



**Politique de réduction des risques : quelle efficacité
des programmes d'échange de seringues ?**
2^{ème} partie : leçons d'expériences internationales

**D. DOUMONT
A. DECCACHE**

A la demande et en collaboration
avec la Direction Générale de la Santé
et le Cabinet de la Ministre de la Culture,
de l'Audiovisuel, de la Santé et
de l'Égalité des chances.

**Décembre 2013
Réf. : 13 - 70**

Série de dossiers techniques

**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**



**FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES**

Tables des matières

1° Introduction.....	2
2° Méthodologie.....	3
3° Leçons d'expériences internationales	4
3.1. Espagne	4
3.2. Espagne et France.....	6
3.3. Royaume-Uni	9
3.4. Allemagne	11
3.5. Suisse.....	12
3.6. Australie	12
3.7. Canada.....	15
3.8. Pays-Bas.....	20
3.9. Etudes internationales	21
4° Conclusions.....	26
5° Bibliographie	28

Politique de réduction des risques :
Quelle efficacité des programmes d'échange de seringue ?
2ème partie : leçons d'expériences internationales.

Dans de nombreux pays, les programmes d'échange de seringues sont un des éléments clefs de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Leur efficacité quant à la réduction de la propagation des maladies transmissibles par voie sanguine n'est plus à démontrer (principalement le VIH/SIDA, les hépatites virales B et C). En outre, certains programmes d'échange de seringues vont au-delà de la distribution et la mise à disposition de seringues en présentant d'autres effets bénéfiques comme par exemple l'établissement d'un contact entre une population cible difficilement accessible et des services sociaux et sanitaires (structure d'aide, cadre de soins, responsabilisation, etc.). Les modes opératoires de ces programmes et leur place dans l'offre globale de seringues sont cependant variables d'un pays à l'autre, voire d'une région à une autre.

En Belgique francophone, différentes associations comme par exemple Modus Vivendi travaillent sur le terrain. La Direction générale de la santé, tout comme notamment la Région wallonne ou la Commission communautaire française (COCOF), cofinance l'achat de matériel (seringues, Stérifix : kit de matériel stérile d'injection, etc.) ainsi que le travail de coordination de Modus Vivendi et de ses partenaires. A l'heure actuelle, 16 comptoirs d'échange de seringues existent en Fédération Wallonie-Bruxelles. Certaines pharmacies d'officine contribuent également à la distribution de matériel d'injection.

Ce dossier technique (subdivisé en deux parties) et consacré aux programmes d'échange de seringues vise d'une part à rassembler les données concernant l'usage de seringues à l'échelle territoriale (vision claire et objective de l'offre et de la demande : quantité suffisante de matériel d'injection stérile, couverture territoriale et régionale, participation des usagers, public vulnérable (migrants, femmes, jeunes, etc.), travail de réseau et de proximité, etc.) et d'autre part à identifier des projets/études (pays anglo-saxons et/ou européens) qui décrivent des expériences d'échange de seringues et qui ont pu faire la démonstration de leur utilité tant au niveau social, sanitaire et sécuritaire.

1° Introduction

Touzeau et Courty (2012) rappellent que dès 1924, les médecins anglais sont autorisés à prescrire des drogues aux toxicomanes qui sont incapables de s'abstenir et ce afin de limiter les effets secondaires de leur dépendance. Dans les années 1980, dans la ville de Liverpool, un programme voit le jour : le 'Mersey Harm Reduction Model'. Ce programme se concentre davantage sur les dommages causés par l'utilisation de substances illicites plutôt que sur la diminution de leurs usages. L'épidémie du VIH n'est pas étrangère à cette démarche (échange de seringues contaminées). Du matériel d'injection est ainsi distribué via des travailleurs sociaux qui 'vont vers les usagers' : dans un premier temps, ils se déplacent là où se trouvent les consommateurs de drogues et espèrent ainsi, dans un second temps, les orienter dans des structures médico-sociales. O'Hare (2007), cité par Touzeau et Courty (2012), signale que dans la région de Mersey (UK), le taux de contamination au VIH fut inférieur à 5 % versus

¹ L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien, N. Mahieu, M. Morsa et S. Roussel.

20 % pour d'autres régions. Ce modèle de réduction des risques a par la suite été utilisé lors de l'apparition d'autres drogues comme l'ectasy. D'autres pays (Emmanuelli, 2004) comme les Pays-Bas (1984) ou l'Australie (1986) ont également travaillé précocement à la mise en œuvre de tels programmes.

Selon Maestracci (2010), dans les politiques de réduction des risques, deux catégories de pays se dégagent : d'une part, les pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suisse, les pays nordiques ou l'Australie ont mis en place des mesures de réduction des risques dès l'apparition du sida en 1985; d'autre part, les autres pays comme notamment la France ou les Etats-Unis qui développent une approche quelque peu moralisante des questions d'addiction. Dans ce contexte, ce sont souvent les associations et les militants qui œuvrent à la mise en place de mesures de réduction des risques. Friedman et al. (2007), cités par Touzeau et Courty (2012), rappellent d'ailleurs que les premiers à prendre conscience du risque infectieux lié au virus du sida furent les toxicomanes eux-mêmes qui mirent en place, notamment dans l'état de New-York et aux Pays-Bas, des programmes d'échange de seringues 'officieux', en utilisant des seringues 'homemade' ainsi que du matériel d'injection généralement utilisé pour les patients diabétiques ; ceci de manière à éviter la propagation du virus.

Dans de nombreux pays, les programmes d'échange de seringue (PES) font désormais partie intégrante de la politique de réduction des risques auprès des usagers de drogues.

Les programmes d'échange de seringue (PES) sont « *des structures qui mettent à disposition des usagers de drogues injectables du matériel stérile (gratuitement ou non) dans le but de réduire la transmission des virus et autres infections liée au partage de matériel de consommation. Ils offrent également du matériel servant à préparer l'injection (filtres, eau, récipients pour le mélange) ou la consommation de drogues sans injection (pailles/pipes à crack, feuilles d'aluminium,...)* ».

Cependant, ces programmes vont au-delà de cette mission première de 'distribution' : conseils sur les pratiques d'injection ou sur les manières d'éviter les surdoses ; information concernant l'accessibilité aux tests de dépistage et/ou aux préservatifs, aux structures de soins et aux services sociaux ; aides à l'arrêt de l'injection ou au passage vers une consommation sans injection, etc.

Toutefois, les données utiles à la compréhension de ces activités et du rapport entre besoins et offre ne sont pas toujours disponibles ; elles manquent même parfois. Il est alors difficile d'avoir une vision claire et objective de la situation.

2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur les deux bases de données suivantes : Doctes (base de données bibliographiques partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux). Divers sites Internet ont également été consultés. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : consommation drogue, échange seringue, programme d'échange de seringues, injection, réduction des risques, réduction des méfaits, virus HIV, hépatite C.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Ainsi, 27 documents sélectionnés sur base des abstracts et mots clés ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie. La majorité d'entre eux datent des 5 dernières années et sont publiés en langues française et anglaise. Les documents retenus concernent des expériences belges mais également internationales, notamment pour les pays suivants : l'Espagne, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l'Australie, le Canada, les USA, etc.

Enfin, dans un souci de clarté, il a été décidé que ce dossier technique consacré aux programmes d'échange de seringues serait divisé en deux parties : une première partie (Réf. 13 – 68) (11 références bibliographiques ont été retenues, dont Touzeau et Courty (2012) et Maestracci (2010), cfr introduction supra) qui a pour objectif principal de fournir un aperçu général des 'pratiques' mises en place à l'échelle nationale et une seconde partie (Réf. 13 – 70) qui s'intéresse davantage aux expériences internationales (16 références).

3° Leçons d'expériences internationales

3.1. Espagne

L'étude de Bravo et al. (2007) décrit les **programmes d'échange de seringues** en Espagne, en insistant sur la corrélation entre l'implémentation de ces programmes et la diminution des nouveaux consommateurs de drogues *d'injection* (tordant ainsi le cou aux arguments non-scientifiques qui laissent entendre que les programmes d'échange de seringues augmentent naturellement le nombre de consommateurs en facilitant sa consommation !).

Pour soutenir ces propos, Bravo et al. (2007) se basent sur les données enregistrées **entre 1991 et 2004**. La majorité des programmes d'échange de seringues se sont en effet construits en Espagne au cours des années 90.

Bravo et al. (2007) précisent que la plupart des programmes d'échange de seringues, en Espagne, ont été implémentés dans les **pharmacies** (67% en 2004). Les autres lieux d'échange sont les centres de santé, les centres de traitement de dépendance à la drogue, les ONG (fixes et unités mobiles) et les prisons. Notons également qu'en 2003, trois locaux permettant de réaliser des injections étaient mis à disposition des utilisateurs à Madrid, Barcelone et Bilbao.

Enfin, le nombre de pharmacies qui ont été associées au programme de seringues et qui bénéficient d'une subvention a considérablement augmenté. Elles étaient 3.535 en 2004 (SPNS, 2005, cité par Bravo et al., 2007).

Pour évaluer l'efficacité des programmes d'échange de seringues en Espagne, Bravo et al. (2007) ont mesuré le nombre de nouveaux consommateurs de drogue à partir de 1991, date à laquelle les programmes d'échange de seringues ont commencé à s'implémenter dans le pays.

Pour explorer cette relation, les auteurs ont utilisé deux indicateurs :

- le nombre de consommateurs admis pour un premier traitement pour dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne entre 1996 et 2002.

- le nombre de consommateurs admis pour un premier traitement pour dépendance à l'héroïne entre 1991 et 2004 dont la voie principale d'administration de la drogue était l'injection.

(NDLR : ce type d'indicateur 'admission pour dépendance à un produit' est également disponible en Belgique).

Bravo et al. (2007) précisent que le premier indicateur devrait être le meilleur, car le deuxième sous-estime le nombre total de consommateurs par injection admis pour un traitement en excluant ceux dont le mode le plus fréquent d'administration est 'fumer' ou 'sniffer'. Ce deuxième indicateur a cependant été inclus car les données du premier n'existent que sur une courte période (de 1996 à 2002).

Les résultats montrent la corrélation suivante : l'augmentation substantielle de la disponibilité de seringues gratuites ou subventionnées en Espagne d'un côté, et la diminution du nombre de nouveaux consommateurs de drogues d'injection de l'autre côté. (Le design expérimental ne permet en effet pas de montrer une relation causale, donc il s'agit juste d'une corrélation).

Selon Bravo et al. (2007), les indicateurs ont montré que, pour les cas accueillis aux urgences pour des problèmes de dépendance à l'héroïne, l'utilisation de l'injection comme mode d'administration de la

drogue a diminué de 62,1% des cas en 1996 à 53,3% en 2002. Pour la cocaïne, les pourcentages sont passés respectivement de 50,4% à 19,6%.

Bravo et al. (2007) rapportent également que le nombre d'infections HIV a diminué pour les nouveaux consommateurs par injection, passant de 118 en 2000 à 52 en 2004, soit un déclin de 56%.

En conclusion, selon Bravo et al. (2007), l'absence d'effets négatifs suite à l'implémentation de programmes d'échange de seringues (en Espagne) sert d'argument pour prolonger ce type d'expérience, voire l'étendre.

Barrio et al. (2011), quant à eux, insistent sur l'utilité de mesures temporelles pour évaluer les besoins et la nécessité d'expansion des **programmes d'échanges de seringues** et des **traitements de substitution d'opiacé** dans l'évaluation des politiques de réduction des risques ciblant les consommateurs de drogue par injection et les consommateurs d'héroïne, en Espagne.

Par mesures temporelles, les auteurs entendent le ratio entre les interventions fournies et les interventions nécessaires, et la différence entre les deux. La mesure du temps est estimée par le temps écoulé entre l'année d'un besoin important de la mise en place d'un programme et l'année où la couverture du programme atteint un niveau de référence.

