

Réduction des risques infectieux

Chez les usagers
de drogues

© Les éditions Inserm, 2010 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Dans la même collection

- Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. 2001
- Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles. 2001
- Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. 2001
- Alcool. Effets sur la santé. 2001
- Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001
- Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
- Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
- Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003
- Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2003
- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006
- Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. 2007
- Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007
- Croissance et puberté. Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007
- Activité physique. Contextes et effets sur la santé. 2008
- Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées. 2008
- Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant. 2008
- Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. 2008
- Cancer et environnement. 2008
- Tests génétiques. Questions scientifiques, médicales et sociétales. 2008
- Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. 2009
- Transplantation d'organes. Quelles voies de recherche ? 2009
- Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. 2009



Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits. Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

Réduction des risques infectieux

Chez les usagers
de drogues

Expertise collective

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective (annexe 1), pour répondre à la demande du ministère de la Santé et des Sports concernant la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues.

Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du premier semestre 2010. Près de 1 000 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise.

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique, a assuré la coordination de cette expertise collective.

Groupe d'experts et auteurs

Pierre-Yves BELLO, Cellule de l'InVS en région (CIRE) d'Île-de-France, Institut national de veille sanitaire (InVS), Agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris

Christian BEN LAKHDAR, Université Catholique de Lille (FLSEG) et LEM, UMR 8179 CNRS, Lille

Maria Patrizia CARRIERI, Sciences économiques et sociales, système et santé, sociétés, Inserm U 912, Observatoire régional de la santé Paca, Marseille

Jean-Michel COSTES, Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT), Saint-Denis

Patrice COUZIGOU, Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac

Françoise DUBOIS-ARBER, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne

Anne GUICHARD, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et éducation pour la santé (INPES)

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Département des maladies infectieuses, Institut national de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice et Cermes3 – Equipe Cesames, Inserm U 988, CNRS UMR 8211, Université Paris Descartes, EHESS, Paris

Gwenola LE NAOUR, Laboratoire Triangle UMR 5206, Institut d'Études Politiques de Lyon, Université de Lyon

Damien LUCIDARME, Département de pathologie digestive, Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille

Laurent MICHEL, Santé mentale de l'adolescent, Inserm U 669, Maison de Solenn, Paris ; Centre de traitement des addictions, Hôpital Émile Roux, Limeil-Brevannes

Pierre POLOMENI, Service d'addictologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy

André-Jean REMY, Service d'hépatogastroentérologie digestive, Coordinateur UCSA, Centre hospitalier de Perpignan

Laurence SIMMAT-DURAND, Université Paris Descartes, Cermes3 Equipe Cesames, Inserm U 988, CNRS UMR 8211, Paris

Personnes auditionnées

Henri BERGERON, Centre de sociologie des organisations, Institut de Sciences politiques, CNRS, Paris

Anne COPPEL, Présidente d'honneur de l'Association française pour la réduction des risques (AFR), Paris

Yves EDEL, Ecimud, Unité d'addictologie hospitalière, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Françoise GUYOT, Vice-Procureure, Chargée de mission au cabinet du Procureur de Paris

Nicole MAESTRACCI, Présidente de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, Cour d'appel de Paris, Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie de 1998 à 2002, Paris

Daniel SANSAÇON, Directeur de Politique, recherche et évaluation, Centre National de prévention du crime, Canada

Frank ZOBEL, Rédacteur scientifique et analyste des politiques drogue, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), Lisbonne

Coordination scientifique, éditoriale, bibliographique et logistique

Elisabeth ALIMI, chargée d'expertise, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Fabienne BONNIN, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Catherine CHENU, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Jeanne ÉTIEMBLE, directrice, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Cécile GOMIS, secrétaire, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Anne-Laure PELLIER, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Chantal RONDET-GRELLIER, documentaliste, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Iconographie

Jean-Pierre LAIGNEAU, Inserm

Sommaire

Avant-propos	XI
Analyse	
1. Concept de la réduction des risques	1
2. Stratégie de réduction des risques en France	15
3. Usage des drogues en France et principaux dommages associés	29
4. Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues	57
5. Risques infectieux chez les usagers de drogues	65
6. Evolution de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues en France	91
7. Pratiques à risque chez les fumeurs de crack	119
8. Prévention de l'initiation à l'injection et transitions vers d'autres modes d'administration	131
9. Traitements de substitution aux opiacés	157
10. Autres traitements de la dépendance	179
11. Programmes d'échange de seringues	195
12. Centres d'injection supervisés	209
13. Parcours de soins des usagers de drogues	231
14. Rapport coût-efficacité des dispositifs de réduction des risques	241
15. Dispositifs de réduction des risques en France	255
16. Accessibilité et acceptabilité des actions de réduction des risques	273
17. Réduction des risques adaptée aux femmes	289
18. Réduction des risques en milieu pénitentiaire	309
Synthèse et recommandations	341

Communications

Usage de drogue et réduction des risques en Europe	403
Éléments d'histoire sur la politique de réduction des risques en France	417
Situation de la politique de réduction des risques en France	425
Approche judiciaire française	435
Rôle des associations dans la politique de réduction des risques en France	439
Prévention de la délinquance et réduction des risques et dommages sociaux au Canada	467
Complications liées à l'auto-injection des traitements de substitution aux opiacés	481

Contributions des intervenants et associations

Coordination nationale des réseaux de microstructures	489
Association Charonne	493
Médecins du Monde	495
Association Aides	499
Association Safe	503
Association Asud	507
Collectif « Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa, SOS Hépatites Paris, salledconsumation.fr »	513
CSAPA Villa Floreal	517
Association Anitea	521

Comptes-rendus des rencontres-débat	523
--	-----

Annexes	565
----------------------	-----

Avant-propos

Les dommages sanitaires et sociaux associés aux consommations de substances psychotropes licites et illicites, bien documentés dans la plupart des pays en Europe, ont justifié la mise en place depuis plusieurs années d'une politique de réductions des dommages énoncée en France comme une politique de réduction des risques.

La mise en évidence d'une prévalence élevée de VIH dès les années 1985 puis de VHC dans les années 1990 chez les usagers de drogues a été dans plusieurs pays et en France à l'origine de nombreuses actions engagées par des associations et des professionnels de santé pour aboutir progressivement à des politiques publiques de réduction des risques. En témoigne l'inscription du volet réduction des risques dans les différents plans gouvernementaux de santé publique : dernier plan « addictions » 2007-2011 et plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012 du ministère de la Santé, plan gouvernemental de la Mildt 2008-2001.

Le ministère de la Santé et des Sports a sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective, sur le thème « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues » ayant pour objectif de faire un bilan des connaissances scientifiques sur les dispositifs et programmes existants au plan international, leur contexte de mise en place, l'évaluation de leur impact et sur les projets en expérimentation. Cette expertise doit contribuer à la définition de critères d'orientation pour améliorer les outils de réduction des risques, les modes d'intervention et les pratiques des intervenants.

Pour répondre à la demande, l'Inserm a mis en place un groupe pluridisciplinaire de 14 experts regroupant des épidémiologistes, sociologues, économistes, professionnels de santé publique, psychiatres, hépatologues, addictologues. Le groupe a analysé plus de 1 000 articles et construit sa réflexion autour des questions suivantes :

- Quels sont les concepts et définitions de la réduction des risques ?
- Quelles sont les données en France et en Europe sur les usages de drogues et les risques sanitaires et sociaux qui y sont associés ? Quels sont les usages particulièrement problématiques aujourd'hui ?
- Quelles sont les données épidémiologiques sur le risque infectieux (VHC, VHB, VIH...) chez les usagers de drogues ? Quelle est l'évolution de la prévalence de l'infection VHC, VHB, VIH chez les usagers de drogues en France ?
- Quels sont les modes de contamination dans la population d'usagers de drogues ? Quels sont les facteurs de risques associés ? Quelles sont les sources

de contamination en relation avec de nouvelles pratiques et de nouveaux produits (crack/cocaïne) ?

- Quel est l'impact sur l'incidence du VIH et VHC des nouveaux types de contaminations ?
- Quels sont les programmes existants de la réduction des risques ? Quels sont les résultats des évaluations ? Sur quels critères sont-ils évalués ?
- Quels nouveaux outils, dispositifs et traitements sont actuellement expérimentés ? Comment répondent-ils aux besoins ? Comment s'articulent-ils avec les programmes existants ?
- Quel est le rapport coût-efficacité des programmes de réduction des risques ?
- Quelles sont les données sur le dépistage et le soin chez les usagers de drogues ? Comment peut-on améliorer les pratiques des intervenants ?
- Quelle est la situation épidémiologique en milieu carcéral ? Quels sont les traitements, outils et dispositifs existants ? Quelles sont les évaluations disponibles sur l'impact de ces outils ?
- Quelles sont les données spécifiques aux femmes ? Quelles approches de la réduction des risques suggèrent ces données compte tenu des trajectoires de vie, prises de risques, situations de grossesse ?
- Quels sont la disponibilité et l'accès aux dispositifs et aux programmes de réduction des risques ? Qui sont les acteurs en France ? Quelle est l'acceptabilité des politiques de réduction des risques par les usagers de drogues et par le public ?
- Comment les actions, dispositifs, programmes de réduction des risques infectieux s'inscrivent-ils dans une politique globale de la réduction des risques, de prévention et de soins ?

Le groupe d'experts a également auditionné plusieurs intervenants sur le contexte de la mise en place d'une politique de la réduction des risques en France et sur les conditions permettant la coexistence d'une politique de santé publique et d'une stratégie nationale de prévention (de la délinquance liée à l'usage de drogue) avec l'exemple du Canada et la nécessaire coopération des différents acteurs impliqués dans cette stratégie.

Trois rencontres-débats qui se sont déroulées en 2009 et 2010 ont permis d'approfondir le rôle des associations dans l'initiation et la mise en œuvre de la politique de réduction des risques en France et les enjeux des évolutions à envisager.

1

Concept de la réduction des risques

Afin de minimiser le risque d'infections en lien avec l'usage de drogues, une politique de réduction des risques a été mise en œuvre dans de nombreux pays industrialisés (Des Jarlais et coll., 1998 ; Marlatt, 1998 ; Kleinig, 2004 ; Jauffret-Roustide, 2004 ; Moore et Fraser, 2006). Dans plusieurs pays européens, cette politique a été mise en place dans un contexte d'urgence, marqué par l'épidémie de sida au milieu des années 1980, dont l'usage de drogues par voie intraveineuse constitue un facteur de risque majeur. Le dispositif de réduction des risques a fait la preuve de son efficacité sur la diminution de la transmission du VIH chez les usagers de drogues et doit actuellement faire face à l'épidémie d'hépatite C (Jauffret-Roustide et coll., 2006).

L'objet de ce chapitre est de poser le cadre de la réduction des risques en décrivant les fondamentaux qui constituent ce référentiel de santé publique, son champ d'application, ses techniques d'intervention et les débats en cours (Jauffret-Roustide, 2010).

Politique de réduction des risques : différentes acceptions politiques et philosophiques

Le concept de la réduction des risques, homogène en apparence, recouvre une diversité de conceptions philosophiques et politiques. Par ailleurs, ce concept a pu évoluer selon les contextes d'application locaux, nationaux et temporels. Il est soumis à des débats relatifs à son positionnement vis-à-vis de l'objectif d'abstinence, à la dimension de l'évaluation, et à la place de la morale, de la politique et de la loi.

Fondamentaux de la réduction des risques

La réduction des risques s'est développée depuis un peu plus d'une vingtaine d'années dans de nombreux pays d'Europe, en Amérique du Nord et en Australie. Le message anglo-saxon pragmatique de la réduction des risques est le suivant « Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayez de sniffer au

lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon, réutilisez la vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez la à l'eau de Javel »¹.

La politique de réduction des risques se caractérise par quelques fondamentaux du point de vue de la démarche. Elle s'inscrit dans le mouvement de la « nouvelle santé publique » des années 1970-80 qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge et la nécessité des politiques de santé prenant en compte les besoins des individus concernés (Berridge, 1999 ; Rhodes, 2002). Ce courant de la nouvelle santé publique s'associe à un mouvement de reconfiguration du système social, politique et économique qui place l'individu au centre du dispositif. La réduction des risques consisterait ainsi à être plus attentif aux modes de vie et aux comportements des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins, et non pas imposées de l'extérieur.

La réduction des risques fait appel à une dimension pragmatique de santé publique (Lert, 1998) qui prend en compte la trajectoire de l'utilisateur de drogues (Coppel, 1996) et ses conditions d'existence pour répondre à ses besoins (Jauffret-Roustide, 2004). Du point de vue philosophique, la réduction des risques opère un changement paradigmatique fondamental qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues et propose plutôt d'apprendre à « vivre avec les drogues » tout en promouvant la notion de mesure à la place de l'abstinence (Ehrenberg, 1996). Ce changement permet ainsi de dépasser une vision moralisatrice des drogues et de mettre en œuvre une approche fondée sur le non jugement² (Stafford, 2007), mais contribue à une vision sanitaire et médicale de l'usage de drogues³. La réduction des risques postule la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens (Jauffret-Roustide, 2004 ; Moore et Fraser, 2006), c'est-à-dire l'accès à des outils leur permettant de limiter les risques liés à la consommation de drogues. Ce postulat signifie une représentation spécifique de l'utilisateur de drogues et du rapport aux drogues à partir des notions de responsabilité individuelle, d'autonomie, de rationalité des comportements et de participation citoyenne aux politiques publiques (Fraser et Moore, 2008 ; Jauffret-Roustide, 2009). La réduction des risques contribue ainsi à la promotion d'un discours spécifique autour de l'individu, du rapport au corps, et à la place accordée aux usagers de drogues dans la société.

1. Il est à noter que ce modèle a été pensé autour du VIH, la question de la désinfection à l'eau de Javel n'ayant jamais réellement prouvé son efficacité sur l'éradication du VHC (Croft, 1994).

2. Les partisans de la réduction des risques invoquent la dimension du non jugement pour qualifier la réduction des risques, en opposition à l'ancien référentiel de prise en charge basé sur l'abstinence et l'interdit des drogues qu'ils qualifient de jugement. La dimension du non jugement concerne ici spécifiquement la question de l'interdit de l'usage.

3. Cette vision sanitaire et médicale de l'usage de drogues sera développée dans la dernière partie de ce chapitre.

Champ d'application, techniques d'intervention et objectifs diversifiés

Derrière une apparente homogénéité promue par l'*International Harm Reduction Association* (IHRA), le référentiel de réduction des risques recouvre une diversité de conceptions. La mise en œuvre de la réduction des risques peut se restreindre à la réduction du risque de contamination par le VIH ou par les virus des hépatites et se confondre strictement avec les mesures d'accessibilité aux seringues. Il peut s'élargir à la réduction de l'ensemble des risques que sont censés courir les usagers de drogues de par leur pratique de consommation : risques sanitaires élargis (overdoses, infections diverses, comorbidités psychiatriques) ; risques économiques ; risques sociaux (ruptures familiales, délinquance, marginalisation) ; risques relationnels (désaffiliation, mise à distance des relations sociales antérieures et restriction de la sociabilité à l'univers des drogues) ; et risques légaux de par la prohibition de l'usage et des conduites délictueuses associées à cet usage (Jauffret-Roustide, 2004).

Concernant ses finalités, la politique de réduction des risques peut se réduire à l'aide à la survie ou s'élargir aux questions de qualité de vie et de bien-être de l'usager de drogues (Le Moigne, 2008). La réduction des inégalités sociales et sanitaires au sein de la population des usagers de drogues peut également être posée de manière centrale dans la réduction des risques. Cette politique peut, toutefois, se centrer exclusivement sur l'usager de drogues en tant qu'individu, s'élargir au réseau de l'usager de drogues comme appartenant à une « communauté », voire s'inscrire plus globalement dans une attention portée à l'environnement global dans lequel évolue l'individu à savoir son positionnement dans la société. Pour certains, la finalité reste à terme l'objectif d'abstinence, mais obtenu de manière graduelle, pour d'autres, cet objectif n'est plus à atteindre, sauf si l'usager le désire expressément.

Ainsi, l'approche de réduction des risques peut être plus large que celle qui est appliquée en France comme l'accès aux seringues et aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) (méthadone, buprénorphine). Elle englobe à la fois des stratégies appartenant à la prévention des usages de substances psychoactives (prévention du passage à l'injection), à la prise en charge de la dépendance sous toutes ses formes (sevrage, psychothérapie, divers traitements...), à la réduction du risque infectieux par l'accès à du matériel stérile pour consommer des drogues par injection (seringues, filtres, récipients/cupules, eau stérile...), par sniff (pailles), ou par voie fumée dans le cadre de l'usage du crack (doseurs en verre ou pyrex et embouts). Elle a également comme objectifs la mise en place de dispositifs dits à bas seuil d'exigence, ou allant à la rencontre des individus, et n'attendant pas que les usagers de drogues soient prêts à faire la démarche.

Les techniques d'intervention de la réduction des risques recouvrent donc dans une version minimale l'accès aux seringues (pharmacie, PES, automates), et aux TSO (buprénorphine, méthadone). Concernant les TSO, se posent les questions de la diversité des molécules disponibles (sulfates de morphine, héroïne médicalisée...), des modalités de dispensation (extension

au dispositif bas-seuil, primoprescription de la méthadone en médecine de ville, horaires d'ouverture des structures élargis) et des voies d'administration (injectable, sniffable...). Concernant les seringues, on doit considérer leur accessibilité pour les usagers de drogues (pharmacies, automates, distribution secondaire du matériel), et leur acceptabilité par les usagers de drogues (adéquation du matériel aux pratiques des usagers de drogues) et par la population (récupération du matériel de consommation). Le contexte d'injection peut être ou non pris en compte dans l'application des politiques de réduction des risques par la mise en place de salles d'injection, et de programmes d'éducation ou d'accompagnement à l'injection. La réduction des risques peut enfin s'élargir à tout ce qui relève de l'amélioration de l'accès au dépistage ou au traitement du VIH et des hépatites et à la vaccination VHB, d'autant plus que la littérature a mis en évidence qu'une baisse de la charge virale du VIH peut diminuer le risque de transmission du VIH par voie sexuelle (Castilla et coll., 2005). Ce modèle plus complet commence à être envisagé pour la réduction du risque de transmission du VIH par la pratique d'injection (Wood et coll., 2009). Au-delà de l'infection par VIH et les hépatites, tout ce qui relève de l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues peut faire partie intégrante de la réduction des risques : les alertes sanitaires sur les produits (risques toxiques, risques infectieux...), l'accès aux soins somatiques, psychiatriques et à l'hygiène, l'accès aux droits sociaux (et en particulier à l'hébergement), la transition vers le dispositif de soins spécialisé et l'accès au dispositif de droit commun (sanitaire et social).

Dans le sillage de la réduction des risques, se sont développées de nouvelles approches d'intervention, dont certaines ont pu préalablement être utilisées dans des champs autres que l'usage de drogues. Le travail de proximité, dit *outreach work*, peut être défini comme une activité dirigée vers des groupes sociaux particuliers non atteints par les circuits traditionnels, avec pour objectif de proposer des actions de réduction des risques (diffusion de matériel et de messages de prévention) à la fois au niveau des individus et des groupes d'usagers de drogues (Korf et Mougin, 1999). Ces nouveaux modes d'intervention visant à aller au-devant des usagers de drogues (bus d'échange de seringues, équipes de rue, bus méthadone) s'efforcent de mieux prendre en considération la diversité de leurs demandes (substitution, échange de seringues, accès aux droits sociaux, lieux d'hébergement...). C'est dans le cadre de ce processus qu'ont été créées les structures bas-seuil comme les Programmes d'échange de seringues (PES), lieux fixes ou mobiles de distribution de matériel d'injection stérile, boutiques, lieux d'accueil de jour et les *sleep-in*, centres d'hébergement d'urgence pour usagers de drogues. Les dispositifs de réduction des risques mettent au centre de leur intervention la notion de « bas seuil d'accès » ou « bas seuil d'exigence ». Ces nouveaux dispositifs partent du principe que les seuils d'accès et d'exigence des dispositifs traditionnels (centres de soins et de post-cure) sont trop élevés et qu'ainsi, ils laissent de côté toute une partie de la population qui ne se sent pas capable (à ce moment de sa trajectoire) d'abandonner l'usage de produits psychoactifs. Les dispositifs

bas-seuil proposent donc de partir de la demande de l'usager de drogues et de s'y adapter. Ils proposent ainsi un accueil ouvert sans exigence explicitement formulée auprès des usagers de drogues. Ainsi, les usagers de drogues peuvent s'y rendre en étant sous l'emprise de produits, mais il reste, toutefois, interdit de consommer ou de vendre des produits sur place. Si l'accueil des usagers de drogues reste informel en apparence, c'est parfois dans ces structures bas-seuil que leurs trajectoires peuvent connaître un véritable tournant et être l'occasion d'aller ensuite vers d'autres structures dites à plus haut seuil.

Pour exercer ce travail de proximité, les intervenants de rue et les médiateurs embauchés peuvent être des usagers de drogues « anciens » ou « actifs » qui connaissent les codes de l'usage et ont plus facilement accès à ces réseaux peu visibles (Korf et Mougin, 1999 ; Jauffret-Roustide, 2005 et 2009). Ce mode d'intervention reconnaît une forme d'expertise aux usagers de drogues de par leur connaissance des pratiques d'usage et des scènes de consommation. La réduction des risques peut en effet mettre en œuvre des actions d'éducation par les pairs. Ces actions partent du principe que la prise de risque est liée au groupe de pairs et que pour modifier les comportements à risque, il est nécessaire de connaître et de prendre en considération la subculture du groupe concerné (Rhodes, 1994 ; Rhodes et coll., 1994). Selon Tim Rhodes et Gerry Stimson, pour obtenir des modifications durables de comportements, les nouvelles normes ne doivent pas être introduites de l'extérieur par le biais de professionnels, mais elles doivent être définies par les usagers eux-mêmes. La nécessité d'agir sur le collectif pour modifier les pratiques des individus (Rhodes, 1994) renvoie également à la dimension de l'auto-support des usagers de drogues qui constitue une formalisation politique de l'éducation par les pairs et se définit par l'*empowerment* de la population concernée (Friedman et coll., 2006 ; Jauffret-Roustide, 2009).

Registres sémantiques variés selon les contextes d'application

Depuis les années 1990, la réduction des risques (sous la forme minimale d'accès aux seringues et aux TSO) constitue le paradigme dominant des politiques publiques liées à l'usage de drogues en Europe, en Amérique du Nord et en Australie. Il existe une grande diversité des contextes locaux d'application en Europe et dans le monde, mais dans l'ensemble de ces pays, la réduction des risques a été mise en œuvre dans un contexte marqué par l'urgence, liée à l'épidémie de VIH et au risque des overdoses. La mise au point des tests de dépistage du VIH en 1985 constitue le repère pour situer et qualifier les contextes locaux vis-à-vis de l'application de la réduction des risques. La menace de la transmission du VIH à la population générale via les usagers de drogues est centrale dans la mise sur agenda des politiques de réduction des risques, cette population étant perçue comme l'un des vecteurs de transmission privilégiés vers la population hétérosexuelle. La préoccupation de l'amélioration de la santé et du bien-être de l'usager de drogues officiellement affichée par les pouvoirs publics ne constitue pas toujours une

priorité selon les contextes d'application. Certains pays peuvent être qualifiés de précurseurs dans la mise en œuvre des politiques de réduction des risques et se démarquent par leur pragmatisme, d'autres pays sont plutôt novateurs et tentent l'expérimentation de nouveaux programmes⁴.

Les Pays-Bas sont souvent présentés comme un modèle concernant la mise en place de la réduction des risques. En effet, cette politique a été appliquée dès les années 1970 avant même l'apparition du VIH, par le biais de la prévention de l'hépatite B. Les associations d'auto-support d'usagers de drogues (les *Junkies bounds* ou syndicats de junkies) ont joué un rôle déterminant dans l'impulsion de ces programmes de prévention. Les Pays-Bas ont reconnu la réduction des risques comme le paradigme officiel de leur politique en matière d'addictions dès 1986 (soit près de 10 à 20 ans avant la France, si on prend en compte le discours de Simone Veil en 1993, ou l'inscription de la réduction des risques dans le Code de Santé Publique en 2005). Les Pays-Bas se caractérisent également par un processus de normalisation de l'usager de drogues qui tend à reconnaître l'usage de drogues comme une pratique acceptable pour la société (Marlatt, 1998). Le Royaume-Uni constitue également un pays précurseur vis-à-vis de l'application de la réduction des risques et se caractérise par une dimension historique de l'accès aux TSO (méthadone/héroïne) dès les années 1920. L'expérience de Liverpool a souvent été mise en exergue, comme l'une des réussites de la réduction des risques. Les anglais se sont également adaptés à l'évolution des pratiques des usagers de drogues en prenant en compte l'usage des stimulants dans la réduction des risques. La Suisse peut être qualifiée de pays novateur dans la mesure où elle se caractérise par une volonté d'expérimentation de programmes de réduction des risques tels que les programmes d'héroïne médicalisée et les sites d'injection supervisée. L'implantation des dispositifs de réduction des risques dépend de raisons politiques, morales, économiques, liées à l'acceptation sociale et à l'organisation du système de soins (Dagmar et coll., 2008). Les enjeux politiques et idéologiques sur la conception des drogues et des enjeux professionnels de position et de légitimité peuvent également constituer un frein dans l'implantation des programmes de réduction des risques, comme cela a pu s'illustrer en France dans les années 1980 et 1990 (Jauffret, 2000 ; Bergeron, 2002 ; Jauffret-Roustide, 2004).

Le registre sémantique utilisé pour qualifier la politique de réduction des risques est différent selon les pays : le vocable de la réduction des méfaits est plutôt utilisé au Canada et en Suisse, celui de la réduction des risques en France. Selon Pierre Brisson (1997), l'utilisation du vocable « risques » renvoie à la notion immédiate de danger alors que celle de « méfaits » renvoie plus globalement aux notions de dommages, préjudices, problèmes. La question des « méfaits » englobe à la fois les risques pour soi autres que les

4. La distinction entre pays précurseurs et expérimentateurs peut être considérée comme artificielle dans la mesure où certains pays rentrent dans les deux catégories.

infections virales, et les conséquences de l'usage de drogues pour l'environnement social dans lequel vivent les usagers de drogues et leurs relations avec le reste de la population. La réduction des dommages renverrait donc de manière plus fidèle que la réduction des risques à la dimension originelle anglo-saxonne de *harm reduction*⁵.

La réduction des risques constitue donc un concept ayant évolué dans le temps, dont les définitions peuvent varier selon les contextes d'application, et les conceptions juridiques, philosophiques, ou politiques. *L'International Journal of Drug Policy* constitue à la fois une revue scientifique et une tribune pour les chercheurs et les militants de la réduction des risques. Dans le cadre de cette revue, des alliances entre chercheurs et militants de la réduction des risques ont donné lieu à la production collective d'articles, centrés sur la dimension pragmatique de cette politique et l'identification de leviers d'action pour favoriser son implantation et son développement.

Débats en cours autour de la politique de réduction des risques et ses conditions d'application

La réduction des risques est traversée par des débats en interne concernant sa mise en application, ses finalités, et les valeurs qui doivent lui être attachées. L'analyse de la littérature sur la question fait ressortir trois débats récurrents qui ont fait l'objet de controverses dans *L'International Journal of Drug Policy* ou d'autres revues internationales sur les addictions. Certains de ces débats ont, par ailleurs, pu être relayés dans le contexte français par les acteurs de la réduction des risques.

Tout d'abord, la réduction des risques est amenée à s'interroger sur son rapport à l'abstinence. Ainsi deux approches peuvent être distinguées, une approche intégrationniste selon laquelle l'abstinence n'est qu'une finalité ultime, *versus* une approche gradualiste qui crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence (Kellogg, 2003). Comme le note Denning (2005), l'abstinence est présente dans certaines définitions de la réduction des risques : « *At its heart, HR is a public health philosophy that uses a multitude of strategies to reduce drug-related harm, ranging from syringe exchange to drug substitution therapies to abstinence, to controlled use. These methods have proven effective in helping people make lasting changes in a variety of health related behaviors: nutrition, exercise, smoking cessation, weight control and preventive medical care.* »

Un deuxième débat en cours concerne la dimension de l'évaluation. Le champ des professionnels du soin aux toxicomanes a longtemps été réticent à toute démarche évaluative dans les années 1970-1980. Avec la réduction des

5. Dans la littérature sur le sujet, les frontières entre ces deux vocables restent toutefois floues car les interprétations en sont diversifiées selon les auteurs.

risques, il apparaît, au contraire, nécessaire de favoriser la dimension évaluative de cette politique face à ses détracteurs qui tendent à l'assimiler à une forme de prosélytisme. Le choix des indicateurs pertinents pour l'évaluation (diminution des overdoses, des maladies infectieuses, des interpellations en lien avec les produits, ...) (Emmanuelli et Desenclos, 2005 ; Carrieri et Spire, 2008) continue de susciter un débat, principalement à propos des limites de l'évaluation chiffrée. L'évaluation du soin aux toxicomanes ou de la réduction des risques renvoie à la définition d'indicateurs permettant de mesurer la qualité du lien entre les intervenants et les usagers de drogues. Il apparaît également nécessaire d'aller au-delà du simple indicateur d'implantation de la réduction des risques et de prendre en compte les dimensions de la qualité et de l'efficacité des programmes, de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité des interventions (Dagmar et coll., 2008).

