniabilité.....	65
D’autant moins de pratiques à risques que la satisfaction est élevée .....	66
<b>AUTRES MATERIELS POUR L’USAGE</b> .....	67
KIT INHALATION.....	67
KIT SNIFF .....	68
<b>MATERIEL D’INFORMATION</b> .....	68
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	70
<b>REFERENCES</b> .....	71

## Synthèse

La présente revue de littérature se penche sur le point de vue que les usagers de drogues portent sur le matériel de réduction des risques qui est mis à leur disposition. Ce faisant, il s'agit de mieux comprendre l'utilisation qui est faite du matériel et donc aussi de mieux saisir l'impact qu'il peut avoir sur les pratiques à risques des usagers. Pour explorer ce thème, on a procédé à une interrogation large des bases de données : tout document rapportant des éléments de perception des usagers relativement à du matériel de réduction des risques a été recherché. Est entendu ici par « matériel de réduction des risques », l'ensemble des « outils » de réduction des risques (seringues, kits, équipements stériles...) et des supports d'information mis à la disposition des usagers.

Parmi les premiers résultats, il est à noter le très faible nombre d'études relatives aux perceptions, attentes, besoins des usagers relativement au matériel de réduction des risques. Il s'agit d'une lacune très importante tout particulièrement en France. Les études recensées portent essentiellement sur les modalités de mise à disposition du matériel d'injection pour les usagers via des automates et des programmes d'échanges de seringues (PES). Certaines études conduites sur le matériel de réduction des risques se posent également la question de son utilisation par les usagers mais il est très rare que cela soit rapproché de l'appréciation de ce matériel par les usagers. La perception du matériel en lui-même n'est quasiment pas étudiée. Très peu d'études se livrent à de véritables mesures de satisfaction. Autrement dit, on recense peu de données sur l'adhésion emportée par différents matériels, pourtant existants, et encore moins de données comparatives. Une évaluation périodique étant pourtant recommandée notamment concernant les PES du fait de la mobilité des populations, pour s'assurer que les services proposés rencontrent les besoins des populations concernées (1). Plus globalement, il est à noter que si la littérature relative à la distribution de matériel d'injection est suffisamment importante et pertinente pour fournir des enseignements utiles, il n'en est pas de même concernant les autres outils de réduction des risques. En particulier, les données relatives aux cupules, ampoules d'eau, pipe, paille et garrot demeurent peu abondantes et peu éclairantes à ce jour(2).

En dépit de ces lacunes, les éléments suivants peuvent être retenus :

Les critères gouvernant l'appréciation du matériel d'injection sont essentiellement son accessibilité, sa sûreté et sa maniabilité. Le matériel doit être facilement accessible c'est-à-dire via des dispositifs implantés au plus près des lieux de consommation et de vie des usagers et qui permettent à l'utilisateur de maintenir son anonymat et son intégrité. De ce point de vue, les automates et la distribution secondaire de matériel sont favorablement perçus par les usagers. Ils garantissent un accès particulièrement facile et comparativement plus discret au matériel d'injection.

Le matériel en lui-même doit être composé de telle sorte qu'il propose une protection optimale face aux risques sanitaires liés à l'usage. Le matériel se doit également d'être parfaitement adapté aux besoins des usagers. En l'absence de ces garanties, le matériel tenu à la disposition des usagers ne leur donne pas satisfaction et n'est pas utilisé.

Aucune publication n'a été identifiée concernant l'acceptabilité du matériel d'inhalation et de sniff. Le thème semble très marginalement exploré. Il en est de même concernant l'appréciation du matériel d'information ciblant les usagers de drogues. Le caractère extrêmement fragmentaire des données sur ces matériels de réduction des risques met en évidence la nécessité de conduire des études pour combler cette lacune.

Il s'agit plus globalement du principal enseignement qui ressort de la présente revue de littérature. L'appréciation que les usagers portent sur le matériel de réduction des risques mis à leur disposition n'est quasiment pas étudiée dans la littérature. Il s'agit pourtant d'un facteur déterminant pour la mise au point de matériel emportant l'adhésion des usagers et donc favorisant l'abandon des pratiques à risques.

Au regard des conclusions qui apparaissent et des lacunes identifiées, des recommandations sont établies en fin de document.

## Introduction

### **Champ couvert par la revue de littérature**

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur les bases de données de l'OFDT de Toxibase et PubMed sans limitation de période. Les documents retenus ayant par boule de neige permis d'en identifier d'autres. Le nombre de documents pertinents recensés dans la présente revue de littérature s'élève à 32.

Ces documents couvrent la période 1995 – 2008

#### *Type de matériel de réduction des risques traité dans les documents*

L'essentiel des documents étudiés portent sur le matériel d'injection. Très peu d'investigations se penchent sur les autres outils de réduction des risques ou sur le matériel d'information.