Les auteurs précisent que cela concerne des milliers de consommateurs de drogue (*pas de chiffres plus précis*), qui sont repris dans les registres administratifs, les enquêtes et les études publiées **entre 1987 et 2010**.

Dans les sources utilisées par Barrio et al. (2011), on retrouve des données issues du registre d'admission de patients connaissant des problèmes de drogue à travers tout le pays. Les données issues des cohortes itinérantes destinées aux consommateurs d'héroïne recrutés dans la rue à Madrid, Barcelone et Séville de 2001 à 2003 ont également été utilisées, ainsi que celles issues des centres pour l'information et la prévention du SIDA et d'une cohorte incluant des consommateurs recrutés dans un centre pour l'information et la prévention du SIDA à Valence.

Mais les auteurs ne fournissent pas d'informations sur les caractéristiques socio-démographiques des 'bénéficiaires' de ce type de programme.

Bien que le nombre de consommateurs de drogue injectable soit faible (environ 0,5/1000 habitants), les programmes d'échange de seringue et des traitements de substitution d'opiacé visent d'une part certaines populations plus vulnérables et d'autre part la réduction de certains risques spécifiques :

- La prévalence d'HIV chez les consommateurs de drogue injectable est élevée (25 à 30%). Ce type de programme est donc une stratégie pour réduire les risques d'infection (de la Fuente et al. 2005, Hurtado et al. 2007, cités par Barrio et al. 2011) ;
- Ces programmes permettent aussi de réduire les risques d'overdose (Neira-Leon et al. 2011, cités par Barrio et al. 2011) ;
- Enfin, ces programmes permettent de toucher les populations immigrées venant d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, qui prennent de l'héroïne essentiellement par voie d'injection (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2010, cités par Barrio et al. 2011) et qui sont en première ligne des infections HIV (Barrio et al., 2011). Ces populations immigrées n'ont, de plus, pas facilement accès aux services de santé (Sanz et al. 2011, cités par Barrio et al. 2011) et constituent dès lors une population à risque.

Barrio et al. (2011) n'abordent donc pas les stratégies en tant que telles des programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution d'opiacé pour toucher les individus, mais **identifient plutôt ces programmes comme stratégie** permettant d'atteindre certaines catégories de la population ou visant la réduction des risques spécifiques.

Les auteurs rappellent également que l'Espagne a souffert d'une 'épidémie d'héroïne' qui a eu un impact important en terme de santé publique. En 1985, le nombre de cas d'infection HIV faisant suite à la prise d'une drogue par injection a été le plus élevé dans le pays, avec 402 cas/million d'habitants (de la Fuente et al., cités par Barrio et al. 2011). Ce nombre a ensuite chuté à 16,8 entre 2000 et 2004

(Castilla et al. 2006, cités par Barrio et al. 2011). Selon Barrio et al. (2011), les politiques de réduction des risques en Espagne paraissent appropriées et sont largement responsables du contrôle de l'épidémie HIV par injection de drogue. Toutefois pour les auteurs, ces conclusions manquent de preuves scientifiques. C'est pourquoi, ils proposent d'analyser le temps entre le besoin et la couverture des interventions de réduction des risques dans l'évaluation des politiques ciblant les consommateurs de drogue d'injection, en utilisant les données espagnoles entre 1987 et 2010.

Les principaux résultats de l'étude de Barrio et al. (2011) sont :

- En Espagne, la couverture des programmes d'échange de seringue et des traitements de substitution d'opiacé n'atteint pas le niveau moyen (calculé selon algorithme statistique) jusqu'à 8 ans après le pic de besoin, ce qui indique un manque de réactivité.
- L'augmentation de la couverture des programmes entre 1987 et 2010 est due principalement au déclin de l'injection de drogue et de la consommation d'héroïne.
- En 2010, si la couverture des traitements de substitution d'opiacés était élevée (60,3%), la couverture des programmes d'échange de seringue reste toutefois encore trop limitée (25,7%).

Selon Barrio et al. (2011), les publications dans ce domaine sont peu nombreuses et sont généralement concentrées sur le ratio lors d'une année donnée. La force de l'étude réside donc dans le fait qu'elle prenne en compte l'étendue des ratios de besoin et couverture, faisant comprendre plus simplement les raisons d'un changement de couverture des programmes et estimant la réactivité des interventions.

3.2. Espagne et France

Ramirez-Jonville (2006) examine les **dispositifs** mis en place en 2003, en Espagne et en France, dans le cadre de la politique de réduction des risques.

	France	Espagne
Total PES	± 200	1280
Mobiles	± 40	142
Structures fixes	± 41	192
Pharmacie	Expérimental 15	946
Boutiques	37	24
Sleep-in	2	0
Automates	250	1
Salles d'injection	0	1 *
Méthadone	OUI	OUI
Buprénorphine	OUI	NON
Système de prévention trafic et surdoses	NON	OUI

Ce tableau de synthèse inspiré de l'article de Ramirez-Jonville (2006, p. 1153) reprend les caractéristiques des programmes d'échange de seringues mis en place en 2003 en Espagne et en France.

* NDLR : Ramirez-Jonville (2006) n'identifie qu'une seule salle d'injection en Espagne dans la ville de Madrid, ce qui n'est pas faux en soi (cfr situation année 2003), mais rajoutons désormais une salle d'injection dans la ville de Bilbao et une salle dans la ville de Barcelone (Bravo et al. 2007).

Programmes mis en place en Espagne

En 2003, 1280 programmes d'échange de seringues ont été mis en place en Espagne. Les seringues étaient fournies gratuitement dans les 946 pharmacies participant au programme. Les usagers de drogues par voie intraveineuse pouvaient également acheter les seringues dans les autres pharmacies. Près de Madrid, il y avait une salle d'injection, c'est-à-dire un dispositif d'assistance à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Il existait 24 'boutiques' de distribution de kits de prévention mais ces boutiques diffusaient également des conseils et proposaient une écoute. Le seul

traitement de substitution proposé en Espagne est la méthadone qui est principalement prescrite dans les centres d'attention aux drogues-dépendants (CAD). Les usagers bénéficiant de ce type de traitement étaient d'ailleurs suivis dans ces centres. Cependant, ils pouvaient également obtenir de la méthadone dans un bus 'méthadone' ou auprès de certaines pharmacies participant aux programmes d'échange de seringues.

Il existait un système d'information partagé (sans autres précisions) permettant de savoir si un usager avait eu sa méthadone, le but étant d'éviter le trafic et les overdoses.

Programmes mis en place en France

En 2003, il existait approximativement 200 programmes d'échange des seringues. Les 15 programmes mis en place dans les pharmacies étaient en phase d'expérimentation et permettaient la vente de seringues aux usagers de drogues par voie intraveineuse. La France a également mis en place 250 automates distribuant des seringues mais n'a pas mis à disposition des consommateurs de salle d'injection. Il y avait en France 37 'boutiques' où les usagers peuvent se procurer des kits de prévention, être conseillés et écoutés. Deux types de traitements de substitution étaient également proposés :

- La buprénorphine haut dosage, pouvant être prescrite par un médecin de ville. Ce mode de prescription a permis qu'elle soit le traitement le plus utilisé.
- La méthadone. Pour obtenir sa première prescription de méthadone, l'utilisateur devait aller dans un centre de soins spécialisé pour toxicomanes (CSST) et par la suite un médecin de ville pouvait prendre le relai.

C'est la médecine de ville qui prend en charge la majorité des usagers de drogues par voie intraveineuse en France.

En résumé, en 2003, la pharmacie est le lieu privilégié d'acquisition de seringues pour les usagers de drogues par voie intraveineuse tant pour l'Espagne que pour la France.

Ramirez-Jonville (2006) a étudié la situation en Espagne et en France. Il propose une série d'indicateurs qui illustrent l'impact des politiques françaises et espagnoles en terme de réduction des risques.

- a. Décès par overdose (indicateur de l'état de santé des usagers de drogues par voie intraveineuse)
- b. Prévalence du VIH (indicateur de l'état de santé des usagers de drogues par voie intraveineuse)
- c. Prévalence du VHC (indicateur de l'état de santé des usagers de drogues par voie intraveineuse)
- d. Utilisation de l'injection (indicateur de moyens)
- e. Pourcentage des usagers pratiquant le partage de seringues (indicateur de prise de risque ou comportemental)
- f. Volume des seringues distribuées (indicateur de moyens)
- g. Nombre d'usagers ayant un traitement de substitution (indicateur de moyens)

La politique de réduction des risques poursuit des objectifs en cascade. Dès lors, des indicateurs de genre divers sont nécessaires. Cependant, cette construction en cascade permet difficilement de faire des liens et des corrélations entre l'évolution des indicateurs de moyens et l'évolution des indicateurs d'impact.

Selon Ramirez-Jonville (2006), les principales différences observées entre la France et l'Espagne concernent :

- Le cadre légal : en effet, la France a pris du retard dans la mise en place de la politique de réduction des risques à cause de la pénalisation de l'usage de drogue. En Espagne, le contexte de non-pénalisation a facilité la mise en place des programmes d'échange de seringues car l'utilisateur n'était pas considéré comme un délinquant mais plutôt comme une personne à soigner. Cette vision a permis au Plan National de drogues de privilégier un objectif de santé publique.

- Le cadre de soins : en France, le cadre théorique dans la prise en charge des toxicomanes est la psychanalyse. Cela a conduit à privilégier le côté psychique de l'utilisateur aux dépens du côté physique. Lorsque les programmes d'échange de seringues ont été mis en place, il y a donc eu une forte résistance des intervenants en toxicomanie. En outre, les programmes d'échange de seringues étaient considérés comme attentatoires à la 'loi symbolique' de la non-consommation de drogues. Les traitements de substitution ont également fait l'objet de vives critiques - remplacer une drogue par une autre ne changeait en rien la relation de dépendance structurelle du sujet avec le monde. En Espagne, depuis 1985, il existe divers modèles théoriques pour la prise en charge de la toxicomanie.
- Enfin, Il existe un décalage dans l'approche de la réduction des risques entre les deux pays. En Espagne, la politique de réduction des risques a commencé dès 1990 ; en France, si elle commença en 1989, elle ne fût cependant reconnue officiellement qu'en 1994. Ce décalage peut s'expliquer par des différences de choix de stratégies sanitaires ou de priorités budgétaires.

Ramirez-Jonville conclut que « *Le contexte est nettement plus difficile pour la mise en place de la politique de réduction des risques en France, lié principalement à l'interdiction de l'usage. En Espagne, la réduction des risques est bien intégrée au sein de la politique de lutte contre la toxicomanie. Il existe des tendances similaires pour les 2 pays par rapport aux indicateurs sanitaires :*

- *baisse importante des décès par surdose ;*
- *diminution de la prévalence du VIH ;*
- *stabilité de la prévalence au VHC à des niveaux très élevés ».*

La situation paraît cependant plus grave en Espagne qu'en France, en ce qui concerne la prévalence du VIH auprès des consommateurs de drogues injectables. Ce constat est sans doute le fait notamment d'une proportion plus importante d'utilisateurs séropositifs en Espagne (la pratique du partage de seringues étant très présente auprès de cette population). Pour l'auteur, malgré les différences relevées, « *l'impact sanitaire de la politique de réduction des risques a nettement été positif en Espagne comme en France.* »

Bonnet (2006) a, quant à lui, évalué un **programme d'échange de matériel d'injection en officine** (sur base volontaire) : réutilisation de seringues et incitation au dépistage du VHC, l'objectif final étant de délivrer '*un nouvel outil de réduction des risques à travers le réseau officinal*'.

Le PEMI (Programme d'échange de matériel d'injection) d'Ivry-sur-Seine (France) est un projet financé par la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) du Val-de-Marne dans le cadre des appels d'offres régionaux sur les projets de recherche relatifs au VHC (virus de l'hépatite C).