Le troisième débat renvoie à la place que la réduction des risques accorde à la morale, à la politique et à la loi. Une vision neutre de la réduction des risques centrée uniquement sur sa dimension pragmatique (Keane, 2003) s'oppose en effet à une vision morale et politique de la réduction des risques (Hathaway, 2001). Certains auteurs tels que Samuel Friedman pointent la nécessité d'alliances avec des mouvements politiques de travailleurs pour inclure la réduction des risques dans sa dimension politique plus globale (Friedman et coll., 2001). Enfin, une distinction est établie par Hunt entre deux philosophies de la réduction des risques, une « *weak rights version* » qui ne pose pas la question légale comme une condition nécessaire à la réduction des risques *versus* une « *strong rights version* » qui considère que l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'homme et fait de la question légale un préalable à la réduction des risques (Hunt, 2004).

Position particulière de la France : entre innovations et lenteurs

Contrairement à la Suisse, au Canada ou aux Pays-Bas, la France s'est centrée sur la question du risque infectieux et a promu une vision sanitaire et médicalisée de la réduction des risques qui laisse peu de place à la question des autres risques liés à l'usage de drogues que sont les risques légaux, sociaux, et relationnels et la dimension de l'environnement urbain. La conception française de la réduction des risques s'inscrit plutôt dans une version dite « faible » si l'on utilise la distinction introduite par Hunt (2004), dans la mesure où la question de l'interdit légal de l'usage est toujours en vigueur actuellement. La mise en application de cette version de la réduction des risques a également eu pour conséquence le choix d'une vision très médicalisée de la réduction des risques, centrée sur le traitement de la dépendance par les médicaments de substitution aux opiacés et dominée depuis quelques années par le paradigme de l'addictologie (Beck et coll., 2009 ; Jauffret-Roustide, 2009). Actuellement, la France fait figure d'exception dans le domaine des TSO (Emmanuelli et Desenclos, 2005 ; Carrieri et Spire, 2008) par le biais d'une large couverture en matière de médicaments de substitution dans la population des usagers

de drogues, l'estimation du nombre d'usagers de drogues sous TSO en France étant d'environ 120 000 personnes en 2008. Deux molécules sont proposées en France, la méthadone et la buprénorphine). La méthadone est réellement mise en place comme TSO pour les usagers de drogues à partir de 1994⁶ et le subutex en 1996. Contrairement à la plupart des autres pays européens, à l'Amérique du Nord et à l'Australie, la France se caractérise par un large accès à la buprénorphine haut dosage, facilitée par la dispensation en médecine de ville et la diffusion récente de molécules génériques au détriment de la méthadone.

Concernant l'accès au matériel stérile et aux conditions de réalisation des injections dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, la situation est plus contrastée (Jauffret-Roustide, 2004). La première mesure d'amélioration de l'accessibilité aux seringues est tardive, elle date de 1987. Le décret n° 72-200 du 13/3/1972 restreignant la vente des seringues en pharmacie est suspendu par le décret n° 87-328 du 13/5/1987, à l'initiative de Michèle Barzach, Ministre de la Santé de l'époque, dans un contexte politique controversé. La mise en vente libre des seringues est proposée comme une expérimentation pendant un an, elle est reconduite en 1988. Et le décret n° 89-550 du 11/8/1989 modifie le décret de 1972. Cette première mesure constitue la mesure fondatrice de la réduction des risques, elle permet aux usagers de drogues d'acheter les seringues dans les pharmacies. Afin d'améliorer l'accessibilité au matériel stérile en dehors des pharmacies, les programmes d'échange de seringues (PES) sont expérimentés à partir de 1989, avec lenteurs et difficultés. Une évaluation positive de ces programmes sur l'évolution des pratiques des toxicomanes aboutit au développement des PES et à la circulaire de la DGS/311/sida du 11/5/1992 qui officialise la volonté du gouvernement de poursuivre cette politique de réduction des risques. Les PES ne se réduisent pas à une simple distribution de seringues, mais à un échange qui favorise l'implication des usagers de drogues dans la prévention. Les toxicomanes sont incités à ramener leurs seringues usagées, ce qui en fait une mesure de sécurité publique et de responsabilité vis-à-vis de la collectivité en limitant le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public. L'échange de seringues est un programme de prévention globale du VIH qui comporte trois volets : l'information, la distribution de kits de matériel d'injection stérile et l'orientation vers les structures de soins, les structures sociales ou les structures de sevrage en cas de demande. En 1994, la mise en place des premiers distributeurs automatiques de seringues appelés « automates » constitue une étape supplémentaire dans l'amélioration de l'accès au matériel d'injection stérile.

6. La méthadone avait déjà été expérimentée dans certains hôpitaux, mais ces programmes ne concernaient qu'une cinquantaine d'usagers dans l'ensemble de la France.

Malgré l'accessibilité des seringues et la diffusion de messages de prévention ciblés, les prises de risque persistent encore aujourd'hui de manière importante dans la population des usagers de drogues, en particulier pour le partage du petit matériel (cuiller, filtre, eau de préparation) et la réutilisation de la seringue (Jauffret-Roustide et coll., 2004 et 2009). Actuellement, les programmes d'éducation ou d'accompagnement à l'injection, et les salles d'injection supervisées sont présentés par une partie des professionnels de la réduction des risques comme le moyen de limiter la transmission du VHC dans la population des usagers de drogues, en agissant sur leur niveau de connaissance et le contexte de l'injection. Par ailleurs, la prise en compte de l'ensemble des pratiques à risque et de l'évolution des usages n'est pas encore véritablement considérée en France. La politique de réduction des risques construite autour de la figure de l'héroïnomane injecteur a créé des stratégies essentiellement limitées à l'injection (Jauffret-Roustide, 2004). Ces dernières années, l'augmentation importante de la consommation de cocaïne et de médicaments par voie injectable, et du crack par voie fumée nécessite de faire évoluer l'offre de prévention. De nouveaux outils de réduction des risques (tubes en pyrex pour fumer du crack, salles d'injection ou programmes d'éducation à l'injection) ne font l'objet actuellement que de réflexion ou d'expérimentation en France.

En conclusion, afin d'être réellement efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les évolutions de pratiques (produits, modalités) et de profils des consommateurs et des contextes de consommation. Certains publics de consommateurs et contextes de consommation comportent une vulnérabilité spécifique face à l'exposition aux risques infectieux, tels que les jeunes usagers et plus particulièrement le moment de l'initiation aux drogues et à l'injection ; les femmes usagères de drogues en raison de leur dépendance à leurs partenaires usagers de drogues ; les personnes détenues en raison de la non accessibilité aux outils de réduction des risques en prison ; les usagers de drogues en situation de précarité sociale en raison de l'absence de logement pour réaliser leurs injections dans des conditions d'hygiène minimales. La vision néo-libérale de la réduction des risques tend à pointer la responsabilité de la prise de risque uniquement du côté de l'individu. Pour être efficace, une politique de réduction des risques doit s'inscrire plus globalement dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues, d'où la nécessité d'agir sur la dimension structurelle du risque. L'évaluation des interventions de réduction des risques doit prendre en compte la dimension environnementale du risque qui comprend au niveau microsociologique, les normes de consommation, les conditions de vie et les relations sociales des usagers de drogues ; et au niveau macrosociologique, la dimension du contexte légal, économique et social et des politiques publiques.

BIBLIOGRAPHIE

BECK F, LEGLEYE S, MAILLOCHON F, PERETTI G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005. *Bull Epidemiol Hebd* 2009, **10-11** : 90-93

BERGERON H. Drug addiction: sociological aspects. *In* : International encyclopedia of the social and behavioral sciences. Elsevier, 2002

BERRIDGE V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 35-47

BRISSON P. L'approche de réduction des méfaits. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Québec, 1997, 1-127

CARRIERI MP, SPIRE B. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. *Lancet* 2008, **372** : 448

CASTILLA J, DEL RJ, HERNANDO V, MARINCOVICH B, GARCIA S, RODRIGUEZ C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005, **40** : 96-101

COPPEL A. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques. *In* : Vivre avec les drogues. Communications 1996, **166** : 75-108

CROFTS N. Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? *Drug Alcohol Rev* 1994, **13** : 235-237

DAGMAR H, PIRONA A, WIESSING L. From margin to mainstream : The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2008, **15** : 503-517

DENNING P, COOMBS RH. Harm reduction tools and programs. *In* : Addiction counseling review: preparing for comprehensive, certification and licensing examinations, 2005, 487-509

DES JARLAIS DC, FRIEDMAN SR. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Rep* 1998, **113** (Suppl 1) : 182-188

EHRENBERG A. Vivre avec les drogues. Communications. Seuil edition, Paris, 1996

EMMANUELLI J, DESENCLOS JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 2005, **100** : 1690-1700

FRASER S, MOORE D. Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. *Soc Sci Med* 2008, **66** : 740-752

FRIEDMAN SR, SOUTHWELL M, BUENO R, PAONE D, BYRNE J, CROFTS N. Harm reduction - a historical view from the left. *Int J Drug Policy* 2001, **12** : 3-14

FRIEDMAN SR, COOPER HL, TEMPALSKI B, KEEM M, FRIEDMAN R, et coll. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS* 2006, **20** : 93-99

HATHAWAY AD. Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy. *Int J Drug Policy* 2001, **12** : 125-137

HUNT N. Public health or human rights: what comes first? *The International Journal of Drug Policy* 2004, **15** : 231-237

JAUFFRET M. La réduction des risques: enjeux autour d'une mobilisation collective. *MANA* 2000, **8** : 161-188

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Les drogues: approche sociologique, économique et politique. La Documentation Française, Paris, 2004

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Hépatite C: repenser les messages de prévention. *Swaps Santé, réduction des risques et usages de drogues* 2005, **40-41** : 26-27

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review* 2009, **18** : 159-172

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Un regard sociologique sur les drogues: décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La Revue Lacanienne* 2009, **1** : 109-118

JAUFFRET-ROUSTIDE M. La réduction des risques chez les usagers de drogues. Contributions de l'épidémiologie et de la socio-anthropologie. Thèse de doctorat en Santé Publique. Université Paris XI, Février 2010

JAUFFRET-ROUSTIDE M, EMMANUELLI J, BARIN F, QUAGLIA M, ARDUIN P, et coll. Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use and Misuse* 2006, **41** (10-12) : 1603-1622

JAUFFRET-ROUSTIDE M, LE STRAT Y, COUTURIER E, THIERRY D, RONDY M, et coll. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009, **9** : 113

KEANE H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *The International Journal of Drug Policy* 2003, **14** : 227-232

KELLOGG SH. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat* 2003, **25** : 241-247

KLEINIG J. Ethical issues in substance use intervention. *Subst Use Misuse* 2004, **39** : 369-398

KORF D, MOUGIN C. Outreach work among drug users in Europe. Insight series n°2 edition. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, 1999, 1-196

LE MOIGNE P. La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages. *Drogues, santé et société* 2008, **7** : 57-88

LERT F. Méthadone, Subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne. Questions de santé publique. In : *Drogues et médicaments psychotropes*. Paris, 1998, 63-100

MARLATT GA. Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours. Guilford Press edition, New York, 1998

MOORE D, FRASER S. Putting at risk what we know: reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Soc Sci Med* 2006, **62** : 3035-3047

NYAMATHI AM, DIXON EL, ROBBINS W, SMITH C, WILEY D, et coll. Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults. *J Gen Intern Med* 2002, **17** : 134-143

RHODES T. HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal* 1994, **53** : 92-99

RHODES T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *The International Journal of Drug Policy* 2002, **13** : 85-94

RHODES T, STIMSON G. Buzzwords: An HIV outreach glossary. *Druglink* 1994, January/February : 8-10

STAFFORD N. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 88-91

WOOD E, KERR T, MARSHALL BD, LI K, ZHANG R, et coll. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009, **338** : b1649

2

Stratégie de réduction des risques en France

La réduction des risques associés à l'usage de drogues, telle qu'elle s'est mise en place en France depuis quelques années, s'inscrit dans la suite de quatre décennies de politiques visant à limiter ou annuler la consommation de drogues. La législation, l'organisation sanitaire et sociale, la répression ont été articulées pour tendre vers cet objectif. La plupart des observations font part d'une impossibilité d'obtenir cette éradication, de la gravité des dommages associés, et de l'accroissement des usages nocifs d'alcool, de cocaïne, de cannabis... Ces constats ont amené les pouvoirs publics, les acteurs de santé et la société toute entière à concevoir la prévention et le soin aux usagers de drogues d'une façon plus ouverte, construite autour de plusieurs niveaux d'intervention, mettant parfois en tension les objectifs de soins et le cadre répressif toujours d'actualité.

Contexte de la lutte contre la toxicomanie

En 40 ans, les différents pays ont organisé la « lutte contre la toxicomanie ». La nécessité d'une politique de santé publique affirmée, pérenne, s'est ensuite imposée, associée parfois à des résistances fortes.

Évolution des usages de drogue

Jusqu'au milieu des années 1960, l'usage de drogues était relativement limité à certaines grandes villes en France.

Au début des années 1970, la consommation de substances psychoactives est associée à un mouvement de « contre-culture » de la jeunesse, et génère une cristallisation de la répression sociale (Szasz, 1994). Cependant, la consommation de drogues n'a rien d'une épidémie, elle ne concerne que certaines couches de la population. Comme le note Alain Ehrenberg (Ehrenberg et Mignon, 1992 ; Ehrenberg, 1995) : « La drogue entre dans l'espace public comme symbole d'une transformation de la relation à la politique, participant à la contestation du système politique institutionnel ». Dans cette logique, le

toxicomane s'est exclu de lui-même de la société puisqu'il privilégie « ses passions privées », et ceci justifie aussi les objectifs de « lutte contre la drogue ».

À partir des années 1980, les produits utilisés se diversifient. La drogue principalement utilisée est le cannabis, mais l'héroïne, d'abord limitée à de petits groupes, se diffuse plus largement (Bouhnik, 2008). Elle est de qualité très variable, le plus souvent injectée avec des seringues empruntées au secteur sanitaire (vaccins, seringues à insuline) ou de « seconde main ». Au cours de cette décennie, l'augmentation du nombre de consommateurs et leur précarité illustre l'impossibilité, par les mesures en cours, à juguler le phénomène (Bergeron, 2009).

Mesures légales

Dans les années 1960, seul le trafic⁷ est l'objet de préoccupation et la circulaire de 1961 stipule « que les magistrats du ministère public s'attachent à requérir une répression impitoyable du trafic illicite des stupéfiants ». Les toxicomanes quant à eux doivent être traités avec « humanité et discernement » et il est souhaitable d'envisager des cures de désintoxication (Simmat-Durant, 2000).

Les mouvements de mai 1968, la médiatisation d'une overdose en 1969, conduisent les pouvoirs publics à légiférer. L'adhésion de la France à la Convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961 des Nations Unies date seulement de la fin de l'année 1968⁸, donc après qu'une opinion publique favorable à une action contre la drogue se soit dessinée. L'objectif de cette convention est de limiter la production et le commerce de substances interdites en établissant une liste de ces substances, qualifiées de stupéfiants.

Le 31 décembre 1970 est donc votée une Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, dont les grandes lignes, malgré plusieurs textes aménageant certains de ses aspects, sont encore applicables aujourd'hui. Le texte de la loi de 1970 a pour caractéristiques principales d'être fortement répressif, tout en prévoyant un lien avec le sanitaire. Il n'y a pas de différence de traitement entre les différentes drogues classées comme stupéfiants⁹, et la loi ne distingue pas les quantités possédées (même en présence d'une quantité très faible, les textes concernant le trafic peuvent être mis en œuvre). Il n'y a pas de distinction entre la détention pour simple usage et la détention en vue de la revente. Mais l'usager peut faire l'objet d'une certaine mansuétude car

7. Circulaire n° 61-02 du 25 janvier 1961 relative au trafic de stupéfiants.

8. Loi n° 68-1124 du 17 décembre 1968, autorisant l'adhésion à la Convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961.

9. Loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (JO du 03 janvier 1971).

on lui propose de se soigner bien qu'il puisse être condamné à des peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement.

Plusieurs ouvrages et de très nombreux articles ont étudié cette Loi et ses effets. Le rapport Pelletier (1978) ne recommandait pas de changements à la loi de 1970 : « la mission n'a pas jugé utile d'envisager une modification au système juridique actuel tant qu'un véritable débat public n'aura pas permis de définir les orientations souhaitées par le corps social français ». Mais il débouchait sur des recommandations amenant des prises en charge socio-thérapeutiques et même pénales plus importantes. Les orientations du rapport ont été perçues par certains comme médicalisantes par d'autres comme aggravant la répression en allongeant l'emprisonnement, la garde à vue...

Selon le rapport Henrion (1995), l'injonction thérapeutique constitue un exemple du fossé existant entre une mesure et l'indifférence avec laquelle celle-ci est appliquée : « A tous les stades de la procédure juridique consécutive à une incrimination pour usage de drogue, la loi prévoit une série d'aiguillages permettant de mettre l'usager sur la voie des soins socio-médicaux plutôt que de le poursuivre et le condamner à une peine de prison. Les structures nécessaires ne sont toutefois pas adaptées au niveau des demandes d'aide spontanées, sans compter les personnes contraintes de suivre une injonction thérapeutique. On a soigné les aiguillages jusque dans les moindres détails, mais on a négligé de poser les rails ».

La très grande majorité de ces textes dénonce les limites de la loi de 1970 ou les aspects négatifs, d'autant plus notables que son efficacité (quant à la diffusion des drogues) a été réduite, qu'elle a été associée à une image « stigmatisante » de la toxicomanie et à une marginalisation des toxicomanes (Henrion, 1995).

Évolution des prises en charge des toxicomanes

Jusque dans les années 1980, la politique française de lutte contre la toxicomanie est fondée sur l'abstinence (Bergeron et Kopp, 2002). Elle vise à désintoxiquer les drogués et à éradiquer les substances de la société.

Au début des années 1970, un secteur de soins spécialisés en rupture avec le système de santé de l'époque « qui ne voulait pas des toxicomanes et dont les toxicomanes ne voulaient pas » (Valleur, 2001), accueille des « toxicomanes malades » (considérés comme « délinquants » en dehors), et proposa des sevrages en privilégiant un travail sur le processus toxicomaniaque (Valleur, 1998).

Ce travail était fondé sur la définition que donnait le Dr Olievenstein de la toxicomanie : la rencontre entre un individu, un produit et un moment socio-culturel (modèle largement repris depuis).

Le personnel qui travaillait dans ces centres, très investi et peu médical, s'appuyait sur son histoire de vie, restait centré sur son expérience propre et

était souvent peu informé des travaux menés à l'étranger (Henrion, 1995). L'objectif principal recherché était l'arrêt de la toxicomanie et privilégiait l'importance de la démarche individuelle.

De même, un certain nombre de travaux souligne que le système de soins (expérimental et militant) a peu pris en compte les morbidités associées à la toxicomanie du fait de la spécialisation du travail des centres (psychothérapie et travail social essentiellement) (Chossegros, 2007). L'isolement culturel des personnels qui travaillaient dans ces structures de soins de type ambulatoire, postcures, familles d'accueil et qui étaient souvent recrutés par cooptation a unifié les représentations françaises des intervenants en toxicomanie. Le dispositif centré sur l'arrêt de la consommation, d'une part disqualifiait les traitements de substitution qui commençaient à apparaître (ils maintenaient la dépendance) et d'autre part ne prenaient pas en compte les comorbidités, l'arrêt de la consommation devant les guérir.

Au cours des années 1990, plusieurs événements vont bouleverser les représentations sur les toxicomanes et les pratiques des professionnels : les épidémies (sida, hépatites), le développement du concept d'addictions, les évolutions des usagers eux-mêmes (en termes de type de consommation, de caractéristiques sociales...). Ce nouveau contexte médical relance la priorité sanitaire et l'urgence nécessite le recours à une vision plus pragmatique comme le montre l'exemple de la méthadone : ouverture de 1 000 places méthadone en 1994, élargissement de la prescription en 1995. L'idée de la substitution, remplacer une drogue par un médicament aux effets proches mais contrôlés, revient à réduire les risques encourus du fait de l'usage de drogues.

L'influence de plusieurs experts ou collectifs inspirés par les expériences étrangères faisant la promotion des traitements de substitution oriente une nouvelle manière de prendre en charge ces patients (Moatti et coll., 1998). En juillet, 1995 la buprénorphine en traitement de substitution est autorisée à trois dosages (0,4, 2 et 8 mg sous le nom de Subutex) vendue dans les pharmacies à partir de février 1996 et donnant la possibilité à tout médecin de la prescrire.

Stratégie de réduction des risques

Cette stratégie se conçoit comme la mise en place d'outils et d'actions efficaces, correspondant à des objectifs de santé, individuelle et sociale.

Contexte lié au VIH

Dans les années 1980, l'épidémie de sida, au-delà des dommages individuels majeurs qu'elle implique, transforme la toxicomanie en problème de santé

publique nécessitant une stratégie nouvelle (Jauffret-Roustide, 2004). Le seul traitement curatif de la toxicomanie et en particulier la recherche forcenée de l'abstinence ne peut plus être le pilier essentiel des stratégies sanitaires. Les concepts se modifient dans la même logique. Il convient de réorganiser la hiérarchie des objectifs des politiques sanitaires. Il est urgent de traiter les conséquences des usages et de prévenir les risques qui leur sont associés. Traiter les causes de la toxicomanie et prévenir les usages ne peuvent plus, dans cette actualité, être des objectifs uniques (Bergeron, 2009). Les « toxicomanes », souvent stigmatisés, deviennent des « usagers de drogues » et la notion de risque à prévenir ou à réduire se développe. Les échanges avec les usagers, en lien avec l'observation des pratiques de consommation conduisent à considérer l'usager de drogues comme une personne qui a un moment donné est dans l'impossibilité de s'arrêter de consommer des substances psychoactives. Il est donc nécessaire de le prendre en compte pour prévenir les risques liés à son mode de vie et la question se pose d'offrir un matériel d'injection stérile aux toxicomanes qui injectent des drogues (Lert, 2000).

Dans un contexte international, qui met en évidence la transmission du VIH par le partage de seringues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, Mme Barzach, ministre de la Santé (1986-1988), se positionnant strictement dans une démarche de santé publique, autorise la vente libre de seringues en pharmacie (Décret 87-328 du 13 mai 1987). Ce décret dit « Barzach » en 1987, marque l'amorce timide de la politique de réduction des risques en France. C'est un acte fondateur, qui n'est plus remis en question, de la réduction des risques.

Organisation sanitaire et aspects législatifs

Les évolutions des usages (augmentation des consommations d'héroïne injectée ou de codéine, puis d'alcool et de cocaïne, plus récemment mésusage de la buprénorphine par exemple) et des dommages (diverses infections ou lésions...), confortent la nécessité d'adapter en permanence la réponse sociale à des comportements « à risques » bien identifiés.

Pendant longtemps, dans la logique de la Loi de 1970 et de son application, les ministères de l'Intérieur et de la Justice ont été au centre du dispositif gouvernemental. Le système de soins se mettait en place progressivement sous l'impulsion des Ddass et des Directions du ministère de la Santé DGS/DH. L'apparition du sida et le développement des traitements (de substitution aux opiacés, antirétroviraux...) ont renforcé massivement la part sanitaire du dispositif avec l'investissement croissant du ministère de la Santé (DGS, Dhos) qui développait le système de soins, des Directions départementales sanitaires et sociales et l'implication de l'assurance maladie. La prévention « de la toxicomanie » relevait de plusieurs ministères : Jeunesse et Sport, Éducation Nationale, par exemple. Ainsi, la nécessité d'une coordination s'est faite sentir. En 1982, est créée une Mission permanente de lutte contre la

toxicomanie, qui deviendra en 1996 la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Des présidences brèves et d'orientations diverses de cette Mission, rattachée au Premier Ministre, ont eu pour conséquences d'en limiter les résultats (Cour des Comptes, 1998). Les pouvoirs publics ont cependant pris à plusieurs reprises, des décisions majeures dont les suites ont été rapidement bénéfiques aux usagers telles que la vente libre des seringues, et l'autorisation de mise sur le marché des traitements de substitution.

Les différents gouvernements depuis plus de 10 ans, se positionnent globalement dans le même sens, en améliorant à travers différents textes législatifs, les processus de prévention et de soins des addictions (tableau 2.I et annexe 2).

Tableau 2.I : Textes légaux marquant la mise en œuvre de la réduction des risques

Texte	Date	Code	Orientation ou extrait d'article significatif
Loi	31-12-1970		Loi cadre
Arrêté	07-03-1995		Relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles
Loi n° 97-1164	19-12-1997		Financement de la sécurité sociale pour 1998/Art 1.2.2.3. Poursuivre la lutte contre la toxicomanie et la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues
Circulaire DGS/DIV-sida n° 98-72	04-02-1998		Relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998
Circulaire JORF n°216	13-09-1999 17-09-1999		Relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances
Code de l'Action Sociale et des Familles	23-12-2000	Article L312-1	Concerne les établissements ou services qui assurent des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue.
Loi 2004-806 LSP	09-08-2004 Modifié par Loi n° 2004-809 du 13 août 2004	Article L3121-4 (CSP)	La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.
Décret n° 2005-347	14-04-2005		Approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de la santé publique

Texte	Date	Code	Orientation ou extrait d'article significatif
Décret n° 2005-1606	19-12-2005	Article R. 3121-33-1 (CSP)	Relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique
Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01	02-01-2006		Relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) et à leur financement par l'assurance maladie
Circulaire interministérielle N°DGS/MC2/MILDT/2009/63	23-02-2009		Relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie

Notons en particulier, le plan triennal Mildt (1999-2001), fondateur d'une évolution forte des mentalités et des pratiques, la Conférence de consensus en juin 2004¹⁰, ou encore le Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues de 2005.

Le dernier Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011) de la Mildt prévoit, dans son chapitre « Soigner, insérer, réduire les risques », plusieurs axes de prise en charge et de prévention des addictions (tableau 2.II).

Tableau 2.II : Axes de prise en charge et de prévention des addictions du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011) de la Mildt

Améliorer les compétences des professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge
Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes consommateurs
Développer de nouvelles modalités de prise en charge des usagers de cocaïne
Améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés
Préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère et prendre en compte les spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool
Réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues
Réduire la morbidité et la mortalité liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues
Améliorer l'insertion et la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction
Réduire l'usage détourné de médicaments et protéger leur valeur thérapeutique

10. Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004, Lyon (École normale supérieure).

Ce plan gouvernemental est articulé avec le Plan Addiction (2007-2011) du ministère de la Santé, qui prévoit :

- Objectif 4 : Poursuivre la politique de réduction des risques ;
- Mesure 8 : Améliorer les pratiques en matière de réduction des risques ;
- Il s'agit d'améliorer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés, de lutter contre le trafic et d'agir contre le mésusage des traitements de substitution aux opiacés ;
- Mesure 9 : Mettre en place une évaluation des dispositifs médicaux utilisés dans la réduction des risques.

Ces différents plans, motivés par des choix politiques et sociaux, s'appuient depuis la fin des années 1990, sur des données fournies par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui prend une position majeure dans le champ des addictions en dotant le pays d'une source d'informations solides sur la réalité du phénomène et qui occupe un rôle d'appui de la Mildt (Cadet-Tairou et coll, 2008 ; OEDT, 2008). À noter, la mise en place depuis 1999 d'un dispositif (« Tendances récentes et nouvelles drogues » ou Trend) permettant aux Pouvoirs Publics d'avoir des informations « en temps réel » sur les tendances de consommations et d'adapter les réponses. De même, la compétence attribuée à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) en matière de prévention et d'information a permis de diffuser des outils validés et « unifiés » aux différents acteurs.