#### *Type de documents – études conduites*

Sur l'ensemble des documents retenus, 19 ont fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture. S'agissant des 8 documents français exploités, seule une étude entre dans cette catégorie.

Concernant les méthodologies d'enquête, il est à noter qu'une seule étude conduite aux Etats-Unis utilise la technique des méta-analyses. Une seule investigation repose sur une revue systématique de la littérature.

Les autres études publiées portent généralement sur des échantillons de taille suffisante pour fournir des résultats éclairants mais il n'est pas possible de procéder à des comparaisons entre les études. Aucune des études conduites n'a donné lieu à une investigation répétée.

Au total, les données recueillies pour la présente revue de littérature fournissent des renseignements utiles. Toutefois, ces données demeurent fragmentaires ou fragiles du fait du faible nombre d'études utilisant une méthodologie robuste, fournissant des données comparables ou permettant un suivi dans le temps.

#### *Type d'usagers concernés*

L'essentiel des investigations ont été conduites auprès d'usagers injecteurs et non injecteurs d'héroïne. Quelques se penchent sur un public plus large d'usagers injecteurs de cocaïne ou polyconsommateurs.

## Matériel d'injection stérile

Partie prenante d'une politique globale de réduction des risques, la délivrance de matériel d'injection stérile a fait la preuve de son efficacité relativement à la mortalité par overdose des usagers de drogues, à l'incidence du VIH (2-4) et probablement du VHC (2, 5, 6). De plus, la littérature montre que la délivrance de matériel d'injection stérile ne s'accompagne pas d'une augmentation de l'usage de drogues(7, 8). Au contraire, les programmes d'échange de seringues par exemple auraient une incidence positive sur les comportements à risque des usagers de drogues. Ainsi, la participation à un programme d'échange de seringue est positivement corrélée avec la baisse de comportements à risques tels que l'usage répété de seringues ou le partage du petit matériel(9).

En tant que pourvoyeur de matériel d'injection stérile, les automates, PES, pharmacies ainsi que les stratégies de distribution secondaire jouent un rôle décisif de réduction des risques infectieux pour les usagers de drogues qui les utilisent ou en bénéficient. L'impact de chacun de ces dispositifs en termes de réduction des risques est toutefois suspendu à un certain nombre de conditions dont leur accessibilité (implantation et quantité de matériel délivré), l'efficacité technique du matériel délivré<sup>2</sup> ainsi que l'appréciation dont ils font l'objet du point de vue des usagers de drogues. C'est sur ce dernier point que se concentrent les développements ci-après.

### Automates, PES, pharmacie et distribution secondaire

*Utilité perçue des dispositifs de délivrance : l'accessibilité comme critère dominant*

Les usagers de drogues s'accordent à reconnaître l'utilité des différents dispositifs de délivrance de matériel relativement à la réduction des risques infectieux. Ils sont généralement conscients de ces risques et s'en soucient. De ce point de vue la délivrance de matériel d'injection qu'elle qu'en soit la modalité (via des automates, des PES, des pharmacies ou par une distribution secondaire) reçoit leur assentiment. Elle est même perçue comme la première intervention à réaliser en vue de réduire les risques de transmission VIH et VHC par les usagers consultés par Noël *et al.* (2).

L'accès aisé au matériel d'injection stérile notamment grâce à de larges plages horaires pour la délivrance et des lieux d'implantation

---

2 Sur ce point, consulter la revue de littérature : « Les outils de prévention de la politique de réduction des risques menée en France : obtention du matériel et efficacité technique »

bien choisis est l'un des principaux critères d'appréciation positif mis avant par les usagers dans les études (2, 10-13). Symétriquement, la difficulté d'accès au matériel est signalée comme principal facteur de partage et de réutilisation de celui-ci. Il est à noter que le coût du matériel compte parmi les barrières signalées par les usagers qui ne peuvent y accéder gratuitement(2, 10).

Ainsi, dès 1996, les informations qualitatives recueillies auprès d'une dizaine d'usagers interrogés en France, en Espagne et en Italie dans le cadre du projet PESESUD visant une évaluation de la montée en charge des PES et de leurs caractéristiques dans les trois pays, signalent l'importance de l'emplacement des programmes ainsi que des horaires de délivrance. Les PES sont plébiscités s'ils sont implantés près des lieux de vie des usagers, ouverts le dimanche quand les pharmacies sont fermées ou s'ils proposent des plages horaires accordées au rythme de vie des usagers. La délivrance de seringues en nombre non limité est un autre facteur d'appréciation positive (12). Symétriquement, Strike *et al.* (2002) montrent qu'une démarche même importante de mise à disposition de matériel peut rester vaine si elle s'effectue en dehors des lieux et des horaires compatibles avec le rythme de vie des usagers de drogues(14). Rockwell *et al.* (1999) ont quant à eux montré que la proximité géographique du matériel d'injection avait une influence sur l'utilisation qu'en faisaient les usagers, 81% des usagers interrogés vivant à 10 minutes de marche environ d'un automate déclarant utiliser du matériel d'injection stérile contre 59% des usagers résidant à une distance plus importante(15).