Le PEMI fonctionne sur 4 grandes principes :

- la formation du personnel des pharmacies participantes ;
- la mise à disposition des usagers de kits Steribox ;
- la récupération du matériel usagé, ;
- l'orientation des usagers de drogues vers les consultations du dépistage du VHC.

Les pharmacies qui, sur base volontaire, ont participé au programme d'échange de seringues en pharmacies d'Ivry-sur-Seine ont mis à la disposition des usagers de drogues par voie intraveineuse des kits d'injection Steribox. Ceux-ci ont été délivrés gratuitement aux consommateurs de drogues injectables.

Dans les kits Steribox distribués par les pharmacies participant aux programmes se trouvaient, en plus du contenu classique du Steribox, 2 filtres stériles à membrane Sterifilt. Ce filtre est conçu pour éliminer les impuretés autres que les microbes. Il prévient les contaminations infectieuses, VHC notamment, liées au partage, à la réutilisation et à l'emprunt des filtres. Lors de l'application de ce programme, ces filtres ont été diffusés pour la première fois en officine.

En mars et avril 2003, 20 pharmacies d'Ivry-sur-Seine ont répondu à un questionnaire proposé par le PEMI. Les réponses fournies ont permis de sélectionner les pharmacies prêtes à s'engager dans un programme d'échange de seringues. 6 pharmacies ont ainsi été retenues pour participer au programme PEMI. L'activité d'échange de seringues est indemnisée 250 euros par tranche de 6 mois dans un but de reconnaissance du travail du pharmacien.

Toutes les pharmacies participant au programme ont été visitées de manière hebdomadaire par 2 membres de l'équipe PEMI. Une visite mensuelle a également été réalisée par le médecin et/ou le pharmacien de l'équipe. Ces visites ont permis de recueillir des données sur le nombre de kits distribués, le nombre de kits récupérés, et le nombre d'usagers vus.

Bonnet (2006) souligne également toute l'importance de bien former les acteurs de terrain, en l'occurrence ici les équipes officinales volontaires qui ont participé au programme PEMI. En effet, elles ont bénéficié d'un support informatique géré par le pharmacien de l'équipe du PEMI et quatre thématiques/problématiques ont été traitées :

Le programme d'échange de matériel d'injection en pharmacie : Pourquoi ? Par qui ? Comment ?

Les substances psycho-actives : Quelles sont-elles ? Leurs effets et leurs usages, leurs risques

La pratique de la voie intraveineuse : Comment ? Avec quoi ? Quels risques ?

Les complications infectieuses et virales liées à l'usage de drogues : Lesquelles ? Modes de contamination, principes de prévention

Cette formation a contribué à l'amélioration des échanges entre les équipes officinales et les usagers. Grâce à cette amélioration, 4 usagers injecteurs de buprénorphine haut dosage ont pu être orientés par les pharmacies vers le centre de soins spécialisé pour toxicomanes Ivry-SUD.

Pour l'auteur, les pharmaciens ont ainsi évolué dans la façon dont ils perçoivent des usagers de drogue par voie intraveineuse. Quant aux usagers qui ont fréquenté les pharmacies participantes, ils sont devenus des individus responsables, soucieux des conséquences de l'usage de la voie intraveineuse.

Le programme d'échange de matériel d'injection en pharmacie à Ivry-sur-Seine a été une opportunité importante pour communiquer avec les usagers de drogue par voie intraveineuse, principalement en ce qui concerne la réduction des risques. Cependant, le prix reste un obstacle à l'accès au matériel d'injection. La vente de kits d'injection n'est pas un moment propice au dialogue tandis que la délivrance de celui-ci le devient. La gratuité a fait passer la réutilisation des seringues de 10 à 3 seulement. Concernant les orientations de dépistage du VHC, celui-ci étant anonyme et gratuit, il a été difficile de connaître l'impact réel du programme. Par la distribution des plaquettes d'information concernant les facteurs de risque de contamination par le virus de l'hépatite C et sur l'intérêt du dépistage, les usagers du PEMI d'Ivry-sur-Seine ont été informés.

3.3. Royaume-Uni

Une équipe de recherche anglo-saxonne (Palmateer et al. (2010) a analysé différentes études (Gibson et al. 2001, Islam & Gonigrave 2007, Wodak & Coonet 2004, Tilson et al. 2007, Wright & Tompkins, 2006) consacrées aux **programmes liés à la réduction des risques** et à leur efficacité. Les auteurs ont ensuite émis les conclusions suivantes :

A. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (NSP)

a. Effets sur la prévalence et l'incidence du VHC

Pas suffisamment d'éléments pour conclure sur les effets des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues concernant la prévalence et l'incidence du VHC.

b. Effets sur la prévalence et l'incidence du VIH

Les données étudiées permettent de conclure que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont efficaces dans la réduction de la prévalence et l'incidence du VIH.

c. Effets sur l'auto-évaluation des comportements à risque d'injection

Palmateer et al. (2010) estiment que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues réduisent les comportements à risque d'injection auto-déclarés.

B. L'accès aux pharmacies

- a. Effets sur la prévalence et l'incidence du VHC
Les auteurs n'ont pas identifié d'articles sur le sujet.
- b. Effets sur la prévalence et l'incidence du VIH
Très peu d'études relevées dans la méta-analyse de Palmateer et al. (2010) tentent d'établir un lien entre l'accès aux pharmacies et la diminution de la prévalence et l'incidence du VIH. Devant le faible nombre d'études, les auteurs concluent à l'insuffisance de preuves.
- c. Effets sur l'auto-évaluation des comportements à risque d'injection
Etant donné les incohérences entre les diverses études analysées, les auteurs concluent que le niveau de preuve concernant le lien entre l'accès aux pharmacies et les effets sur les comportements à risque d'injection auto-évalués, est provisoire et devrait être confirmé par d'autres recherches.

C. Distributeurs/Automates

- a. Effets sur la prévalence et l'incidence du VHC
Pas d'article sur le sujet.
- b. Effets sur la prévalence et l'incidence du VIH
Selon Palmateer et al. (2010), il n'y a pas assez de preuves pour démontrer la présence d'un lien entre l'utilisation d'automates/distributeurs et l'incidence/prévalence du VIH.
- c. Effets sur l'auto-évaluation des comportements à risque d'injection
Les diverses études analysées fournissent des conclusions discordantes. Pour Palmateer et al. (2010), le niveau de preuve est insuffisant pour établir un lien entre l'utilisation d'automates/distributeurs et les comportements à risque d'injection auto-évalués.

D. Palmateer et al. (2010) n'ont recensé aucun article sur les programmes de sensibilisation concernant les échanges de seringues et d'aiguilles.

E. Distribution de matériel d'injection de drogues (gazinières, filtres et ampoules à eau)

- a. Niveau de preuve d'un lien entre la distribution de matériel d'injection de drogues et les comportements à risque d'injection auto-évalués insuffisant.

Dès lors, devant l'insuffisance de preuve, les auteurs préconisent une nouvelle étape dans l'évaluation des interventions en matière de politique de réduction des risques. Il serait utile que les recherches prochaines :

- se concentrent sur les résultats biologiques et non sur les résultats comportementaux pour détecter les changements concernant l'incidence du VHC ;
- considèrent l'ensemble des actions menées dans le cadre de la politique de réduction des risques et ne les étudient plus de manière isolée ;
- soient de type randomisées lorsque cela est possible et de préférence au niveau communautaire) ;
- comparent d'autres interventions ou alors le niveau d'intensité des interventions menées aux données existantes.

3.4. Allemagne

Pour Michels & Stöver (2012), l'arrivée du SIDA/HIV dans les années 80 a entraîné, en Allemagne, le développement tant au niveau de l'Etat fédéral qu'au niveau des acteurs locaux, de *traitements alternatifs*. Ils en distinguent quatre différents : les programmes d'échange de seringue, les salles de consommation de drogue, le traitement médicalement assisté (ou de substitution) et le traitement à l'aide d'héroïne pour les dépendants aux opiacés.

Dans le cadre de ce dossier technique, ne sera développée que la partie consacrée aux programmes d'échange de seringues et les chambres de consommation.

Les programmes d'échange de seringues

Selon Michels et Stöver (2012), il s'agit de programmes majeurs dans la réduction des risques d'infection HIV. Il en existe diverses variétés en Allemagne : programme d'échange avec permanence nocturne et/ou durant les week-ends, programmes dans les établissements pénitentiers, etc. Les seringues sont disponibles en pharmacies, dans les centres pour drogués et/ou de traitements et via des distributeurs automatiques (il en existe dans plus de 200 villes allemandes, accessibles 24h/24).

Depuis 1992, la loi permet l'échange de seringues (bien que les programmes existent depuis les années 80). Cependant certaines municipalités utilisent encore les seringues et autres accessoires comme preuve de possession de drogue pour dénoncer les usagers à la police.

Il existe également des programmes d'échange de seringue dans les prisons allemandes, mais à une échelle encore trop faible soulignent Michels et Stöver (2012). La couverture y est par exemple de 3 à 5 % (alors qu'elle est de 50 % dans le pays).

Les salles de consommation de drogue

Les salles de consommation de drogue sont nées pour répondre aux problèmes engendrés par 'l'envahissement' de certains lieux par les consommateurs de drogues dans plusieurs grandes villes allemandes (comme Hambourg, Hanovre ou Francfort), ce qui entraînait des nuisances publiques.

Actuellement, il en existe 25, réparties dans 6 'Länder' (département) (Michels & Stöver, 2012).

En décembre 1999, le Bundestag (Parlement allemand) a adopté un amendement sur la loi des narcotiques qui fournit une base légale à l'établissement de salles de consommation de drogues. Cet amendement a, par la suite, été validé en février 2000 par le Bundestag (Conseil d'Etat).

Plusieurs règles doivent en outre être respectées pour la mise en place des salles de consommation de drogue (Michels & Stöver, 2012) :

- La ville doit avoir déjà proposé une large gamme de services et de programmes d'assistance aux consommateurs de drogue;
- Les salles doivent être interreliées avec les autres services d'assistance existants;
- Elles s'adressent aux consommateurs par intraveineuse qui ont au moins 18 ans. Les patients sous méthadone sont exclus;
- Les soins médicaux d'urgence sont garantis;
- Le trafic de drogue doit être banni des salles. La police participe aux conditions d'organisation;
- Seul l'équipement fourni peut-être utilisé par les consommateurs;
- Tout le travail fait est documenté et évalué.

Certaines villes ont également introduit des 'cartes de membre' pour avoir accès aux salles de consommation de drogue. Elles sont bien entendu anonymes (Michels & Stöver, 2012).

Les auteurs signalent l'existence de salles de consommation de drogue exclusivement réservées aux femmes (par exemple à Hambourg). Michels & Stöver (2012) expliquent également que pour attirer différents publics, les salles de consommation de drogue peuvent permettre différents modes d'application (injection et fumer), être rattachés ou non à d'autres services, exclure ou non les patients sous traitement de substitution. Ils rappellent également que les salles de consommation de drogue attirent principalement des consommateurs de longue date, ce qui exclut quelque peu les nouveaux consommateurs.

Pour Michels et Stöver (2012), l'utilisation de médias (comme la vidéo) peut attirer l'attention sur certains sujets spécifiques de réduction des risques lors de visites dans les salles de consommations de drogue.

Les auteurs soulignent plusieurs bénéfices engendrés par les salles de consommation de drogue :

- La survie ;
- L'évitement de maladies irréversibles (comme les infections HIV) ;
- L'évitement de l'exclusion sociale ;
- La stabilisation des conditions sanitaires et sociales ;
- Le soutien dans l'arrêt d'une consommation problématique et incontrôlée de drogue ;
- Un soutien individuel dans les efforts pour abandonner le monde de la drogue et arrêter d'en consommer.