Les pouvoirs publics sont donc amenés à intégrer plusieurs axes pour construire une politique publique cohérente :

- intégrer les positions des différents ministères. C'est à ce niveau que doit se concevoir une articulation entre les aspects répressifs, sanitaires et préventifs ;
- homogénéiser les échelons nationaux et régionaux. Il reste en effet des différences marquées selon les départements ;
- tenir compte des évolutions des usages (augmentation des consommations d'héroïne injectée ou de codéine, puis d'alcool (Ritter et Cameron, 2006) et de cocaïne, plus récemment mésusage de la buprénorphine par exemple) et des dommages (diverses infections ou lésions...). Ces évolutions confortent en effet la nécessité d'adapter en permanence la réponse sociétale (Hedrich et coll., 2008) à des comportements « à risques » bien identifiés.

Ainsi, les stratégies de réduction des risques, non entravées par une politique répressive inappropriée (Rhodes et coll., 2006), permettent d'accueillir les usagers, assurent un accompagnement social, et privilégient la santé « globale » au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Diversification des acteurs et dispositifs

Intervenants en toxicomanie

La prise en charge des toxicomanes s'est construite dans des centres en rupture avec la psychiatrie traditionnelle qui se déclinait en centres de soins

ambulatoires, postcures et familles d'accueil. Les professionnels, intervenants en toxicomanie (terme désignant un statut professionnel créé dans les années 1980), revendiquent des savoir-faire spécifiques, une « proximité » qui facilite l'accueil des toxicomanes. Cependant, cette situation « d'exception » complexifie les relations entre la société (les villes ou les quartiers où doivent s'installer ces centres), les professionnels et les toxicomanes.

Les centres sont donc positionnés pour permettre aux patients d'avoir accès à des soins. La gratuité et l'anonymat, qui sont prévus dans la Loi du 31-12-1970, ont pour objectif de susciter une démarche volontaire des toxicomanes, de favoriser l'accueil dans ces centres, dans des conditions susceptibles de déboucher sur une « cure ». Ce statut d'exception ne garantit pas l'accès au système de droit commun (Assurance Maladie).

Sur le fond, les professionnels s'opposent fortement à l'image « du drogué », combattent la loi de 1970 non adaptée à des « personnes en souffrance », cumulant les handicaps psychiques, psychologiques et sociaux. Le travail proposé est inspiré par les théories psychanalytiques. Il est posé qu'il n'y a pas de structure psychique propre au toxicomane (Hachet, 2002) et la toxicomanie est plutôt considérée comme symptôme d'une souffrance. Des concepts fondateurs du champ sont posés (l'ordalie, la séduction, la transgression...). Les savoirs autour de la toxicomanie ne sont pas constitués, toutes les expérimentations sont possibles.

Une modification des pratiques se produit dans les années 1980-90, avec une professionnalisation accrue où, à côté des psychiatres et des psychologues, les médecins somaticiens interviennent dans les centres. Les dommages somatiques (infections...) et les décès (overdoses) viennent en effet imposer une diversification de la prise en charge. L'approche « santé publique » s'impose.

L'épidémie du sida amène une évolution nette de la typologie des professionnels. Des médecins généralistes « de ville » s'engagent dans les prises en charge. Des services hospitaliers (infectieux) intègrent la problématique de l'usage de drogues dans leurs suivis, des associations se créent, et les usagers s'organisent.

Ces évolutions se font avec de nombreuses difficultés : à tout moment doivent se définir en effet, l'amélioration de l'accès aux soins de ces patients, avec des objectifs de santé individuelle, et une politique de santé publique, modifiant ou mettant en tension les positions des différents acteurs.

Dispositifs de réduction des risques

Par les décrets du 24 août 1988 et du 11 août 1989, la vente libre de seringues est pérennisée. Les seringues peuvent être désormais délivrées en pharmacie (sans obligation de justification de son identité et sans remise d'une ordonnance). Cependant aucune mesure de sensibilisation des pharmaciens n'accompagne les décrets. En 1989, le premier programme d'échange de seringues est organisé par Médecins du Monde. Mais ce n'est qu'en 1995

qu'un décret permettra aux associations ainsi qu'à toute personne menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques de délivrer gratuitement des seringues stériles dans des conditions définies par un arrêté ministériel (décret du 7 mars 1995).

En 1994, la Direction générale de la santé promeut la diffusion du Stéribox (conçu en 1992) à l'échelle nationale et il est commercialisé en pharmacie. Cet outil est une trousse contenant deux seringues de 1ml, deux ampoules d'eau pour préparation injectable (stérile), deux tampons imbibés d'alcool, un préservatif ainsi qu'une notice d'utilisation. On y trouve également une boîte en carton destinée à contenir la seringue usagée. Il est destiné à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable.

Outre les programmes d'échanges de seringues et l'action en direction des pharmacies, divers distributeurs sont installés par certaines municipalités dans les quartiers fréquentés par les toxicomanes ce qui permet aux plus marginalisés d'avoir accès aux seringues.

Dans les suites de la vente libre de seringues, les référentiels évoluent : sevrage et psychothérapie sont présentés comme des exigences décalées face à l'urgence infectieuse et la nécessité s'impose de mettre en œuvre des outils spécifiques centrés sur la réduction de ce risque viral (« vital »). Les dangers liés à la dépendance passent au second plan.

Ces évolutions amènent à l'autorisation de mise sur le marché des traitements de substitution (1995-1996, tableau 2.III), délégitimant partiellement l'expertise des intervenants habituels, les questions pratiques s'imbriquant avec un conflit sur le plan théorique.

Il est intéressant de noter que cette évolution est similaire dans tous les pays d'Europe, avec une démarche de réduction des risques qui passe de la marginalité à un courant dominant, même si les « tempos », les stratégies nationales et les choix spécifiques d'outils ont différé. Il s'agit de dissocier « punir et guérir » (Jeanmart, 2008) et l'Europe tend vers une homogénéisation (Hedrich et coll., 2008).

En France, le changement est donc à la fois plus tardif et plus modeste. Il donne effectivement lieu à des confrontations fortes entre les intervenants traditionnels et les nouveaux acteurs. Entre 1990 et 1992, des acteurs s'engagent dans les toutes premières actions de prévention du sida qui associent les usagers de drogues à la protection de leur santé. Parallèlement, quelques médecins généralistes commencent à prescrire des « produits de substitution », en marge de la Loi : les produits qu'ils utilisent sont destinés au traitement de la douleur, la prescription de morphiniques pour le traitement de la toxicomanie n'était pas prévue. Officiellement en France, jusqu'en 1993, il y a seulement 52 patients en traitement par la méthadone.

Des mesures de réduction des risques sont prises par Simone Veil : la réduction des risques infectieux chez les toxicomanes devient un dispositif, rendu public

le 21 juillet 1994. Celui-ci répond à deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et de l'hépatite et permettre aux usagers d'accéder au système de soins. Ce nouveau dispositif comprend des kits avec seringues stériles vendues en pharmacie dont le Stéribox, des programmes d'échange de seringues, des « boutiques » qui accueillent des usagers sans exiger qu'ils renoncent à consommer des drogues, des réseaux de médecins généralistes, des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital et enfin les traitements de substitution. Deux médicaments acquièrent une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des usagers dépendant de l'héroïne, la méthadone et le subutex, nouveau médicament que les médecins généralistes peuvent prescrire (il existe une différence d'accès entre ces deux médicaments, la méthadone ne pouvant être prescrite qu'en centre spécialisé, ce qui entraîne parfois un délai à l'initiation du traitement, tableau 2.III).

Tableau 2.III : Chronologie de la mise en place des dispositifs de réduction des risques

Dispositifs de réduction des risques	Années de mise en place en France
Mise en vente libre de seringues en officines	Décret 15-03-1987
Groupes auto support	1991
Diffusion des Steribox	Circulaire du 15-09-1994
PES dans les associations	Décret du 07-03-1995
Diffusion des TSO : méthadone	Circulaire de mars 1994 délivrance par les CSST
Diffusion des TSO : buprénorphine	Circulaire de mars 1995 : prescription par tous les médecins
Automates	Lettre de la DGS 15-10-1995
Diffusion des TSO : méthadone	Circulaire de janvier 2003 : prescription par tous les médecins exerçant en établissement de santé
Caarud	Circulaire DGS 02-01-2006

Évolution des modes d'intervention

Parallèlement à l'évolution des dispositifs, des réseaux ville-hôpital (circulaire du 07 Mars 1994) se créent, permettant aux centres spécialisés, aux professionnels de ville (médecins et pharmaciens) et aux hôpitaux, d'assurer une prise en charge cohérente et homogène des usagers de drogues. Il s'agit souvent de former et mobiliser les acteurs du champ sanitaire exerçant en libéral à la prise en charge des « toxicomanes ». Ces réseaux évoluent en fonction des textes et des financements, deviennent des réseaux de santé le plus souvent polyvalents, ou assurent une action loco-régionale de coordination spécifique grâce à l'engagement de certains professionnels.

Les différents acteurs de dépistage, de prévention et du soin médico-psycho-social, peuvent être schématiquement classés en plusieurs champs (Mildt, 2001) :

- les intervenants médicaux ou sociaux « polyvalents » : médecine scolaire, médecine du travail, éducateurs et intervenants sociaux, travailleurs sociaux... ;
- les intervenants de terrain spécialisés : actions en milieu festif, équipes de réduction des risques, de prévention ou d'écoute spécialisée... ;
- les professionnels de santé de proximité : médecins généralistes, pharmaciens, organisés ou non en réseaux ;
- les services, unités, ou consultations spécialisés : centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) devenus centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), « antennes dopage », consultations « jeunes consommateurs », boutiques, *sleep-in*... ;
- les établissements hospitaliers, urgences, services somatiques, psychiatriques, équipes de liaison ;
- les centres permettant des moyens et longs séjours (avec différentes modalités de soins ou d'accompagnement) ;
- les réseaux (ville-hôpital, de soins, de proximité, de santé...) peuvent assurer la mise en lien des différents champs ;
- les associations d'usagers ou d'ex-usagers.

« La réduction des risques, c'est de la promotion de la santé » (Mino, 1996). C'est ce qui explique l'investissement d'un nombre important d'acteurs, certains appartenant au « droit commun » (au système de santé habituel), d'autres fonctions étant créées pour répondre à des besoins particuliers de certains sous-groupes.

En ce sens, le développement récent des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarrud) est une étape importante (Toufik et coll., 2008). Il est également logique que des intervenants qui ne relèvent pas d'une institution puissent agir en sécurité s'ils se conforment à des recommandations de bonnes pratiques (Coppel et Duplessy, 2005). En effet, ces interventions sont souvent mal articulées avec des actions nationales (Commission Européenne, 2007) et utilisent parfois des outils ou techniques non évalués. Assurées par des associations ou des acteurs militants, des interventions de proximité comme « d'aller vers » les usagers (Mougin, 2002) (« *outreach* », « *maraudes* ») présentent l'avantage d'être au plus proche des lieux de vie et des besoins des usagers. L'articulation de ces actions avec des interventions plus globales, assurées par des professionnels dits « de droit commun », fait partie de la stratégie d'intervention en matière de prévention et de prise en charge des addictions.

En conclusion, la stratégie nationale actuelle de réduction des risques se donne comme objectif la cohérence entre les actions des différents secteurs répressifs, sanitaire, préventif, l'accessibilité et l'adaptation permanente aux nouveaux usages et comportements à risque. Elle est issue de plusieurs décennies d'évolution marquées par différentes visions sociales de l'usage des

drogues et de la toxicomanie et par l'apparition d'épidémies. L'approche santé publique prévaut maintenant dans la stratégie française qui bénéficie de données d'observation utiles à l'évaluation de l'impact des politiques en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERON H, KOPP P. Policy paradigms, ideas, and interests: The case of the French public health policy toward drug abuse. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2002, **582** : 37-48

BERGERON H. Sociologie de la Drogue. Editions La Découverte, Juin 2009

BOUHNİK P. Héroïne et consommations de précarité dans la France des années 1990-2000. *Déviance et Société* 2008, **32** : 267-284

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, TOUFIK A, EVRARD I, OFDT. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND, 2008, 189p

CHOSSEGROS P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). *Gastro-entérologie Clin Biol* 2007, **31** : 4S44-4S50

COMMISSION EUROPÉENNE. Rapport de la commission au Parlement Européen et au Conseil, sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie : Estimation, suivi et évaluation des services et des dispositifs de réduction des méfaits de la drogue dans les États membres. Bruxelles, 2007

COPPEL A, DUPLESSY C. Les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France. Rapport AFR/Safe, 2005

COUR DES COMPTES. Journal officiel. Paris, 1998, 248p

EHRENBERG A, MIGNON P. Drogues, politique et société. Le Monde éd., 1992, 368p

EHRENBERG A. L'individu incertain. Calmann-Lévy, 1995, 351p

HACHET P. Étude psychanalytique des toxicomanies: Repères thématiques et chronologiques. *Alcoologie et addictologie* 2002, **24** : 143-148

HEDRICH D, PIRONA A, WIESSING L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2008, **15** : 503-517

HENRION R. Rapport de la commission sur la drogue et la toxicomanie. La documentation française, mars 1995

JAUFFRET ROUSTIDE M. Les drogues, approche sociologique, économique et politique. La Documentation Française, Paris, 2004

JEANMART C. Entre cadre légal et pratiques de consommations. L'usage de drogues illicites en Belgique francophone. *Déviance et Société* 2008, **32** : 285-302

- LERT F. Drug use, AIDS and social exclusion in France. In : New challenges for the social sciences. MOATTI JP, SOUTEYRAND Y, PRIEUR A, SANDFORT T, AGGLETON P (eds). Routledge Editions, London, 2000
- MILDT. Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions. Rapport septembre 2001
- MINO A. J'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Calmann-Levy, 1996
- MOATTI JP, SOUVILLE M, ESCAFFRE N, OBADIA Y. French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction* 1998, **93** : 1567-1575
- MOUGIN C. Le travail de proximité auprès des usagers de drogues en Europe. Concepts, pratiques et terminologie. In : Société avec drogues. Enjeux et limites. FAUGERON C, KOKOREFF M (eds). Ramonville Saint-Agne, Édition Érès, 2002, 129-146
- OEDT. Etat du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel, 2008, 112p
- PELLETIER M. Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue. La documentation française, janvier 1978
- RHODES T, PLATT L, SARANG A, VLASOV A, MIKHAILOVA L, MONAGHAN G. Street Policing, Injecting Drug Use and Harm Reduction in a Russian City: A Qualitative Study of Police Perspectives. *Journal of Urban Health* 2006, **83** : 911-925
- RITTER A, CAMERON J. A review of efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 2006, **25** : 611-624
- SIMMAT-DURAND L. La Lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation. L'Harmattan, Logiques Sociales, 2000, 254p
- SZASZ T. La persécution rituelle des drogués boucs émissaires de notre temps. Ed. Lézard, Paris, 1994
- TATARSKY AN. Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003, **25** : 249-256
- TOUFIK A, CADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GRANDILHON M. Profils, pratiques des usagers de drogues Ena-Caarud : résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. Tendances 2008, 61
- VALLEUR M. Au-delà des produits, les conduites addictives. ADSP mars 1998, n° 22
- VALLEUR M. Trente ans d'intervention en toxicomanie. Actes du colloque du XXX^e anniversaire de Marmottan, Toxicomanie et devenir de l'humanité, sous la direction du Pr. Claude Olievenstein. Odile Jacob, 2001

3

Usage des drogues en France et principaux dommages associés

Pour définir une politique de réduction des risques, il est fondamental de disposer de données fiables concernant les prévalences des usages de substances psychoactives, les différents modes de consommation et leurs évolutions. Bien que l'expertise soit centrée sur les conséquences en termes de maladies infectieuses, il importe d'évoquer dans ce chapitre l'ensemble des dommages sanitaires et sociaux associés à l'usage de substances psychoactives et en particulier de drogues illicites.

Consommations de drogues en population générale

La France dispose depuis la fin des années 1990 d'un dispositif d'enquêtes en population générale portant sur les consommations de drogues. Ce dispositif, stable et conforme aux standards européens, permet aujourd'hui de dresser un constat précis sur les niveaux de ces consommations et leur évolution au cours des dix dernières années.

En population générale, les données de consommation sont issues de l'enquête du Baromètre santé chez les 18-75 ans. Cette enquête réalisée régulièrement depuis 1992 par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) permet de suivre les comportements, connaissances et croyances en matière de santé à partir de l'interrogation d'un échantillon représentatif de la population française. Cette enquête inclut des questions sur la consommation de substances psychoactives.

Chez les jeunes, l'enquête Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) qui concerne les adolescents âgés de 16 ans est réalisée en milieu scolaire dans 35 pays européens dont la France, ceci depuis 1995. C'est une enquête quadriennale qui porte sur les habitudes de consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

Depuis l'année 2000, l'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense) permet d'interroger des adolescents des deux sexes, majoritairement âgés de 17 ans, qui passent leur « journée d'appel de préparation à la défense ». Cette enquête permet de

mesurer les niveaux de consommation pour une douzaine de substances psychoactives et de croiser ces consommations avec des indicateurs sociodémographiques, géographiques, scolaires et comportementaux.

Niveaux de consommation

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français : en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'en avoir jamais bu. L'alcool est consommé au moins une fois par semaine par 35 % des 18-75 ans et quotidiennement par 15 % de cette population. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Compte tenu de son fort pouvoir addictif, sa consommation est très souvent quotidienne. En 2005, 34 % des Français âgés de 18 à 75 ans se déclarent fumeurs dont 29 % sont fumeurs quotidiens. Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place en fréquence de consommation de substances psychoactives (OFDT, 2005 ; Legleye et Beck, 2008 ; Peretti-Watel et coll., 2008 ; Costes et Cadet-Tairou, 2008).

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. En 2005, 27 % des Français âgés de 18 à 75 ans l'ont expérimenté¹¹ dont 7 % qui en ont consommé dans l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régulièrement (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours). Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation de ces différents produits au cours de l'année passée est encore plus rare (Beck et coll., 2008).

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés essentiellement sur deux points : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis. En 2008, à 17 ans, plus de 9 jeunes sur 10 ont déjà expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 4 sur 10 le cannabis. L'expérimentation de médicaments psychotropes concerne environ 2 jeunes sur 10 ; près de la moitié de ces usages de médicaments se font hors du cadre d'une prescription médicale, notamment par l'intermédiaire de la famille (Legleye et coll., 2009).

Chez les jeunes, le tabac devient de loin le premier produit consommé dès lors que l'on considère la consommation régulière (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours). L'alcool et le cannabis viennent ensuite à peu près au même niveau (concernant respectivement 9 et 7 % des jeunes de 17 ans). Avec la consommation quotidienne, les écarts sont encore plus importants : la prévalence est de 33 % pour le tabac, 4 % pour le cannabis et 1 % pour l'alcool (Legleye et coll., 2009).

30 11. Consommé au moins une fois au cours de leur vie.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est constatée au plus pour 5 % des jeunes (âgés de 17 ans). La consommation récente de tels produits est encore plus rare : elle est rencontrée chez plus de 1 % de ces jeunes dans le cas des *poppers*, de l'ecstasy, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne (Legleye et coll., 2009).

Évolution des consommations

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âges étudiée. Une tendance à la baisse est constatée pour les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool (OFDT, 2005).

La baisse des quantités d'alcool consommées est très ancienne. En 45 ans, la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (en 2008, la consommation est de 12,3 litres par habitant âgé de plus de 15 ans). Cette réduction résulte quasi exclusivement de la diminution de la consommation de vin. Cette baisse continue fait perdre à la France la position si singulière qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. Corrélativement à la baisse des quantités moyennes consommées, la proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a également diminué (Legleye et Beck, 2008).

La tendance sur la consommation d'alcool chez les jeunes, plus complexe à établir, semble être en légère augmentation avec des ivresses et des épisodes de consommation excessive (plus de 5 verres en une même occasion) (figure 3.1) (Legleye et coll., 2007 et 2009).

La baisse de la consommation de tabac est plus récente, s'étalant sur une vingtaine d'années. Constatée dès les années 1980 chez les hommes, cette tendance est relevée dans les années récentes chez les femmes et chez les jeunes. Alors qu'en 1999, ils étaient parmi les plus gros consommateurs en Europe, aujourd'hui, les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne en matière de tabagisme (Spilka et coll., 2006 ; Peretti-Watel et coll., 2008 ; Legleye et coll., 2009 ; OFDT¹²).

12. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. Séries statistiques; Disponible à : <http://www.ofdt.fr>.

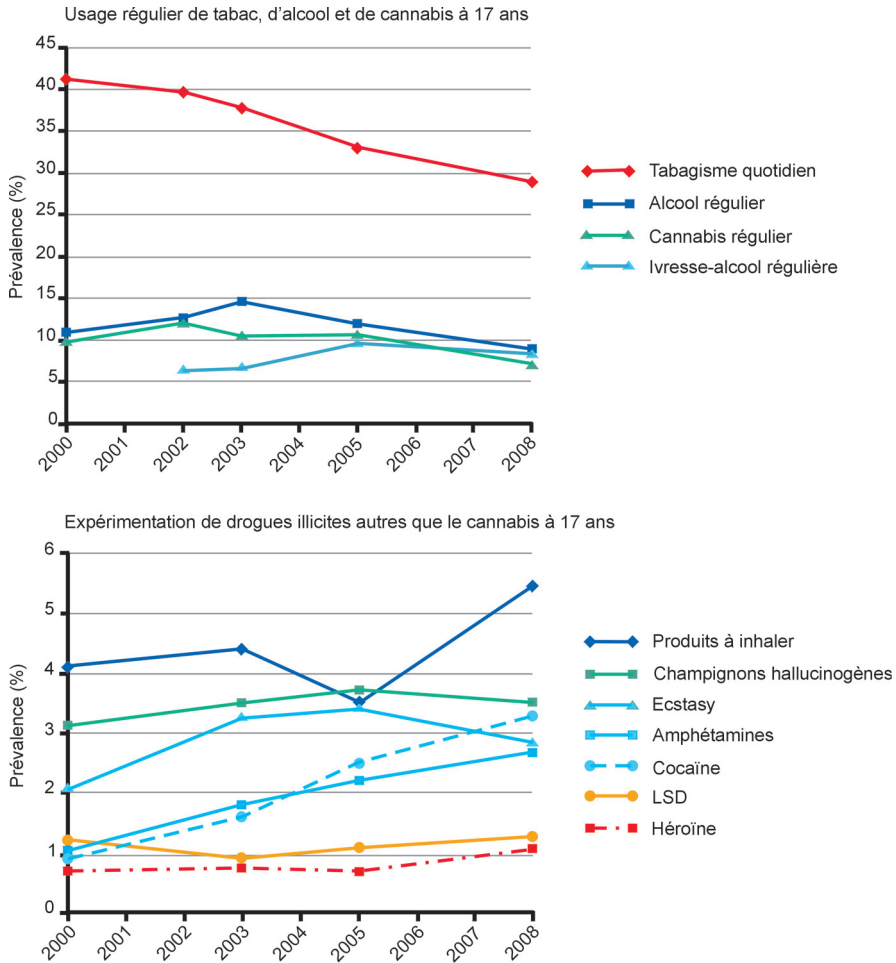


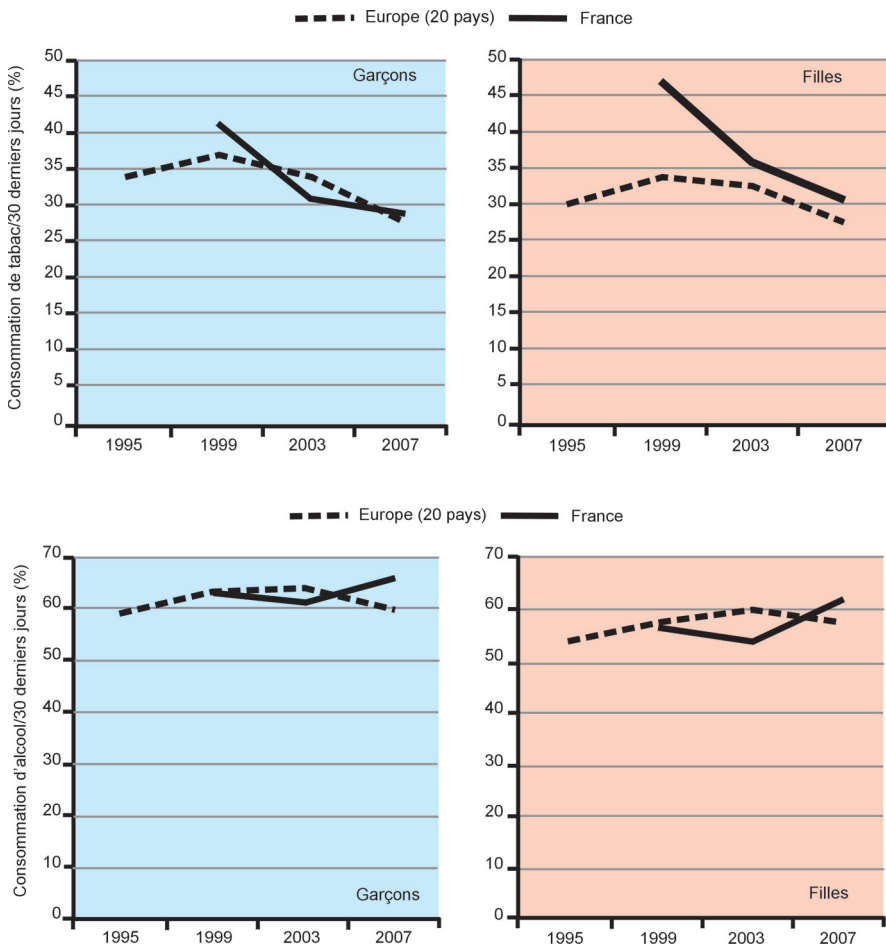
Figure 3.1 : Évolution des consommations de drogues chez les jeunes âgés de 17 ans entre 2000 et 2008 (d'après l'enquête Escapad, OFDT)

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des médicaments psychotropes, notamment des antidépresseurs dont les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France comme l'est plus globalement la consommation de médicaments. Chez les jeunes, le niveau de ces consommations, qui ne se situent pas toujours dans le cadre d'une prescription médicale, semble récemment se stabiliser (OFDT, 2005 ; Legleye et coll., 2007).

La consommation de cannabis est également à la hausse dans la population générale. Néanmoins, après une décennie (1990) de forte hausse régulière qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation

puis l'amorce d'une inversion de tendance. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les hallucinogènes et les stimulants, particulièrement pour la cocaïne ; ainsi, la prévalence de l'expérimentation de la cocaïne à 17 ans est passée de 1 à 3,2 % entre 2000 et 2008 (figure 3.1) (Costes, 2007 ; Beck et coll., 2008 ; Legleye et coll., 2009).

Les tendances constatées en France sont globalement convergentes avec celles relevées en Europe (figure 3.2). Selon les résultats de l'enquête scolaire européenne menée auprès des jeunes de 16 ans, les jeunes Français se positionnent à un niveau bas pour l'alcool et l'ivresse alcoolique, moyen en ce qui concerne le tabac et haut en matière d'usage de drogues illicites (Hibell et coll., 2009).



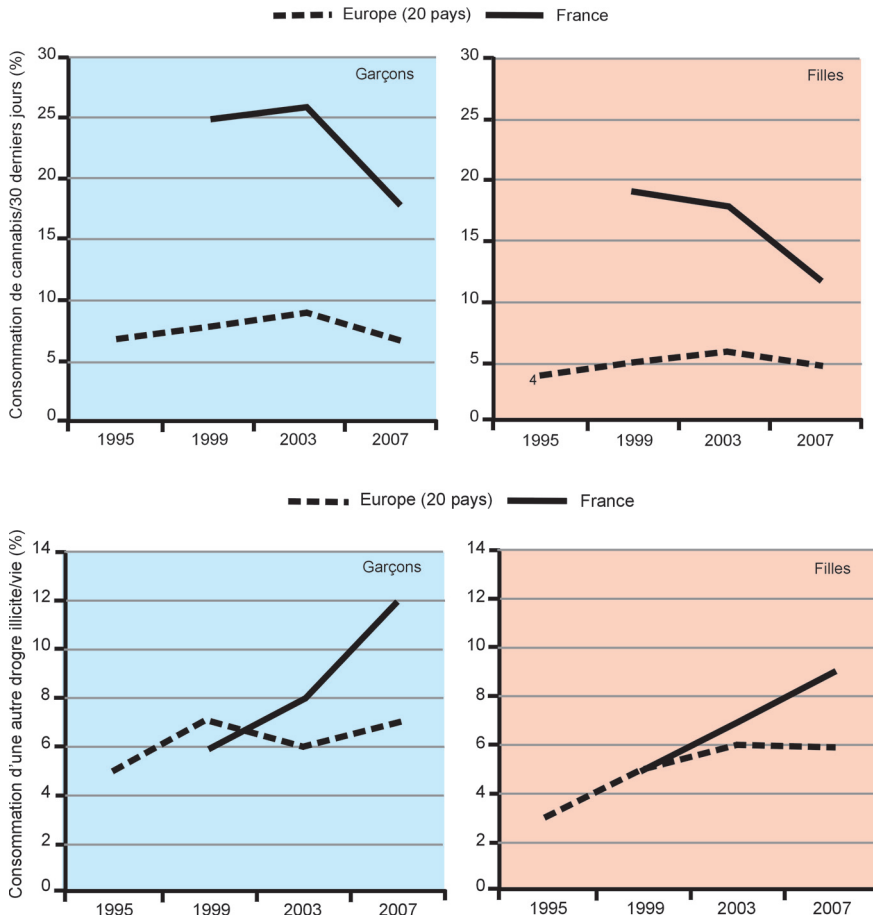


Figure 3.2 : Évolution des consommations de drogues en France et en Europe entre 1995 et 2007 chez les garçons et les filles de 16 ans (d'après Espad, OFDT/Inserm)

Profils des consommateurs de drogues en population générale

Les enquêtes en population générale, menées auprès d'échantillons représentatifs de l'ensemble de la population, nous permettent de décrire les caractéristiques des personnes expérimentant ou consommant des drogues.