Prenant acte du peu de connaissance accumulée sur la satisfaction ainsi que sur les comportements à risques des usagers s'approvisionnant en matériel au moyen d'automates, Islam *et al.* (2008) ont conduit une étude auprès de 167 usagers de drogues utilisant le kit FITPACK®<sup>3</sup> délivré dans les automates du New South Wales (Australie). Parmi les résultats recueillis, il ressort que l'une des principales motivations pour utiliser ces automates est liée au fait que le matériel y est accessible en permanence et plutôt aisément(13).

Au final, les usagers de drogues signalent l'utilité des différents dispositifs permettant d'accéder à du matériel d'injection stérile pour peu que celui-ci soit effectivement accessible. Pour autant, ils manifestent également des réticences et notamment leur crainte d'être stigmatisés voire arrêtés du fait de leur contact avec ces

---

<sup>3</sup> Kit en plastique rigide contenant des seringues avec aiguilles stériles, des ampoules d'eau, des tampons alcoolisés, une cuillère, des boules de coton, des conseils pour limiter les risques de l'injection ainsi qu'un dispositif favorisant la récupération des seringues usagées.

dispositifs (16). De ce point de vue, automates, PES, pharmacies ou distribution secondaire de matériel d'injection stérile font l'objet d'une comparaison et de préférences qui varient en fonction des populations d'utilisateurs ou des études.

*Appréciation comparée des dispositifs : l'importance de la discrétion et de l'adéquation au mode de vie des utilisateurs*

En plus de leur accessibilité plus ou moins aisée, le principal critère de discrimination établi par les utilisateurs pour motiver leur utilisation de l'un ou l'autre des dispositifs tient à leur plus ou moins grande discrétion. Les utilisateurs redoutent d'être identifiés et stigmatisés ou arrêtés en possession de matériel d'injection<sup>4</sup>. Treloar & Cao (2005) montrent que la crainte d'être identifié comme utilisateur de drogues par ses parents, ses amis ou son entourage constitue la première barrière à l'établissement d'un contact avec des professionnels exerçant dans un PES. Dans cette même étude conduite auprès de 294 utilisateurs ne fréquentant pas les PES ou alors de façon irrégulière, les utilisateurs interviewés signalent qu'une présence policière perçue comme excessive constitue un obstacle à leur sollicitation d'un tel programme(17).

De ce point de vue, plusieurs études soulignent l'intérêt que présentent les automates aux yeux de certaines populations d'utilisateurs réticents à être identifiés ou suivis par des équipes de professionnels exerçant dans des PES. Ce serait particulièrement le cas d'utilisateurs jeunes (11, 13, 16, 18, 19).

Par exemple, les utilisateurs interrogés par Islam *et al.* (2008) signalent que la principale raison qui les pousse à utiliser un automate plutôt qu'un PES pour s'approvisionner en matériel d'injection tient à leur crainte d'être stigmatisé du fait d'un contact avec l'équipe d'un PES. Cette crainte étant particulièrement ressentie par les utilisateurs de moins de 30 ans.

L'importance du maintien de l'anonymat est également rapportée par Lenton *et al.* (2000) au crédit des pharmacies cette fois-ci. Les auteurs ont interrogé 511 utilisateurs de drogues recrutés pour l'étude parmi la clientèle de 193 officines de pharmacie en Australie. Les utilisateurs ont été interrogés au moyen de questionnaires remis en même temps qu'un FITPACK®. Peu conforme aux stéréotypes du toxicomane, cette population d'étude met en avant le fait que l'anonymat de mise dans les pharmacies en fait des lieux attractifs pour l'approvisionnement en matériel stérile. Il est toutefois à noter que 80% des utilisateurs inclus dans l'étude demandent à ce que le FITPACK® soit accessible dans des automates. Ce résultat peut en

---

<sup>4</sup> Ce qui est illégal dans certains états



partie être rapproché de difficultés rencontrées par certains dans l'obtention de matériel d'injection auprès de pharmaciens ce qui les pousse à préférer le recours à un automate<sup>5</sup>. Ainsi, les auteurs montrent qu'une attitude négative du pharmacien est signalée comme un obstacle majeur à l'obtention du matériel par une fraction des usagers (23).

Tout en soulignant les limites des automates qui ne permettent ni de délivrer des informations ni d'initier un accompagnement des usagers, Islam *et al.* (2007) insistent sur le fait qu'ils rencontrent en plusieurs points décisifs les attentes des usagers. En cela, les auteurs concluent à la grande pertinence de ce dispositif complémentaire des PES et des pharmacies entre autres lieux de délivrance de matériel d'injection(11).