De plus, les auteurs précisent que les salles de consommation de drogue offrent une variété d'opportunités pour **transmettre des messages de santé et améliorer les connaissances en matière de santé des consommateurs**. On peut, grâce à cela, fournir des conseils pour faire des injections en respectant les règles d'hygiène; apprendre à identifier les situations à risque; améliorer l'hygiène personnelle; faire des formations pour une consommation sûre; et inciter à la vaccination contre l'hépatite A et B.

3.5. Suisse

Tout comme pour d'autres pays comme par exemple l'Allemagne, les premières interventions liées à la réduction des risques en Suisse ont vu le jour avec l'arrivée de l'épidémie du VIH, soit au milieu des années 1980. C'est d'ailleurs à ce moment là que le premier programme d'échange de seringues a été implémenté quand les pharmaciens ont été autorisés à vendre seringues et matériel d'injection.

A l'heure actuelle, la Suisse bénéficie d'un **système de distribution de matériel stérile organisé** incluant **programmes d'échange, pharmacies** et **distribution de seringues** dans le cadre de programme médicalisé de distribution d'héroïne.

La plupart des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont localisés dans des structures appelées 'Centres d'accueil bas seuil'. Ils ont pour objectifs de rencontrer et d'identifier les problèmes des consommateurs de drogues (ne concernent pas uniquement les injectables) et d'intervenir auprès des populations défavorisées ou vulnérables (moins de facilités d'accès aux programmes).

Les 'centres d'accueil bas seuil'

- mettent à disposition des aiguilles stériles, des salles d'injection, des outils de prévention en lien avec l'overdose ainsi que des préservatifs.
- fournissent des conseils pour réduire les risques et pour éliminer le matériel usagé en toute sécurité.
- facilitent l'accessibilité à des traitements de substitution.

Notons également que depuis 1993, un système national de surveillance de la distribution de seringues a été mis en place.

Arnaud et al. (2011) établissent une comparaison entre le nombre de seringues distribuées en 1996 et en 2006 en **Suisse**; ils réalisent également une analyse statistique permettant d'évaluer le taux de couverture globale du pays (en commençant d'ailleurs par opérationnaliser le terme couverture.)

Alors que l'OMS recommande plus de 200 seringues par an pour un usager afin d'obtenir une couverture/ disponibilité élevée, les résultats de l'étude d'Arnaud et al. (2011) montrent que le programme Suisse permet d'obtenir entre 360 et 924 seringues disponibles par an et par usager. Ce qui est très élevé par rapport à la moyenne de 52 seringues par an et par usager pour ses voisins européens.

3.6. Australie

Brener et al. (2010), quant à eux, se sont intéressés au rôle préventif des **programmes d'échange de seringues stériles** en Australie, et ce tout particulièrement en ce qui concerne **la phase d'initiation et/ou de transition aux drogues injectables**. Pour ce faire, l'équipe de chercheurs australienne a mené une enquête exploratoire auprès de 13 intervenants.

Trois questions ont jalonné la recherche :

- Quels rôles peuvent jouer les programmes d'échange de seringue dans la prévention de l'initiation aux drogues injectables ?
- Quelles sont les implications pour les services qui délivrent seringues et aiguilles si les programmes d'échange de seringues se focalisent sur la prévention de l'initiation aux drogues injectables ?
- Quels sont les implications politiques et les défis (à relever) qui découleraient d'une orientation des activités des programmes d'échange sur la prévention de l'initiation à l'injection?

Dans un bref rappel, les auteurs signalent que c'est suite à la propagation du virus HIV en 1986 qu'un premier programme d'échange de seringue a été mis en place dans le New South Wales (NSW) en Australie. Si les programmes diffèrent selon les juridictions (Loxley, 2000, cité par Brener et al. (2010)), tous distribuent des seringues stériles dans une optique de réduction des risques. Ils offrent cependant d'autres services comme la réalisation d'activités de sensibilisation concernant notamment l'hépatite C et le virus HIV; ils fournissent également des informations sur les services de soins et de santé existant. A l'heure actuelle, l'Australie compte 3000 programmes d'échange incluant des pharmacies (Dolan et al., 2005, cités par Brener et al. (2010)).

Selon Dolan et al., (2005), cités par les auteurs, c'est plus de 30 millions d'unités d'équipements d'injection qui ont été distribuées sur le territoire national en 2005. L'efficacité des programmes d'échange de seringues stériles contre la transmission du HIV/AIDS et l'hépatite n'est plus à démontrer (Wodak et al., 2006). Les programmes d'échanges peuvent également référencier des structures d'aides sociales et sanitaires aux usagers consommateurs (Dolan et al., (2005) ; Wodak et al., 2006 ; etc.). Enfin, via les structures mises en place, les consommateurs de drogues injectables moins 'expérimentés' peuvent être mis en contact avec d'autres consommateurs de drogues injectables, plus anciens, qui pourront leur fournir des informations concernant la réduction du risque, les endroits 'ouverts' aux consommateurs de drogues injectables, etc. (Kelly et al., 2001). Cependant, d'autres données démontrent toutefois que les jeunes consommateurs de drogues injectables fréquentent peu les programmes d'échange, voire pas du tout. Cette information est également confirmée par les responsables du Spuitruitprogramma en Flandres (cfr dossier technique – 1^{ère} partie – Réf. 13 – 68). Dans le même ordre d'idée, la rencontre de jeunes/nouveaux consommateurs avec des usagers plus expérimentés encouragerait les plus jeunes à des comportements d'injection (Bailey et al., 2003).

En conclusion, les programmes d'échange de seringues ont bien un rôle important à jouer en matière de prévention auprès des jeunes consommateurs en phase 'd'initiation' et/ou de 'transition' à l'injection. Toutefois, ce rôle est à envisager en partenariat avec d'autres services qui travaillent auprès de cette même population cible. Les auteurs signalent parfois l'existence de conflits avec l'offre de soins primaires que proposent les autres services du secteur de la santé. Il est également important que les messages de prévention liés à l'injection ne soient pas empreints d'une conception trop moralisatrice, fréquemment identifiée lorsque l'on évoque les consommations de drogue en général. Ceci est d'autant plus vrai que les usagers de drogues injectables sont, pour la plupart, fortement marginalisés dans nos sociétés et ne bénéficient que d'un accès limité aux soins (Room, 2005). Les programmes d'échange de seringues pourraient être envisagés dans une perspective d'environnement positif à la consommation de drogue injectable (drug positive environments), voire d'environnement admis à la consommation de drogue injectable (drug friendly) ou encore d'environnement compréhensif à la consommation de drogue injectable (drug understanding), conditions sine qua none pour que les services d'échanges de seringue bénéficient de toute la crédibilité nécessaire auprès d'un public encore trop fréquemment marginalisé. Enfin, si les programmes d'échange de seringues se focalisent désormais sur l'initiation à l'injection et/ou la phase de transition à celle-ci, il est primordial de ne pas stigmatiser les pratiques d'injection des plus anciens usagers. Il ne s'agit en aucun cas de fragiliser l'accès aux structures d'échange des consommateurs de drogues injectables avérés !

Les barrières perçues et les préférences des UDI en matière de programmes d'échange de seringues dans la région de New South Wales à Sydney (Australie) ont été étudiés par Treloar (2005).

L'auteur rappelle que dans le cadre de la politique de réduction des risques en vigueur dans la région de Sydney, plusieurs modèles/initiatives co-existent comme par exemple des services de soins de santé primaire et secondaire, des distributeurs automatiques, des services mobiles, « Pharmacy Fitpack Scheme » (la participation des pharmacies privées à la vente du matériel d'injection à bas prix).

En plus de la fourniture du matériel d'injection, les programmes NSP (Needle Syringe Programmes) proposent des séances d'éducation et d'information visant la réduction des risques causés par la consommation de drogues. Les agences NSP proposent quand cela s'avère nécessaire une réorientation vers d'autres structures de soins. Ces agences fondées par le gouvernement distribuent le matériel d'injection sans demander l'échange du matériel utilisé. Les pharmacies privées peuvent également participer au programme dans le cadre de 'Pharmacy Fitpack Scheme' en vendant le matériel d'injection à bas prix.

Parmi les 294 usagers interrogés, 75 n'ont jamais participé aux programmes NSP et 27 n'ont jamais entendu parler des programmes. 52 personnes y sont allées seulement une fois. 138 ont utilisé les services de NSP plus d'une fois, mais de façon irrégulière. La source principale d'approvisionnement du matériel d'injection de 63% des usagers était les pharmacies. 25% des usagers avaient leur propre source personnelle tels que les partenaires, la famille, les amis, les vendeurs de drogues. 12% obtenait leur matériel d'injection via les services des soins de santé.

Parmi les 190 usagers fréquentant peu les programmes NSP, 125 personnes font état d'expériences positives avec les NSP tandis que 50 personnes ont signalé que leur expérience n'était ni positive ni négative. 8 personnes ont signalé des expériences négatives (ndlr : pas d'autres détails). 7 personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

102 usagers de drogue n'utilisent pas les services offerts dans le cadre de ces programmes NSP. 190 usagers de drogue utilisent rarement les services des agences de NSP. (2 usagers n'ont pas répondu à la question concernant la fréquentation des agences de NSP). Presque deux tiers des participants au questionnaire étaient des hommes (64%).

Comparé aux usagers qui n'utilisent pas du tout les services proposés dans le cadre des programmes NSP, les usagers qui fréquentent rarement les agences de NSP vivent plutôt de leur salaire et non d'aides sociales (66% vs 46%).

Il n'y a pas d'autres différences entre les usagers fréquentant peu les programmes et les non-usagers, au niveau du sexe, de l'identité sexuelle, du pays d'origine, de l'éducation, de la langue, de l'identité ethnique, de la stabilité de logement, et de l'expérience de prison dans les 12 mois précédents.

Les usagers fréquentant peu les NSP s'injectent plus souvent des drogues, consomment plus souvent des opiacés que des stimulants. Dès lors, ils réutilisent plus souvent leurs propres seringues.

De manière synthétique, les barrières identifiées par les répondants concernant les programmes d'échange de seringues sont :

Selon les usagers fréquentant peu les agences/les programmes NSP :

Pour 61% des usagers, l'agence NSP est trop éloignée ;

Pour 57%, les horaires d'ouvertures ne sont pas appropriés ;

Pour 3% des usagers, le personnel des agences NSP n'est pas vraiment sympathique.

Notons qu'il n'y a pas de barrières linguistiques identifiées.

Selon les non-usagers des services de NSP :

51% s'inquiète du fait d'être vu/identifiée comme un usager de drogue injectable ;

51% se sent mal à l'aise en ce qui concerne l'accès au NSP ;

2% trouve le personnel des agences NSP antipathique ;

1 participant a expérimenté l'existence de barrière linguistique.

Quelle est la meilleure façon pour distribuer le matériel d'injection

83% des participants préfère un service NSP fixe ;

74% préfère se procurer leur matériel via les distributeurs automatiques ;
66% souhaite une livraison sur simple appel téléphonique.

Les usagers qui fréquentent peu les services NSP préfèrent obtenir le matériel d'injection plutôt via d'autres services que les services de NSP. Quant aux non-usagers, ils préfèrent recevoir le matériel sans aucun contact avec le personnel de NSP.

Enfin, les sites fixes et les distributeurs automatiques conviennent le mieux pour tous les types de consommateurs et le respect de l'anonymat est apprécié de tous.

3.7. Canada

Dans les années nonante, Vancouver (Canada) a connu une recrudescence du virus HIV auprès des usagers de drogues injectables et ce malgré l'existence, depuis 1988, de programmes d'échange de seringues permettant d'une part la **distribution aux consommateurs de seringues stériles** et d'autre part **l'offre de services de soins de santé** et/ou un **contact avec des professionnels référents**. Les préoccupations essentielles concernaient le taux élevé de séropositifs parmi les participants les plus assidus aux programmes d'échange de seringues, ce qui a très vite conduit à des interprétations potentiellement erronées quant à l'efficacité de ces programmes d'échange.