Sexes

La consommation de drogues est dans l'ensemble un comportement plutôt masculin, et ceci d'autant plus que cette consommation est régulière. Les

usages réguliers d'alcool et surtout de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. De même, l'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un comportement plutôt masculin. Le tabagisme est en revanche un phénomène peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. On note les mêmes différences par sexe chez les jeunes avec quelques nuances : les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les psychotropes, moins importants pour le cannabis et inexistantes pour le tabac (OFDT, 2005 ; Legleye et coll., 2007 ; Beck et coll., 2008).

Âges

La consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite au cours de la vie.

L'expérimentation des principaux produits consommés régulièrement par les Français se fait au cours de l'adolescence, pour certains très tôt mais en majorité aux âges de fréquentation du collège. Parmi les jeunes interrogés sur cette question à l'âge de 17 ans, hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre, le tabac est le produit expérimenté le plus précocement : entre 13 et 14 ans en moyenne pour la première cigarette et avant 15 ans pour son usage quotidien. Le premier joint est fumé à 15 ans, âge moyen également de la première ivresse et de la première prise d'un médicament psychotrope. La première consommation de *poppers*, de champignons hallucinogènes, d'ecstasy, d'amphétamines ou de cocaïne, si elle survient, se situe en général entre 16 et 16 ans et demi. Pour les trois principaux produits consommés par les jeunes (tabac, cannabis et alcool), la diffusion des consommations au sein d'une génération est maximale entre 13 et 15 ans, âges stratégiques pour la prévention (OFDT, 2005 ; Legleye et coll., 2007 ; Beck et coll., 2008).

Statut scolaire et socioprofessionnel

Les comportements d'usage sont souvent différenciés selon le statut socioprofessionnel et scolaire des usagers (ou de leurs parents pour les plus jeunes).

Comme pour le tabac, la consommation d'alcool des élèves et des étudiants est moins fréquente que celle des actifs du même âge alors que les chômeurs en font un usage plus fréquent et plus souvent à risque (usage problématique d'alcool suivant les critères du test DETA¹³ et ivresses alcooliques) que les actifs du même âge. Cette surconsommation des chômeurs concerne également le cannabis. Pour ce produit en revanche, les étudiants apparaissent

13. Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est un outil utilisé pour détecter les troubles liés à la consommation d'alcool.

plutôt moins expérimentateurs que les actifs du même âge. Cependant, lorsque l'on considère des fréquences d'usage plus importantes, les prévalences d'usages des étudiants rejoignent celles des actifs du même âge. Parmi l'ensemble des actifs, les différences entre les grandes catégories d'emploi sont relativement faibles quel que soit le produit considéré.

La consommation des jeunes apparaît dépendante de la situation sociale des parents. Toutes choses égales par ailleurs, les usages de substances psychoactives sont plus répandus parmi les jeunes issus de milieux familiaux privilégiés à l'exception de l'héroïne. Cela se vérifie pour le tabac, l'alcool (y compris les ivresses), le cannabis consommé régulièrement ainsi que pour l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne, même si ces produits sont moins diffusés.

Du point de vue du statut scolaire, les consommations de tabac, alcool, cannabis, cocaïne et ecstasy sont plus fréquentes chez les adolescents dont le parcours scolaire est difficile (jeunes sortis du système scolaire, ayant redoublé, en apprentissage ou en formation alternée par rapport aux élèves des filières générales classiques). Pour les plus âgés, si l'expérimentation du cannabis s'avère plus fréquente chez les personnes possédant au moins le baccalauréat, l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis (OFDT, 2005 ; Legleye et coll., 2007 ; Beck et coll., 2008).

Populations à fortes prévalences d'usage de drogues illicites

Certaines populations sont fortement consommatrices de drogues illicites. Elles ne peuvent pas être décrites par les enquêtes en population générale en raison à la fois des faibles prévalences des consommations de drogues illicites autres que le cannabis et de la précarisation qui caractérise parfois ces personnes et les rend impossible à atteindre par de telles enquêtes. L'observation et le suivi, par d'autres méthodes, de leur comportement, non représentatif de l'ensemble de la population française, sont néanmoins utiles pour mieux cerner les tendances de diffusion des différents produits et l'évolution des pratiques (Costes et Cadet-Taïrou, 2008 ; Costes, 2010) (tableau 3.I).

Tableau 3.I : Principales enquêtes auprès des usagers de drogues

Sources/ Organisme	Année	Nombre observations	Échantillon/ Taux de couverture	Champ/ Population	Type d'enquête
Nemo OFDT	2005-2006	5 657	CRC	Tout sanitaire + police	Multicentrique 6 villes
Recap OFDT	Annuel depuis 2005	25 832	Exhaustif 70 %	Csapa	Recueil permanent

Sources/ Organisme	Année	Nombre observations	Échantillon/ Taux de couverture	Champ/ Population	Type d'enquête
Ena-Caarud OFDT	2006, 2008	3 349	Exhaustif (1 semaine donnée) 80 %	Caarud	Biannuelle
Prelud OFDT	2001, 2003, 2005, 2006	1 017	Volontariat	Caarud	Multicentrique 6 villes
Oppidum CEIP	Annuel depuis 1995	3 743	Volontariat	Csapa et Caarud	Annuelle multicentrique
Coquelicot InVS	2004	1 462	Stratifié 75 %	Csapa, Caarud, médecine générale	Multicentrique 5 villes, renouvellement 2010
Methaville Inserm	2009 en cours	300 attendus	Randomisé	Csapa, médecine de ville Dépendant aux opioïdes	Multicentrique
Crack InVS/Inserm	2009 en cours	400	Plan de sondage	Caarud Crackeurs	IDF

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ; CRC : « capture/recapture méthode » ; Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions ; Ena-Caarud : Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ; IDF : Île-de-France ; Nemo : Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT sur les estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues ; Oppidum : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse ; PES : Programme d'échange de seringues ; Prelud : Enquête Première ligne usagers de drogues ; Recap : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Usagers problématiques de drogues

Il s'agit tout d'abord des toxicomanes. La définition opérationnelle retenue par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour « usager problématique de drogues » (UPD ; en anglais, PDU pour *Problematic Drug User*), qui a remplacé la terminologie de « toxicomane », est la suivante : usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans (EMCDDA, 1997 et 2004).

L'application des différentes méthodes d'estimation préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française fournit la fourchette d'estimations (valeurs communes aux intervalles de confiance des trois méthodes appliquées) suivante : entre 210 000 et 250 000 usagers problématiques de drogues en 2006 en France (tableau 3.II). Il est probable que cette estimation ne prenne que partiellement en compte les « usagers problématiques de drogues » socialement insérés, ces derniers échappant aux sources d'information (sanitaires ou répressives utilisées par les différentes méthodes) (Costes et coll., 2009).

Tableau 3.II : Estimation du nombre « d'usagers problématiques de drogues » en France en 2006 (d'après Costes, 2009)

Fourchette d'estimation retenue	210 000–250 000
Taux/1 000 hab. 15–64 ans	5,4–6,4
Estimation centrale	230 000
Taux/1 000 hab. 15–64 ans	5,9
dont :	
Usagers actifs d'héroïne (mois)	74 000
Taux/1 000 hab. 15–64 ans	1,9
Usagers voie intraveineuse (vie)	145 000
Taux/1 000 hab. 15–64 ans	3,7
Usagers actifs voie intraveineuse (mois)	81 000
Taux/1 000 hab. 15–64 ans	2,1

L'usage problématique de drogues est défini par l'OEDT : « la consommation de drogues injectables ou de longue durée / utilisation régulière d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines ».

Une grande majorité de cette population bénéficie d'une prise en charge sanitaire et sociale en rapport avec leur usage de drogues. On estime qu'environ 130 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés en 2007 (buprénorphine haut dosage dans 80 % des cas) et la file active annuelle des centres de soins spécialisés (Csapa pour Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) à 90 000 et celle des dispositifs d'accueil de première ligne (Caarud pour Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) à 40 000 ; ces formes de prise en charge n'étant pas exclusives. L'essentiel des connaissances que nous avons sur les usagers problématiques de drogues passe par le prisme de ces différentes formes de prise en charge (Palle et Vaissade, 2007 ; Chalumeau et coll., 2009 ; Costes et coll., 2009).

Concernant l'estimation du nombre d'usagers réguliers d'héroïne, en recherchant dans les différentes enquêtes la proportion de consommateurs d'héroïne et en l'appliquant au nombre d'usagers problématiques, on estime à près de 75 000 le nombre de consommateurs actifs (au cours du dernier mois) d'héroïne. La même approche concernant les usagers par voie intraveineuse donne un chiffre de 81 000 pour le nombre d'usagers par voie intraveineuse au cours du mois passé et de 145 000 au cours de la vie (Costes et coll., 2009).

Les usagers problématiques de drogues constituent une population hétérogène, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), relativement jeune en moyenne (âge moyen d'environ 35 ans) mais vieillissante, notamment pour les usagers en traitement. Elle est cependant alimentée par de nouvelles générations de jeunes (voire de très jeunes) usagers. Ces personnes souffrent fréquemment de troubles psychiatriques et connaissent souvent des difficultés sociales, notamment certaines populations très précarisées des centres-villes (SDF, squatters, étrangers en provenance d'Europe de l'Est ou d'Asie). L'observation des usages et des usagers de ces produits montre qu'au

cours des dernières années, parmi les usagers problématiques, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celle de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis sont fréquemment associées ; les usagers problématiques de drogues sont dans leur très grande majorité des polyconsommateurs de drogues illicites et licites (tableau 3.III). Avec la montée en charge des traitements de substitution aux opiacés, les médicaments de substitution – et plus particulièrement, la buprénorphine haut dosage (BHD) – occupent une place centrale dans la palette des produits consommés par les usagers problématiques de drogues, que ce soit dans le cadre d'un usage thérapeutique ou non thérapeutique. Selon les usagers eux-mêmes, la buprénorphine haut dosage est, en 2008, le produit qu'ils ressentent comme le plus problématique parmi l'ensemble de leurs consommations (OFDT, 2005 ; Cadet-Taïrou et coll., 2008 ; Costes et Cadet-Taïrou, 2008 ; OFDT¹⁴).

Tableau 3.III : Prévalence de consommation au cours du dernier mois parmi les usagers de drogues fréquentant le système sanitaire et social (d'après OFDT : Recap, 2007 ; Ena-Caarud, 2008)

	Nouveaux patients des centres spécialisés en 2007 (%)	Utilisateurs des structures de première ligne en 2008 (%)
Substances licites (hors médicaments)		
Tabac	47	nd
Alcool	37	63
Substances illicites		
Cannabis	37	72
Héroïne	47	20
Autres opiacés	3	nd
Cocaïne (poudre et <i>free-base</i>)	24	36
Crack (cocaïne base)	3	17
Ecstasy	5	11
Amphétamines	2	14
LSD	3	11
Kétamine	nd	7
Médicaments (usages thérapeutiques et non thérapeutiques)		
Méthadone	4	26
Buprénorphine haut dosage	11	40
Sulfates de morphine	nd	15
Benzodiazépines	6	28

Plusieurs produits consommés peuvent être cités pour une même personne ; la somme des pourcentages peut excéder 100 %

nd= non disponible

14. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. RECAP ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

Usagers de drogues de l'espace festif

Une autre population fortement consommatrice de drogues est celle des personnes fréquentant l'espace festif d'inspiration techno ou électro, c'est-à-dire les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (*free parties, rave parties, teknivals*) mais également commercial (clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno »). Si toutes les personnes qui fréquentent ce milieu ne sont pas usagères de drogues, on y observe cependant des prévalences d'usage beaucoup plus élevées que chez les personnes de même âge dans la population générale. La fréquence de la consommation de cocaïne s'y élève à 35 % au cours des 30 derniers jours, celle de l'ecstasy à 32 % alors que l'usage quotidien du cannabis concerne 40 % des personnes rencontrées dans cet espace. Cette population n'est pas homogène, mais varie selon les lieux fréquentés et selon sa proximité avec la « culture techno ». Ainsi, 4 usagers sur 5 qui fréquentent l'espace alternatif consomment au cours du mois au moins un produit illicite (hors cannabis) alors que cela concerne moins de la moitié des personnes rencontrées dans les bars ou les clubs qui organisent des soirées « techno ». L'intégration des usagers dans une forte culture « techno » tend en revanche à limiter l'usage de l'injection et l'utilisation anarchique des produits par rapport à ceux qui viennent essentiellement rechercher une défonce (Reynaud-Maurupt et coll., 2007 ; Cadet-Taïrou et coll., 2008 ; Costes, 2010).

Évolutions marquantes des dernières années

La France dispose depuis dix ans d'un dispositif national d'observation des tendances récentes et des nouvelles drogues (Trend) qui permet d'une part de dresser le constat des tendances de fond qui modifient fortement les contextes actuels des usages de drogues et d'autre part de mettre l'accent sur des phénomènes émergents pouvant revêtir encore un caractère marginal. On peut classer ces phénomènes en deux catégories : d'une part la modification et la diversification des populations concernées aux plans sociologique et géographique, et d'autre part des produits utilisés (Costes, 2010).

Les usages de plusieurs substances continuent à se diffuser hors des groupes initialement consommateurs. Après la cocaïne, l'héroïne (dans des proportions toutefois non comparables) étend « sa clientèle » vers des populations « socialement insérées », peu visibles des structures de soins ou de réduction des risques. Plusieurs éléments contextuels sous-tendent ce phénomène : la « généralisation » du poly-usage qui tend à banaliser l'expérimentation de nouveaux produits ; la présence, notamment en milieu festif techno, de jeunes « expérimentateurs » en recherche permanente de nouvelles expériences et enfin, l'accessibilité grandissante des produits par le biais de la progression du micro-traffic et du commerce sur Internet (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Du côté des plus précaires, les jeunes en errance, usagers de drogues et parfois mineurs, qui se retrouvent sans soutien après avoir quitté, de manière volontaire ou contrainte, le domicile familial ou sortis d'une institution sociale à leur majorité, sont décrits comme de plus en plus nombreux et de plus en plus visibles dans les Caarud. Adoptant pour certains des codes empruntés au courant techno, ils se caractérisent entre autres par une proportion importante de jeunes femmes et par des comportements fortement risqués (prostitution, injection avec partage important du matériel...) (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Les usages de drogues s'étendent récemment de manière marquée à partir des centres-villes vers des zones péri-urbaines et rurales. Une première modalité est la migration de certains usagers de drogues les plus précaires, des centres-villes vers les zones péri-urbaines ou de proche banlieue par le biais des déplacements de squats. D'autres personnes, déjà usagères de drogues, tendent à s'établir en zone rurale (par exemple, des personnes vivant de revenus sociaux s'installant en groupe dans des camions ou des maisons à loyer modique). Le développement du micro-traffic déjà évoqué joue là aussi un rôle majeur dans l'accessibilité aux produits en zones rurales (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Concernant les produits, notamment les stimulants, la diffusion de la cocaïne s'est poursuivie tout au long de cette dernière décennie. Au sein de cette tendance majeure, on constate, à moindre échelle, le développement continu de l'usage de la forme base (crack ou *free base*) qui permet de la consommer « fumée » (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

En matière de stimulants synthétiques, le déclin de l'intérêt pour le comprimé d'ecstasy, démodé, se poursuit au profit des formes poudre et cristal du MDMA (pour 3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine) et de l'amphétamine. Il semble que le cycle du comprimé d'ecstasy initié il y a une dizaine d'années soit en train de s'épuiser, phénomène favorisé par la piètre réputation de sa qualité (multiplication des faux « ecstasy ») et la vogue du sniff porté par la cocaïne. Cette appréciation doit être cependant tempérée par le fait que le comprimé reste encore la porte d'entrée de l'usage pour les jeunes, primo arrivants dans le monde festif. Cependant, la MDMA tend à être de plus en plus délaissée au profit des amphétamines (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Pour l'héroïne, après une certaine désaffection constatée au début des années 2000, on assiste depuis quelques années à un certain « retour ». La disponibilité du produit est en hausse. Outre les populations traditionnellement usagères au sein de l'espace urbain, des consommateurs souvent plus jeunes et plus insérés socialement sont apparus. De nouveaux espaces de consommation se sont développés comme la scène festive. L'essor du sniff comme mode d'administration et une moindre crainte de la dépendance, du fait des traitements de substitution, peuvent expliquer ce renouveau (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

S'agissant des produits plus confidentiels, on constate un usage élargi de GHB/GBL, c'est-à-dire hors des milieux majoritairement « gay » où il était traditionnellement consommé. Ces usages concernent désormais des populations souvent peu averties des dangers potentiels, ce qui a pu par exemple entraîner comme au début de l'année 2009 une série de comas (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Toujours en matière d'hallucinogènes, un essor relatif de l'usage et de la disponibilité de la kétamine est observé. Cet anesthésiant vétérinaire et humain était jusqu'ici consommé par des groupes restreints et marginalisés au sein de l'espace techno. Les observations montrent que, tout en restant peu fréquents, ces usages deviennent chez certains usagers plus réguliers. Elles relèvent également des injections rares, mais potentiellement à haut risque, de ce produit par voie-intramusculaire (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Dans un contexte général de polyconsommation, les médicaments détournés conservent une place centrale dans la palette des produits utilisés. Le marché illicite de la BHD, sous tension en raison des actions plus ou moins généralisées des CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), reste toujours actif, les trafiquants trouvant des parades à chaque nouvel obstacle. Ce produit est toujours très disponible sur le marché illicite. À une bien moindre échelle, et de manière localisée sur le territoire national, la Ritaline® s'installe dans le paysage des médicaments détournés (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Principaux risques ou dommages associés à l'usage de drogues en France

L'expertise collective est centrée sur les risques et dommages liés aux usages de drogues illicites, notamment la pathologie infectieuse. Il semble néanmoins important de situer ces risques et dommages spécifiques dans le contexte plus global des conséquences sanitaires et sociales de l'ensemble des addictions en France.

Drogues licites

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes au plan collectif. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Le tabagisme est considéré comme responsable d'environ 60 000 décès par an (2000), soit plus d'un décès sur neuf. Cette mortalité touche principalement les hommes (90 %), mais est en décroissance pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement, sur la même période, pour les femmes, suivant en cela,

avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations (OFDT, 2005 et 2009a ; OFDT¹⁵).

La consommation excessive et chronique d'alcool est directement à l'origine de certaines pathologies telles que la cirrhose du foie, les psychoses alcooliques ou le syndrome d'alcoolisation fœtal. Elle est également impliquée, à des degrés divers, dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (co-responsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides... Parmi les patients hospitalisés, les personnes à risque d'alcoolisation excessive, d'une part, et à risque de dépendance, d'autre part, représentaient respectivement 20 % et 7 % un jour donné en 2001. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France au début des années 2000 (2002-2005) a été estimé à environ 37 000, dont la moitié par psychoses alcooliques, cirrhose et cancers des voies aérodigestives supérieures. Le nombre de ces décès décroît depuis plusieurs décennies, évolution expliquée par la diminution continue de la consommation d'alcool observée en France depuis les années 1960 mais également par les progrès thérapeutiques. Le taux de mortalité par cirrhose du foie a été divisé par deux chez les hommes comme chez les femmes entre 1981 et 1999. La conduite sous influence d'alcool était responsable ces dernières années (2002-2003) de 2 200 décès par an, soit environ un tiers de l'ensemble des décès par accidents de la route (OFDT, 2005 et 2009a ; OFDT¹⁶).

Globalement, la mortalité masculine française liée au tabac et à l'alcool est une des plus élevées d'Europe.

Drogues illicites

Les dommages sanitaires liés à la consommation de drogues illicites sont d'un ordre de grandeur bien inférieur à ceux décrits précédemment pour le tabac et l'alcool. Ceci est dû notamment au caractère marginal des consommations de drogues illicites comparées à celles de tabac et d'alcool. Il faut toutefois noter que les caractéristiques des populations concernées sont profondément différentes, notamment du point de vue de l'âge : les dommages sanitaires liés aux drogues illicites touchent des populations bien plus jeunes que celles concernées par les produits licites.

Pour les drogues illicites, la plus grande part des dommages sanitaires constatés sont liés à la consommation d'opiacés et, dans une moindre mesure, de cocaïne, par utilisation de la voie intraveineuse. Il convient néanmoins de traiter du cas des consommateurs de cannabis, produit illicite le plus répandu.

15. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. Séries statistiques ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

16. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. Séries statistiques ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

La consommation de cannabis est surtout une consommation de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes mais son usage régulier concerne une population importante (1,2 million de personnes, estimation 2005). Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), test statistique de repérage des « usages problématiques » de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montrent des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont majorées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social (Costes, 2007).

Le cannabis ne provoque pas de décès par intoxication aiguë (surdoses) comme cela peut être le cas pour les opiacés, et les données visant à mesurer son impact sur la santé sont encore parcellaires. Il existe néanmoins une certitude sur l'implication du cannabis dans les accidents de la circulation routière et dans la survenue de certains cancers pulmonaires. D'après les estimations d'une étude récente, la conduite d'un véhicule sous influence du cannabis est à l'origine d'un peu plus de 200 décès par an. Il existe par ailleurs de fortes présomptions d'un rôle du cannabis dans la survenue de cancers des voies aérodigestives supérieures et de certaines pathologies vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, troubles du rythme cardiaque, déclenchement de l'infarctus du myocarde) et psychiatriques (troubles anxieux, syndromes psychotiques aigus régressifs, schizophrénies). D'autres effets pourraient être envisagés mais ils ne sont actuellement pas suffisamment documentés (Inserm, 2001 ; Costes, 2007).

Mode d'usages de drogues illicites à risque élevé : l'injection

Même si les risques liés aux usages de drogues illicites ne sont pas limités à l'utilisation de la voie intraveineuse, il n'en reste pas moins que ce mode d'administration augmente très sensiblement les risques pris pour la santé, notamment en matière de maladies infectieuses.

Chez les toxicomanes, l'injection intraveineuse était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Ce mode d'administration est aujourd'hui en régression tout particulièrement parmi les jeunes usagers de drogues (figure 3.3). En 2008, l'injection (au cours du mois passé) était pratiquée par 46 % des usagers de drogues fréquentant les structures d'accueil de première ligne (Caarud) et près de 16 % de ceux vus par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST/Csapa), une fois exclus les personnes prises en charge

principalement pour leur consommation de cannabis ; l'âge moyen à la première injection pour cette population est de 20,7 ans (OFDT, 2005 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010 ; OFDT¹⁷).

La diffusion de l'utilisation de la cocaïne chez les toxicomanes, notamment de la consommation par voie intraveineuse, pourrait être responsable d'un relâchement des règles de réduction des risques en raison du caractère compulsif que revêt l'injection de cocaïne. Il est à noter que la voie intraveineuse est pratiquée par quelques sous-groupes de consommateurs jeunes et marginalisés (Girard et coll., 2009 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010 ; Reynaud-Maurupt, à paraître).

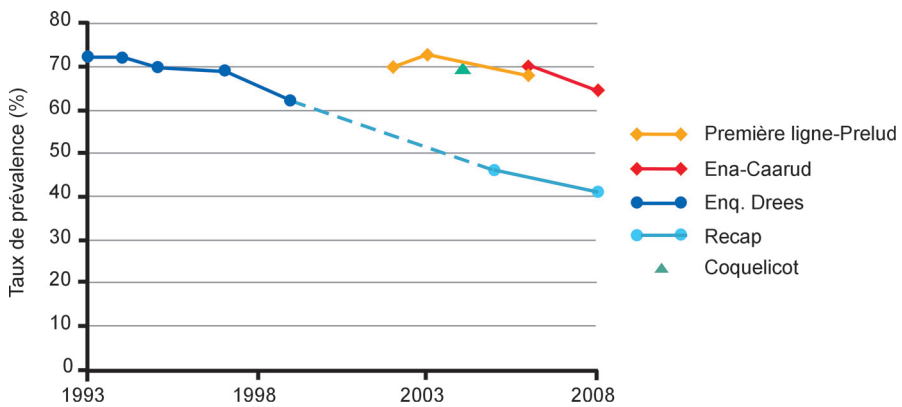


Figure 3.3 : Évolution du taux de prévalence de l'injection (vie) selon différentes sources (d'après OFDT et InVS pour Coquelicot)

De nombreux autres comportements à risque sont relevés dans les différentes enquêtes menées auprès d'usagers de drogues. Ainsi en 2008, parmi les usagers de drogues injecteurs vus en Caarud, 25 % déclarent avoir partagé un élément du matériel d'injection au cours du mois passé (seringue, cuillère, filtre, eau...) dont 9 % la seringue elle-même ; parmi les sniffeurs, 30 % ont partagé leur paille ; parmi les fumeurs (crack), 36 % ont partagé leur matériel ; enfin, un quart des usagers de drogues vus en Caarud a partagé un objet tranchant au cours d'une session de consommation. Les pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. De même, les femmes, à âge identique et précarité égale, partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes. Le partage du petit matériel semble également croître avec le degré de précarité (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

17. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. RECAP ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

Plusieurs éléments contextuels récemment observés accroissent les risques de transmission de l'hépatite C :

- les pratiques d'injection de groupe : le risque serait considérablement augmenté lors d'un usage en groupe. Si la plupart des usagers de drogues ont intégré la nécessité de ne pas partager la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient le produit en groupe et « pomperaient » du produit à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue, celle-ci ayant pu être déjà utilisée. L'ensemble du produit et le filtre seraient alors contaminés (Cadet-Tairou et coll., 2010) ;
- la consommation dans des lieux insalubres et dans la précipitation : elle serait notamment favorisée actuellement par la nécessité de consommer très vite le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur soi. Les usagers, refoulés des espaces de vente par les dealers, injecteraient dans des espaces publics peu propices (parking, cages d'escalier)... Ces injections précipitées seraient souvent ratées, et recommencées plusieurs fois. Le matériel stérile pourrait alors manquer. Fréquemment réalisées en groupe après un achat collectif du produit, elles seraient alors l'occasion d'interactions non contrôlées entre les usagers et de partage des virus. Un autre lieu majeur d'injection en espace insalubre est l'espace festif (Halfen et Gremy, 2009) ;
- l'injection de cocaïne : injectée, la cocaïne débouche sur des comportements compulsifs qui amènent les usagers de drogues à enchaîner les injections. Outre la difficulté des usagers à se procurer autant de matériel que nécessaire, l'état d'excitation et d'euphorie de l'utilisateur dans ces moments serait responsable d'un relâchement dans l'application des règles de réduction des risques (Cadet-Tairou et coll., 2010).

Maladies infectieuses liées aux usages de drogues illicites

Le nombre de nouveaux cas de sida attribués à l'usage de drogues par voie injectable connaît un maximum avec 1 495 cas en 1993 pour diminuer jusqu'à 51 en 2008. Les données de prévalence déclarée de l'infection par le VIH au sein de populations d'usagers de drogues en France dessinent une tendance décroissante depuis le début des années 1990, reflet d'une fréquence de plus en plus rare des nouvelles contaminations, époque où cette donnée commence à être documentée (figure 3.4), mais aussi conséquence de la mortalité liée au sida qui atteint, à cette époque, un niveau important. Ce ralentissement de l'épidémie liée au VIH pourrait s'expliquer notamment par la modification des pratiques des usagers de drogues, notamment la moindre fréquence de l'injection et le développement des stratégies de « réduction des risques » (diffusion de matériel d'injection stérile, traitements de substitution) (OFDT, 2005 ; Bello et coll., 2010 ; Cadet-Tairou et coll., 2010).