**Discrétion, accessibilité et adéquation avec le rythme de vie des usagers constituent des critères d'appréciation prépondérants à partir desquels les usagers motivent leur recours à tel ou tel dispositif de délivrance de matériel d'injection.** Mobilisés pour justifier l'utilisation d'un automate préférentiellement à un PES ou une pharmacie, ces mêmes critères sont avancés par certaines populations cachées en faveur de la distribution secondaire de matériel. C'est notamment ce qui ressort de l'étude conduite par Voytek *et al.* (2003). Les 10 usagers interviewés dans le cadre d'entretiens approfondis recevant leur matériel d'injection par ce biais disposent d'une image très positive du PES de Baltimore impliqué dans l'étude. Toutefois, ces usagers signalent que le PES ne correspond pas à leurs attentes essentiellement pour des raisons d'emplacement et de plages horaires de délivrance. De leur point de vue, la distribution secondaire de seringues assurée par des pairs réunit des garanties d'anonymat et de sécurité. Par ce biais, les usagers se sentent assurés d'avoir du matériel d'injection stérile à portée de main, sur les lieux où ils consomment et ainsi d'éviter de transporter le matériel sur eux(24). Il est à noter que plusieurs auteurs ont signalé dans leurs travaux la pertinence de cette intervention par les pairs pour atteindre des populations les plus à risque. Il s'agit d'un point largement souligné par les 48 usagers interrogés par Noël *et al* (2007) (2).

---

<sup>5</sup> Plusieurs études ont documenté une réticence d'une partie des pharmaciens à être partie prenante de programme de délivrance de matériel d'injection stérile. Dans ces études, les principales craintes motivant cette attitude du pharmacien sont que la présence d'usagers de drogues effraie l'autre partie de la clientèle, ou s'accompagne d'une augmentation des vols. Voir Clarke *et al.* 2001 (20), Glantz *et al.* 1989 (21), Singer *et al.* 1998 (22)

## Kit(s) injection

Le matériel d'injection est délivré sous différents formats pour lesquels on emploiera le terme générique de « kit ». L'acceptabilité de ce matériel en lui-même mérite d'être examinée avec soin. En effet, cette acceptabilité commande directement l'utilisation ou non du matériel par les usagers. Ceci semble aller de soi. Pourtant, force est de constater que l'acceptabilité des outils en eux-mêmes est fort peu étudiée dans la littérature. Certaines études existent, dont les principaux résultats sont exposés ci-après. Néanmoins, on manque d'éléments et tout particulièrement de données comparatives entre les différents outils.

### *Eléments décisifs dans l'appréciation des usagers : la sûreté...*

Les usagers attendent du matériel d'injection qu'ils utilisent, un certain nombre de garanties au premier rang desquelles on trouve une protection contre les risques liés à l'injection en elle-même mais aussi contre le fait d'être un usager en possession de matériel d'injection. Autrement dit, les usagers valorisent en premier lieu la qualité du matériel auquel ils ont accès, celui-ci devant les protéger des risques sanitaires majeurs qu'ils encourent.

Ainsi, dans leur étude visant une évaluation de l'acceptabilité et l'utilité du kit « The Voyager », Macalino *et al.* (2003) montrent que les garanties de sûreté données par ce kit comptent parmi les principaux avantages mis en avant par la plupart des 97 usagers interrogés. Ceux-ci valorisent tout particulièrement le fait que ce kit empêche toute possibilité de réutilisation ou de partage des seringues usagées et dispose d'un emballage étanche suffisamment solide pour permettre de transporter ces seringues sans risque<sup>6</sup>. Les auteurs insistent sur l'importance de promouvoir des kits favorisant en eux-mêmes la récupération du matériel usagé ainsi que la mise à disposition de récupérateurs publics protégeant les usagers d'une identification intempestive(10).

La protection contre le stigmatisme ou d'éventuelles sanctions pénales compte aussi dans l'appréciation du matériel délivré. La solidité d'un kit comme « The voyager » est mise en avant parce qu'elle assure de pouvoir transporter les seringues sans risque jusque dans un lieu où la possession de ce type de matériel est légale. De plus, la petite taille du kit est valorisée parce qu'il peut du coup être transporté en

---

<sup>6</sup> Validé par la FDA, « The Voyager » est un kit de petite taille aisément transportable. Il est compatible avec différents types d'aiguilles (1/3, 1/2 et 1cc), peut contenir jusqu'à 100 embouts et empêche la réutilisation des aiguilles usagées au moyen d'un dispositif de sûreté qui assure une récupération automatique de chaque aiguille utilisée dans un petit container.

toute discrétion. Il est à noter que ce critère de la discrétion a été déjà souligné en 1996 par les 28 usagers interrogés par EVAL dans le cadre du rapport pour la DGS sur les trousse de prévention distribuées en France. Visant à mieux connaître l'opinion des usagers sur le stéribox et les différentes trousse disponibles à l'époque, le rapport a notamment mis à jour une préférence du stéribox (qui ne comportait alors ni cupule ni filtre) tout particulièrement comparée aux seringues vendues à l'unité pour des raisons de discrétion et dans l'ensemble pour des raisons économiques, de maniabilité et d'hygiène(25).