De manière à mieux éclairer 'l'épidémie HIV' de Vancouver, Hyshka et al. (2012) ont passé en revue 15 années de recherche et d'évaluation des programmes d'échange de seringues mis en place dans la région.

Les auteurs rappellent que c'est donc en 1988 que la ville de Vancouver a mis en place le premier programme d'échange de seringues stériles en Amérique du Nord, suivi par la vente en pharmacie de seringues et autre matériel stérile. Jusqu'en 2002, les programmes d'échange de seringues pratiquaient une politique d'échange 'une utilisée contre une stérile'. Plusieurs raisons justifiaient ce mode de fonctionnement :

- La réduction des désordres publics ;
- Le contact 'face à face' entre les professionnels de santé et les consommateurs de drogues injectables, ce qui permettait la proposition de services de santé et un meilleur encadrement ;
- La limitation de revente des seringues stériles par les usagers de drogue injectable.

En 1996, Strathdee et al. recueillent des données sur les consommateurs de drogues injectables pour la région de Vancouver. Pour être éligibles, les participants devaient résider dans la région du Grand Vancouver, s'être injecté de la drogue au moins une fois durant le mois précédent et fournir des informations personnelles.

Un programme d'échange de seringues a identifié et fixé un site d'échange au cœur de '*Downtown Eastside*' permettant l'échange de 2 seringues par jour avec un maximum de 14 seringues par semaine maximum (Bardsley et al, 1990 ; Spittal et al. 2004). Deux années plus tard, un système d'échange mobile est initié par les organisateurs afin de permettre de poursuivre l'activité le soir lorsque le site est fermé (Archibald et al. 1998). En 1994, la demande de seringues a doublé : 2 à 4 par jour et 28 par semaine ou 3 par visite du van mobile. Les sites d'échange ouvrent entre 8h du matin et 20h le soir (Kerr et al. 2006) afin de permettre un meilleur accès et éviter l'échange de seringues la nuit. Toutefois, pour pallier aux problèmes d'accessibilité, une organisation locale '*The Vancouver Area Network of Drug Users*' installe entre septembre 2001 et mai 2002 une tente au cœur du 'milieu de la drogue'. Le staff est présent 7 nuits par semaine et ce jusqu'à 4h du matin. Cette initiative a rencontré un franc succès parmi les consommateurs de cocaïne et les personnes contaminées par le HIV.

Dans sa première année, le programme a permis l'échange de 127.806 seringues et le taux d'incidence du HIV dans le DTES ('Downtown Eastside') était stable. Cependant, la situation s'est aggravée en 1994 suite à de nombreux facteurs comme par exemple la désinstitutionnalisation de la maladie mentale, le manque de maisons sociales, l'augmentation du marché de la poudre de cocaïne.

De plus, la proportion des nouveaux consommateurs de drogues injectable contaminés par le virus de l'HIV a augmenté de 2 à 7% entre 1993 et 1994, provoquant l'apparition de nombreux comportements à risques. Durant l'année 1993, 1.815.480 seringues ont été échangées et en 1996, plus de 2.5 millions.

Les études menées par Strathdee et al. (1996), Tyndall et al. (2003), Wood et al. (2007), décrivent différents aspects et améliorations suite à cette première expérience de programme d'échange de seringues menée dans la région de Vancouver en 1988.

La recherche de Strathdee et al. (1996) s'est basée sur un échantillon de 1006 consommateurs de drogue injectable dont 81 % participait déjà à un programme d'échange. En ce qui concerne l'échange de seringues, 39 % des personnes (infectées et non-infectées) rapportent qu'elles partagent les seringues. Sur 257 participants qui n'étaient pas contaminés au début de l'enquête, 24 ont contracté le virus après 6 mois de suivi dans un programme d'échange de seringues. Dans ce groupe de 24 personnes, 23 ont raconté que le cadre du programme d'échange était leur lieu de prédilection pour obtenir des seringues stériles. Toutefois, 5 d'entre eux expriment qu'il est difficile de s'en procurer. Selon les auteurs, le programme de Vancouver a permis d'une part d'échanger 5 à 10 millions de seringues par an et d'autre part de rencontrer les usagers de drogue injectable. Ce programme a donc un rôle préventif dans le milieu de la drogue. A la suite de cette étude, la situation dans le quartier de 'Downtown Eastside' a été considérée comme une situation dangereuse de premier ordre. Par conséquent, 7 milliards de dollars ont été alloués par les fonds fédéraux et régionaux afin d'augmenter la création de réseaux de soins et de traitements. En février 1997, l'échange de seringues avait une nouvelle fois augmenté, le maximum étant de 14 seringues par jour et de 98 par semaine. L'offre de soins réunissait à la fois des sites fixes, mobiles et des patrouilles dans les rues durant toute la journée. De plus, certaines chambres d'hôtels étaient transformées en point de rencontre personnel avec les usagers. En 1998, le programme d'échange de seringues a permis d'échanger 2.4 millions de seringues, 2.9 millions pour 1999, 3.5 millions en 2000, 3.3 millions en 2001, 2.7 millions en 2002, 2 millions en 2003, 2.2 millions en 2004 et 1.9 millions en 2009.

Tyndall et al. (2003) ont analysé des données de 1996 à 2000 incluant 61 usagers de drogue injectable contaminés. Les résultats de leur recherche ont permis de démontrer que l'injection de la cocaïne était plus dangereuse que la participation aux programmes d'échange et qu'elle était le fil conducteur pour être infecté par le virus HIV.

Depuis l'étude menée par Strathdee et al. (1997), plusieurs études épidémiologiques et ethnographiques ont été publiées (Wood et al. 2002, Wood et al. 2004). Elles analysent principalement les facteurs qui ont affecté l'échange de seringues pendant l'expérience de Vancouver en 1988. Ces causes se divisent en 2 catégories : politique du programme (1) d'échange et pratiques policières (2).

1. Politique contraignante du programme NEP.

Entre 2000 et 2001, l'étude réalisée par Wood et al. (2002) révèle certains problèmes d'accessibilité à des seringues stériles :

UDI ayant échangé leurs seringues sur le site fixe :
71 % des UDI parlent de sites d'échange fermés ;
31.9 % rapportent que les sites se situent dans des aires hors d'atteinte ;
3.2 % ont raté l'heure d'échange.

UDI ayant échangé leurs seringues dans un van :
57.6 % ont raté le van ;
51.5 % rapportent que le site fixe était fermé ;
30.3 % étaient en prison ;

21.2 % étaient en dehors de l'aire d'échange.

En plus de cette mesure contraignante, il faut prendre en compte la fluctuation du budget assigné à ces programmes et le concept d'échange 'pour une utilisée, une stérile rendue'. Cette stratégie allait à l'encontre de la demande grandissante des UDI (particulièrement ceux qui étaient contaminés par le virus HIV) pour des seringues stériles.

2. Pratiques policières.

La police pratiquait plusieurs procédures pour contrôler le marché de la drogue. Le 'crakdown' ou le contrôle du marché de la drogue et ses pratiques irrégulières en font partie. Les conséquences de cette procédure supposaient le déplacement des ventes de drogues dans les quartiers où se déroulaient les programmes d'échange, l'arrêt des services de santé, une réticence des usagers à échanger leurs seringues et une augmentation des comportements à risques.

L'analyse de Wood et al. (2004) a étudié des données de janvier à juin 2003 concernant les conséquences du déploiement de 50 officiers de police dans le DTES.

Les résultats sont les suivants : déplacement de l'utilisation de la drogue dans les quartiers des programmes d'échange, diminution de la participation à ces programmes.

Cette étude a été confirmée par deux analyses (Wood et al. 2003, Small et al. 2006) qui démontrent que le 'crackdown' diminue la participation aux programmes d'échange de 27 % dans le DTES, développe une réticence à échanger ses seringues et par conséquent permet l'essor de seringues non-stériles et de comportements à risques ; par exemple, le partage des seringues usagées entre les consommateurs de drogue injectable.

La police confisquait également les drogues illicites et l'équipement d'injection sans aucun mandat pour ce faire. Sur un échantillon de 465 UDI, 130 participants (soit 28 %) rapportèrent avoir été arrêtés par les autorités, les seringues de 51 % ont été confisquées et 6 % ont immédiatement empruntés une seringue utilisée après leur emprisonnement.

Dix ans après la recherche de Strathdee, Wood et al. (2007) ont récolté un très grand nombre de données permettant d'étudier la relation entre la participation aux programmes d'échange et la contamination au virus HIV.

Un échantillon de 1035 UDI non contaminés au début de l'enquête et, ayant déjà participé à un programme journalier d'échange a été comparé à des UDI qui n'avaient pas collaboré activement à l'un des programmes d'échange. Les intervenants étaient des femmes, aborigènes ou d'origine indo-américaine, résidents dans le DTES, travaillant dans le commerce du sexe, consommateurs réguliers d'héroïne. En décembre 2004, 133 des 1035 UDI ont été contaminés par le virus du HIV. Les auteurs ont examiné le temps de contamination. Considérant les variables, les auteurs pensent que le risque serait très important d'être infecté pendant une participation à un programme d'échange si ces personnes s'injectent de la cocaïne.

Changements observés suite à l'expérience de Vancouver :

Malgré les réticences du gouvernement provincial, un nouveau regard sur la distribution des seringues s'est développé entre les années 2000 et 2002 et a permis de recentrer un certain nombre d'activités/objectifs, à savoir :

- Retirer l'administration des programmes d'échange à la DEYAS (Downtown Eastside Youth Activities Society) et de la transmettre aux autorités locales sanitaires ;
- Séparer la distribution des seringues des autres fonctions du programme ;
- Créer de nouveaux sites décentralisés ;
- Diversifier les méthodes de distribution de seringues (par exemple, patrouilles à pieds dans les rues et autres lieux publics) ;

- Concevoir un programme coordonné par les pairs (VANDU Alley Patrol – the Vancouver Area Network of Drug Users).

L'étude canadienne menée par MacNeil et Pauly (2011) a permis d'évaluer, **du point de vue des utilisateurs**, 4 programmes d'échange de seringues couvrant 4 sites géographiques.

Les UDI sur les 4 sites, rapportent un sentiment de discrimination et ont l'impression de ne pas être écouté par les dispensateurs de soins parce qu'ils ont été catalogués 'drogués'. A contrario, ils estiment avoir bien été traités dans les services d'échange de seringues (aucun jugement ni de stigmatisation et/ou de discrimination). Cette 'stigmatisation' des usagers de drogue ne les aide pas à aller vers les services de santé, voire 'compromet' parfois leur 'engagement' à fréquenter les services d'échange de seringues.

D'après les auteurs, 3 des 4 sites évalués collaborent avec un service infirmier voisin. 2 des 4 sites disposent d'un travailleur social faisant de la sensibilisation de manière hebdomadaire. Chaque site a un programme « bien-être » et des programmes de bénévolat.

Un service de conseil et de dépistage du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections sexuellement transmissibles est accessible sur chacun des sites. Ainsi, le service d'échange de seringues est aussi une porte d'entrée vers d'autres services.

Un des 4 sites est une unité mobile. Les chercheurs ont remarqué que le van mobile permettait moins facilement de faire le lien avec d'autres services. Les usagers y vont juste pour chercher leur matériel et le quittent rapidement. De plus, le fait de bouger d'un endroit à un autre ne permet pas facilement d'instaurer cette relation de confiance nécessaire avec les usagers.

Les services d'échange ont donc un rôle social, réduisant la stigmatisation et donnant accès à d'autres services.

Des chercheurs (Gold et al., 1997) ont estimé que ce type de programme est une utilisation efficace des ressources car de nouveaux cas de VIH peuvent ainsi être évités.

