

Usages de drogues et réduction des risques

Nicole Labrosse-Solier

Direction générale de la santé, Division sida

Vincent Pachabézian

médecin généraliste, coordinateur du Réseau Paris Rive Gauche (Paris)

Même si la question de la toxicomanie ne constituait pas un enjeu majeur de cette conférence, un certain nombre de communications y ont été consacrées, dont quatre sessions orales spécifiques. Malheureusement, la présence de l'Afrique était quasi inexistante, de même que celle de la plupart des pays de l'Europe de l'Est, et particulièrement la Russie.

Le nombre de pays représentés était relativement modeste alors que dans un même temps, de plus en plus de pays déclarent des cas de sida en relation avec l'usage de drogues. Les pays les plus affectés sont les pays du sud et de l'est de l'Europe, l'Asie du Sud-Est, l'Amérique du Nord, l'est de l'Asie et l'Amérique latine. S'il est reconnu que l'Afrique est une plaque tournante du trafic de l'héroïne et de la cocaïne, elle semblait, globalement épargnée par cette menace. Mais cette crainte n'en demeure pas moins, elle est confirmée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les risques sont particulièrement élevés en Inde, pour laquelle peu de données sur les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) existait. Une enquête a été menée par le M. Sweat à New Delhi¹ auprès de 225 UDI de sexe masculin des quartiers pauvres. Elle montre, sur un plan sociologique, que 76 % d'entre eux vivent dans la rue, 9,6 % ont accès à des toilettes et 1,8 % à de l'eau propre ! La buprénorphine, production locale d'un générique en poudre vendu en pharmacie, ou des cocktails (antihistaminiques, buprénorphine, diazépam, phénergan) sont utilisés, en transition en l'absence d'héroïne, par voie intraveineuse. Le partage des seringues est une pratique

courante, les seringues sont lavées avec de l'eau ou de la salive. Sur le plan des connaissances, seul un tiers des personnes a entendu parler de sida. Parmi celles-ci, 20 % pensent que le sida se guérit, 33 % croient qu'un vaccin est disponible, 66 % n'ont pas peur d'avoir le sida. Les résultats sérologiques des examens pratiqués donnent les chiffres suivants : 40,2 % VIH+, 30,4 % d'hépatite B, 44,2 % d'hépatite C et 6,7 % de syphilis.

Une politique de réduction des risques fragilisée

La politique de réduction des risques auprès des UDI reste globalement fragile. Dans certains pays où cette politique a déjà débutée, elle est parfois remise en cause. C'est le cas notamment aux Etats-Unis et au Canada où les programmes ont obtenu des résultats en termes de modification de pratiques d'injection et de réduction du poids de la transmission du VIH chez les usagers de drogues. Le débat sur l'intérêt de ces programmes est très vif dans ces deux pays où les programmes existants sont souvent menacés et où il est difficile d'en implanter de nouveaux. Un poster présentait les conséquences de la fermeture d'un programme d'échange de seringues (PES) existant dans une pharmacie à Baltimore². Il concluait sur la nécessité de programmer ces dispositifs en fonction des besoins des usagers. Un autre cas de fermeture de programme est rapporté à Windham (Connecticut) après plusieurs années de fonctionnement³. L'analyse des raisons qui ont abouti à cette décision fait ressortir l'isolement dans lequel s'est trouvé le programme, confronté à l'hostilité des riverains dans un contexte d'augmentation de la répression vis-à-vis de l'usage de drogues et de déclin économique de la ville.

Certains programmes de prévention font les preuves d'une efficacité certaine, ils s'appuient :

- sur une amélioration de la réflexion des facteurs éthiques et légaux ;
- sur la recherche d'" usagers-relais " offrant une information de prévention sur le sida. Dans un quartier pauvre de Buenos Aires, où 90 % des gens vivent dans des taudis, avec un fort taux de contamination par le VIH, les UDI ont pris le relais de la prévention pour atteindre les populations cachées et rejetées⁴. Un travail en Chine où l'éducation des UDI est assurée par des pairs, était annoncé mais n'a pas été présenté⁵ ;
- sur le counselling volontaire et la pratique de tests sérologiques ;
- sur un accès au matériel stérile, des possibilités de programmes de traitements de maintien, comme la méthadone ou la buprénorphine.