#### *...et la maniabilité*

L'adéquation du matériel d'injection à leurs pratiques de consommation et à leur mode de vie est un autre critère déterminant l'appréciation des usagers et leur utilisation ou non des kits mis à leur disposition. Globalement, la composition des kits doit rencontrer leurs besoins quantitativement et qualitativement, le kit en lui-même devant être aisément transportable. Pour évident que cela paraisse, il est tout à fait important de retenir que le matériel non en adéquation avec les pratiques de consommation n'est pas utilisé et que son insuffisance influence la réutilisation ou le partage.

Ainsi, à partir d'une étude conduite aux Etats Unis et en Australie, Des Jarlais souligne l'opportunité de développer une distribution non limitative de seringues plutôt qu'une seringue à usage unique dont les usagers interviewés signalent la faible acceptabilité. Aux yeux des usagers, une telle seringue à usage unique s'avèrerait en effet incompatible avec la pratique du « booting » ou « tirette » (injection fractionnée avec aspiration entre les différentes pressions exercées sur la seringue ) ainsi qu'avec l'utilisation par certains de la seringue pour localiser la veine avant de procéder à l'injection(26).

Il est à noter que ceci rejoint les recommandations de bonnes pratiques en matière de délivrance de matériel de réduction des risques réalisées par Strikes *et al.*(2006) et qui vont dans le sens d'une distribution de seringue adaptée à la demande des usagers sans limite numérique établie a priori(1).

Concernant la composition des kits d'injection, Lenton *et al.* (2000) alertent sur la nécessité de prendre en considération l'hétérogénéité des usagers de drogues afin de composer des kits les plus adaptés possibles à la diversité des besoins. Ainsi, leur étude conduite auprès de 511 usagers venant chercher du matériel dans des pharmacies leur a permis d'atteindre un échantillon d'usagers partie prenante de cette « population cachée » non vue par les structures de soins. Cet échantillon se caractérise notamment par une grande hétérogénéité des profils socio-démographiques et des pratiques à

risques plus importantes que celles usuellement enregistrées (notamment concernant la réutilisation des seringues et le partage du petit matériel). Il ressort que les usagers particulièrement précaires n'ayant pas les moyens d'acheter le FITPACK® pour accéder à des seringues stériles ou des ampoules d'eau stérile par exemple. D'où la nécessité d'inclure ces composants dans le kit et de favoriser un coût le plus faible possible(23).

Cette étude montre également combien le point de vue des usagers concourt à l'amélioration de la qualité du matériel délivré. Ainsi, plus des trois quart des usagers interrogés signalent avoir rencontré des difficultés du fait même d'une mauvaise qualité des aiguilles contenues dans le FITPACK® (tordues ou cassées pour 42% d'entre eux) de leur nombre insuffisant ou bien de la fragilité du container. Les auteurs de conclure à la nécessité pour les fabricants de réviser la qualité des aiguilles et de l'emballage du FITPACK® et pour la collectivité de revoir le prix du kit, ainsi que sa composition globale (nombre et taille des aiguilles, type de petit matériel inclus). Dans le même ordre d'idée, les usagers interrogés par Noël *et al.* (2007) signalent que la qualité des seringues délivrées dépend du lieu de distribution. Un usager de l'étude déclarant par exemple qu'elles seraient de meilleure qualité dans le PES auquel il a accès qu'en pharmacie.

#### *D'autant moins de pratiques à risques que la satisfaction est élevée*

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, Morissette *et al.* (2007) montrent que la fréquence d'utilisation du matériel d'injection est corrélée au degré de satisfaction qu'il emporte. De l'étude conduite auprès de 275 usagers injecteurs d'héroïne et/ou de cocaïne recrutés dans un PES de Montréal, il ressort que le type de filtres et de cupules testés ne paraît pas approprié aux usagers qui sont moins d'un quart à les utiliser au contraire des seringues et des ampoules d'eau massivement utilisées. A tort ou à raison, les usagers estiment en effet que l'épaisseur du filtre dont ils disposent n'est pas adaptée, retenant trop le produit injecté. La cupule quant à elle, deviendrait trop chaude au moment de la combustion du produit(27).

De même, Noël *et al.* (2007) montrent qu'en dépit de sa grande disponibilité, l'équipement stérile (filtre, cupules) délivré aux usagers canadiens reste mal utilisé, les usagers trouvant ce matériel « peu intéressant » ou « mal adapté »(2).