Concernant le programme d'échange de seringues, les usagers interrogés témoignent du fait :

- que c'était un 'petit coin de paradis dans un monde insécurisant' où ils sont trop souvent stigmatisés ;
- qu'ils considéraient l'échange de seringues comme une ressource-clé permettant d'obtenir du matériel d'injection propre et de prévenir la propagation de maladies ;
- qu'ils pouvaient, grâce à cela, toujours avoir accès à des aiguilles propres, quand ils en avaient besoin ;
- qu'ils avaient connu les services d'échange de seringues à leurs débuts et qu'ils observaient que l'accès à du matériel propre avait augmenté grâce à eux, parmi la population toxicomane ;
- que sur un site, quand les services sont fermés, des arrangements sont prévus (avec les pharmacies par exemple), pour leur permettre d'obtenir des aiguilles stériles ;
- que dans les régions où des services d'échange ont fermé leur porte, ils constatent une augmentation de la réutilisation des aiguilles. Il semble dès lors qu'un commerce de rue (d'aiguilles usagées) se développe ;
- qu'ils trouvent qu'il s'agit d'un lieu 'encourageant', 'confortable' et 'sûr'.

Les chercheurs concluent que les services d'échange de seringues réduisent la barrière freinant les usagers à consulter les services de santé puisqu'ils (les services d'échange) créent une relation de confiance et favorisent le lien avec d'autres services.

En conclusion, il semble important pour les usagers de se retrouver dans un endroit sécurisant et non jugeant, où les usagers de drogue peuvent échanger (y compris entre eux). Ainsi, pour faciliter et promouvoir l'accès aux services d'échange, il serait essentiel de développer avec les usagers une véritable relation de confiance. Il s'agit de faire de ces lieux un symbole de préoccupation et de reconnaissance de l'existence de cette population UDI. Petersen (2009), cité par MacNeil et Pauly

postule que la démarginalisation et l'humanisation des usagers de drogue sont nécessaires pour pouvoir les atteindre, ce qui correspond à un des objectifs poursuivis par les services d'échange de seringues.

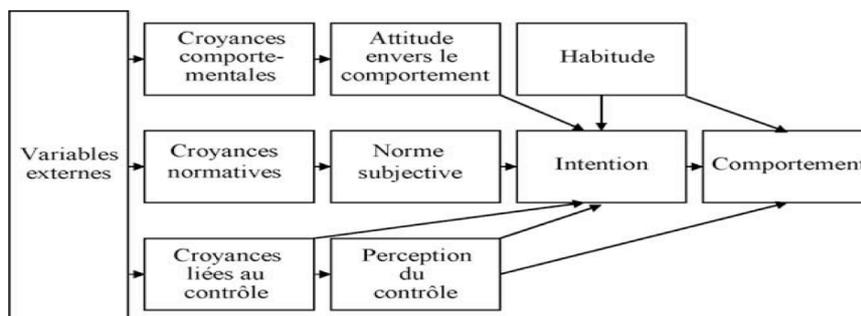
Les **facteurs comportementaux et psychosociaux** d'influence de l'intention d'utiliser du matériel stérile auprès de personnes ne fréquentant PAS les programmes d'échange (et se procurant leur matériel via leurs pairs, les rendant ainsi plus à risque de contracter le VIH) ont été étudiés par Bertard et al. (2010) (Canada). Ces auteurs soulignent que les sous-groupes peu impliqués dans les programmes d'échange sont les plus jeunes, ceux ne pouvant pas entreposer du matériel chez eux car sans-abris ou ceux victimes de répression policière. Ils ont alors recours aux pairs pour obtenir du matériel. Il est intéressant de noter que la moitié des personnes fréquentant les programmes d'échange sont elles-mêmes fournisseurs de matériel stérile. Cependant le risque de recevoir du matériel souillé n'est pas exclu !

La population d'enquête (n=97) concerne des usagers de drogues injectables, dont la principale source d'approvisionnement en matériel n'est PAS les programmes d'échange de seringues. Ils sont âgés de 18 à 66 ans et se sont injectés de la drogue durant le mois qui précède l'enquête. Les auteurs soulignent le fait que jusqu'à présent, les chercheurs, pour la plupart, s'intéressent plutôt « à l'emprunt des seringues usagées ou encore à son refus » et peu étudient les facteurs sous-jacents « à l'intention de toujours utiliser des seringues neuves au sein de personnes UDI fréquentant peu ou pas les PES ». Ils soulignent enfin que « dans une optique de santé publique, le recours à des assises théoriques s'avère indispensable à la planification d'une intervention, afin d'en favoriser l'efficacité ». C'est pourquoi, ils exploitent pour leur étude la théorie du comportement planifié de Fishbein & Aizen (TCP) servant à prédire une intention ou un comportement et à identifier les variables à cibler pour définir le contenu des interventions visant à les cibler.

Bien que moins complexe que d'autres modèles, la TCP présente des aspects intéressants. Elle a déjà été utilisée auprès des personnes consommant des drogues injectables. Dans ce modèle, l'intention d'exercer un comportement est prédite par 3 facteurs directs :

- l'attitude (le jugement évaluatif de l'action)
- la norme subjective (la perception du répondant que les personnes importantes pour lui approuveraient qu'il adopte le comportement)
- la perception de contrôle (la facilité perçue à adopter le comportement).

Chacun de ces 3 facteurs est aussi défini par un ensemble de variables indirectes appelées 'croyances comportementales saillantes', c'est-à-dire des croyances concernant l'adoption du comportement.



Le but de l'étude mise en place était donc d'identifier les facteurs directs et indirects de l'intention d'utiliser une seringue neuve lors de chaque injection (chez les personnes ne fréquentant pas les programmes).

Les principaux résultats montrent que :

- L'utilisation d'une seringue neuve lors de chaque injection est un comportement déjà adopté par une part importante de l'échantillon. Toutefois, il semble que ce n'est pas stable dans le temps : 63% des personnes l'ont adopté la veille contre 42% le mois précédent.
- Avoir parlé de l'hépatite C, avoir pratiqué avec un inconnu ou seul au cours des derniers mois est négativement lié à l'intention de toujours utiliser une seringue neuve, contrairement à l'injection avec un ami ou parent.
- Les personnes considérant que l'utilisation de seringue neuve les protégerait du VIH ou des abcès ont plus l'intention d'adopter ce comportement. Il en est de même lorsqu'elles considèrent que leur partenaire d'injection ou leur conjoint approuverait un tel comportement ou quand elles se croient capables de s'organiser pour toujours avoir la quantité suffisante de matériel stérile et que, même en manque, elles l'utiliseront.
- L'intention d'utiliser toujours du matériel stérile lors de chaque injection apparaît comme pouvant être prédite dans 50% des cas à partir de l'attitude, de la norme sociale et du contrôle comportemental perçus.
- Une personne va donc être motivée à adopter un comportement si elle y est favorable, perçoit que des proches le sont aussi, se sent capable de l'adopter, de surmonter les obstacles à sa réalisation et l'a déjà adopté dans le mois qui précède.
- 6 croyances sous-tendant l'intention ont été identifiées : permettre d'éviter d'être infecté par le VIH ou se prémunir des infections de la peau, percevoir l'approbation de ses partenaires d'injection ou de son conjoint, se croire capable de planifier la quantité de seringues et, utiliser une seringue neuve malgré le manque.

En lien avec les 2 dernières croyances (cfr ci-dessus), Bertard et al. (2010) insistent sur la pertinence de développer auprès de ces personnes UDI leur confiance à réaliser une planification réaliste de leur besoin en seringues pour une période donnée.

Ainsi, il serait utile d'identifier avec eux les circonstances au cours desquelles leur besoin en seringues est élevé (par exemple, rentrée d'argent) et les moyens qu'elles pourraient utiliser pour en avoir en quantité suffisante. La confection d'une trousse que la personne peut facilement transporter, avec un nombre suffisant de seringues et des rappels visuels pour lui indiquer la nécessité de s'en procurer d'autres (si le besoin s'en fait sentir) est une proposition soumise par les auteurs.

Selon les auteurs, et au vu du grand nombre d'interventions ciblant déjà la problématique du VIH, il pourrait être opportun de cibler 'les risques évitables d'infections cutanées' par l'emploi de seringues neuves. En effet, les utilisateurs de drogues injectables semblent sensibles à cet aspect. Bertard et al. (2010) recommandent également l'utilisation d'outils visuels dans le cadre d'interventions éducatives et ils rappellent l'importance des partenaires d'injection et donc du rôle que les pairs peuvent jouer pour promouvoir le mode d'injection sécuritaire.

3.8. Pays-Bas

Van Den Berg et al. (2007) soulignent l'intérêt de **combiner une approche thérapeutique** par méthadone à la **participation d'un programme d'échange de seringues**.

Les Pays-Bas ont, dès la fin des années '70, privilégié une politique/approche qui vise la réduction des risques. Si l'objectif final des différents programmes mis en place visait l'arrêt complet de consommation de drogue, il s'agissait avant de tout de réduire les risques liés à ces consommations en procurant aux usagers un traitement de substitution par méthadone, en fournissant des soins médicaux et sociaux et en proposant des lieux d'échange de seringues.

La consommation de drogue est tolérée durant la participation à des programmes à seuil bas et moyen (low and medium threshold). La méthadone peut être prescrite par le médecin généraliste aux usagers qui réussissent à réguler leur niveau de consommation de drogue pendant le programme de seuil moyen. Les consommateurs qui souhaitent se désintoxiquer peuvent recevoir de la méthadone en milieu hospitalier et dans le cadre d'un programme à seuil élevé.

La circulation entre les différents programmes est permise et la promotion vers un programme à seuil plus élevé est encouragée. Tous les services sont gratuits pour les résidents vivant aux Pays-Bas. Il n'y a pas de liste d'attente et il est assez aisé d'entre dans un programme comme d'en sortir d'ailleurs.

Dans le cadre de cette approche de réduction des risques, les programmes de méthadone mis en place à Amsterdam ont pu atteindre entre 2700 et 3500-4000 usagers d'opiacés. La plupart de ces usagers étaient relativement âgés, de sexe masculin, de la nationalité hollandaise, et souvent HIV positif.

Une étude par cohorte (ACS - Amsterdam Cohort Study) a été réalisée auprès de 1640 usagers de drogue afin d'observer/vérifier l'impact d'un programme de réduction des risques sur l'incidence de maladies transmissibles comme le HIV ou l'hépatite C.

Sur les 1640 usagers de drogue qui ont participé à cette enquête, 952 étaient des usagers 'ever-injecting', c'est-à-dire qui s'étaient déjà injectés de la drogue avant de participer (905 usagers) ou avaient commencé à s'injecter de la drogue lors du suivi (47 usagers). Au début de l'étude, 714 usagers de ceux qui s'étaient déjà injecté de la drogue étaient VIH et/ou VCH négatifs et donc à risque pendant le suivi. 164 usagers étaient négatifs pour toutes les deux infections au début de l'étude. 546 usagers étaient VIH négatifs et VCH positifs. 4 usagers étaient VCH négatifs et VIH positifs. Durant l'étude, 90 des 714 usagers qui étaient à risque sont devenus VIH positifs.

Lorsque la méthadone et le NEP (Needle Exchange Programme) étaient combinés, la participation complète à un programme de réduction des risques a diminué de deux tiers le risque de séroconversion VIH.

Les variables suivantes étaient également associées avec un risque élevé de VIH ou VCH :

- s'injecter de la drogue durant les 6 derniers mois ;
- emprunter les seringues durant les 6 derniers mois ;
- une quantité élevée des drogues injectables ;
- s'injecter plutôt du speedball (héroïne + cocaïne) ;
- le jeune âge et avoir un partenaire VIH positif.

Un changement dans la dose de méthadone est associé, selon les auteurs, à un risque de séroconversion VCH, mais pas à un risque de séroconversion VIH.

