



Santé
Réduction des Risques
Usages de Drogues

SWAPS n° 20



Le point sur

Caractéristiques, limites et efficacité des programmes d'échange de seringues

par Julien Emmanuelli

Les premiers PES ont été mis en place au milieu des années 80 en Hollande (1984), en Australie (1986) et au Royaume-Uni (1987-88), et les premiers articles abordant la question du fonctionnement et de l'impact des PES datent du début des années 90. En France, les PES ont été implantés à titre expérimental dès 1989 et sont reconnus officiellement depuis 1995 dans le cadre de la politique de réduction des risques.

Parallèlement au développement des Programmes d'échange de seringues (PES) dans la plupart des pays fortement concernés par l'usage de drogues par voie intraveineuse, une amélioration notable de la qualité des études d'efficacité des PES est observée depuis les six dernières années. Ces études diffèrent tant par leur type que par leurs objectifs. Elles tendent à montrer que l'évaluation des PES n'est pas chose facile au regard de la grande hétérogénéité des structures, tant en termes d'activité que de contexte d'implantation ou de population utilisatrice d'un pays à l'autre, et d'une région à l'autre au sein d'un même pays. De plus, il est difficile d'estimer la part d'efficacité réelle des PES dans des contextes locaux d'offre de services diversifiés où "rien ne marche en particulier, mais un peu de tout"(1,19). Enfin, il est aussi ardu de mesurer précisément l'effet de l'accessibilité accrue aux seringues au sein de groupes pratiquant une forme de distribution secondaire de matériel comme c'est sans doute le cas pour de nombreux jeunes usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) qui se procurent des seringues stériles par le biais d'autres, plus âgés, fréquentant les PES.

Des effets positifs

Si on ne dispose donc pas d'une preuve d'efficacité épidémiologique définitive, supposant un protocole d'étude expérimentale impossible à réaliser comme dans de nombreuses interventions de santé publique, un faisceau d'arguments convergents montre que les PES sont globalement associés à une diminution de l'incidence du VIH17 sans pour autant augmenter la consommation de produits(10), la fréquence des injections(13,14), le nombre des injecteurs ou celui des seringues usagées abandonnées dans la rue(7,20). La fréquentation des PES peut également induire une baisse des comportements à risques liés à l'usage de drogues comme le partage(2,14,21) ou la réutilisation des seringues mais semble sans effet véritable sur les comportements à risque liés aux relations sexuelles(3,8,9). Ainsi, certains pays comme l'Angleterre, l'Australie ou les Pays-Bas ont sans doute pu éviter une épidémie de VIH chez les UDIV en implantant précocement des PES en plus d'autres mesures de santé publique, quand d'autres pays ont essuyé de plein fouet des milliers d'infections liées à la voie veineuse pour avoir réagi avec lenteur (France), voire avec retard et sans soutien politique (Etats-Unis, Brésil).

Une efficacité limitée

Cependant, ces effets positifs des PES ne doivent pas obérer leurs principales limites. D'une part, il semble beaucoup plus difficile de parler d'efficacité des PES sur l'incidence du VHC et du VHB chez les UDIV(11,15).

D'autre part, l'efficacité biologique et comportementale des PES sur l'infection au VIH n'est sans doute pas conditionnée par leur seul fonctionnement, mais semble aussi dépendre d'une combinaison de facteurs environnementaux.

Parmi les limites intrinsèquement liées au fonctionnement des PES, certains auteurs évoquent l'insuffisance quantitative de l'offre en seringues(18,22) qui peut en masquer les éventuels effets protecteurs. Mais au-delà des problèmes d'adéquation entre offre et besoins, l'action des PES ne peut suffire à prévenir efficacement certaines situations à risque particulières. En cas de pic épidémique de séroconversions VIH chez les UDIV (comme à Vancouver en 1994), les PES ne semblent pas constituer une réponse suffisante à court terme, sans doute parce que la seule accessibilité au matériel d'injection stérile n'est pas en soi le déterminant exclusif du non-partage des seringues(23). Est ainsi évoquée, la vente de seringues remplies de drogue et prêtes à l'emploi par des dealers peu scrupuleux de la santé de leur clients(16) ou, dans une version moins cynique, la mise en commun du produit qui peut, par contact avec des

seringues, des cupules ou de l'eau de dilution contaminées, constituer un mode de transmission indirecte du VIH (et du VHC) en dehors de toute notion de partage de seringue(6,12).

En ce qui concerne les facteurs environnementaux pouvant contribuer à atténuer, voire inverser l'effet des PES sur l'incidence du VIH, certains auteurs(5) ont souligné le rôle du contexte d'implantation du PES comme la proximité d'une zone de prostitution ou l'absence d'alternative locale au PES (pharmacies, distributeurs). D'autres(24) ont insisté sur le fréquent profil à haut-risque des populations d'UDIV fréquentant les PES, en considérant cette particularité tantôt comme un signe (attirer des personnes dont les modes de vie et les comportements justifient prioritairement ce type d'accès aux seringues qu'ils ne peuvent, pour certains d'entre eux, trouver ailleurs) et une occasion d'efficacité (leur fournir les seringues dont ils ont besoin et les éduquer à gérer les risques liés à l'usage), tantôt comme un facteur pouvant justement aggraver les risques que les PES tentent de réduire.