Un nombre important de communications concernent les

programmes d'accessibilité au matériel d'usage de drogue, aux programmes d'échange de seringues et d'aiguilles. Pour la plupart, il s'agissait d'études américaines, la question liée essentiellement au non accès à ces matériels aux UDI, la vente libre en pharmacie devant survenir en décembre prochain aux Etats-Unis. On se souviendra de la perplexité des Américains et des Canadiens sur les programmes d'échange de seringues, développés particulièrement en Europe, lors des précédentes conférences. Aux Etats-Unis, une étude montrait que les seringues sont obtenues à 70 % auprès des dealers et plutôt dans les *shooting galleries*⁶. D'autres études se prononçaient sur l'efficacité des programmes d'échange⁷. Des études ont été faites dans d'autres pays. L'une d'entre elles, particulièrement intéressante, a été réalisée dans une prison à Bilbao en Espagne⁸. Une intervention dans une population d'UDI, à Dhaka au Bangladesh, a montré un intérêt particulier pour l'échange de seringues⁹.

Dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, l'importance de l'infection à VIH chez les UDI justifie pleinement, selon les auteurs des présentations, la mise en place de tels programmes. C'est le cas en Argentine où 41 % des cas de sida déclarés concernent les UDI, et où les seringues sont en vente libre dans les pharmacies. En plus de cette mesure, des programmes spécifiques ont été mis en place dans quatre pharmacies de Buenos Aires. Ces programmes associent une formation des pharmaciens et de leur personnel à la prévention du VIH. Des documents pour les UDI sont conçus avec ces professionnels, les objectifs de la distribution de seringues neuves et de préservatifs, élaborés et discutés en commun¹⁰. Un poster brésilien présentait la difficulté de mettre en place de tels programmes à Rio de Janeiro compte tenu de la législation de cette ville par rapport aux échanges de seringues, de la discrimination vis à vis UDI qui fait que leurs réseaux sont très dispersés, et enfin de la difficulté à trouver des financements pour ce type d'action¹¹.

Même si deux posters d'Europe de l'Est présentés par la Lituanie et la Bulgarie faisaient état de l'existence de trois programmes d'échange de seringues (PES) mis en place entre 1996 et 1998, et de leur impact positif sur l'incidence du VIH, la politique de réduction des risques vis à vis des usagers de drogues par voie intraveineuse semble actuellement stagner voire être remise en question dans de nombreuses régions du monde. Il faut signaler à cet égard, que le débat sur l'intérêt des salles d'injection en termes de prévention vient d'être ouvert à nouveau en Suisse, compte tenu d'une demande du Bureau international du contrôle des narcotiques adressée à la Commission européenne. L'office fédéral de santé publique suisse, qui présentait un poster sur ce sujet, annonce qu'un avis d'expert est sollicité, il sera présenté au

groupe Pompidou à l'automne¹². Il semble que dans ce contexte, le dispositif de réduction des risques en France soit assez complet, le poster présenté par le ministère de la Santé français témoignant de l'existence d'une politique plus affirmée dans ce domaine, récemment confortée par le plan triennal de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT)¹³.

Réduction des risques en milieu carcéral

Plusieurs pays ont fait état d'études menées auprès de la population carcérale afin de connaître les pratiques d'usages de drogues par voie intraveineuse dans cette population. C'est le cas pour le Brésil qui présentait les résultats d'une étude réalisée sur 631 prisonniers, et qui conclut que la voie parentérale est le facteur majeur de risque de transmission du VIH en prison¹⁴. S'agissant des actions de réduction des risques menées en milieu carcéral et notamment de PES, deux posters concluaient sur l'intérêt de mettre en place de tels programmes. Celui de l'office fédéral suisse qui dispose d'une expertise scientifique sur l'intérêt et les risques de la mise en place de tels programmes¹⁵. De même, le poster présentant les résultats du PES de la prison de Bilbao⁸ qui existe depuis 1997, observe que les modalités mises en place pour l'échange de seringues (première seringue remise au prisonnier dans un kit de prévention, puis seringue usagée échangée contre du matériel propre) ont permis de distribuer 12 500 kits de prévention au sein de la prison en 22 mois de fonctionnement, sans augmenter la consommation de drogues au sein de la prison et sans rejet du personnel pénitentiaire. Ce projet a fait l'objet d'une évaluation auprès des prisonniers et du personnel, à trois mois et six mois de fonctionnement. Les résultats ont été positifs et ont permis la poursuite du programme.