La prévalence de l'hépatite C, infection présente pour une majorité des usagers problématiques de drogues, reste à un niveau très élevé malgré certains signes récents pouvant laisser penser à une amorce de décroissance chez certaines populations (figure 3.4). Les données déclaratives, seules disponibles

pour observer des évolutions à ce jour en France, évoquent une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C en particulier chez les plus jeunes (OFDT, 2005 ; Jauffret-Roustide et coll., 2006 ; Cadet-Tairou et coll., 2010 ; Costes, 2010).

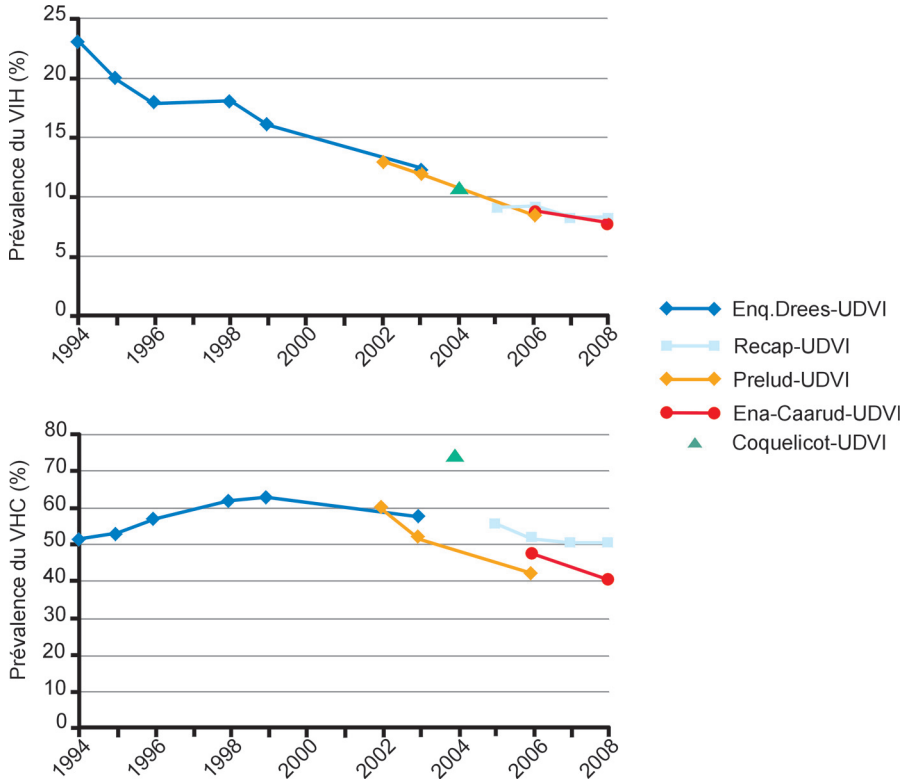


Figure 3.4 : Évolution de la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les établissements spécialisés (Csapa ou Caarud) entre 1994 et 2008 (d'après Drees, Enquête Novembre ; OFDT, Recap, Ena-Caarud ; InVS, Coquelicot)

Le dépistage de l'infection à VIH/VHC semble se généraliser pour la population des usagers de drogues vus par le dispositif sanitaire ou social. L'étude Ena-Caarud montre qu'en 2008, une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC. Parmi eux, seuls 13 % n'ont jamais pratiqué de test pour le dépistage du VHC et 16 % ne se sont jamais fait dépister pour le VIH. Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 9 % n'ont jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C et 8 % de test de dépistage pour le VIH. La part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps. Cependant, si les conduites à risque persistent, ces

dépistages sont rapidement obsolètes : pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

La prise en charge médicale de l'hépatite C semble également progresser pour la population des usagers drogues vus par le dispositif sanitaire ou social. En 2008, deux tiers des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne (70 %) s'étant déclarés positifs au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a ou a eu un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 (Cadet-Taïrou et coll., 2008 et 2010).

Mortalité attribuable à la consommation de drogues illicites

En matière de mortalité, nous ne disposons que de données très partielles qui ne permettent pas une estimation globale du nombre de décès attribuables à la consommation de drogues illicites, comme celles établies pour l'alcool et le tabac. Néanmoins, une étude rétrospective établit que les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge ; pour les femmes, ce sur-risque est doublé. Malgré leur lacune à documenter l'ampleur réelle de la mortalité, les données de routine permettent d'en suivre l'évolution. Le nombre de décès de toxicomanes a fortement décru depuis le milieu des années 1990. Ainsi, le nombre annuel de décès par surdose constatés par la police est passé de plus de 500 au milieu des années 1990 à moins de 100 au cours des dernières années. Néanmoins, une certaine reprise semble se dessiner ces dernières années (figure 3.5). Ainsi, le nombre de décès liés aux usages de drogues enregistrés par l'Inserm (CepiDc) a augmenté de 30 % au cours des sept dernières années. Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie injectable a également fortement diminué entre 1994 et 1997 (332 cas en 1997). Cette baisse s'est poursuivie, à un rythme plus lent ensuite (69 cas en 2006) (OFDT, 2005 et 2009b ; OFDT¹⁸ ; Janssen et Palles, 2010).

18. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. Séries statistiques; Disponible à : <http://www.ofdt.fr>.

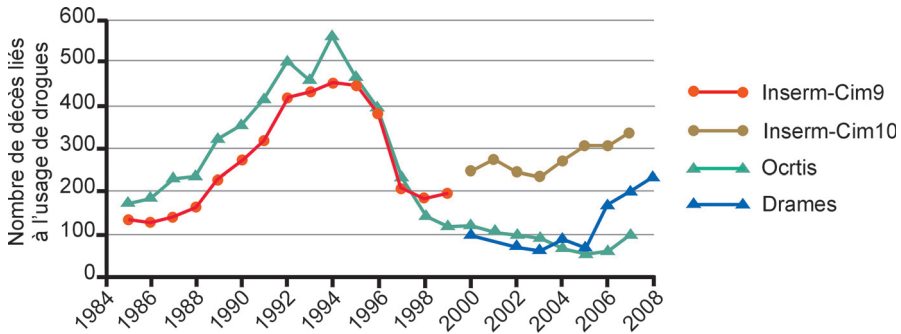


Figure 3.5 : Évolution du nombre de décès liés aux usages de drogues en France (d'après Inserm, Ocrtis, CEIP)

Autres dommages sanitaires et sociaux liés aux drogues illicites

La connaissance que l'on a de la santé des usagers de drogues est dépendante des indicateurs accessibles et des priorités de santé publique. Ainsi, les pathologies concentrant l'attention des politiques sont plutôt bien documentées – pathologies infectieuses (VIH, VHC) et leurs facteurs de risque, décès directement liés à l'usage de drogues – tandis que d'autres aspects de la santé de ces populations (infections bactériennes, état de santé général, morbidité psychique) qui suscitent moins d'intérêt collectif, ou sont plus difficiles à mesurer, ne sont que peu ou pas documentés (Bello et coll., 2010).

Les usagers de drogues injecteurs rencontrent fréquemment d'autres problèmes somatiques que des infections virales : morbidité infectieuse (bronchites, rhumes, abcès...), mais également pathologies de l'appareil locomoteur (douleurs, fractures, violences, accidents...), problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères cutanés...) ou encore pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères gastro-duodénaux, pathologies du foie...), problèmes cardiaques (tableau 3.IV). Les pratiques d'injection peuvent parfois entraîner des pathologies infectieuses lourdes telles que : septicémies, endocardites, arthrites. Environ un tiers des usagers de drogues vus par les Caarud se perçoit en mauvaise ou très mauvaise santé sur le plan physique (Cadet-Tairou et coll., 2008).

Tableau 3.IV : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne (d'après Prelud, 2006 ; Trend/OFDT)

Conséquences de l'injection	Injection de BHD dans le mois (N=239)	Injection mais pas de BHD (N=43)	Ensemble (N=282)
Abcès cutanés	36	19	33
Difficultés à l'injection	68	49	65
Poussière (poussée fébrile)	31	23	30
Bleus, hématomes	56	44	54
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46	30	44
Gonflement des mains	43	21	40
Gonflement des pieds ou des jambes	16	7	15

BHD : Buprénorphine haut-dosage

Des surdoses non mortelles sont également fréquemment rapportées : 7 % des usagers de drogues vus en 2008 en Caarud déclarent avoir connu au moins un épisode dans l'année de perte de connaissance après consommation (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Les comorbidités psychiatriques chez les toxicomanes sont fréquentes mais ce fait n'est pas solidement quantifié en France. Les états d'angoisse, la dépression, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques observés peuvent préexister et éventuellement être aggravés ou révélés par l'usage de produits ou être consécutifs à cette consommation.

Les symptômes psychiques occupent en effet une place importante parmi les problèmes de santé cités spontanément par les usagers des Caarud ; 45 % d'entre eux se perçoivent en mauvaise santé psychique et cette proportion s'accroît avec l'âge. Ils évoquent notamment la dépression, les pulsions suicidaires, l'angoisse ou des épisodes de délire (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST/Csapa), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie pour un motif autre que le sevrage. Un quart des usagers (24 %) a déjà fait une tentative de suicide (OFDT¹⁹).

Précarité sociale

Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale.

Les usagers qui ont fréquenté en 2008 les structures de réduction des risques présentaient une vulnérabilité sociale importante :

19. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. RECAP ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

- parmi eux, la moitié (49,3 %) connaissait des conditions de logement instables : 60 % d'entre eux étaient sans domicile fixe ou vivaient en squat, tandis que les autres disposaient d'un mode de logement provisoire ;
- seul un usager sur cinq disposait d'un salaire ou d'allocations de chômage (21,8 %). Plus de la moitié (51,7 %) percevait un revenu social : le RMI ou revenu minimum d'insertion (35,2 %) ou une allocation adulte handicapé (13,9 %). Enfin, un autre quart ne disposait d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution) ;
- la moitié (50,2 %) était affiliée à l'Assurance Maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle). Dans l'ensemble, seuls 4,6 % des usagers des structures de première ligne n'avaient aucune couverture sociale, 2,9 % bénéficiaient de l'AME (Aide médicale d'état) ;
- sur le plan des acquis scolaires, 23,4 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du baccalauréat (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (63,6 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège ;
- si la grande majorité disposait de papiers d'identité valides (français ou étrangers), 11 % se trouvaient sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié se trouvait en France illégalement, l'autre moitié ayant égaré ou s'étant fait voler ses documents d'identité (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Si le traitement de substitution a permis une sortie de la précarité pour un certain nombre d'usagers de drogues, les dispositifs de réduction des risques ont vu, en particulier depuis 2002, de nouveaux groupes de populations précaires recourir à leurs services. Il s'agit de « jeunes errants » dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou des migrants totalement démunis, notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces usagers de drogues adoptent souvent des conduites d'usage radicales (poly-usage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité souvent extrêmes, et se rapprochent peu des systèmes de soins. Ainsi, la nouvelle génération d'usagers des Caarud (de moins de 25 ans) est celle qui partage le plus le matériel d'injection (entre deux à trois fois plus selon l'élément concerné que les 35 ans et plus). Entre 2006 et 2008, on assiste d'ailleurs à une stagnation – voire à une légère remontée – de la prévalence du partage récent chez les usagers des Caarud. Ces nouveaux usagers précaires cumulent d'autant plus les risques sanitaires qu'ils méconnaissent les pratiques de réduction des risques et qu'ils recourent fréquemment à la prostitution. En 2008, le dispositif Trend signale, parmi les groupes les plus précaires, des injections pratiquées collectivement en urgence (pour ne pas être porteurs du produit et donc coupables d'une infraction) réalisées dans des conditions sanitaires dramatiques où les contaminations paraissent inévitables. Enfin, parmi les jeunes désaffiliés, la présence croissante d'une population féminine observée également par le dispositif Trend depuis 2002 pose des questions spécifiques sur le plan socio-sanitaire : violences, infections, grossesses non désirées, prostitution... (Cadet-Taïrou et coll., 2010 ; Costes, 2010).

Conséquences judiciaires

Les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), pour usage simple, sont en forte progression quasi continue depuis 20 ans. En 2008, 148 000 interpellations pour usage de stupéfiants ont été enregistrées, dans 9 cas sur 10 relatives au cannabis. Ces interpellations aboutissent dans 1 cas sur 10 à une condamnation pour une peine qui peut aller jusqu'à de la prison ferme (dans une minorité de cas). Les classements sans suite ou les alternatives aux poursuites sont donc très majoritairement l'aboutissement d'une procédure d'ILS (OFDT²⁰ ; OCRTIS, 2009).

Les difficultés judiciaires sont très fréquemment rencontrées par les usagers de drogues. En 2008, 38 % des usagers de drogues pris en charge en centre de soin spécialisé ont déjà connu un épisode d'incarcération et parmi eux, un quart a connu au moins 4 antécédents d'incarcération. Les usagers qui fréquentent les Caarud ont également de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2008, 17,4 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année, proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées. Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psychosociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces épisodes (OFDT²¹ ; Chalumeau, 2010).

En conclusion, la connaissance que nous avons aujourd'hui de l'état de santé des usagers de drogues s'est notablement renforcée, ce qui nous permet de faire le constat d'une amélioration de leur état de santé pour une majorité des usagers de drogues depuis le milieu des années 1990. Cette amélioration concerne principalement les contaminations par le VIH et les décès par surdose. Elle doit être relativisée par l'aspect encore lacunaire de notre connaissance sur ce sujet. Il n'y a encore que trop peu de données disponibles sur les problèmes somatiques autres que les infections virales, la comorbidité psychiatrique et les problèmes sociaux auxquels sont confrontés ces populations. À côté d'une population vieillissante d'anciens héroïnomanes, poly-consommateurs et très largement bénéficiaires de traitements de substitution, on voit apparaître ces dernières années de nouveaux groupes – jeunes errants désaffiliés, moins jeunes usagers très marginalisés, Français ou migrants, femmes ou hommes – qui viennent élargir la palette des substances utilisées et des modalités d'usage mais aussi mettre en relief la dimension sociale du phénomène des drogues. Au-delà des questions que posent la difficulté de leur existence et la manière d'y pallier, la précarité sociale, avec ses conséquences

20. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. Séries statistiques ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

21. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). www.ofdt.fr. RECAP ; Disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr>.

en termes de faible accessibilité à l'information et aux dispositifs médico-sociaux, est un enjeu majeur pour le développement d'une stratégie de réduction des risques.

BIBLIOGRAPHIE

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In : Baromètre santé 2005. BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A (ed). INPES, Saint-Denis, 2008 : 169-221

BELLO PY, CADET-TAIROU A, HALPHEN S. L'état de santé des usagers problématiques. In : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. COSTES JM (ed). OFDT, Saint-Denis, 2010 : 38-50

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, TOUFIK A, EVRARD I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2008, 189p

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 280p

CHALUMEAU M. Les CAARUD en 2008 : Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. OFDT, Focus, juillet 2010, 21p

CHALUMEAU M, STAWINSKI A, TOUFIK A, CADET-TAIROU A. Les Caarud en 2006 et 2007 : Analyse nationale des rapports d'activité, 2009, 21p

COSTES JM. Cannabis, données essentielles. OFDT, 232, Saint-Denis, 2007

COSTES JM. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. *Tendances* 2009, 69 : 1-4

COSTES JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 194p

COSTES JM, CADET-TAIROU A. État des lieux sur les consommations de drogues licites et illicites en France. Cahiers de la Sécurité, 2008. 5 (Dossier : Le fléau de la drogue) : 31-43

COSTES JM, CADET-TAIROU A, THIRION X, BELLO PY, PALLE C. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - Estimations 2006. OFDT, Saint-Denis, 2009, 29p

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION). Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. EMCDDA. 272, Lisbon, 1997

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION). EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines; key epidemiological indicator: prevalence of problem drug use. EMCDDA, Lisbon, 2004, 47p

GIRARD G, BOSCHER G, CHALUMEAU M. Les pratiques d'injection en milieu festif : État des lieux en 2008. Saint-Denis, 2009

HALPHEN S, GREMY I. Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2008, TREND. ORS Ile-de-France, OFDT, Paris, 2009

HIBELL B, GUTTORMSSON U, AHLSTRÖM S, BALAKIREVA O, BJARNASON T, et coll. The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries. 2009, Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN. 406

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM). Cannabis Quels effets sur le comportement et la santé ? Collection Expertise collective, Éditions Inserm, 2001, 429p

JANSSEN E, PALLE C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. *Tendances* 2010, 2010 : 1-4

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH* 2006, 33 : 244-247

LEGLEYE S, SPILKA S, LE NEZET O. Drogues à l'adolescence en 2005 – Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. OFDT, Saint-Denis, 2007, 77p

LEGLEYE S, BECK F. Alcool: une baisse sensible des niveaux de consommation. *In* : Baromètre santé 2005. BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A (eds). INPES, Saint-Denis, 2008 : 113-154

LEGLEYE S, SPILKA S, LE NEZET O, LAFFITEAU C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT. *Tendances* 2009, 66 : 1-6

OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte. 202, 2005

OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Drogues, chiffres clés. OFDT, Saint-Denis, 2009a, 6p

OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, FRANCE, new development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis, 2009b

OFFICE CENTRAL POUR LA REPRESSION DU TRAFIC ILLICITE DES STUPEFIANTS (OCRTIS). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. OCRTIS, Nanterre, 2009

PALLE C, VAISSADE L. Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. *Tendances* 2007, 54 : 1-6

PERETTI-WATEL P, BECK F, WILQUIN JL. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. *In* : Baromètre santé 2005. BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A (eds). INPES, Saint-Denis, 2008 : 77-110

REYNAUD-MAURUPT C. Les usages de la cocaïne en 2006-2007 chez les consommateurs « cachés » : Pratiques, carrières et motivations des usagers non identifiés par le système de prise en charge sanitaire et social. OFDT, Saint-Denis, à paraître

REYNAUD-MAURUPT C, CHAKER S, CLAVERIE O, MONZEL M, MOREAU C, et coll. Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques ». OFDT, Saint-Denis, 2007, 143p

SILKA S, HASSLER C, LEGLEYE S, MORIN D, BECK F, CHOQUET M. Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe. *La Santé de l'Homme* 2006, 383 : 43-46

4

Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues

Les consommateurs de substances psychoactives, susceptibles d'avoir un comportement à risques et donc de bénéficier d'une intervention en terme de réduction de ces risques, présentent fréquemment des troubles de la santé mentale. Classiquement, ces troubles qui sont, soit des troubles de l'humeur, soit des troubles du comportement, soit des troubles de la personnalité, soit des troubles psychotiques, sont préexistants à l'usage de drogues, ou au contraire sont générés par les consommations. Il peut également exister une vulnérabilité partagée pour ces troubles et l'usage de drogues. La notion de double diagnostic (et de comorbidité) renvoie bien à cette coexistence de troubles psychiatriques et addictifs chez une personne. De nombreux travaux ont tenté de cerner les différents aspects de ces troubles, tant qualitativement, qu'en terme de prévalence, et peuvent être résumés par les données présentées dans ce chapitre.

Usage de drogue et comorbidité psychiatrique

Il existe une forte association entre dépendance aux drogues et troubles de l'humeur ou anxiété généralisée (Compton et coll., 2007 ; Martins et coll., 2009). Parmi les usagers de drogues, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique (Kessler et coll., 1996 ; Farrell et coll., 2001 ; Chiang et coll., 2007). Un patient dépendant à l'héroïne sur trois serait déprimé et la prévalence vie entière de la dépression chez ces patients se situerait entre 60 % et 90 % (Maremmanni et coll., 2003). Le fait de présenter une conduite addictive augmente le risque de multiplier les troubles psychiatriques chez un même sujet, le risque le plus élevé apparaissant en cas de dépendance aux drogues (12 % de sujets présentant au moins deux troubles psychiatriques associés contre 1 % chez les sujets ne présentant pas de dépendance aux drogues) (Farrell et coll., 2001).

De même, les comorbidités addictives sont fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques. En population générale (Regier et coll., 1990), environ 15 % des sujets présentant un trouble psychiatrique « vie entière » présentent ou auraient présenté un usage de drogues, les

prévalences les plus élevées apparaissant chez les patients schizophrènes et bipolaires (Bryant et coll., 1992 ; Soyka et coll., 1993 ; Ries et coll., 1994 ; Kessler et coll., 1996 ; Swofford et coll., 2000 ; Graham et coll., 2001). Les patients schizophrènes présentent ainsi un risque plus élevé d'abus/dépendance à l'alcool (OR=3,3) et d'abus/dépendance aux drogues (OR=6,2) que les sujets en population générale (Regier et coll., 1990). Les patients présentant un trouble bipolaire auraient 5 fois plus de risque de présenter un trouble lié à l'usage de substances (Regier et coll., 1990).

Risque infectieux et morbidité psychiatrique

De nombreux travaux ont évalué les risques infectieux (dont tuberculose, syphilis...) chez les patients atteints de pathologies psychiatriques. Dans le champ des infections virales à transmission parentérale, la prévalence de l'hépatite C est plus élevée parmi les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques. Elle était de 8,5 % dans une population de 1 556 patients admis entre 1998 et 2000 dans un établissement psychiatrique public américain. Les patients retrouvés séropositifs pour le virus de l'hépatite C présentaient plus fréquemment un diagnostic d'abus ou de dépendance aux drogues (Dinwiddie et coll., 2003). La prévalence du virus de l'hépatite C a été évaluée à 8,2 % dans une population de patients schizophrènes (Freudenreich et coll., 2007) et 7,5 % dans une population de 1 074 patients schizophrènes et schizo-affectifs (Carney et coll., 2006). Dans une étude rétrospective récente portant sur une population de vétérans américains pris en charge par le système de soins (n=325 410) quel qu'en soit la raison, le risque relatif d'être séropositif pour le VHC des patients souffrant de troubles bipolaires mais ne présentant aucun antécédents d'abus ou dépendances aux substances psychoactives était 1,3 fois celui de la population témoin constituée de vétérans ne présentant ni trouble bipolaire ni usage de drogues. Il a été recommandé de considérer tous les patients souffrant de trouble bipolaire de l'humeur comme étant à risque d'être infectés par le VHC et de leur proposer systématiquement un dépistage (Matthews et coll., 2008). Le diagnostic de psychose ou des antécédents traumatiques ont également été associés à une contamination par le VHC (Cividini et coll., 1997).

En France, peu de données sont disponibles. Eveillard retrouvait une séroprévalence de 6 % (VHC) parmi des patients admis en psychiatrie en 1995-1996 (Eveillard et coll., 1999). En population générale, cette prévalence était estimée à 0,84 % en 2004.

Cumul de risques

Les antécédents fréquents d'usage de drogues chez les patients concernés suggèrent une contamination surtout par voie intraveineuse mais la responsabilité de pratiques sexuelles à haut risque est également évoquée (Rosenberg et coll., 2001 ; Dinwiddie et coll., 2003). Par ailleurs, une contamination par d'autres usages à risques de substances psychoactives (sniffing, échange de matériel d'injection, de pipes à crack...) ou la promiscuité chez les patients institutionnalisés (partage de rasoirs, brosses à dents...) est probablement également à considérer dans cette population.

En ce qui concerne le VIH, Leucht et coll. (2007), dans une revue de la littérature de 1966 à 2006 portant sur la prévalence des affections somatiques associées à un diagnostic de trouble schizophrénique, retrouvaient des prévalences systématiquement plus élevées qu'en population générale. Celles-ci variaient de 1,3 à 22,9 % selon les pays, les populations et les méthodologies utilisées. Les prévalences les plus élevées chez les sujets présentant des troubles psychiatriques sévères sont retrouvées pour ceux sans domiciles fixes et/ou usagers de drogues (Meade et Sikkema, 2005). Les facteurs habituellement considérés comme responsables de cette surreprésentation du VIH chez les sujets présentant des troubles psychiatriques sévères sont la fréquence élevée d'usage de drogues, des rapports sexuels plus fréquemment à risque (absence d'usage de préservatifs, prostitution, partenaires multiples) et une moins bonne connaissance du VIH (Meade et Sikkema, 2005 ; Leucht et coll., 2007). Les antécédents d'usage de drogues par voie intraveineuse sont fréquents chez les patients schizophrènes, concernant dans certaines enquêtes jusqu'à 20 % des sujets (Horwath et coll., 1996 ; Grassi et coll., 1999), avec un partage de seringues élevé (Davidson et coll., 2001).

Différents types de facteurs, plus ou moins intercorrélés, seraient associés à une prise de risque sexuelle ou liée à l'usage de drogues vis-à-vis du VIH : la nature des troubles psychiatriques (diagnostic de schizophrénie associé à une moindre prise de risque que les troubles de l'humeur ou les sujets présentant un trouble de personnalité *borderline* ou antisociale...), l'usage d'alcool ou de drogues (notamment chez les sujets impulsifs ou en recherche de sensations), des abus durant l'enfance (en particulier sexuels), l'existence de troubles cognitivo-comportementaux et le faible soutien social (Meade et Sikkema, 2005).

Morbidités psychiatriques chez les patients infectés

La prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les sujets atteints par le VIH (Bing et coll., 2001), le VHC surtout traités mais également non traités (Loftis et coll., 2006), ainsi que chez les sujets co-infectés, qu'en population générale (Hilsabeck et coll., 2005). Les troubles les plus

fréquemment retrouvés dans les deux affections sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Low-Beer et coll., 2000 ; Kraus et coll., 2003 ; Constant et coll., 2005 ; Raison et coll., 2005). Une fréquence plus élevée de troubles psychiatriques n'est cependant qu'inconstamment retrouvée chez les sujets co-infectés comparativement aux sujets mono-infectés (Hilsabeck et coll., 2005), des études complémentaires paraissant nécessaires (Douaihy et coll., 2008). L'expression somatique des troubles psychiques pourrait être plus marquée chez les sujets co-infectés que chez les mono-infectés, et les troubles cognitifs, plus fréquents (Douaihy et coll., 2008).

Les troubles dépressifs (Ammassari et coll., 2004 ; Villes et coll., 2007) et les troubles anxieux (Tucker et coll., 2003), en particulier chez les femmes (Roux et coll., 2009) sont associés à une moins bonne observance aux traitements antirétroviraux chez les sujets infectés par le VIH, de même que l'usage associé de substances psychoactives (Tucker et coll., 2003 ; Ingersoll, 2004). Ils sont également associés à une réponse plus lente et à des échecs plus fréquents chez les patients initiant un traitement antirétroviral (Pence et coll., 2007). Les troubles psychiatriques, en particulier lorsqu'ils coexistent avec des troubles addictifs, accentuent sans doute le retard dans l'accès aux soins et limitent la réponse au traitement, essentiellement en raison d'une mauvaise adhérence aux traitements antirétroviraux.

Au cours du traitement de l'hépatite C, lorsqu'un cadre thérapeutique structuré associant prévention et prise en charge des troubles psychiatriques chez les usagers de drogues est mis en place conjointement à la prise en charge des conduites addictives, les niveaux de réponses virale prolongée ne diffèrent pas des groupes témoins. Une prescription plus fréquente d'antidépresseurs et un ajustement des posologies de traitement de substitution est en revanche, plus souvent nécessaire (Zanini et Lanzini, 2009).

Les usagers de drogues présentant des troubles psychiatriques associés présentent plus de comportement à risque vis-à-vis du VIH (et du VHC), à type de partage de matériel d'injection ou rapports sexuels non protégés, que ceux ne présentant pas de comorbidités psychiatriques (King et coll., 2000). La dépression a été identifiée comme un facteur associé au partage de seringues lors de pratiques d'injection (Mandell et coll., 1999). Une étude française (Carrieri et coll., 2003) l'a associé en particulier au mésusage par voie injectable de buprénorphine haut dosage, de même que les antécédents d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide (Roux et coll., 2008). Ce lien entre comportement à risque et trouble psychiatriques est cependant inconstant.

En conclusion, la prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les usagers de drogues et réciproquement. Les prévalences du VIH et du VHC sont également plus importantes dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale, en raison d'antécédents addictologiques et de pratiques sexuelles à risque plus fréquents.

Un dépistage systématiquement proposé des affections virales ainsi que des

prises en charges addictologiques adaptées et intégrées se justifient pleinement chez les sujets présentant des troubles psychiatriques graves.

Chez les sujets infectés par le VIH et/ou le VHC, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes, en particulier lors du traitement de l'hépatite C, conditionnant la qualité de vie mais aussi l'observance pour les antirétroviraux et le traitement anti-hépatite C.

Les troubles psychiatriques sont également associés au maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogues, qu'il s'agisse des pratiques d'injection ou des rapports sexuels, bien que ce lien soit moins constamment retrouvé.