En France, deux études fournissent quelques éléments d'appréciation des usagers sur le matériel d'injection mis à leur disposition.

La première a été conduite en 1995 et porte sur le stéribox qui ne comportait alors ni filtre, ni cupule. Les auteurs ont interrogé au moyen d'un questionnaire autoadministré 320 usagers recrutés dans différentes structures (1<sup>ère</sup> ligne, prison, CMS) et dans la rue en Ile de France et PACA. Deux éléments d'appréciation de l'outil sont recensés : il serait « un bon moyen de prévention » (42,5%), perçu comme « pratique » par 22,5% des usagers interrogés (28). Concernant l'intérêt perçu des messages de réduction des risques délivrés avec le kit, les auteurs signalent certains biais méthodologiques qui ne permettent pas d'être conclusifs.

L'étude fournit essentiellement des résultats sur les pratiques à risques des usagers mais pas sur l'utilisation en tant que telle du stéribox. Toutefois, les auteurs recensent une corrélation entre le nombre de stéribox achetés et l'augmentation de la réutilisation de la seringue et du partage du petit matériel. Ce résultat ne fait pas l'objet d'une interprétation spécifique. On peut regretter que les conclusions de l'étude n'aient pas donné lieu à une investigation supplémentaire. Il est fort probable que la connaissance des risques liés à la pratique ait progressé par rapport à cette période où le partage du matériel et la réutilisation des seringues étaient relativement commun.

La deuxième étude a été conduite en 2002 par Bouhnik *et al.* afin d'apprécier la satisfaction remportée par une cuillère différente du stéricup. Ce nouveau composant du kit a été testé par 47 usagers participant au PES de Médecins du monde (MDM). Un deuxième questionnaire a été administré à 56 autres usagers de MDM pour recueillir leur appréciation des ampoules d'eau. Près de 70% des usagers interrogés à propos de la cuillère signalent que sa contenance leur paraît adéquate et 36% estiment qu'elle est maniable lors du chauffage. Sur les 56 usagers interrogés à propos des ampoules d'eau, 57% signale que la forme des ampoules (2ml et 5ml) leur convient. Il sont près de 34% à mettre en avant leur côté pratique parce que discrètes alors que 25% d'entre eux signalent des problèmes de maniabilité(29).

## **Autres matériels pour l'usage**

### **Kit Inhalation**

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude spécifiquement conduite pour apprécier l'efficacité du matériel d'inhalation relativement à la réduction des risques infectieux notamment. En revanche, la littérature fait état de recommandations de bonnes pratiques concernant la mise à disposition de ce type de matériel afin de prévenir les risques de transmission HIV et les possibles transmissions VHC (la littérature ne permettant pas d'être

indubitablement conclusif sur ce dernier point). Il est ainsi vivement recommandé de distribuer aux usagers de crack sans aucune limitation numérique des pipes en verre, autant d'embouts et de filtres composés de fils de cuivre que de pipes délivrées(1).

En France, l'expérimentation d'un kit d'inhalation composé d'un doseur à alcool en verre, de tampons alcoolisés, d'embouts, de crème cicatrisante, de préservatifs, de gel lubrifiant et de feuilles d'aluminium a donné lieu à une enquête auprès d'un échantillon d'usagers du centre d'accueil Espoir goutte d'or (EGO).

Sur la base des données recueillies, il ressort qu'à l'exception des feuilles d'aluminium et du gel lubrifiant, l'ensemble des composants mis à la disposition de ces usagers est majoritairement ou massivement utilisé. S'agissant des feuilles d'aluminium distribuées pour servir de filtre, les usagers signalent leur caractère inapproprié comparé au fil de cuivre qu'ils utilisent habituellement à cet effet. Les  $\frac{3}{4}$  des usagers interrogés signalent avoir lu le mode d'emploi fourni pour accompagner l'utilisation du kit. Dans leur grande majorité, ils l'estiment correct (« très bien ») ou « intéressant »(30).

### **Kit sniff**

Nous n'avons recensé aucune étude portant sur l'appréciation par les usagers de matériel utilisé pour le sniff.

## **Matériel d'information**

Au regard de nos investigations, les données relatives à l'appréciation du matériel d'information par les usagers de drogues semblent quasi inexistantes. Un seul article issu d'une revue à comité de lecture a pu être recensé. Il porte sur la perception par un échantillon de jeunes « clubbers » d'une campagne de prévention diffusant des messages d'information sur la réduction de risques (31). Fondée sur un pré-test auprès de 90 clubbers et deux post-tests auprès de 88 et 90 Clubbers londoniens, l'étude met en avant l'importance de l'absence de jugement de valeur et de la qualité des informations délivrées dans les messages.

En France, Bozon *et al.* (1999) recensent différentes campagnes de communication conduites à destination des usagers de drogues par voie intraveineuse entre 1994 et 1999 afin de les sensibiliser aux risques d'infection VIH(32). Toutefois, aucune investigation n'est conduite concernant l'impact de ces messages ou leur acceptabilité du point de vue des usagers.