Pratiques d'injection et risques viraux

Plusieurs posters concernaient les pratiques d'injection elles-mêmes, ou les risques liés aux produits injectés. Sur les modes d'injection et de préparation des produits, comme facteurs de risques de transmission virale, il faut signaler deux posters : une étude de cohorte réalisée à Seattle¹⁶ incluant 2 208 UDI montrant que, si le programme d'échange de seringues mis en place dans cette ville avait diminué les pratiques de partage de seringues, le partage du matériel annexe, cuillères et coton n'avait pas diminué et que la transmission du VHC beaucoup plus résistant que le VIH pouvait être due à ces pratiques. Une autre étude¹⁷ comparait les pratiques de préparation de l'héroïne à Denver et à New York (249 injections étudiées) et concluait qu'à Denver où l'héroïne est chauffée, cette pratique atténuait la viabilité du VIH. Une étude menée dans 16 villes américaines

auprès de 4 282 UDI injecteurs d'héroïne ou d'amphétamine met en évidence que les injecteurs d'amphétamine s'injectent plus souvent lors de rassemblements festifs, au cours desquels ont lieu des échanges sexuels et que l'injection de ce type de produit augmente considérablement les risques de transmission sexuelle¹⁸.

D'autres facteurs sont rapportés comme facteurs d'aggravation des risques :

- la prison

45 % des UDI continuent à faire usage de la voie intraveineuse selon une étude européenne présentée par M. Rotily¹⁹. L'usage de cocaïne très élevé en prison au Brésil²⁰. Une séroprévalence du VIH de 17 % dans une prison de San Francisco²¹, des risques plus élevés chez les personnes réincarcérées²² ;

- les pratiques sexuelles

L'homosexualité multiplie par 12 le risque à San Francisco, de même que la prostitution²³, le multipartenariat multiplie par 10 le risque, la bisexualité féminine par trois²⁴ ;

- l'usage de la cocaïne

Il favorise l'échange de seringues, grand facteur de contamination du VIH. Il semble maintenir l'épidémie de VIH et réduire l'efficacité des programmes de réduction de la contamination VIH dans une vaste étude menée au Québec²⁵.

Usages de drogues et risques de transmission sexuelle

Les autres posters concernaient essentiellement les risques de transmission sexuelle associés aux prises de produits, qu'il s'agisse de produits illicites ou non, et quels que soient les modes de consommation, injection ou non.

Si les PES ont porté leurs fruits en termes de modification des pratiques d'injection, les risques sexuels sont insuffisamment pris en compte dans ces programmes, notamment chez les femmes UDI ou partenaires d'UDI. De nouvelles formes d'intervention sont à trouver pour elles au sein des programmes d'échanges de seringues. Chez les femmes utilisatrices d'héroïne qui ne s'injectent pas, une étude prospective a été menée à New York entre 1996 et 1999 incluant 452 personnes²⁶ faisant l'objet d'un suivi régulier associant *counselling* et tests de dépistage pour le VIH et le VHC. Cette étude conclut que les femmes ont plus de risques que les hommes de contracter le VIH par voie sexuelle, car elles ont plus souvent des relations avec des partenaires à risques, et qu'elles ont fréquemment des rapports sexuels non protégés. Les risques sont particulièrement élevés chez les femmes consommatrices de crack, souvent d'origine afro-américaine²⁷.

Signalons enfin, plusieurs études sur les prises de risques sexuels, sous l'influence de psychotropes, qu'ils soient ou non injectés, à l'occasion de parties dans les milieux homosexuels. Une étude en particulier, menée à San Francisco sur 222 hommes ayant des rapports avec d'autres hommes d'origine afro-américaine, met en évidence ces prises de risques et conclut qu'il faut mener des actions de prévention spécifiques auprès de cette population à risques, population jusque-là " ignorée de l'épidémie"²⁸.

De nombreux usagers de drogues sont sensibles à l'infection par le VIH et prêts à changer leur comportement pour eux-mêmes et pour leurs partenaires (sexuels et usagers de drogues). En particulier, les usagers de drogues infectés par le VIH ont plus tendance à réduire leur comportement à risque sexuel et évitent d'échanger leur matériel d'injection. Une étude de Don Des Jarlais à New York montre une chute de la séropositivité VIH de 51 % en 1990 à 29 % en 1997²⁹.