La maladie mentale est donc un facteur majeur, aggravant de risques déjà existants, dans tous les secteurs du comportement, ou évoque un « sur-risque » (sexuel, viral, consommation de drogue ou d'alcool). La capacité d'autorégulation et d'apprentissage de ces patients est parfois moindre que pour des usagers considérés sans comorbidité psychiatrique. L'isolement social est souvent accentué. *A contrario*, lorsqu'il existe une prise en charge adaptée, le cadre (psychothérapeutique, médicamenteux) est renforçateur et bénéfique.

La question de la réduction des risques chez les usagers de drogues passe donc par l'appréhension des troubles de la santé mentale qui interfèrent en tant que facteurs de poursuite de la prise de risques, ou pour ce qui est de l'accès à des lieux ou procédures de réduction des risques. Une évaluation psychiatrique minimale doit pouvoir être faite par les équipes d'accueil. Dans certains cas, c'est bien une prise en charge spécialisée, avec médicaments adaptés, qui peut permettre une baisse globale des attitudes et situations de danger pour une personne donnée. Dans d'autres cas, la prise de conscience des difficultés psychiques rencontrées peut « simplement » permettre d'aménager l'accueil ou les procédures de prévention pour les rendre accessibles aux usagers considérés.

BIBLIOGRAPHIE

AMMASSARI A, ANTINORI A, ALOISI MS, TROTTA MP, MURRI R, et coll. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics* 2004, **45** : 394-402

BING EG, BURNAM MA, LONGSHORE D, FLEISHMAN JA, SHERBOURNE CD, et coll. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001, **58** : 721-728

BRYANT KJ, ROUNSAVILLE B, SPITZER RL, WILLIAMS JB. Reliability of dual diagnosis. Substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992, **180** : 251-257

CARNEY CP, JONES L, WOOLSON RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006, **21** : 1133-1137

CARRIERI MP, REY D, LOUNDOU A, LEPEU G, SOBEL A, et coll. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug Alcohol Depend* 2003, **72** : 13-21

CHIANG SC, CHAN HY, CHANG YY, SUN HJ, CHEN WJ, CHEN CK. Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007, **61** : 105-111

CIVIDINI A, PISTORIO A, REGAZZETTI A, CERINO A, TINELLI C, et coll. Hepatitis C virus infection among institutionalised psychiatric patients: a regression analysis of indicators of risk. *J Hepatol* 1997, **27** : 455-463

COMPTON WM, THOMAS YF, STINSON FS, GRANT BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007, **64** : 566-576

CONSTANT A, CASTERA L, DANTZER R, COUZIGOU P, DE LEDINGHEN V, et coll. Mood alterations during interferon-alfa therapy in patients with chronic hepatitis C: evidence for an overlap between manic/hypomanic and depressive symptoms. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 1050-1057

DAVIDSON S, JUDD F, JOLLEY D, HOCKING B, THOMPSON S, HYLAND B. Risk factors for HIV/AIDS and hepatitis C among the chronic mentally ill. *Aust N Z J Psychiatry* 2001, **35** : 203-209

DINWIDDIE SH, SHICKER L, NEWMAN T. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 172-174

DOUAIHY A, HILSABECK RC, AZZAM P, JAIN A, DALEY DC. Neuropsychiatric aspects of coinfection with HIV and hepatitis C virus. *AIDS Read* 2008, **18** : 425-432, 438-439

EVEILLARD M, DAROUKH A, DESJARDINS P, LEGRAND S, ODZO-GAKALA M, BOURLIOUX P. Seroprevalence of hepatitis B and C viruses in a psychiatric institution. *Pathol Biol (Paris)* 1999, **47** : 543-548

FARRELL M, HOWES S, BEBBINGTON P, BRUGHA T, JENKINS R, et coll. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001, **179** : 432-437

FREUDENREICH O, GANDHI RT, WALSH JP, HENDERSON DC, GOFF DC. Hepatitis C in schizophrenia: screening experience in a community-dwelling clozapine cohort. *Psychosomatics* 2007, **48** : 405-411

GRAHAM HL, MASLIN J, COPELLO A, BIRCHWOOD M, MUESER K, et coll. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, **36** : 448-455

GRASSI L, PAVANATI M, CARDELLI R, FERRI S, PERON L. HIV-risk behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. *Psychol Med* 1999, **29** : 171-179

HILSABECK RC, CASTELLON SA, HINKIN CH. Neuropsychological aspects of coinfection with HIV and hepatitis C virus. *Clin Infect Dis* 2005, **41** (suppl. 1) : S38-44

HORWATH E, COURNOS F, MCKINNON K, GUIDO JR, HERMAN R. Illicit-drug injection among psychiatric patients without a primary substance use disorder. *Psychiatr Serv* 1996, **47** : 181-185

- INGERSOLL K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care* 2004, **16** : 199-211
- KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996, **66** : 17-31
- KING VL, KIDORF MS, STOLLER KB, BROONER RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis* 2000, **19** : 65-83
- KRAUS MR, SCHAFFER A, FALLER H, CSEF H, SCHEURLIN M. Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *J Clin Psychiatry* 2003, **64** : 708-714
- LEUCHT S, BURKARD T, HENDERSON J, MAJ M, SARTORIUS N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007, **116** : 317-333
- LOFTIS JM, MATTHEWS AM, HAUSER P. Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management. *Drugs* 2006, **66** : 155-174
- LOW-BEER S, CHAN K, YIP B, WOOD E, MONTANER JS, et coll. Depressive symptoms decline among persons on HIV protease inhibitors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000, **23** : 295-301
- MANDELL W, KIM J, LATKIN C, SUH T. Depressive symptoms, drug network, and their synergistic effect on needle-sharing behavior among street injection drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999, **25** : 117-127
- MAREMMANI I, PACINI M, LUBRANO S, LOVRECIC M, PERUGI G. Dual diagnosis heroin addicts. The clinical and therapeutic aspects. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2003, **5** : 7-98
- MARTINS SS, KEYES KM, STORR CL, ZHU H, CHILCOAT HD. Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 2009, **103** : 16-24
- MATTHEWS AM, HUCKANS MS, BLACKWELL AD, HAUSER P. Hepatitis C testing and infection rates in bipolar patients with and without comorbid substance use disorders. *Bipolar Disord* 2008, **10** : 266-270
- MEADE CS, SIKKEMA KJ. Voluntary HIV testing among adults with severe mental illness: frequency and associated factors. *AIDS Behav* 2005, **9** : 465-473
- PENCE BW, MILLER WC, GAYNES BN, ERON JJ JR. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007, **44** : 159-166
- RAISON CL, BORISOV AS, BROADWELL SD, CAPURON L, WOOLWINE BJ, et coll. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 41-48
- REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama* 1990, **264** : 2511-2518

RIES R, MULLEN M, COX G. Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994, **45** : 562-568

ROSENBERG SD, GOODMAN LA, OSHER FC, SWARTZ MS, ESSOCK SM, et coll. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health* 2001, **91** : 31-37

ROUX P, CARRIERI MP, MICHEL L, FUGON L, MARCELLIN F, et coll. Effect of anxiety symptoms on adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009, **70** : 1328-1329

ROUX P, VILLES V, BLANCHE J, BRY D, SPIRE B, et coll. Buprenorphine in primary care: Risk factors for treatment injection and implications for clinical management. *Drug Alcohol Depend* 2008, **97** : 105-113

SOYKA M, ALBUS M, KATHMANN N, FINELLI A, HOFSTETTER S, et coll. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, **242** : 362-372

SWOFFORD CD, SCHELLER-GILKEY G, MILLER AH, WOOLWINE B, MANCE R. Double jeopardy: schizophrenia and substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000, **26** : 343-353

TUCKER JS, BURNAM MA, SHERBOURNE CD, KUNG FY, GIFFORD AL. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 2003, **114** : 573-580

VILLES V, SPIRE B, LEWDEN C, PERRONNE C, BESNIER JM, et coll. The effect of depressive symptoms at ART initiation on HIV clinical progression and mortality: implications in clinical practice. *Antivir Ther* 2007, **12** : 1067-1074

ZANINI B, LANZINI A. Antiviral treatment for chronic hepatitis C in illicit drug users: a systematic review. *Antivir Ther* 2009, **14** : 467-479

5

Risques infectieux chez les usagers de drogues

L'usage de drogues est associé à des risques sociaux et à des risques sanitaires et parmi ces derniers, des risques sanitaires infectieux. Ceux-ci sont d'une grande diversité et peuvent être liés directement à la consommation de drogues en particulier à la transmission par voie veineuse ou injectable de virus, bactéries ou autres : VIH/sida, hépatites virales B et C, abcès/endocardite/septicémie, ophtalmomycose (Kim et coll., 2002), tétanos (Beeching et Crowcroft, 2005), botulisme (Barry et coll., 2009), charbon (Ramsay et coll., 2010 ; Ringertz et coll., 2000) ou aux conditions de vie des usagers : tuberculose et pneumopathies (Hind, 1990a et b), infections sexuellement transmissibles (Kanno et Zenilman, 2002), VIH/sida, hépatites virales B, C. Ce chapitre s'intéressera aux risques sanitaires infectieux chroniques (VIH/sida, hépatites virales B et C) chez les usagers de drogues.

Éléments épidémiologiques

Les enquêtes épidémiologiques, même si elles sont souvent de méthodologies très diverses rendant difficiles les comparaisons et la présentation des résultats, ont apporté un certain nombre d'éléments permettant l'établissement de tendances évolutives des épidémies de VIH, de VHC et de VHB dans les populations d'usagers de drogues.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Prévalence²², incidence²³ dans le monde, en Europe et en France

Deux indicateurs biologiques sont particulièrement utilisés pour étudier l'hépatite C. Le plus fréquemment utilisé est la présence d'anticorps anti-VHC qui signale un contact avec le virus sans distinguer les personnes guéries de celles encore porteuses. Un autre indicateur est la recherche d'ARN du VHC qui indique le portage du virus au moment où est réalisé le prélèvement.

22. La prévalence est le nombre de cas d'une maladie présents à un moment donné dans une population.

23. L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie, observés pendant une période et pour une population déterminée.

La description de l'épidémie de VHC dans le monde et en particulier chez les usagers de drogues n'est devenue possible qu'avec l'identification du virus en 1989 (Choo et coll., 1989) permettant la mise au point de tests diagnostiques. L'épidémie aurait commencé au décours de la seconde guerre mondiale (Alter, 2007) du fait d'un recours croissant aux traitements par voie injectable et du développement de l'usage de drogues par voie injectable. Une analyse *a posteriori* des sérums de patients admis pour une hépatite aiguë dans un hôpital australien entre 1971 et 1975 (Thomson et coll., 1998) objective la réalité d'une épidémie en développement touchant particulièrement les usagers de drogues par voie injectable. Parmi les 1 511 personnes étudiées, 17 % présentaient une hépatite C, cette proportion augmentant entre 1971 et 1975. Le risque relatif (RR) de présenter une sérologie positive pour le VHC est particulièrement élevé chez les usagers de drogues injecteurs (RR=33).

En 1999, l'OMS estime que 170 millions (OMS/WER, 1999) de personnes dans le monde dont 8,9 millions pour la région Europe de l'OMS sont infectées par le VHC, soit une prévalence globale de 3,1 % et de 1,03 % pour la région Europe de l'OMS (figure 5.1).

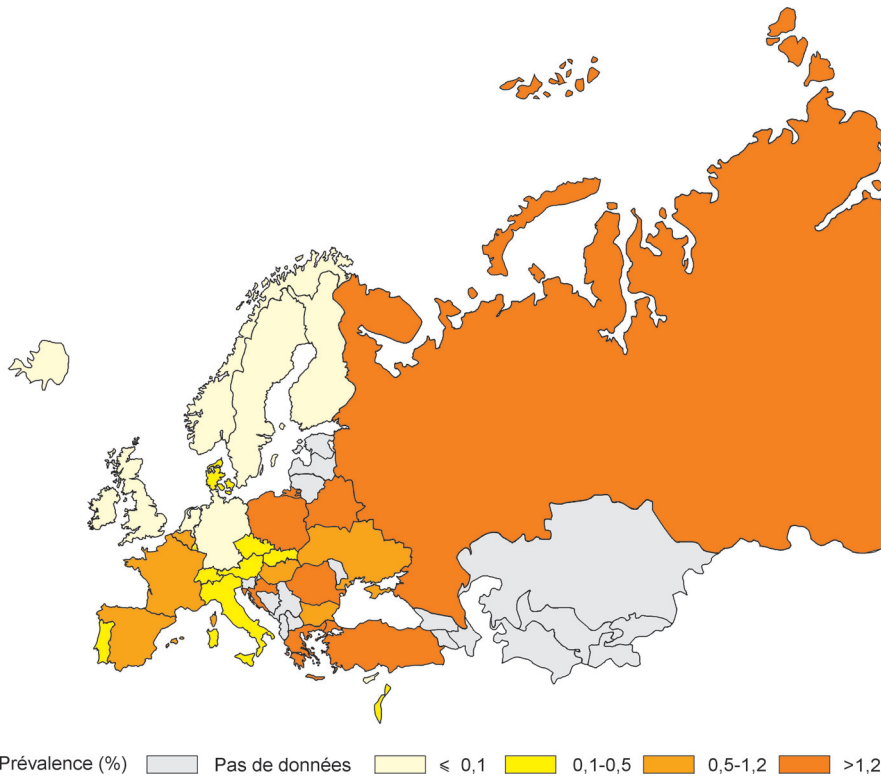


Figure 5.1 : Prévalence du virus de l'hépatite C en 1999 dans la région Europe OMS (d'après Mühlberger et coll., 2009)

Une revue des données disponibles (Mühlberger et coll., 2009) portant sur 22 pays (dont la France) de la région Europe de l'OMS calcule une prévalence VHC en 1999 entre 1,1 % et 1,3 % et une incidence annuelle moyenne de 6,19 cas d'hépatite C pour 100 000 personnes (IC 95 % [4,90-7,48]) pour la période 1997-2004.

Dans la région Europe de l'OMS, le VHC aurait été responsable de 86 000 décès en 2002, soit 35 % des décès par cirrhose et 32 % des décès par hépatocarcinome. En 2004, 6 411 greffes hépatiques ont été réalisées dans la région Europe de l'OMS et presque un quart (23 %) serait en lien avec une infection par le VHC.

En Espagne, en 2000, le VHC aurait été responsable de 70 % des décès par hépatocarcinomes et de 50 % des décès par cirrhose (García-Fulgueiras, 2009).

En France, il a été estimé qu'en 2001, 2 646 décès étaient imputables au VHC soit 4,5 décès pour 100 000 personnes (Marcellin et coll., 2008). Parmi les personnes décédées, 10,5 % étaient co-infectées par le VIH, 35 % consommaient excessivement de l'alcool, 95 % souffraient d'une cirrhose et 33 % d'un hépatocarcinome.

En France, en 2004 (Meffre et coll., 2010), la prévalence des anticorps anti-VHC en population générale âgée de 18 à 80 ans était de 0,84 % (IC 95 % [0,65-1,10]), soit 367 055 personnes (IC 95 % [269 361-464 750]) ayant été en contact avec le VHC. Parmi elles, 57,4 % (IC 95 % [43,2-70,5]) connaissaient leur statut sérologique. Cette connaissance était beaucoup plus élevée chez les anciens usagers de drogues par voie injectable (93,2 %) et les personnes transfusées avant 1992 (66,5 %) que chez les autres (25,6 %). L'ARN viral a été détecté chez 65 % (IC 95 % [50-78]) des sujets anti-VHC positifs correspondant à 232 196 sujets (IC 95 % [167 869-296 523]) infectés par le VHC (0,53 % de la population 18-80 ans) et pouvant le transmettre.

Entre 2001 et 2007, parmi les personnes dépistées positives récemment (Brouard et coll., 2009) prises en charge dans un centre de référence (9 184 personnes), la part des contaminations pour lesquelles le facteur de risque principal suspecté était l'usage de drogues par voie intraveineuse, est passée de 39,6 à 35,5 % chez les hommes et de 15,9 à 12,7 % chez les femmes tandis que celle des usagers de drogues par voie nasale est passé de 15,1 à 12,5 % chez les hommes et de 5,4 à 6,1 % chez les femmes.

En 2007, les usagers de drogues représentaient 57,2 % des hommes et 36,1 % des femmes parmi les personnes de moins de 50 ans récemment dépistées positives (Brouard et coll., 2009).

Prévalence, incidence du VHC chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Selon le rapport de l'OEDT (2009), le VHC est particulièrement présent dans toutes les populations d'usagers de drogues par voie injectable de l'Union

Européenne. En 2006-2007, les taux de prévalence d'anticorps anti-VHC au sein d'échantillons nationaux d'usagers de drogues par voie injectable restaient élevés, variant de 18 à 95 %. La moitié des pays faisaient état de taux supérieurs à 40 % (figure 5.2). À l'intérieur de chaque pays, les taux de prévalence du VHC pouvaient varier considérablement selon les régions ou les populations étudiées.

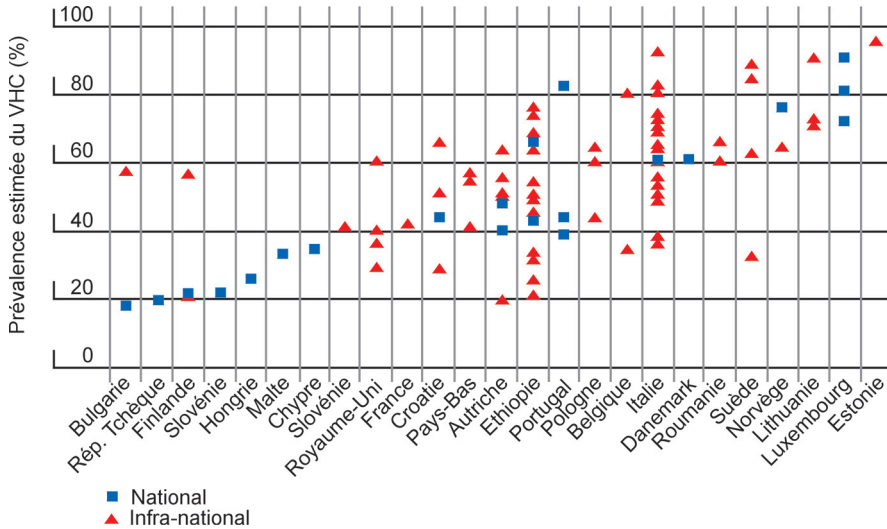


Figure 5.2 : Prévalence estimée du VHC chez des usagers de drogues par voie intraveineuse en 2006-2007 à partir d'études ayant une couverture nationale ou infra-nationale

(Source : OEDT, <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/drid>)

La prévalence observée parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse de moins de 25 ans et ceux s'injectant depuis moins de deux ans sert d'indicateur indirect de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Les études récentes (2006-2007) mettent en évidence des variations importantes au sein de l'Union Européenne suggérant des niveaux hétérogènes et pouvant être particulièrement élevés, de l'incidence du VHC.

En France, les estimations de prévalence du VHC par des études multicentriques récentes chez des usagers de drogues sur des échantillons biologiques étaient de 59,8 % en 2004 auprès de 1 462 personnes dont 70 % ayant pratiqué l'injection au cours de la vie (Jauffret-Roustide et coll., 2006) et en 2006, de 42 % chez 362 usagers de structures de première ligne ayant injecté au moins une fois dans la vie et de 7 % chez 138 usagers de structures de première ligne, usagers de drogues mais déclarant ne s'être jamais injectés (Cadet-Taïrou et coll., 2008). Toutefois les comparaisons de ces résultats restent délicates du fait de la diversité des recrutements géographiques, de

dispositifs, de méthodes de prélèvements (sang capillaire *versus* salive) et de stratégies d'enquête différents.

Depuis le début des années 2000, il semble que l'on observe un fléchissement de la prévalence de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues injecteurs en France (Bello, 2010) (figure 5.3). Cela pourrait s'expliquer par l'impact des mesures de santé publique prises en France et par des évolutions des pratiques des usagers de drogues. L'accessibilité du traitement antiviral a fait l'objet d'efforts importants. En 2008, 70,5 % des usagers des Caarud se déclarant séropositifs au VHC ont consulté dans l'année pour cette pathologie chronique et plus du quart est sous traitement (28,0 %) soit 5,5 % de plus qu'en 2006 (Toufik et coll., 2008 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010). Parallèlement, la pratique du dépistage se diffuse. Elle permet à l'utilisateur infecté de bénéficier d'un suivi et le cas échéant d'un traitement. La part des usagers de drogues rencontrés dans les Caarud n'ayant jamais pratiqué de dépistage du VHC a diminué. Cependant, la régularité des dépistages reste nécessaire tant que le risque persiste, et constitue un facteur efficace pour la précocité du suivi et la protection d'autrui. La part des dépistages récents s'est accrue pendant la décennie 2000 (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

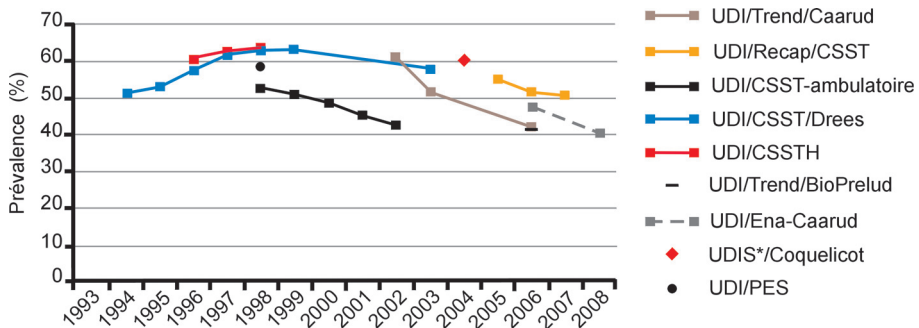


Figure 5.3 : Évolution de la prévalence déclarée ou biologique (Coquelicot et Bio/Prelud) de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en France (d'après Bello et coll., 2010)

UDIS : Usagers de drogues par voie intraveineuse ou sniff

Toutefois, la plupart de ces études s'appuient sur des données déclaratives des usagers, or, il est établi que la méconnaissance d'une séropositivité pour le VHC chez des personnes préalablement testées n'est pas rare, entraînant une sous-estimation de la prévalence réelle : 35 % en 1998 à Toulouse (Bello et coll., 1998) et 27 % en 2004 dans une étude française multicentrique (Jauffret-Roustide et coll., 2006).

Quatre synthèses de la littérature internationale sur l'incidence du VHC chez les usagers de drogues par voie injectable (Hagan, 1998 ; Hocking et coll., 2001 ; Roy et coll., 2002 ; Mathei et coll., 2002) ont étudié entre 20 et 100

publications. Les incidences médianes estimées par ces quatre publications sont de 9, 12, 16 et 16 pour 100 personnes-années.

Une étude longitudinale d'incidence de l'infection du VHC auprès d'une population d'usagers de drogues, menée entre 1999 et 2000 dans le Nord et l'Est de la France, a estimé cette incidence à 9 pour 100 personnes-années et à 11 pour 100 personnes-années parmi les injecteurs actifs c'est-à-dire ayant injecté au moins une fois dans les six mois précédents l'inclusion (Lucidarme et coll., 2004). Une extrapolation de ces résultats aux usagers de drogues injecteurs actifs présumés VHC négatifs estimait qu'à cette époque entre 2 700 et 4 400 nouveaux cas de contamination surviendraient en France chaque année (Emmanuelli et coll., 2003).

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Prévalence, incidence dans le monde, en Europe et en France chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Dans le monde, il est estimé (Mathers et coll., 2008) que parmi les 15,9 millions de personnes (entre 11,0 et 21,2 millions) qui recourent à des drogues par voie injectable, environ 3 millions (0,8 à 6,6 millions) seraient positives pour le VIH, les régions les plus concernées étant l'Europe orientale, l'Asie orientale et l'Asie du Sud-Est et l'Amérique Latine.

En Europe, la prévalence chez les usagers de drogues par voie injectable est au-dessus de 40 % en Ukraine et en Estonie et entre 20 et 40 % en Espagne et en Russie (Mathers et coll., 2008).

Depuis 2003, au sein de l'Union Européenne comme en France, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse diminue (OEDT Rapport 2009). Chez les usagers de drogues par voie injectable s'injectant depuis moins de deux ans, la prévalence du VIH est en-dessous de 10 % dans 15 pays de l'UE (dont la France) et au-dessus dans trois (Portugal, Estonie, Lettonie). À la fin 2007, l'incidence de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues par voie injectable restait apparemment faible dans la plupart des pays de l'Union Européenne (4,7 cas pour un million d'habitants). Toutefois, en Bulgarie et en Suède, le taux des nouvelles infections détectées a augmenté (passant en Bulgarie de 0,3 nouveau cas par million d'habitants en 2002 à 5,6 cas en 2007, et en Suède, de 3,5 nouveaux cas par million d'habitants en 2002 à un pic de 6,7 cas en 2007, avant de revenir aux niveaux précédents en 2008). Ces observations suggèrent la poursuite éventuelle d'épidémies parmi les usagers de drogues par voie d'injection. En Europe de l'Est la situation est particulièrement préoccupante (Wiessing et coll., 2008). L'Ukraine présente le plus grand nombre de cas d'infections par le VIH nouvellement rapportés chez les usagers par injection en 2007 (7 087 cas), suivie par l'Ouzbékistan (1 816 cas) et le Kazakhstan (1 246 cas), tandis qu'en 2006, la Russie a fait état de 11 161 nouveaux cas.

Selon l'OEDT (rapport 2009), la déclaration de taux de prévalence de plus de 5 % chez les jeunes usagers par injection (échantillons d'au moins 50 toxicomanes par voie injectée de moins de 25 ans) tend également à démontrer que la transmission du VIH se poursuit dans plusieurs pays : en Espagne (données nationales, 2006), en France (cinq villes, 2006), en Estonie (deux régions, 2005), en Lituanie (une ville, 2006) et en Pologne (une ville, 2005).

En France, la prévalence du VIH en population générale est difficile à déterminer. Des études de séroprévalence ont été menées jusqu'en 1997, le nombre total de personnes infectées par le VIH a été estimé à 105 000 (89 000-120 000) dont 27 000 usagers de drogues par voie veineuse (26%). Depuis, la prévalence est estimée par rétrocalcul à partir de l'incidence cumulée. En 2003, elle était évaluée à 97 000 (61 000-177 000).

D'après les données issues des déclarations obligatoires de cas de sida, le nombre de cas attribués à l'usage de drogues par voie injectable a connu un maximum en 1993 (1 495 nouveaux cas) pour diminuer jusqu'à 51 en 2008 (figure 5.4).

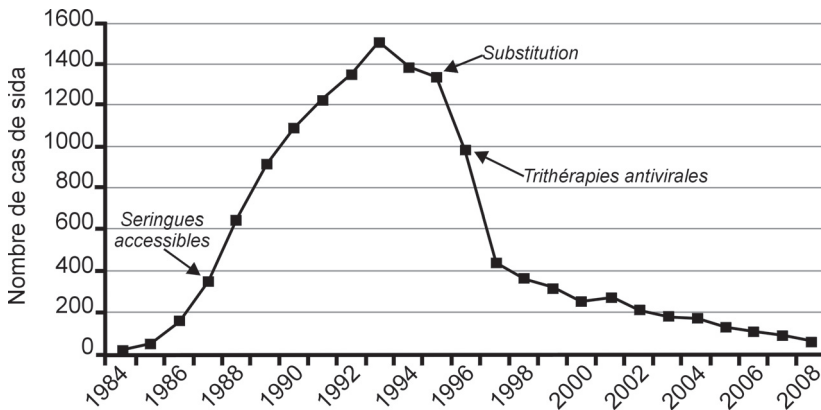


Figure 5.4 : Nombre de cas de sida chez des personnes contaminées par l'usage de drogues injectées, en France entre 1984 et 2008, données provisoires non redressées pour les délais de déclaration pour 2007 et 2008 (Données InVS, déclaration obligatoire du VIH 2008, d'après Bello et coll., 2010)

En France, les estimations de prévalence du VIH multicentriques récentes chez des usagers de drogues sur des échantillons biologiques étaient de 10,8 % en 2004 auprès de 1 462 personnes dont 70 % ayant pratiqué l'injection au cours de la vie (Jauffret-Roustide et coll., 2006) et en 2006, de 8,5 % chez 484 usagers de structures de première ligne dont 72 % ont injecté au moins une fois dans la vie (Cadet-Taïrou et coll., 2008). Toutefois les comparaisons de ces résultats restent délicates du fait de recrutements géographiques et de méthodes de prélèvements (sang capillaire *versus* salive) différents.

L'évolution des données de prévalence déclarée de l'infection par le VIH au sein de populations d'usagers de drogues en France (figure 5.5) au cours du temps dessine une tendance décroissante, reflet d'une fréquence de plus en plus rare des nouvelles contaminations.