Les auteurs concluent que la combinaison d'une thérapie adaptée (par méthadone) et la participation complète à un programme d'échange de seringues contribuent à la réduction de l'incidence du VIH et du VCH. Il n'y aurait pas d'évidence qui montre que l'effet de la réduction des risques soit plus important en ce qui concerne l'incidence du VCH par rapport à l'incidence du VIH. L'implication la plus importante de l'étude menée par Van Den Berg et al. (2007) est la mise en évidence d'une réduction significative du risque de VIH et VCH, uniquement, lorsque la méthadone est combinée avec la fourniture de matériel d'injection dans le cadre d'un programmes d'échange de seringues. Offrir uniquement les seringues ou de la méthadone ne serait pas suffisant pour diminuer la contamination rapide des maladies transmissibles par le sang chez les usagers de drogue. Il est donc essentiel de proposer un programme dans le cadre duquel les deux mesures sont combinées, en plus des soins médicaux et sociaux.

3.9. Etudes internationales

Une équipe anglaise d'experts en santé publique (Jones et al. 2010) a réalisé une revue de littérature visant à déterminer quels programmes de distribution de seringues et d'aiguilles à destination des usagers de drogues injectables sont les plus efficaces.

Les 15 recherches reprises dans la revue de la littérature concernent les **USA** (10 sur 15), la **France** (a), la **Russie** (b), le **Canada** (c) et les **Pays-Bas** (d). Tout comme Islam et al. (2008), les critères d'exclusion de l'étude concernent la population carcérale.

(a) L'étude française (Obadia et al. 1999) s'est intéressée à la disponibilité des aiguilles et des seringues stériles dans les pharmacies et via les distributeurs ou encore via les programmes d'échange existants. Les auteurs ne relevaient pas de différence significative au niveau du partage d'aiguilles et ce, que les UDI se procurent leur matériel via les distributeurs disponibles ou bien qu'ils fréquentent les programmes d'échange ou les pharmacies. Les utilisateurs de distributeurs reportaient toutefois qu'ils partageaient moins leur matériel d'injection (cookers, coton et eau) durant les six derniers mois que les non-utilisateurs de distributeurs.

(b) L'étude russe (Rhodes et al. 2004) réalise une comparaison des facteurs de risque liés au partage du matériel.

(c) L'étude canadienne de Miller et al. (2002) compare les programmes d'échange de seringues via les pharmacies, les sites fixes et les unités mobile.

(d) L'étude de Van Den Berg et al. (2007) aux Pays-Bas s'est intéressée à la réduction des risques lorsque l'on combine l'utilisation d'un traitement de substitution par méthadone et la participation à un programme d'échange de seringue. (cfr développement supra, pp. 20 - 21).

Jones et al. (2010) rappellent que c'est dans les années '80 que l'on a assisté à l'introduction des échanges de seringues pour enrayer l'épidémie du VIH-SIDA... cependant l'incidence de l'Hépatite C continue à progresser.

Actuellement, selon Jones et al., (2010), il n'est pas possible de distinguer ce qui fonctionne le mieux dans l'éventail de la réduction des risques.

Il n'y a pas d'éléments suffisants qui permettent de distinguer un impact différentiel des différentes stratégies d'échanges de seringues. Cependant, les sites mobiles et les distributeurs (machines) rencontrent plus de succès auprès des usagers plus jeunes ainsi que des profils à très haut risque.

L'étude réalisée par Van den Bergh et al. (2007) montre que la combinaison des traitements par méthadone et la pleine participation à un programme d'échange de seringues est associée à une faible incidence du VIH et de l'hépatite C.

Enfin, toujours selon les auteurs, les programmes basés en milieu hospitalier pourraient accroître l'accès aux soins des usagers de drogues injectables.

La vente de seringues par distributeur permet d'augmenter l'accessibilité des seringues et aiguilles stériles et contribue ainsi à limiter la propagation de virus parmi les usagers de drogues injectables. Ce dispositif permet de lever les obstacles des modes de distributions classiques (comptoirs et pharmacies) : problèmes d'anonymat et confidentialité ; nécessité de parcourir de longues distances, heures d'ouverture limitées, coûts et difficultés de transports du personnel le soir et le week-end. La plupart des distributeurs dispensent en plus des seringues et des aiguilles des pamphlets d'informations ainsi que des préservatifs. Ce dispositif est couplé au recueil des seringues usagées par la mise en place de containers spécifiques ou via la mise en place d'un processus d'échange 'seringues stériles contre seringues usagées'. Les distributeurs ont été introduits au Danemark en 1987, puis en Norvège, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse, en Italie, en Autriche, en Australie, en France et en Nouvelle Zélande.

Islam et al., (2008) réalisent une revue de la littérature (sur base de 14 textes, articles et littérature grise) avec comme fil conducteur la question suivante : En quoi les distributeurs de seringues peuvent aider à réduire la propagation du VIH SIDA et d'autres virus transmissibles par voie sanguine parmi les usagers de drogues injectables ? Les pratiques/études examinées en matière de distributeurs concernent six pays : la **Norvège**, les **Pays-Bas**, l'**Italie**, l'**Allemagne**, l'**Australie** et la **France**.

Table 1
Findings of studies on the distribution or exchange of sterile injecting equipment through syringe vending machines

Author (s) and year published	Country of study	Study subjects	Findings			
			Access to sterile syringes	Safety	Sharing	Reached special needs group
Diseth (1989)	Norway	IDUs	Increased	Safe	Reduced	Yes
Klaassen (1989)	Netherlands	Not described	Increased	Safe	Reduced	Yes
Agnoletto et al. (1993)	Italy	Health staff	Increased	Safe	Reduced	Yes
Leicht (1993)	Germany	IDUs	Increased	Safe	Not described	Yes
Berg (1993)	Australia	IDUs and health staff	Increased	Safe	Reduced	Yes
Stark et al. (1994)	Germany	IDUs	Increased	Safe	Not reduced	Yes
Dodding and Gaughwin (1995) ^a	Australia	IDUs and health staff	Increased	Safe	Reduced	Yes
Berg (1995)	Australia	IDUs and health staff	Increased	Safe	Reduced	Yes
Obadia et al. (1999)	France	IDUs	Increased	Safe	Reduced	Yes
Moatti et al. (2001)	France	IDUs	Increased	Safe	Reduced	Yes
Moloney (2001)	Australia	IDUs, health staff and media	Increased	Safe	Reduced	Yes
McDonald (2005)	Australia	Health staff	Increased	Safe	Reduced	Yes
Islam, Stern, et al. (in press)	Australia	IDUs	Increased	Safe	Reduced	Yes
Islam, Conigrave, et al. (in press)	Australia	Health staff	Increased	Safe	Reduced	Not studied

^a Study of focus group discussion with IDUs and health workers.

Les critères d'inclusion de la revue de la littérature concernent toute population d'UDI à l'exception de celle issue du milieu carcéral. Les raisons avancées par les auteurs concernent le manque de comparabilité avec le cadre de la communauté.

Les auteurs font remarquer que la population qui se rend aux distributeurs constitue une population relativement moins visible, plus jeune que les usagers moyens de drogues injectables, ayant une histoire avec les drogues depuis moins longtemps et peu ou pas de contact avec le milieu associatif actif en matière d'assuétudes.

Dans le cadre de leur revue de littérature, Islam et al. (2008) se sont intéressés aux éléments suivants : Incidence et prévalence des maladies transmissibles (VIH, VHB et VHC), modification des comportements des usagers de drogue injectable (fréquence d'injection, fréquence de partage de matériel, nombre de partenaires d'injection, etc.), comportement sexuel, étendue de l'utilisation de services, orientation vers d'autres services (traitement dépendance, soins, etc.), conséquences inattendues (augmentation de consommation de produits et/ou de fréquence d'injections, attraction de nouveaux usagers, augmentation de matériel 'abandonné' de manière inappropriée, etc.), etc.

Selon la littérature, les distributeurs favorisent l'accès à des équipements stériles, réduisent le partage de seringues et d'aiguilles et sont probablement efficaces notamment dans la prévention des contaminations par VIH et VHC. Les distributeurs sont donc complémentaires à d'autres modes de distributions et sont utilisés par des usagers qui recourent moins à des distributions via les comptoirs ou les pharmacies. Les usagers des zones rurales rapportent ne pas recourir aux comptoirs ou aux pharmacies par crainte du non respect de la confidentialité. Si les distributeurs sont bien placés et la communauté bien préparée, les distributeurs peuvent accroître l'accessibilité temporelle et géographique des équipements stériles d'injection.

Ce mode de distribution est apprécié des UDI parce que non stigmatisant. Ces derniers d'ailleurs préfèrent payer 'anonymement' à un distributeur que d'obtenir gratuitement auprès d'un staff leur matériel d'injection.

Les distributeurs ne semblent cependant pas réduire le contact avec les services éducatifs ; les distributeurs sont aussi utilisés pour dispenser de l'information. Une étude australienne montre que suite à la mise en place de distributeurs, les demandes relatives à l'hépatite C et des sujets connexes ont augmenté auprès des services de soins.

Enfin, les auteurs insistent sur plusieurs points essentiels qui devraient contribuer à l'efficacité de ce mode de distribution : la nécessité de faire adhérer la communauté, l'existence de distributeurs fiables (en bon état de marche) et localisés à des endroits stratégiques (assurant aux usagers qu'ils ne puissent

pas être identifiés facilement). Enfin, il n'est pas pertinent de proposer la gratuité du matériel (crainte de voir se vider le distributeur de manière inappropriée, désapprobation de la communauté, etc.) mais plutôt une contribution symbolique (prix faible).

Wodak & Cooney (2005) se sont intéressés à l'efficacité de programmes d'échange de seringues et aiguilles en Australie. Pour ce faire, ils ont analysé **45 études internationales** consacrées aux programmes d'échange favorisant la désinfection des seringues et aiguilles ou l'accès à du matériel stérile, dans des endroits où il est habituellement réutilisé, voire partagé (y compris dans les régions où il existe un accès légal à ce type de matériel via les pharmacies ou les distributeurs). Les auteurs précisent qu'il peut s'agir d'un 'package' de services incluant des actions d'éducation concernant tant la prévention des virus transmissibles par voie sanguine ou sexuelle que le nettoyage du matériel d'injection ou de l'information sur les traitements de substitution.

Les critères de Bradford Hill (fréquemment utilisés pour évaluer les interventions de santé publique) ont permis de démontrer (45 études à l'appui) que ce type de programmes répond à 6 des 9 critères et aux 5 critères additionnels.

- force de l'association (risque relatif ou Odds ratio) ;
- répétition des observations dans différentes populations ;
- relation temporelle (temporalité). Les causes doivent précéder les conséquences, relation dose-effet ;
- plausibilité (plausibilité biologique) ;
- cohérence des preuves ;
- analogie (possibilité d'explications alternatives).

Les trois critères qui n'ont pas été satisfait sont les suivants :

- spécificité (une cause produit un effet) ;
- preuve expérimentale (chez l'animal ou chez l'homme) ;
- gradient biologique.

Cinq critères additionnels étaient clairement identifiés : coût-efficacité, absence de conséquences négatives, faisabilité de l'implémentation, étendue et couverture, bénéfices inattendus et application auprès d'un public spécifique.

Principaux résultats observés :

- 10 études évaluaient la séroconversion au VIH ou la séropositivité :
 - 6 ont montré que les programmes d'échange de seringues étaient protecteurs ;
 - 2 ont montré des effets négatifs de ces programmes ;
 - 2 études n'ont montré aucun effet.
- 33 études examinaient les comportements à risque (VIH) ; la majorité se focalisait sur le partage, le prêt et l'emprunt ou la réutilisation de seringues :
 - 23 ont montré des résultats positifs des programmes ;
 - 1 étude a identifié des résultats négatifs ;
 - 5 indéterminés ;
 - nous ne disposons pas d'informations pour les 4 autres programmes examinés.
- 42 études ont évalué l'efficacité des programmes d'échange de seringues :
 - 28 ont conclu que ces programmes avaient des effets positifs (réduction des comportements à risque ou séroconversion) ;
 - 12 n'ont montré aucune efficacité ;
 - 2 ont montré des effets négatifs.