Une réelle menace pour l'Afrique

La question de la toxicomanie, comme mode de diffusion de maladies infectieuses, en particulier le VIH, n'est pas un problème de grande ampleur en Afrique aujourd'hui. Il y a cependant fort à parier que dans les prochaines années à venir, elle constitue un problème social d'importance, en effet l'usage de l'héroïne par voie intraveineuse existe au Nigeria et la menace augmente pour l'Afrique du Sud. L'exemple des autres continents laisse peu de place au doute quant à la capacité de production et de culture locale, de développement des ventes, de stimulation des consommations de la cocaïne et de l'héroïne d'une manière plus étendue.

1 - Sweat M., " Critical levels of risk behavior, high rates of HIV and hepatitis, and extremely low knowledge of aids among male injection drug users in New Delhi, India ", WeOrD573.

2 - Verfeuille J., " Consequences of closure of a pharmacy based needle exchange program site ", WePeD4728.

3 - Susser I., " HIV/AIDS, women's empowerment, and the female condom : case studies from Namibia, Botswana and SouthAfrica ", ThPeC5345.

4 - Rossi D., " Drug users as outreach workers in HIV prevention ", WeOrE646.

5 - Wei L., " Peer education for HIV/STD prevention among community-based drug users in Guangxi province, southern China ", WeOrC500.

6 - Vlahov D., " Correlates of safe and unsafe syringe acquisition among young and recent initiates to injection drug use in Baltimore, Maryland, 1997-1999 ", WeOrD575.

7 - Robles R.R., " Effectiveness of a brief intervention model to change HIV risk behavior and drug injection ", WeOrD574..

8 - Menoyo C., " Needle exchange program (NEP) in the prison of Bilbao 2 experience years : 1997-1999 ", TuOrD322.

9 - Jana S., " Resistance to change sex-behaviours of IDUs : an experience

- of intervention program in Dhaka, Bangladesh ", WeOrE647.
- 10 - Cymerman P., " Improving injecting drug users access to prevention through pharmacies ", WePeD4825.
- 11 - Telles P., " Implementing new strategies to enhance harm reduction activities in Rio de Janeiro, Brazil ", WePeE4934.
- 12 - Eastus C., " News from swiss safe injecting rooms ", ThPeD5511.
- 13 - Com K., " Risk reduction among drug users : the french system ", ThPeD5509.
- 14 - Burattini M.N., " Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in brazylian prisoners : preponderance of parental transmission ", TuPeC3457.
- 15 - Eastus C., " Hard reduction approaches/HCV+HIV-prevention in swiss prisons : how on after best experience in realta ? ", ThPeD5510.
- 16 - Hagan H., " Changes in injection risk behaviour associated with participation in the Seattle Needle Exchange Program ", ThPeD5477.
- 17 - Clatts M.C., " Drug preparation practices ", ThPeD5483.
- 18 - Freeman R., " HIV risk factors that discriminate primary amphetamine injectors : findings from U.S. multi-site study ", ThPeD5486.
- 19 - Rotily M., " Risk factors for HIV infection among inmates : a european study ", TuOrD318.
- 20 - Saad A.C., " Intravenous drug users from the prison system of Rio de Janeiro, Brazil - 1998 ", TuOrD319.
- 21 - Kim A., " Incidence and prevalence of HIV and STD among incarcerated persons upon intake : implications for prevention and treatment ", TuOrD320.
- 22 - Stephenson B., " Release from prison is associated with increased HIV RNA at time of re-incarceration ", TuOrD323.
- 23 - Kral A., " HIV seroincidence among injection drug users in San Francisco, 1986 to 1998 : sexual transmissison ", WeOrC501.
- 24 - Ompad D., " HIV risk behavior among young female injection drug users who have sex with men and women in Baltimore, Maryland ", WeOrC502.
- 25 - Hankins C., " Long-term cocaine injectors at highest risk for HIV acquisition ", WeOrC503.
- 26 - Neaigus A., " HIV sexual risk among HIV seronegative non-injecting heroin users ", TuPpC1247.
- 27 - Metzger D., " Incidence of HIV infection among non-injection drug using women in Philadelphia ", TuPeC3449.
- 28 - Crosby G.M., " Substance use and HIV sexual risk taking among low-income african american men who have sex with men ", WePeD4774.
- 29 - Des Jarlais D., " The roles of syringe exchange and HIV counseling and testing in the declining HIV epidemic among injecting drug users in New York City ", MoPpD1124.