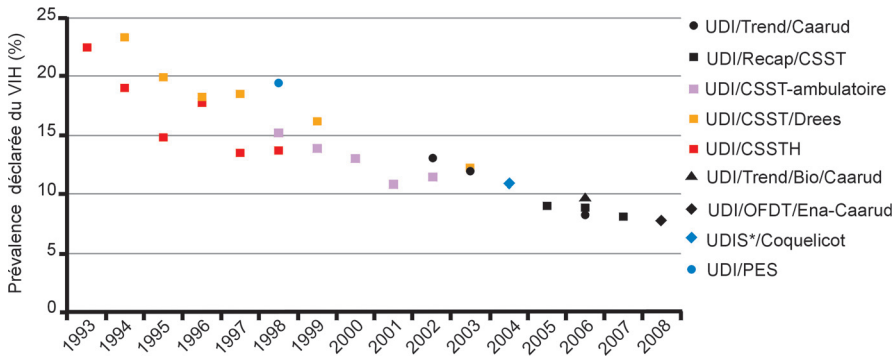


Figure 5.5 : Prévalence déclarée ou biologique (Coquelicot et Bio/Caarud) de l'infection à VIH chez les usagers de drogue en France de 1992 à 2008 (d'après Bello et coll., 2010)

Si ces évolutions sont satisfaisantes, le problème n'est pas complètement résolu. En effet, le taux de nouvelles contaminations par le VIH (LeVu, 2009) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de 18 à 69 ans en France estimé à 91 pour 100 000 usagers de drogues par voie intraveineuse (soit 70 contaminations) reste 18 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle du même âge.

Virus de l'hépatite B (VHB)

Prévalence, incidence dans le monde, en Europe et en France

Dans le monde, deux milliards de personnes ont été infectées par le virus de l'hépatite B (VHB), plus de 360 millions de personnes en sont porteuses chroniques et 600 000 personnes décèdent chaque année d'une pathologie secondaire au VHB (Shepard et coll., 2006).

Aux États-Unis, le nombre de cas estimés d'hépatite B aiguë a diminué de 82 % entre 1990 et 2007 pour atteindre une estimation de 1,5 cas pour 100 000 personnes en 2007 (Daniels et coll., 2009). L'incidence estimée la plus élevée se situe dans la tranche d'âge des 25-44 ans (2,9 pour 100 000).

Le nombre de cas notifiés de VHB dans l'Union Européenne et pays associés (*European Economic Area/ European Free Trade Association*) rapporté à la population a diminué au cours des dix dernières années de 6,7 cas pour 100 000 en 1995 à 1,5 cas pour 100 000 en 2005. En 2005, 6 977 nouveaux cas de VHB ont été notifiés (Rantala et Van de Laar, 2008). Le groupe le plus touché était celui des 25-44 ans. Les hommes étaient 1,8 fois plus touchés que les femmes.

En France métropolitaine en 2004, parmi les personnes âgées de 18 à 80 ans, la prévalence estimée de la présence d'anticorps anti-HBc était de 7,3 % (IC 95 % [6,5-8,2]) correspondant à 3,1 millions de personnes (IC 95 % [2,8-3,5]) ayant eu un contact avec le VHB (Meffre et coll., 2010). La prévalence de l'AgHBs (marqueur d'une infection active par le VHB) était de 0,65 %, soit 280 821 personnes touchées dont seules 44,8 % connaissent leur statut.

On estime le nombre annuel d'infections par le VHB durant la période 2004-2007 à 2 578 (IC 95 % [2 320-2845]), soit une incidence de 4,1 cas pour 100 000 habitants (IC 95 % [3,7-4,5]) (Antona, 2009). Les circonstances potentielles de contamination les plus souvent retrouvées dans les six mois précédant le diagnostic sont : les relations sexuelles à risque (35,7 %), les voyages en pays de moyenne ou forte endémie (21,9 %), l'exposition familiale (7,7 %), la vie en institution (4,4 %) et l'usage de drogues (2,3 %).

Il a été estimé qu'en 2001, 1 327 décès étaient imputables au VHB en France, soit 2,2 décès pour 100 000 personnes (Marcellin et coll., 2008). Parmi les personnes décédées, 11 % étaient co-infectées par le VIH, 15 % consommaient excessivement de l'alcool, 93 % souffraient d'une cirrhose et 35 % d'un hépatocarcinome.

Prévalence, incidence du VHB chez les usagers de drogues

Pour lutter contre le VHB, contrairement au VHC et au VIH, on dispose d'un vaccin efficace. Toutefois, en l'absence d'une politique systématique de vaccination contre l'hépatite B, la prévalence du VHB chez les usagers de drogues est plus élevée qu'au sein de la population générale. Elle est plus élevée chez les usagers de drogues par voie injectable que chez les usagers de drogues non injectables.

Selon l'OEDT (OEDT, 2009), en 2006-2007, trois des dix pays qui ont fourni des données biologiques ont fait état d'une prévalence d'anti-HBc de plus de 40 % chez les utilisateurs de drogues injectables.

Van Houdt et coll. (2009) décrivent l'évolution de l'hépatite B au sein d'une cohorte d'usagers de drogues à Amsterdam de 1985 à 2002. L'étude ne se poursuit pas au-delà puisqu'à partir de 2003 tous les participants à la cohorte sont vaccinés contre l'hépatite B. À l'inclusion, la prévalence des personnes positives aux anti-HBc était de 62 % chez les injecteurs et 26 % chez les non injecteurs (53 % globalement). L'incidence annuelle du VHB est restée relativement stable jusqu'en 1993 (5,9 pour 100 personnes-années) puis a diminué jusqu'à 0 pour 100 personnes-années en 2002. L'incidence cumulée sur treize ans était de 34 % chez les usagers de drogues par voie injectable et de 8 % chez les usagers de drogues non injectables. Une étude réalisée à partir d'un programme d'échange de seringues à Malmö (Mansson et coll., 2000) montrait un taux de séroconversion de 11,7 % par 100 personnes-années.

Les usagers de drogues auraient un taux d'hépatites B fulminantes plus important probablement du fait de leur exposition à des facteurs de potentialisation

de dommages hépatiques tels l'alcool ou une co-infection par le virus delta (Garfein et coll., 2004).

En France, les usagers de drogues ne connaissent pas bien leur statut pour le VHB. Par ailleurs, on ne dispose pas d'enquêtes multicentriques récentes avec prélèvements biologiques au sein de populations d'usagers de drogues permettant de disposer d'estimations de prévalence de l'infection et/ou du portage chronique du VHB. En 2004, dans une enquête multicentrique auprès de 1 462 usagers de drogues, 43 % déclaraient avoir été vaccinés contre le VHB, 47 % ne pas l'être et 10 % ne pas savoir leur statut (Jaufret-Roustide, et coll., 2009). En 2006, parmi 929 usagers de structures de première ligne, 36 % ignoraient leur statut, 8 % se déclaraient contaminés, 16 % non contaminés et 40 % vaccinés (Cadet-Tairou et coll., 2010) (tableau 5.I).

Tableau 5.I : Connaissance par les usagers des structures de première ligne de leur statut vis-à-vis du VHB en 2006 (d'après Cadet-Taïrou et coll., 2010)

	Effectifs N=929	Ensemble (%) N=929	<25 ans (%) N=237	De 25 à 34 ans (%) N=370	>34 ans (%) N=322
Vacciné	370	40	42	47	30
Non vacciné Non contaminé	151	16	15	16	18
Contaminé	73	7,9	2,1	4	17
Ne sais pas	335	36	41	33	36

Parmi les personnes se disant vaccinées²⁴ contre le VHB, 45 % déclaraient avoir reçu trois injections, 25 %, deux injections, 28 % une seule injection et 1 % aucune injection.

Plus les usagers sont jeunes, plus ils ont de chance d'avoir entamé une vaccination (tableau 5.II).

Tableau 5.II : Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne en 2006 (d'après Cadet-Tairou et coll., 2010)

	Ensemble (%) N=960	<25 ans (%) N=230	De 25 à 34 ans (%) N=390	>34 ans (%) N=370
0 injection	47	38	42	60
1 injection	19	26	20	12
2 injections	13	13	14	17
3 injections	21	23	24	15

Modalités de contamination et facteurs associés

Les facteurs de contamination possibles pour l'ensemble de la population (transfusion et produits sanguins avant 1992, exposition professionnelle, exposition nosocomiale...) par le VHC, le VIH et le VHB, restent relativement peu importants comparés aux modalités de contamination fréquentes que sont les usages de drogues par voie injectable.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Modalités de contamination

De 1995 à 2005, en Europe, les modalités de contamination vraisemblables les plus fréquentes, parmi les cas déclarés de personnes diagnostiquées avec une pathologie liée au VHC, sont l'usage de drogues par voie injectable et avoir été transfusé avant 1991 (Rantala et van de Laar, 2008). Selon une étude (Wiessing et coll., 2008) sur des cas de VHC de huit pays européens diagnostiqués au cours de la période 2003-2006, mis à part l'Allemagne (35 %) et la Croatie (53 %) la part d'usagers de drogues par voie injectable comme mode vraisemblable de contamination se situait entre 74 et 100 %.

En France, en 2004 (Meffre, 2010), en population générale âgée de 18 à 80 ans, les facteurs indépendamment associés à la présence d'anti-VHC étaient : l'usage de drogues par voie veineuse (OR=94,1 ; IC 95% [25,9-342,0]) ou nasale (OR=6,9 ; IC 95 % [2,2-21,3]), un antécédent de transfusion avant 1992 (OR=6,0 ; IC 95% [2,5-14,6]), un antécédent de tatouage (OR=2,3 ; IC 95 % [1,0-5,4]), le fait d'être bénéficiaire de la CMU complémentaire (OR=2,0 ; IC 95 % [1,0-4,3]), la naissance dans un pays de prévalence VHC au dessus de 2,5 %, et un âge supérieur à 29 ans.

Facteurs associés à une contamination chez les usagers de drogues injecteurs

Outre les facteurs de contamination possibles pour l'ensemble de la population, certains facteurs sont spécifiques ou plus fréquents chez les usagers de drogues. Parmi ces facteurs, certains sont indiscutables, d'autres font l'objet de débats scientifiques.

Le partage du ou des matériels pour la réalisation de l'injection (seringue et aiguille) ou de matériels de préparation du produit (filtre, cuillère, eau...) sont des facteurs de risque pour les personnes ayant recours à la voie injectable.

La contamination par le VHC survient rapidement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse après le début de la pratique de l'injection. À Melbourne entre 2005 et 2007, la prévalence du VHC au recrutement était de 70 % (Miller et coll., 2009). Elle était de 31 % chez les usagers de drogues par voie injectable qui s'injectaient depuis un an ou moins et de 53 % parmi ceux qui s'injectaient depuis une durée comprise entre un et deux ans.

Facteurs associés à une contamination chez les usagers de drogues n'ayant jamais pratiqué l'injection

L'injection et les pratiques qui y sont rattachées sont des modes majeurs de contamination. Toutefois, des contaminations surviennent chez des usagers de drogues déclarant n'avoir jamais eu recours à l'injection (usagers de drogues non injectables). De nombreuses études montrent des taux de prévalence du VHC chez des usagers de drogues non injectables très supérieurs à ceux des populations générales correspondantes. Scheinman et coll. (2007) ont identifié 28 études pertinentes sur ce thème entre janvier 1989 et janvier 2006. Ils constatent des taux de prévalence du VHC variant de 2,3 % à 35,3 %. Même s'il existe une hétérogénéité méthodologique, il apparaît certain que ces populations présentent une prévalence plus élevée que les populations non utilisatrices de drogues. Parmi 352 usagers de drogues non injectables d'Amsterdam recrutés entre 1985 et 2005, 6,3 % étaient positifs pour le VHC, l'incidence observée était de 0,49 pour 1 000 personnes-années (Van den Berg et coll., 2009).

Pour les usagers de drogues non injectables consommant par voie nasale, l'une des hypothèses est que le partage d'outils de consommation (pailles) permet une transmission. Il a été objectivé que le VHC est présent dans les muco­sités nasales d'une partie des personnes porteuses du VHC dans le sang (McMahon et coll., 2004 ; Aaron et coll., 2008) et sur les instruments servant à consommer (Aaron et coll., 2008) rendant la transmission par ce biais vraisemblable. Une étude portant sur 182 usagers de drogues non injectables pris en charge entre 2003 et 2004 montrait une prévalence de 12,6 %, les facteurs de risques associés étaient le partage de « *inhalation tube of crack cocaine* » (OR=3,6), la présence de tatouage (OR=3,5) et un âge supérieur ou égal à 34 ans (OR=3,9) (Macias et coll., 2008). Jauffret-Roustide et coll. (2009), au décours d'une analyse multivariée portant sur 1 462 usagers de drogues enquêtés en France en 2004 ont constaté une association entre le fait d'avoir consommé du crack dans le dernier mois et une contamination par le VHC (OR=2,65).

Neaigus et coll. (2007) ont suivi des usagers de drogues non injectables à New-York entre 1996 et 2003. L'incidence du VHC était de 2,7 pour 100 personnes-années. Les facteurs indépendamment associés à une infection sont liés à des pratiques sexuelles (être un homme qui reçoit de l'argent ou de la drogue en échange de relations sexuelles : OR=5,6 ; [1,2-25,6]) et à des pratiques de partage de matériel de consommation de crack (OR=4,5 ; IC 95% [1,5-13,2]). Une étude cas témoins menée en France, avec un recrutement entre 1997 et 2001 auprès de 460 personnes VHC positif sans facteur de risque clairement identifié, a mis en évidence une association avec l'usage de cocaïne par voie nasale (OR=4,5 ; IC 95% [1,6-13,3]) (Karmochkine et coll., 2006).

Transmission du VHC par tatouage

Parmi des jeunes errants canadiens, avoir plus d'un tatouage (OR=1,8 ; IC 95 % [0,95-3,6]) apparaissait marginalement associé au VHC, le risque principal étant l'injection (Roy et coll., 2001). Chez des usagers de drogues non injectables de New-York, il a été constaté une association des tatouages avec l'infection par le VHC (OR=2,2 ; IC 95 % [1,0-4,7]) (Gyarmathy et coll., 2002). Une autre étude, également chez des usagers de drogues non injectables, constate une association du VHC avec les tatouages faits par un ami, un proche ou une connaissance par rapport à l'absence de tatouage (7,3 % *versus* 3,4 % ; OR=3,61 ; IC 95% [1,15-11,26]) (Howe et coll., 2005). En France, en 2004, un antécédent de tatouage (OR=2,3 ; IC 95% [1,0-5,4]) était indépendamment associé au VHC (Meffre et coll., 2010). Par le biais d'une approche originale, Haley et Fischer (2003) montrent que l'usage de drogues par voie injectable est fortement associé à la fois à la survenue d'une hépatite aiguë (OR=5,9) et d'une sérologie positive au VHC (OR=7,2), tandis que le tatouage est fortement associé à une sérologie positive pour le VHC (OR=6,5) mais pas à la survenue d'une hépatite aiguë. Cette différence pourrait s'expliquer par la variabilité de l'inoculum (moindre en cas de tatouage). De toute évidence, au-delà de la réalisation d'un ou de plusieurs tatouages, ce sont les conditions de réalisation de ces tatouages qui vont déterminer une possible contamination par le VHC. En France, le rôle des tatouages dans les contaminations par le VHC devrait être réduit à l'avenir par la mise en place récente d'un cadre réglementaire (Décrets 2008-149 du 19 février 2008 et 2008-210 du 3 mars 2008). La population des usagers de drogues étant vraisemblablement concernée par les tatouages et en particulier les tatouages artisanaux, des outils d'information dédiés apparaissent nécessaires.

Conditions sociales

Des conditions sociales dégradées sont associées à la contamination par le VHC. Aux États-Unis, un revenu en dessous du seuil de pauvreté et une scolarité d'une durée inférieure à 12 ans étaient associés à une contamination par le VHC (Armstrong, 2006). Une étude canadienne (Kim, 2009) a mis en évidence qu'un habitat instable augmentait le risque de contamination par le VHC (RR=1,47 ; IC 95 % [1,02-2,13]). En France, le fait d'être bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et d'avoir fait une scolarité d'une durée inférieure à 12 ans sont des facteurs associés à une contamination par le VHC (Meffre et coll., 2010).

Toutefois, cette association ne doit pas faire supposer que des conditions sociales dégradées sont la cause d'une contamination, mais plutôt un indicateur de conditions favorisant la contamination. Ainsi, une étude des facteurs de risque de VHC parmi des sans domicile fixe (884) de la région de Los Angeles a montré une prévalence de 22 % et objectivé comme facteurs de

risque l'injection (25 fois plus que les non usagers de drogues par voie injectable) et l'usage récent de crack (1,5 fois plus) (Nyamathi et coll., 2002). En analyse multivariée les facteurs indépendamment associés au VHC étaient un âge de plus de 40 ans ; chez les usagers de drogues par voie injectable, l'usage quotidien récent de crack ; chez les usagers de drogues non injectables, vivre indépendamment avant 18 ans et l'usage quotidien récent d'alcool.

Transmission du VHC par voie sexuelle

La transmission sexuelle du VHC existe mais reste beaucoup plus rare que pour le VIH ou le VHB (Ghosn, 2005). Elle semble particulièrement faible chez des couples sérodifférents monogames strictes (Vandelli, 2004). Toutefois, certains facteurs semblent favoriser cette transmission : l'infection par le VIH (Ghosn et coll., 2006), la présence concomitante d'infections sexuellement transmissibles ulcéraives (Alter et coll., 1999), des pratiques sexuelles entraînant des lésions génitales (pénétration anale...). Dans deux études américaines (Alter et coll., 1999 ; Armstrong et coll., 2006) portant sur 21 241 et 15 079 personnes infectées par le VHC, la prévalence du VHC augmente avec le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie. Des études (Thomas, 1995 ; Van Doornum, 1991 ; Petersen et coll., 1992) auprès de personnes ayant de nombreux partenaires sexuels montrent une prévalence élevée du VHC. Une étude auprès de jeunes injecteurs (Neaigus et coll., 2007) identifie comme facteur indépendamment associé au VHC, chez des hommes déclarant ne pas partager leurs matériels d'injection, le fait d'avoir eu plus de 40 partenaires sexuels. L'investigation de 29 cas d'infection par le VHC chez des hommes (tous séropositifs pour le VIH) ayant des relations avec des hommes (Gambotti et coll., 2005) et sans facteur de risque habituel pour l'hépatite C, a mis en évidence une fréquence élevée de pratiques à risque (relations anales non protégées, *fisting*) et d'infections sexuellement transmissibles concomitantes (41 %).

Un grand nombre de partenaires sexuels, des pratiques à risque, la présence concomitante d'infections sexuellement transmissibles ulcéraives et une immunodépression acquise sont des facteurs qui pourraient faciliter la contamination par le VHC. Le possible recours à la prostitution chez certains usagers de drogues les expose plus particulièrement à des contaminations sexuelles.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Modalités de contamination

Le VIH se transmet par voie sexuelle, parentérale (injection de drogues, accident d'exposition au sang, injection médicale avec du matériel souillé...) et de la mère à l'enfant (principalement lors de l'accouchement et durant l'allaitement). Lors de rapports hétérosexuels, les femmes sont plus exposées que les hommes à une contamination par le VIH.

Facteurs associés chez les usagers de drogues

Parmi les usagers de drogues recourant à la voie injectable, c'est le partage de matériels d'injection (seringues, aiguilles, petit matériel) qui permet la contamination. Parmi les usagers de drogues, la promiscuité sexuelle pour obtenir des drogues ou de l'argent peut entraîner une contamination. Il existe des méthodes de prévention efficaces pour le risque sexuel (préservatif), les risques parentéraux (non partage de matériels d'injection) et la transmission mère-enfant (thérapie antivirale autour de l'accouchement, alimentation de substitutions).

Au sein de l'Union Européenne et de l'espace économique européen (rapport ECDC, 2009²⁵), 25 656 cas de contaminations par le VIH ont été notifiés en 2008, soit 61 cas par million de personnes (figure 5.6). Les relations sexuelles entre hommes sont à l'origine de 40 % des contaminations, les relations hétérosexuelles de 29 % et l'injection de drogues de 6 %. Dans la partie Est de la région Europe de l'OMS, la contamination par injection représente 45 % des contaminations. Entre 2004 et 2008, le nombre de cas liés à l'injection de drogues a diminué de 46 % au sein de l'Union européenne et de l'espace économique européen.

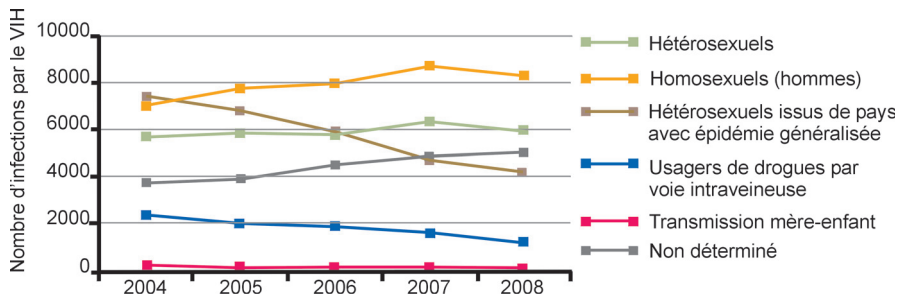


Figure 5.6 : Infections par le VIH en fonction des groupes^a et de l'origine de transmission, par année de diagnostic, dans les pays de l'Union européenne et de l'espace économique européen entre 2004 et 2008 (ECDC, 2009)

^a Les cas issus de pays ayant une épidémie généralisée sont exclus pour tous les groupes de transmission excepté pour « les cas hétérosexuels provenant de pays avec épidémie généralisée ».

En France, selon l'InVS (Cazein et coll., BEH-Web, 2009²⁶), parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2008, 60 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 37 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables. Les usagers de drogues injectables sont majoritairement

25. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0912_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf.

26. CAZEIN F, PILLONEL J, BOUSQUET V, IMOUNGA L, LE VU S, et coll. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida, France, 2008. BEH-Web 2009(2). Disponible en ligne : www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-2.htm.

de nationalité française (77 %), 10 % sont de nationalité d'un pays d'Europe de l'Est ou du Centre et 6 % d'Afrique du Nord. Leur nombre diminue depuis 2003. Parmi les diagnostics de sida en 2008 avec un mode de contamination renseigné, il s'agit de contamination hétérosexuelle pour 64 % des cas, homosexuelle pour 24 % et d'usage de drogues injectables pour 9 %. La diminution du nombre de cas de sida sur les dix dernières années se poursuit chez les usagers de drogues injectables.

Virus de l'hépatite B (VHB)

Modalités de contamination

Dans les pays avec une incidence moyenne ou élevée (fréquence du HBsAg ≥ 2 %), les modes de transmission les plus fréquents sont la transmission materno-fœtale et la transmission domiciliaire. En revanche, dans les pays de faible incidence, comme l'Europe occidentale, le VHB s'acquiert généralement par l'usage de drogues injectées, les relations sexuelles ou le *piercing* (Shepard et coll., 2006). Il y a des éléments, au moins au Danemark et aux Pays-Bas, en faveur d'une augmentation récente des contaminations VHB secondaires à des relations sexuelles (Cowan, 2005 ; Veldhuijzen et coll., 2005), mais l'injection reste le principal mode de transmission dans beaucoup de pays (Gay, 1999 ; Cowan, 2005 ; Judd et coll., 2007). Aux États-Unis entre 1990 et 2007 (Daniels et coll., 2009), lorsque le mode de contamination était connu, une contamination sexuelle était vraisemblable pour une majorité des personnes et 15% était rattaché à un usage de drogues par voie intraveineuse. En France, en 2004, en population générale âgée de 18 à 80 ans, les facteurs indépendamment associés à une infection passée par le VHB (anti-HBc +) étaient : l'usage de drogues par voie intraveineuse (OR=19,9 ; IC 95 % [7,5-53,1]), être un homme ayant eu des relations sexuelles avec un autre homme (OR=4,3 ; IC 95 % [5,1-40,2]), être bénéficiaire de la couverture médicale universelle complémentaire (OR=1,7 IC 95% [1,3-2,3]), avoir moins de 12 années de scolarité (OR=1,6 ; IC 95 % [1,2-2,3]), avoir été hospitalisé au moins trois mois en service psychiatrique (OR=2,3 ; IC 95 % [1,3-4,1]), être né dans un pays de forte endémicité (HbsAg > 2,0 %) pour le VHB, être âgé de plus de 29 ans et ne pas résider dans le nord-ouest de la France (Meffre et coll., 2010). La prévalence de l'HbsAg était plus élevée chez les hommes (1,1 %) que chez les femmes (0,21 %), chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (1,8 %) que chez les non bénéficiaires (0,57 %) et chez les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (5,25 %) que chez celles nées en France métropolitaine (0,55 %) (Meffre et coll., 2010).

Facteurs associés à une contamination chez les usagers de drogues

Comme pour le virus de l'hépatite C, la consommation de drogues par voie injectable est certainement responsable d'une grande partie des contaminations par le VHB chez les usagers de drogues par voie injectable. Parmi les

usagers de drogues non injectables, de multiples facteurs ont été évoqués tels le partage de matériels de consommation de drogues par voie nasale (paille...) ou fumée (pipe à crack...) ou encore des pratiques sexuelles à risque (nombre important de partenaires sexuels, relations anales insertives, pratiques favorisant les saignements...). La durée de l'usage de drogues apparaît comme un facteur fréquemment associé à une contamination par le VHB tant chez les usagers de drogues par voie injectable (Kuo et coll., 2004 ; Vallejo et coll., 2008 ; Miller et coll., 2009) que chez les usagers de drogues non injectables (Gyamathy et coll., 2002 ; Ferreira et coll., 2009).

Les facteurs associés à l'hépatite B ont été étudiés en analyse multivariée au sein de la cohorte d'usagers de drogues d'Amsterdam entre 1985 et 2002 (Van Houdt et coll., 2009). Une injection récente augmente le risque d'injection du VHB (RR= 6,8 [3,2-14,5]). Ce risque diminue en fonction de l'âge (RR=0,96) et quand l'usager de drogues s'est fait suivre récemment (RR=0,94) (lors de la visite, ils sont systématiquement vaccinés contre le VHB).

Transmission par voie sexuelle du VHB

Aux Pays-Bas en 2004, la plupart des cas identifiés d'hépatite B aiguë étaient liés à une transmission sexuelle, principalement homosexuelle et la part liée à l'usage de drogues semblait marginale (Van-Houdt et coll., 2007).

Au sein d'une population de 259 injecteurs de 18-30 ans et s'injectant depuis moins de sept ans, les facteurs de risques associés à une contamination par le VHB étaient le fait de s'être prostitué (hommes : OR=7,3 ; [2,1-25,6] ; femmes : OR=5,2 ; [1,1-24,6]) et chez les femmes uniquement le fait d'avoir eu un partenaire sexuel infecté par le VIH ou le VHC ou le VHB (Neaigus et coll., 2007).

Parmi une cohorte d'usagers de drogues non injectables new yorkais (Neaigus et coll., 2007) suivie entre 1996 et 2003, l'incidence du VHB était de 3,3 pour 100 personnes-années. Les usagers de drogues non injectables ont été probablement infectés par des contacts sexuels à risque. Les facteurs associés au VHB étaient : femme ayant des relations anales non protégées (OR=6,8), avoir des partenaires sexuels récents (OR=6,2) et être un homme ayant des partenaires sexuels masculins (OR=5,7). Une autre étude parmi des usagers de drogues non injectables en Hongrie (Gyamathy, 2002) montre une association du VHB avec des relations homosexuelles chez les hommes et un antécédent de syphilis.

Parmi 852 usagers de drogues non injectables brésiliens, le fait d'avoir eu plus de dix partenaires sexuels et de ne pas utiliser de préservatifs est associé à une contamination par le VHB (Ferreira et coll., 2009). Chez des usagers de drogues non injectables espagnols (Vallejo et coll., 2008), l'infection par le VHB était associée au sexe féminin (OR=2,6 ; IC 95 % [1,1-6,2]). Selon les auteurs, le sur-risque chez les femmes pourrait être lié aux pratiques prostitutionnelles et/ou aux relations sexuelles non protégées avec un partenaire

régulier qui s'injecte. Des résultats similaires sont obtenus dans une étude américaine (Kuo et coll., 2004) auprès d'usagers de drogues non injectables, le fait d'être une femme augmente de près de quatre fois le risque de contamination (OR=3,8 ; IC 95 % [1,3-11,2]), et les usagers de drogues non injectables qui ont plus de 11 années d'activité sexuelle ont un risque augmenté (OR=3,1 ; IC 95 % [1,1-9,2]).