Une approche intégrée des conditions et des limites d'efficacité peut donc amener à penser que, même protecteurs vis-à-vis du VIH, les PES doivent ne constituer localement qu'une alternative possible à la réduction des risques pour s'appuyer sur d'autres formes de sources d'approvisionnement en matériel d'injection stérile ou d'intervention communautaire (travail des pairs pour informer et sensibiliser les jeunes UDIV, prévention de l'injection elle-même)(2,23).

1) Ameijden E.J, Van den Hoek J.A.R., Van Haastrecht H.JA., 1992, The harm reduction approach and risk factors for HIV seroconversion in IDUs, Amsterdam, American Journal of Epidemiology, , 136 : 236-243.

2) Ameijden E.J., Coutinho R.A, 1998, Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users, Acquired Immune Deficiency Syndrome, April 16 ; 12 (6):625-33.

3) Benninghoff P., Gervasoni JP., Spencer B., Dubois-Darber F., 1998, Characteristics of attenders of low-threshold syringe-exchange centres in Switzerland, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 46, 205-217.

4) Bluthenthal R.N., Kral A.H., Erringer E.A., Edlin B.R., 1998, Use of an illegal syringe exchange and injection-related risk behaviors among street-recruited injection drug users in Oakland, California, 1992 to 1995, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, August 15;18(5):505-11.

5) Bruneau J., Lamothe F., Franco E., Lachance N., Désy M., Soto J., Vincelette J., 1997, High rates of HIV infections among IDUs participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study, American Journal of Epidemiology, 146 : 994-1002

- 6) CDC, HRSA, NIDA, SAMSHA, 1997, Medical advice for persons who inject illicit Drugs, HIV Prevention Bulletin, Baltimore, US Department of Health and Human services.
- 7) Doherty M., Garfein RS., Vlahov D., Junge B., Rathouz P.J., Galai N., Anthony J.C., Beilenson P., 1997, Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program, American Journal of Epidemiology, vol. 145, n°8.
- 8) Donoghoe M.C., Stimson G.V., Dolan K., Alldritt L, 1989, Changes in the injecting risk behaviour of syringe-exchange schemes in England and Scotland, Acquired Immune Deficiency Syndrome, vol 3, 267-272.
- 9) Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M., 1999-b, Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport d'étude conjointe Institut de Veille Sanitaire et INSERM U88.
- 10) Guydish J., Bucardo J., Young M., Woods W., Grinstead O., Clark W., 1993, Evaluating needle exchange : are there negative effects ?, Acquired Immune-Deficiency Syndrome, 7 : 871-876.
- 11) Hagan H., McGough J.P., Thiede H., Weiss N., Hopkins S. and Alexander E.R., 1999, Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C virus, American Journal of Epidemiology, February 1, Vol 149, N°3, p 203-213.
- 12) Hagan H., Thiede H., Weiss N., Hopkins S., Duchin J.S. and Alexander E.R., 2001, Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C, American Journal of Public Health, January , Vol 91, N°1, p 42-46.
- 13) Hart G.J., Carvell A.L.M., Woodward N., Johnson A.M., Williams P., Parry J.V., 1989, Evaluation of needle exchange in Central London : behaviour change and anti-HIV status over one year, Acquired Immune Deficiency Syndrome; 3:261-265.
- 14) Hartgers C., Buning E.C., van Santen G.W., Verster A.D., Coutinho R.A., 1989, The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour, Acquired Immune-Deficiency Syndrome, September ; 3(9):571-6.
- 15) Lamden K.H., Kennedy N., Beeching N.J., Lowe D., Morrison C.L., Mallinson H., Mutton K.J., Syed Q., 1998, Hepatitis B and hepatitis C virus infections: risk factors among drug users in Northwest England, Journal of Infectiology, November ; 37(3):260-9.
- 16) Lindan C., Lieu T., Giang LT, 1997, Rising HIV infection in Ho Chi Minh city herald emerging AIDS epidemic in Vietnam, Acquired Immune Deficiency Syndrome, 11 (suppl. 1)/ S5-S-13.
- 17) Lurie P., Reingold A.L., Bowser B., The public health impact of needles exchange programs in the United States and Abroad, San Francisco : University of California, 1993.

- 18) Lurie P., 1997, Invited commentary : le mystère de Montréal, American Journal of Epidemiology, Vol. 146, N°12, 1003-1006.
- 19) Moss A.R., Hahn J.A., 1999, Invited commentary: Needle Exchange-No help for hepatitis, American Journal of Epidemiology, Vol 149, N°3, 214-216.
- 20) Oliver K.J., Friedman S.R., Maynard H. et al, 1992, Impact of a needle exchange programs on potentially infectious syringes in public places, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome ; 5; 534-535.
- 21) Paone D., Des Jarlais D.C., Caloir S., Jose B., Shi Q., Friedman S.R., 1997, Continued risky injection subsequent to syringe exchange use among injection drug users in New York City, AIDS Education and Prevention, December ; 9(6):505-10.
- 22) Remis R.S., Bruneau J., Hankins C.A., 1998, Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal?, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology ;18 Suppl 1:S57-9.
- 23) Strathdee S., Ameijden E.J.C., Mesquita F., Wodak A., Rana S., Vlahov D., Can HIV epidemics among injection drug users be prevented?, AIDS. 1998;12 Suppl A:S71-9. Review.
- 24) Vlahov D., 1994, The evaluation of needle exchange programs, American Journal of Public Health, 84(12), 1889-1891.