Au final, les études relatives à la perception des stratégies de communication par les usagers de drogues sont peu référencées et très probablement peu abondantes.

Pourtant, l'information et plus précisément l'information-éducation sur les risques d'infection notamment est reconnue comme une condition préalable dans la prévention des transmissions. Noël *et al.*(2007) rappellent que cette démarche a été identifiée par l'OMS comme une intervention efficace. Elle est de plus plébiscitée par les usagers (2).

## Recommandations

Les données françaises relative à l'acceptabilité du matériel de réduction des risques (outils et supports d'information) sont très fragmentaires, voire inexistantes sur plusieurs points. En conséquence, devraient être menées :

- Une étude permettant de mesurer la satisfaction rencontrée par chacun des outils délivrés aux usagers en France actuellement (kits injection, inhalation).
- Une étude permettant de dresser un état des lieux de consommation et de vie des usagers de drogues les moins connus des dispositifs de réduction des risques existants.
- Une étude sur l'implantation des bornes de distribution et leur appréciation par les usagers.
- Une étude documentant la place et l'impact de la distribution secondaire.
- Une étude sur la perception du matériel d'information par les usagers de drogues et sa diffusion auprès des différentes catégories de populations d'usagers.

Les expériences et la littérature scientifique internationales permettent également de formuler les recommandations suivantes :

- La composition des différents matériels d'usage doit prendre appui sur l'appréciation qu'en font les usagers.
- Le matériel distribué doit être techniquement efficace et adapté aux besoins des usagers.
- L'offre de matériel se doit d'être plus abondante et non limitée.
- Cette offre doit être plus diffuse.
- L'implantation des bornes de distribution doit privilégier les lieux de consommation et de vie des usagers de drogues.
- La distribution secondaire doit être favorisée.
- L'officine de pharmacie doit être un acteur engagé dans la réduction des risques



## Références

1. STRIKE, C., LEONARD, L., MILLSON, M. et al. (2006) Ontario Needle Exchange programs: Best Practice recommendations (Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee).
2. NOEL, L., LAFOREST, J. & RAYMOND-PIER, A. (2007) Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC. Revue systématique de la littérature et validation empirique, pp. 151 (Institut National de Santé Publique du Québec).
3. EMMANUELLI, J. (1999) Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective (INVS).
4. WODAK, A. (2006) Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the ban still plays on, *Subst Use Misuse*, 41, 837-9.
5. WRIGHT, N. & TOMPKINS, C. (2006) A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users, *Harm Reduction Journal*, 27(3).
6. WRIGHT, N., MILLSON, C. & TOMPKINS, C. (2005) What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity ?, pp. 41 (Europe, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network).
7. LURIE, P., REINGOLD, A. L., BOWSER, B. et al. (1993) The public health impact of needle exchange programme in the United States and abroad (Centers for Disease Control and Prevention).
8. BLUTHENTHAL, R. N., GOGINENI, A., LONGSHORE, D. & STEIN, M. (2001) Factors associated with readiness to change drug use among needle-exchange users, *Drug Alcohol Depend*, 62, 225-30.
9. KSOBIECH, K. (2006) Beyond needle sharing: meta-analyses of social context risk behaviors of injection drug users attending needle exchange programs, *Subst Use Misuse*, 41, 1379-94.
10. MACALINO, G. E., WESTON, R. S., WOLF, F. A. et al. (2003) Research note : acceptability and utility of a hand-held syringe disposal device for active injection drug users, *Journal of Drug Issues*, 33, 519-532.
11. ISLAM, M. M. & CONIGRAVE, K. M. (2007) Syringe vending machines as a form of needle syringe programme:

- Advantages and disadvantages, *Journal of Substance Use*, 12, 203 - 212.
12. RODES, A. & PEREZ, C. (2000) Clients' perceptions of the structure and operational characteristics of southern European syringe-exchange programmes: Pesesud-1, in: EMCDDA, O.-. (Ed.) *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, pp. 221-226 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities).
  13. ISLAM, M., STERN, T., CONIGRAVE, K. M. & WODAK, A. (2008) Client satisfaction and risk behaviours of the users of syringe dispensing machines: a pilot study, *Drug Alcohol Rev*, 27, 13-9.
  14. STRIKE, C., CHALLACOMBE, L., MYERS, T. & MILLSON, M. (2002) Needle exchange programs: delivery and access issues, *Canadian Journal of Public Health*, 93, 339-343.
  15. ROCKWELL, R., JARLAIS, D. C. D., FRIEDMAN, S. R., PERLIS, T. E. & PAONE, D. (1999) Geographic proximity, policy and utilization of syringe exchange programmes, *Aids Care*, 11, 437-442.
  16. SPRINGER, K. W., STERK, C. E., JONES, T. S. & FRIEDMAN, L. (1999) Syringe disposal options for injection drug users: a community-based perspective, *Substance Use and Misuse*.
  17. TRELOAR, C. & CAO, W. (2005) Barriers to use of needle and syringe programmes in high drug use area of Sydney, New South Wales, *International Journal of Drug Policy*, 16, 308-315.
  18. MOATTI, J. P., VLAHOV, D., FERONI, I., PERRIN, V. & OBADIA, Y. (2001) Accès aux seringues stériles pour les usagers de drogues injectable : distributeurs, programmes d'échange de seringues et vente légale en pharmacie à Marseille, France., *European Addiction Research*, 7, 40-45.
  19. OBADIA, Y., FERONI, I., PERRIN, V., VLAHOV, D. & MOATTI, J. P. (1999) Syringe vending machines for injection drug users: an experiment in Marseille, France., *Am J Public Health*, 89, 1582-4.
  20. CLARKE, K., SHERIDAN, J., GRIFFITHS, P. et al. (2001) Pharmacy needle exchange: do clients and community pharmacists have matching perceptions, *The pharmaceutical journal*, 266, 553-556.
  21. GLANZ, A., BYRNE, C. & JACKSON, P. (1989) Role of community pharmacists in prevention of AIDS among injecting drug misusers. Findings of a survey in England and Wales, *British Medical Journal*, 299, 1076-1079.

22. SINGER, M., BAER, H., SCOTT, G., HOROWITZ, S. & WEINSTEN, B. (1998) Pharmacy access to syringe among injecting drug users: follow-up findings from Hartford, Connecticut, *Public Health Reports*, 113, 81-89.
23. LENTON, S., KERRY, K., LOXLEY, W., TAN-QUIGLEY, A. & GREIG, R. (2000) Citizens who inject drugs: The Fitpack study, *International Journal of Drug Policy*, 11, 285-297.
24. VOYTEK, C., SHERMAN, S. G. & JUNGE, B. (2003) A matter of convenience: factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA, *International Journal of Drug Policy*, 14, 465-467.
25. NORRY-GUILLOU, F., MONAQUE, C., WEILL, C. & BLIN, P. (1998) Le "propre" et le "discret" : toxicomanie et trousse de prévention du Sida et des hépatites, *Psychotropes - Revue Internationale des Toxicomanies*, 4, 61-68.
26. DES JARLAIS, D. C. (1998) "Single-use" needles and syringes for the prevention of HIV infection among injection drug users, *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18 Suppl 1, S52-6.
27. MORISSETTE, C., COX, J., DE, P. et al. (2007) Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention, *International Journal of Drug Policy*, 18, 204-212.
28. CANDILLIER, C., LERT, F., IMBERT, E. & BELFORTE, B. (1995) Le stéribox et la réduction des risques. Exposition aux risques de transmission du VIH et des hépatites B et C dans un échantillon d'usagers de drogues par voie intraveineuse., pp. 69p. (APOTHICOM).
29. BOUHNİK, P., JACOB, E. & TOUZE, S. (2002) Evaluation de l'usage du matériel proposé par Médecins Du Monde pour réduire les risques liés à l'injection (Cuillères, ampoules d'eau) (RESSCOM Médecins Du Monde).
30. EGO. & STEP. (2004) Le "Kit-Base", un nouvel outil pour la réduction des risques, pp. 57 (Espoir Goutte d'Or).
31. BRANIGAN, P. & WELLINGS, K. (1999) Acceptance of the Harm Minimization Message in London Clubs and Underground System, *Drugs: education, prevention and policy*, 6.
32. BOZON, M., DORE, V., GREMY, I. et al. (1999) Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999), pp. 143p (ANRS).

Les revues de littérature proposées ici portent sur la transmission de maladies infectieuses, sur l'efficacité des outils de réduction des risques et leurs limites, et sur l'acceptabilité de ces derniers par les usagers de drogues.

Elles s'inscrivent dans un plus large travail de définition de recommandations en ce qui concerne le choix et la conduite des évaluations prioritaires dans le domaine de la réduction des risques liés à la consommation de drogues en France. Ce travail se cristallisera sous la forme d'un guide d'évaluation à destination des intervenants de la réduction des risques ou encore des institutionnels.

Ces revues de littérature répondent à un double objectif :

D'une part, elles mettent en relief les lacunes, le manque de connaissance française sur des sujets aussi cruciaux que la distribution secondaire, l'efficacité technique du matériel, ou encore l'implantation d'automates de distribution... D'autre part, elles permettent de tirer les enseignements, grâce à la littérature scientifique internationale, des actions et des études menées à l'étranger, comme par exemple la formation des pairs à la réduction des risques, ou encore l'utilisation de l'officine de pharmacie comme appui complémentaire des programmes d'échanges de seringues...