Parmi ces 14 n'ayant donné aucun résultat ou des effets négatifs, 13 ont comparé des participants à ces programmes à des non-participants. Et 13 concernaient des

utilisateurs issus de lieux où il y existe un accès légal aux seringues en pharmacies. Ainsi, la relation entre l'accès aux seringues en pharmacies (oui ou non) et l'effet positif ou négatif des programmes est significative.

- Dans l'une des études, la prévalence du HIV a décliné de 18,6% en un an dans 36 villes disposant de programmes d'échange de seringues contre 8,1% d'augmentation dans 67 villes ne disposant de programmes de ce type (Health Outcomes International, 2002).
 - Dans une autre étude (Hurley et al. 1997), en moyenne, la séroprévalence a augmenté de 5,9% par an dans 52 villes sans programme et a diminué de 5,8% dans 29 villes en disposant (en Asie, Europe, Amérique du Nord, Amérique du Sud et Pacifique Sud).
 - Beaucoup d'études ont aussi montré d'autres résultats bénéfiques sociaux et sur la santé (au-delà de la prévention VIH). Cependant, ces résultats sont moins bien documentés. On entend par là : une entrée facilitée dans le système de soins de santé primaires et vers un traitement contre la drogue, la prévention d'autres infections virales par le sang, moins d'infections bactériennes (par exemple des abcès), une réduction de la fréquence d'injection et une meilleure qualité de vie.
 - Différentes études ont montré que l'obtention de seringues propres par les programmes d'échange réduit le temps de circulation des seringues (déjà utilisées).
 - Dans différentes études, on a montré que les programmes d'échange avaient eu un impact également sur l'hépatite B et C (Hagan et al., 1995).
 - Des études ont cherché à savoir s'il y avait des effets négatifs/ conséquences inattendues de ce type de programme (augmentation de la fréquence d'injection, une consommation illicite plus élevée, augmentation du prêt de seringues, nouveaux toxicomanes attirés par le matériel offert, ...). Il en ressort que ce n'est pas le cas. Après 2 décennies de recherches poussées, rien ne prouve que ce type de programme pousse à l'initiation aux drogues ou à l'augmentation de la durée de consommation, pas plus qu'à une augmentation de la fréquence d'injection.
 - Des études ont montré que ce type de programme menait plus facilement à l'inscription dans un processus de traitement contre les drogues et à de meilleurs taux d'adhérence aux traitements (Gibson, 2000 ; Hagan et al., 2000 ; Heimer et al., 1998).
 - Bluthenthal et al. (2001) ont montré que les participants aux programmes étaient plus motivés à changer leurs habitudes d'utilisation et de consommation de drogue.
 - Gibson (2000) a montré que ce type de programme pouvait être associé à une réduction voire une cessation de l'injection, contrairement aux non-participants au programme.
- ⇒ Ces études concluent que la présence de toxicomanes aux programmes d'échange peut les protéger contre le VIH. Il n'est cependant pas à exclure qu'il y ait un biais de sélection, puisque les études comparent les toxicomanes qui fréquentent les programmes, par rapport à ceux qui ne les fréquentent pas.
- ⇒ Ces études montrent que de tels programmes sont des interventions efficaces réduisant les comportements à risque et l'infection au VIH. Et cela, dans des études ayant des designs différents et ayant été menées à différents moments, dans différents endroits se situant à des stades différents au niveau de l'épidémie de VIH : 10 régions différentes (y compris des pays pauvres).
- ⇒ Ces études montrent que les programmes ont de meilleurs résultats dans les endroits où les toxicomanes n'ont pas accès au matériel par une autre voie (pharmacies, etc.), mais même quand ils ont accès, ce type de programme a fait ses preuves. Les auteurs soulignent que donner accès à du matériel stérile en pharmacies ou dans des distributeurs est complémentaire aux programmes d'échange (et élargit ainsi la couverture géographique).
- ⇒ Beaucoup d'études ont montré que ce type de programme est coût-efficace/ efficace et même économique.

En conclusion, selon les auteurs, les programmes d'échange de seringues sont seulement un moyen d'améliorer l'accès à des seringues et aiguilles stériles. Cela devrait s'accompagner d'efforts et d'autres mesures visant à augmenter leur utilisation, réduire l'utilisation et la disponibilité de matériel non-stérile et à améliorer le dispositif permettant de gérer les seringues usagées. Par ailleurs, il faudrait

envisager une éducation des toxicomanes par les pairs, avec des campagnes à large échelle qui semblent être efficaces.

Woodak & Cooney (2005) soulignent enfin que les autorités devraient adopter des mesures pour augmenter l'accessibilité et l'utilisation de matériel stérile et implémenter des programmes d'échange à grande échelle dès que possible. Ils disent qu'approximativement, fournir 200 seringues et aiguilles par consommateur de drogue chaque année pourrait permettre de contrôler la propagation du HIV dans cette population.

4° Conclusions

Les programmes d'échange de matériel d'injection ont permis de démontrer toute leur raison d'être ; ils jouent non seulement un rôle primordial en matière de prévention, tant auprès des jeunes consommateurs en phase 'd'initiation' et/ou de 'transition' à l'injection qu'auprès des usagers plus anciens dont il faut d'ailleurs bien se garder de stigmatiser les pratiques d'injection. Ces programmes, en majorité efficaces, réduisent la propagation de virus parmi les usagers de drogues injectables et donc les risques d'infection (VIH, hépatite C, etc.). Ils représentent également des opportunités importantes pour 'communiquer' avec les usagers de drogue injectable et ce principalement en ce qui concerne la réduction des risques et, pour la plupart des programmes, leur rôle social n'est plus à mettre en évidence (soutien, relation de confiance, information et éducation, mise en lien avec d'autres structures socio-sanitaires, démarginalisation, etc.).

L'accessibilité des seringues et du matériel stérile est également organisée via des sites mobiles qui se rendent ainsi auprès des populations et/ou dans les lieux publics. Des distributeurs sont également mis à disposition des usagers ; ils permettent de lever les obstacles des modes de distribution classique comme les comptoirs d'échange ou les pharmacies d'officine (problèmes d'anonymat et de confidentialité, nécessité de parcourir parfois de longues distances notamment en milieu rural, heures d'ouverture limitées qui ne correspondent pas toujours aux horaires décalés des injecteurs, etc.). Les distributeurs favorisent l'accès aux équipements stériles et réduisent ainsi le partage de seringues et d'aiguilles. Ils doivent cependant être complémentaires à d'autres dispositifs/programmes ; il en va de même pour la distribution (et l'échange) de matériel stérile via les pharmacies. Notons toutefois que les sites mobiles et les distributeurs semblent rencontrer un plus franc succès auprès des consommateurs plus jeunes ainsi qu'auprès des usagers à très haut risque.

L'implantation précoce de programmes d'échange de seringues dans certains pays, comme l'Angleterre, l'Australie, les Pays-Bas, a permis d'éviter la propagation du VIH chez les usagers de drogues injectables ; cependant, pour de nombreux auteurs, ces mesures à elles seules ne suffisent pas pour contrôler l'infection VIH auprès des usagers, elles doivent aller de pair avec des mesures complémentaires.

Notons également que la plupart des recherches consacrées à démontrer l'efficacité des programmes d'échange de seringues témoignent du fait suivant : observation d'une diminution du VIH et de l'hépatite C sans pour autant augmenter la consommation de drogue, la fréquence des injections, le nombre d'injecteurs, le nombre de seringues usagées abandonnées : accessibilité ne veut donc pas dire incitation !

Alors que de nombreuses études s'intéressent à l'emprunt des seringues usagées, à l'heure actuelle peu d'études investiguent les facteurs sous-jacents à l'intention de toujours utiliser des seringues neuves et cela aussi bien dans le cadre de la participation à un programme ou non.

En conclusion, la plupart des auteurs identifiés dans cette revue de littérature insistent sur l'importance de favoriser un contact précoce avec les structures (notamment pour les populations jeunes) mais également de diversifier les méthodes de distribution de seringues (par exemple, via des patrouilles pédestres qui parcourent les rues/quartiers ou les lieux publics). Certains auteurs évoquent d'ailleurs la création de sites décentralisés. Si les usagers de drogues injectables fréquentent désormais les structures mises à leur disposition et se procurent ainsi le matériel adéquat, un travail important reste encore à faire concernant l'utilisation correcte du matériel connexe d'injection : cuillères, coton, eau, etc. Ils recommandent également de concevoir des programmes coordonnées par les pairs et donc de développer des projets qui intègrent les populations cibles (notamment les populations fragilisées : femmes, jeunes, migrants, etc.). Les auteurs insistent également sur l'importance de travailler avec des médiateurs interculturels et de privilégier le travail en réseau avec les structures socio-sanitaires existantes en favorisant une approche globale de prise en charge. Enfin, un travail sur les représentations sociales des usagers de drogue injectable est à poursuivre dans le cadre d'une perspective de promotion de la santé.

5° Bibliographie

- Arnaud S., Jeannin A., Dubois-Arber F., (2011), Estimating national-level syringe availability to injecting drug users and injection coverage: Switzerland, 1996–2006. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), pp.226-232.
- Barrio G., Bravo M.J., Brugal M.T., Diez M., Regidor E., Belza M.J., de la Fuente L., the Itinere Working Group,(2011), Harm reduction interventions for drug injectors or heroin in Spain : expanding coverage as the storm abates, *Addiction*, pp. 1111-1122.
- Bertard M-C., Gagne C., Mercure S.-A., Gagnon M., Godin G., Cote F., (2010), Déterminants psychosociaux d'utilisateurs de drogues d'utiliser une seringue neuve. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* ; 58, pp. 197-205.
- Bonnet N., (2006), Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, in *Presse médicale*, tome 35, n°12, pp. 1811-1818.
- Bravo M.J., Royuela L., Barrio G., de la Fuente L., Suarez M., Brugal M.T, (2007), More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain, *Social Science & Medecine*, 65, pp. 1773-1778.
- Brener L., Spooner S., Treloar C., (2010), Preventing transitions to injecting amongst young people: What is the role of Needle and Syringe Programmes? *International Journal of Drug Policy*, 21, pp. 160–164.
- Hyshka E., Strathdree S., Wood E., Kerr T., (2012), Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: Lessons learned from 15 years of research in *International Journal of Drug Policy*, 23, pp. 261-270.
- Islam M., Wodak A., Conigrave K.M., (2008), The effectiveness and safety of syringe vending machines as a component of needle syringe programmes in community settings, *International Journal of Drug Policy*, 19, pp. 436–441.
- Jones L., Pickering L., Sumnall H., McVeigh J., Bellis M.A., (2010), Optimal provision of needle and syringe programmes for injecting drug users : A systematic review, *International Journal of Drug Policy*, 21, pp. 335–342.
- MacNeil J., Pauly B. ,(2011), Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*, 30 : pp. 26-32.
- Michels I.I., & Stöver H., (2012), Harm reduction – from a conceptual framework to practical expérience: the example of Germany, *Substance Use & Misuse*, 47, pp. 910-922.
- Palmateer N., Kimber J., Hickman M., Hutchinson S., Rhodes T., Goldberg D, (2010), Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*, 105(5), pp. 844–859.
- Ramirez-Jonville, A. (2006). Toxicomanies: la politique de réduction des risques en France et en Espagne. *Presse Med.*, 35, 7-8, pp. 1151-1161.
- Treloar C., Cao W., (2005), Barriers to use of Needle and Syringe Programmes in a high drug use area of Sydney, New South Wales, in *The International Journal of Drug Policy*, vol. 16, pp.308-315.

Van Den Berg C., Smit C., Van Brussel G., Coutinho R., Prins M., (2007), Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users, in *Addiction*, n° 102, pp. 1454-1462.

Wodak A., Cooney A., (2005), Effectiveness of sterile needle and syringe programmes, *International Journal of Drug Policy*, 16S : S31-S44.