Transmission du VHB par tatouages

Une étude brésilienne montre une augmentation du risque d'infection par le VHB en fonction du nombre de tatouages (OR=2,04 pour deux tatouages et OR=3,48 pour 3 tatouages ou plus) et une augmentation du risque d'infection par le VHB, le VHC ou le VIH en cas de tatouage réalisé par un non professionnel (Nishioka et coll., 2002). Ces auteurs insistent sur le fait de considérer les tatouages comme des marqueurs indirects de contamination par l'un de ces virus. Chez des usagers de drogues non injectables espagnols, l'infection par le VHB était lié au fait d'être tatoué (OR=3,1 ; IC [1,2-8,2]) (Vallejo, 2008). Selon les auteurs, les tatouages réalisés dans des conditions d'hygiène non drastiques sont susceptibles de transmettre l'hépatite B. Toutefois, cela est difficile à mettre en évidence chez les usagers de drogues par voie injectable du fait de l'importance de l'injection comme mode de contamination.

Contamination en détention

Plusieurs études étrangères récentes (Écosse : Champion et coll., 2004 ; Brésil : Burattini et coll., 2000) documentent le risque de contracter les virus VIH et/ou VHC en fonction du temps passé en prison et de la pratique d'injection. Une étude récente en Géorgie fait ressortir en analyse multivariée les facteurs d'âge, de durée d'incarcération (supérieure à 5 ans), des rapports homosexuels et de la dénutrition. Aux États-Unis, le risque de séroconversion VHC est évalué à 1,1 % par année de détention (Reindollar, 1999).

En France, l'enquête ANRS-Coquelicot (Jauffret-Roustide et coll., 2006 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009) menée auprès de 1 462 usagers de drogues montre que plus de la moitié (61 %) ont connu au moins une incarcération. Parmi ces usagers, 12 % disent avoir eu recours à une injection en prison, dont 30 % ont partagé leur seringue.

Les pratiques de tatouage sont fréquentes, 19 % des personnes détenues ont recours au tatouage pendant l'incarcération selon l'étude de Rotily (Rotily et Toubiana, 1994), notamment les usagers de drogues par voie intraveineuse qui le signalent pour 25 % *versus* 9 % chez les non usagers de drogues par voie intraveineuse, mais ces chiffres sont anciens. Des machines à tatouer sont retrouvées à l'occasion des fouilles. Toutefois, cette pratique semble perdre de l'importance.

Les risques sexuels pris avant l'incarcération apparaissent importants notamment chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Contraintes, consenties ou prétendument telles, les relations sexuelles en prison existent et apparaissent particulièrement exposées²⁷. Enfin, un cas de séroconversion VIH a pu être documenté (rapport sexuel non protégé) (Macher et coll., 2006), cette publication insiste particulièrement sur la nécessité de repérer les signes et les symptômes de la primo-infection.

Selon une étude américaine (Jafa et coll., 2009), les personnes en détention contaminées par le VIH ont pour facteurs de risque : relations sexuelles, tatouage, usages de drogues par voie injectable.

Une méta-analyse (Vescio et coll., 2008) rassemblant 30 études sur la prévalence du VHC chez des détenus montre que les usagers de drogues par voie intraveineuse ont 24 fois plus de risque d'être séropositifs pour le VHC que les non injecteurs. Chez les détenus VHC séropositifs, l'*odds-ratio* est 3 fois plus élevé chez les détenus tatoués par rapport à ceux non tatoués. Enfin, l'*odds-ratio* de séroprévalence VHC est plus élevé (1,44) chez les femmes que chez les hommes en raison d'un taux plus important d'incarcération chez les femmes lié à des comportements à risque de contamination par le VHC (prostitution, usage de drogue injectable ou de crack ou cocaïne).

En conclusion, en France, au cours des années 2000, on observe une poursuite de la baisse de la prévalence du VIH/sida entamée depuis le début des années 1990. Cette évolution satisfaisante de l'épidémie liée au VIH pourrait s'expliquer notamment par la moindre fréquence de l'injection et le développement des stratégies de « réduction des risques » (diffusion de matériel d'injection stérile, traitements de substitution, développement des structures de « première ligne »). La situation préoccupante constatée en Europe orientale et la persistance d'une surincidence du VIH chez les usagers de drogues par injection en France doivent inciter à poursuivre un travail de fond contre la survenue de nouvelles contaminations par le VIH.

Pour une part importante des usagers problématiques de drogues, la prévalence de l'hépatite C (VHC) reste à un niveau très élevé malgré des signes récents pouvant laisser penser à une amorce de décroissance chez certaines populations. La multiplicité des modes possibles de contaminations par le VHC ainsi que les caractéristiques du virus contribuent à cette situation insatisfaisante. Une poursuite et une diversification des actions de prévention de nouvelles contaminations sont plus que jamais nécessaires.

27. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Décembre 2000, 88p. Disponible à l'adresse : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000683/0000.pdf>.

BIBLIOGRAPHIE

AARON S, MCMAHON JM, MILANO D, TORRES L, CLATTS M, et coll. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis* 2008, **47** : 931-934

ALTER MJ, KRUSZON-MORAN D, NAINAN OV, MCQUILLAN G, GAO F. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *New England Journal of Medicine* 1999, **341** : 556-562

ALTER MJ. Epidemiology of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol* 2007, **13** : 436-441

ANTONA D, LETORT MJ, LEVY-BRUHL D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France. *BEH* 2009, **20-21** : 196-198

ARMSTRONG GL, WASLEY A, SIMARD EP, MCQUILLAN GM, KUHNERT WL, et coll. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med* 2006, **144** : 705-714

BARRY J, WARD M, COTTER S, MACDIARMADA J, HANNAN M, et coll. Botulism in injecting drug users, Dublin, Ireland, November-December 2008. *Euro Surveill* 2009, **14** : 1-3

BEECHING NJ, CROWCROFT NS. Tetanus in injecting drug users. *BMJ* 2005, **330** : 208-209

BELLO PY, PASQUIER C, GOURNEY P, GREATT . Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification de facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse. *BEH* 1998, 81-83

BELLO PY, CADET-TAÏROU A, HALFEN S. L'état de santé des usagers problématiques. In : Les usagers de drogues illicites en France depuis 1999 - Vus au travers du dispositif TREND. COSTES JM (ed). OFDT, Saint-Denis, 2010, 192p

BROUARD C, DELAROQUE-ASTAGNEAU E, MEFFRE C, PIOCHE C, SIVAIN C et coll. Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2000. *BEH* 2009, **20-21** : 199-204

BURATTINI M, MASSAD E, ROZMAN M, AZEVEDO R, CARVALHO H. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence of parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000, **34** : 431-436

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, TOUFIK A, EVRARD I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2008, 191p

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, et coll. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. COSTES JM (ed). OFDT, 2010, 281p

CADET-TAÏROU A, COQUELIN A. Profils et pratiques des usagers de drogues fréquentant les Caarud à partir de la deuxième édition de l'enquête nationale Ena-Caarud. OFDT, 2010

CHAMPION JK, TAYLOR A, HUTCHISON S, CAMERON S, MCMENAMIN J, et coll. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004, **159** : 514-519

CHOO QL, KUO G, WEINER AJ, OVERBY LR, BRADLEY DW, et coll. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 1989, **244** : 359-362

COWAN SA. Denmark decides not to introduce hepatitis B into the childhood vaccination programme. *Euro Surveill* 2005, **10** : E051103

DANIELS D, GRYTDAL S, WASLEY A. Surveillance for acute viral hepatitis - United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2009, **58** : 1-27

EMMANUELLI , JAUFFRET-ROUSTIDE M, BARIN F. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues en France 1993-2002. *BEH* 2003, **16-17** : 97-99

FERREIRA RC, RODRIGUES FP, TELES SA, LOPES CL, MOTTA-CASTRO AR, et coll. Prevalence of hepatitis B virus and risk factors in Brazilian non-injecting drug users. *J Med Virol* 2009, **81** : 602-609

GAMBOTTI L, BATISSE D, COLIN-DE-VERDIERE N, DELAROQUE-ASTAGNEAU E, DESEN-CLOS JC, et coll. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Euro Surveill* 2005, **10** : 115-117

GARCÍA-FULGUEIRAS A, GARCÍA-PINA R, GARCÍA-ORTÚZAR V. Health investigation investment and the burden of disease because of hepatitis B and C. *Rev Esp Salud Publica* 2009, **83** : 587-8, author reply 589-591

GARFEIN RS, BOWER WA, LONEY CM, HUTIN YJ, XIA GL, et coll. Factors associated with fulminant liver failure during an outbreak among injection drug users with acute hepatitis B. *Hepatology* 2004, **40** : 865-873

GAY NJ, HESKETH LM, OSBORNE KP, FARRINGTON CP, MORGAN-CAPNER P, et coll. The prevalence of hepatitis B infection in adults in England and Wales. *Epidemiol Infect* 1999, **122** : 133-138

GHOSN J, LERUEZ-VILLE M, CHAIX ML. Sexual transmission of hepatitis C virus. *Presse Med* 2005, **34** : 1034-1038

GHOSN J, DEVEAU C, GOUJARD C, GARRIGUE I, SAICHI N, et coll. Increase in hepatitis C virus incidence in HIV-1-infected patients followed up since primary infection. *Sex Transm Infect* 2006, **82** : 458-460

GYARMATHY VA, NEAIGUS A, MILLER M, FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC. Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002, **30** : 448-456

HAGAN H. Hepatitis C virus transmission dynamics in injection drug users. *Subst Use Misuse* 1998, **33** : 1197-1212

HALEY RW, FISCHER RP. The tattooing paradox: are studies of acute hepatitis adequate to identify routes of transmission of subclinical hepatitis C infection? *Arch Intern Med* 2003, **163** : 1095-1098

HIND CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax* 1990a, **45** : 891-898

HIND CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 2. Infective and HIV related complications. *Thorax* 1990b, **45** : 957-961

HOCKING J, RODGER A, RHODE D, CROFTS N. HIV seroconverters: using surveillance to characterise people with incident HIV infection in Victoria, Australia. *Eur J Epidemiol* 2001, **17** : 157-161

HOWE CJ, FULLER CM, OMPAD DC, GALEA S, KOBLIN B, et coll. Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. *Drug and Alcohol Dependence* 2005, **79** : 389-395

JAFSA K, MCELROY P, FITZPATRICK L, BORKOWF CB, MACGOWAN R, et coll. HIV transmission in a state prison system, 1988-2005. *PLoS One* 2009, **4** : e5416. Epub 2009 May 1

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Estimation de la seroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH* 2006, 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M, LE STRAT Y, COUTURIER E, THIERRY D, RONDY M, et coll. A national cross-sectional study among drug-users in France: Epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious Diseases* 2009, **16** : 113

JUDD A, HICKMAN M, HOPE VD, SUTTON AJ, STIMSON GV, et coll. Twenty years of selective hepatitis B vaccination: is hepatitis B declining among injecting drug users in England and Wales? *J Viral Hepat* 2007, **14** : 584-591

KANNO MB, ZENILMAN J. Sexually transmitted diseases in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am.* 2002, **16** : 771-780

KARMOCHKINE M, CARRAT F, DOS SANTOS O, CACOUB P, RAGUIN G. A case-control study of risk factors for hepatitis C infection in patients with unexplained routes of infection. *J Viral Hepat* 2006, **13** : 775-782

KIM C, KERR T, LI K, ZHANG R, TYNDALL MW, et coll. Unstable housing and hepatitis C incidence among injection drug users in a Canadian setting. *BMC Public Health* 2009, **9** : 270

KIM RW, JUZYCH MS, ELIOTT D. Ocular manifestations of injection drug use. *Infect Dis Clin North Am* 2002, **16** : 607-622

KUO I, SHERMAN SG, THOMAS DL, STRATHDEE SA. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. *Drug Alcohol Depend* 2004, **73** : 69-78

LE VU S, PILLONEL J, SEMAILLE C, BERNILON P, LE STRAT Y, et coll. Principles and uses of HIV incidence estimation from recent infection testing – a review. *Eurosurveillance* 2009, **13** : 321-325

LUCIDARME D, BRUANDET A, ILEF D, HARBONNIER J, JACOB C, and coll. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect* 2004, **132** : 699-708

MACÍAS J, PALACIOS RB, CLARO E, VARGAS J, VERGARA S, et coll. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008, **28** : 781-786

MACHER A, KIBBLE D, WHEELER D. HIV transmission in correctional facility. *Emerg Infect Dis* 2006, **12** : 669-671

MANSSON AS, MOESTRUP T, NORDENFELT E, WIDELL A. Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program. *Scand J Infect Dis* 2000, **32** : 253-258

MARCELLIN P, PEQUIGNOT F, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, ZARSKI JP, GANNE N, et coll. Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption. *J Hepatol* 2008, **48** : 200-207

MATHEI C, BUNTINX F, DAMME PV. Seroprevalence of hepatitis C markers among intravenous drug users in western European countries: a systematic review. *J Viral Hepat* 2002, **9** : 157-173

MATHERS BM, DEGENHARDT L, PHILLIPS B, WIESSING L, HICKMAN M, et coll. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008, **372** : 1733-1745

MCMAHON JM, SIMM M, MILANO D, CLATTS M. Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2004, **3** : 6

MEFFRE C, LE SY, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, DUBOIS F, ANTONA D, et coll. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: Social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010, **82** : 546-555

MILLER ER, HELLARD ME, BOWDEN S, BHARADWAJ M, AITKEN CK. Markers and risk factors for HCV, HBV and HIV in a network of injecting drug users in Melbourne, Australia. *J Infect* 2009, **58** : 375-382

MUHLBERGER N, SCHWARZER R, LETTMEIER B, SROCZYNSKI G, ZEUZEM S, et coll. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health* 2009, **9** : 34

NEAIGUS A, GYARMATHY VA, MILLER M, FRAJZYNGIER V, ZHAO M, et coll. Injecting and sexual risk correlates of HBV and HCV seroprevalence among new drug injectors. *Drug Alcohol Depend* 2007, **89** : 234-243

NISHIOKA SA, GYORKOS TW, JOSEPH L, COLLET JP, MACLEAN JD. Tattooing and risk for transfusion-transmitted diseases: the role of the type, number and design of the tattoos, and the conditions in which they were performed. *Epidemiol Infect* 2002, **128** : 63-71

NYAMATHI AM, DIXON EL, ROBBINS W, SMITH C, WILEY D, et coll. Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults. *J Gen Intern Med* 2002, **17** : 134-143

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Rapport annuel 2009. État du phénomène de la drogue en Europe. Office des publications de l'Union européenne, 2009, 116p

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Relevé épidémiologique hebdomadaire. Hépatite C—prévalence mondiale (mise à jour). 74^e année, 10 décembre 1999, 49

PETERSEN EE, CLEMENS R, BOCK HL, FRIESE K, HESS G. Hepatitis B and C in heterosexual patients with various sexually transmitted diseases. *Infection* 1992, **20** : 128-131

RANTALA M, VAN DE LAAR MJ. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review. *Euro Surveill* 2008, **13** : 18880

RAMSAY CN, STIRLING A, SMITH J, HAWKINS G, BROOKS T, et coll. An outbreak of infection with *Bacillus anthracis* in injecting drug users in Scotland. *Euro Surveill* 2010, **15** : pii

REINDOLLAR RW. Hepatitis and the correctional population. *Am J Med* 1999, **107** : 100S-103S

RINGERTZ SH, HØIBY EA, JENSENIUS M, MAEHLEN J, CAUGANT DA, et coll. Injectional anthrax in a heroin skin-popper. *Lancet* 2000, **356** : 1574-1575

ROTILY M, TOUBIANA J. Le VIH en milieu carcéral, une enquête en PACA. *BEH* 14 juin 1994. (<http://www.invs.sante.fr/beh/1994/24/index.html>)

ROY E, HALEY N, LECLERC P, BOIVIN JF, CEDRAS L, et coll. Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths. *CMAJ* 2001, **165** : 557-560

ROY K, HAY G, ANDRAGETTI R, TAYLOR A, GOLDBERG D, et coll. Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiology and Infection* 2002, **129** : 577-585

SCHEINMANN R, HAGAN H, LELUTIU-WEINBERGER C, STERN R, DES J, et coll. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2007, **89** : 1-12

SHEPARD CW, SIMARD EP, FINELLI L, FIORE AE, BELL BP. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. *Epidemiol Rev* 2006, **26** : 112-125

THOMAS DL, VLAHOV D, SOLOMON L, COHN S, TAYLOR E, GARFEIN R, et coll. Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine (Baltimore)* 1995, **74** : 212-220

THOMSON JA, RODGER AJ, THOMPSON SC, JOLLEY D, BYRNE A, et coll. The prevalence of hepatitis C in patients admitted with acute hepatitis to Fairfield Infectious Diseases Hospital, 1971-1975. *Med J Aust* 1998, **169** : 360-363

TOUFIK A, CADET-TAIROU A, JANSSEN A, GANDILHON M. Profils, pratiques, des usagers de drogues. Ena-Caarud. Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. OFDT, 2008, 49p

TURNER JM, RIDER AT, IMRIE J, COPAS AJ, EDWARDS SG, et coll. Behavioural predictors of subsequent hepatitis C diagnosis in a UK clinic sample of HIV positive men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2006, **82** : 298-300

VALLEJO F, TORO C, DE LA FUENTE L, BRUGAL MT, SORIANO V, et coll. Prevalence of and risk factors for hepatitis B virus infection among street-recruited young injection and non-injection heroin users in Barcelona, Madrid and Seville. *Eur Addict Res* 2008, **14** : 116-124

VANDELLI C, RENZO F, ROMANO L, TISMINETZKY S, DE PALMA M, et coll. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2004, **99** : 855-859

VAN DEN BERG CH, VAN DE LAAR TJ, KOK A, ZUURE FR, COUTINHO RA, et coll. Never injected, but hepatitis C virus-infected: a study among self-declared never-injecting drug users from the Amsterdam Cohort Studies. *J Viral Hepat* 2009, **16** : 568-577

VAN DOORNUM GJ, HOOYKAAS C, CUYPERS MT, VAN DER LINDEN MM, COUTINHO RA. Prevalence of hepatitis C virus infections among heterosexuals with multiple partners. *J Med Virol* 1991, **35** : 22-27

VAN HOUDT R, BRUISTEN SM, KOEDIJK FD, DUKERS NH, OP DE COUL EL, et coll. Molecular epidemiology of acute hepatitis B in the Netherlands in 2004: nationwide survey. *J Med Virol* 2007, **79** : 895-901

VAN HOUDT R, VAN DEN BERG CH, STOLTE IG, BRUISTEN SM, DUKERS NH, et coll. Two decades of hepatitis B infections among drug users in Amsterdam: are they still a high-risk group? *J Med Virol* 2009, **81** : 1163-1169

VELDHUIJZEN IK, SMITS LJ, VAN DE LAAR MJ. The importance of imported infections in maintaining hepatitis B in The Netherlands. *Epidemiol Infect* 2005, **133** : 113-119

WIESSING L, GUARITA B, GIRAUDON I, BRUMMER-KORVENKONTIO H, SALMINEN M, et coll. European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) - the need to improve quality and comparability. *Euro Surveill* 2008, **13** : 1-4

6

Évolution de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues en France

Combien d'usagers de drogues sont contaminés chaque année par le virus de l'hépatite C (VHC) en France ? Une réponse fiable à cette question n'est pas aisée. A fortiori, reconstituer la dynamique de cette contamination virale depuis le début de l'épidémie est encore plus difficile. Cette difficulté tient à l'imbrication de différents phénomènes souvent convergents, parfois concurrents, à la fois variables d'une région à l'autre et évolutifs dans le temps. Ces évolutions ont été influencées par le marché des drogues illicites mais aussi par les conséquences sanitaires, dont la plus dévastatrice a été l'irruption du VIH/sida au début des années 1980. On peut penser que l'épidémie de VIH/sida a pu entraîner des modifications des comportements des usagers de drogues avant même la mise en place des politiques publiques. Jusqu'au début des années 1990, la littérature sur l'épidémiologie de l'usage de drogues en France était très limitée. Du fait de l'illégalité des stupéfiants, les seules données quantitatives disponibles à partir desquelles il était possible d'établir des statistiques relatives à l'usage de drogues étaient celles issues du système judiciaire, qui ne reflétaient la réalité que de façon vague et biaisée. Or, la connaissance de l'effectif des usagers de drogues et de leurs caractéristiques est nécessaire pour émettre des recommandations susceptibles de faire baisser le nombre de nouvelles contaminations.

Malgré les difficultés signalées, on peut distinguer deux époques : la première de 1970 à 1995 et la seconde de 1995 à aujourd'hui. L'année 1995 semble s'imposer comme le tournant de l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues parce qu'elle correspond à la fois à la diffusion en France des traitements de substitution aux opiacés puis à celle des trithérapies anti-VIH qui ont transformé l'évolution du sida et de la co-infection VIH-VHC. De plus, depuis 1995 et contrastant avec la période antérieure, de nombreuses données épidémiologiques émanant pour la plupart de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) et de l'Institut de veille sanitaire (InVS) sont désormais disponibles. Le but de cette revue bibliographique est d'essayer de présenter de façon la plus factuelle possible la dynamique du VHC chez les usagers de drogues ces quarante dernières années en France.

Position du problème

En termes d'usages de drogues, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) distingue l'expérimentation, définie par une consommation de drogue au moins une fois dans la vie, de l'usage problématique défini comme étant « l'usage de drogue par voie intraveineuse ou un usage régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge des 15-64 ans » (OEDT, 2010)²⁸.

En 2006, en France, le nombre d'usagers de drogues problématiques était estimé entre 210 000 et 250 000 dont la moitié était concernée par des traitements médicaux de substitution aux opiacés. Parmi les usagers problématiques, environ 145 000 auraient utilisé la voie veineuse comme mode d'administration au moins une fois dans la vie (Costes, 2009).

Les circonstances précises de la contamination par le VHC d'un usager de drogues restent souvent inconnues en raison de la multiplicité des actes potentiellement à risque. L'intrication de facteurs de risque de contamination démographiques, virologiques, psychologiques et sociaux ne permet pas de déterminer la part attribuable à chacun d'entre eux. Néanmoins, un socle de connaissances a été établi à partir d'études épidémiologiques mesurant l'incidence, la prévalence et la force de l'infection dont les aspects spécifiques à la problématique du VHC chez les usagers de drogues méritent d'être soulignés.

Transmission du VHC chez les usagers de drogues

La transmission du VHC chez les usagers de drogues se traduit par la mise en évidence, chaque année, d'un certain nombre de nouveaux sujets déclarés positifs au VHC (taux d'incidence). Cette transmission est associée à la pratique de l'injection et au partage du matériel de préparation à l'injection principalement les premières années d'usage.

Modalités d'évaluation épidémiologique de la transmission

L'incidence (ou le taux d'incidence) est utilisée en épidémiologie pour décrire la dynamique d'une maladie dans une population. Il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée. L'incidence est stable lors de phases d'endémie, en augmentation en cas d'épidémies voire de pandémies, ou en diminution lors de la résolution d'une épidémie. Au décours d'une épidémie, l'endémie résiduelle est souvent d'autant plus élevée que la morbidité d'une maladie est faible et vice versa. Les variations d'incidence dans une sous-population ne reflètent pas forcément les variations d'incidence dans la population générale si l'incidence de la sous-population elle-même est différente de celle de la population générale. La difficulté méthodologique spécifique de l'étude de

l'hépatite C chez les usagers de drogues tient au fait que la sous-population des usagers de drogues a connu une évolution épidémique ces 40 dernières années.

L'incidence se distingue de la prévalence qui est une mesure d'état qui compte tous les cas à un moment donné et qui s'exprime généralement en pourcentage. Une variation de prévalence peut s'obtenir lorsque le taux de guérison et le taux de mortalité sont plus ou moins élevés que le taux d'incidence de la maladie. On peut penser que la diminution de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues durant les années 1990 a été la conséquence d'une baisse d'incidence de la contamination et d'une hausse de la mortalité liée au sida. En matière d'usage de drogues, l'initiation de nouveaux sujets à l'injection ou un solde migratoire positif d'usagers de drogues peut se traduire par une augmentation de l'effectif. Une baisse de l'effectif peut résulter de l'arrêt des consommations ou l'abandon de l'injection ou encore de décès des usagers.

Dans une cohorte rétrospective de 23 000 personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack observée entre 1992 et 2001, le taux brut de mortalité s'établissait à 7,3 décès pour mille personnes-années (Lopez et coll., 2004). Une cohorte prospective de sujets VHC positifs menée en Grande-Bretagne entre 1991 et 2005 a montré que 39 % des décès de sujets VHC positifs dont le mode de contamination était l'usage de drogues étaient directement ou indirectement liés à l'usage de drogues (Mohsen et coll., 2001 ; Neal, 2007). Les principales causes étaient les surdoses, les décès par sida, les suicides et autres morts violentes, et les infections hors sida. Inversement, en cas de maladie non létale, la prévalence est généralement stable pendant des décennies même si l'incidence est devenue faible voire nulle. En conséquence, les variations de prévalence ne seraient pas adaptées pour mesurer la dynamique du VHC chez les usagers de drogues.

La force de l'infection est la vitesse avec laquelle des sujets susceptibles d'être infectés le deviennent (Mathei et coll., 2006). La force de l'infection peut être estimée à partir des données de prévalence en fonction du temps d'exposition au risque. Concernant l'usage de drogues, le temps d'exposition est défini comme le temps entre la première injection et le moment de l'évaluation. La force de l'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse n'est pas linéaire dans le temps. Elle est très élevée les deux ou trois premières années de pratique d'injection et diminue très rapidement par la suite (figure 6.1). Cette diminution s'explique peut-être en partie par des modifications des pratiques à risque mais surtout par un phénomène de saturation : plus la proportion de sujets contaminés augmente, plus celle des sujets susceptibles de le devenir diminue. Ainsi, le concept de force de l'infection est en contradiction avec l'idée selon laquelle la différence observée entre les évolutions des épidémies par le VHC et le VIH serait liée à la prévalence plus élevée du VHC chez les usagers de drogues. C'est le passage à l'injection qui est le paramètre clé de l'épidémie de VHC.

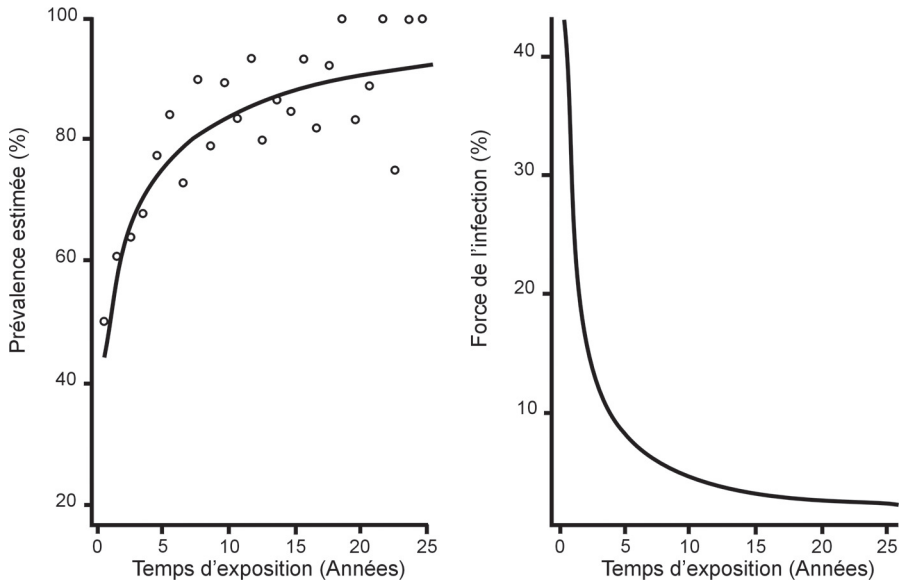


Figure 6.1 : Prévalence estimée et force de l'infection en fonction du temps (d'après Mathei et coll., 2006)

Modalités de transmission du VHC

La transmission du VHC est essentiellement parentérale et résulte de la mise en contact direct du sang d'un sujet indemne avec le sang d'un sujet infecté. La transmission entre partenaires sexuels est très faible et favorisée par une co-infection VIH. L'injection de drogues par voie intraveineuse est actuellement en France la principale source de contamination. Les aiguilles et les seringues ont le plus grand potentiel de contamination du VHC en raison de leur contact direct avec le sang pendant l'injection veineuse. Toutefois, l'ARN-VHC a également été retrouvé dans 25 % à 40 % des filtres, cuillères et eau de rinçage (Crofts et coll., 2000). Une étude expérimentale a montré que le VHC maintenu hors de l'organisme humain en air ambiant conserverait son pouvoir infectant pendant au moins 16 heures (Kamili et coll., 2007).

La seringue empruntée, le matériel de préparation partagé entre injecteurs sont des modes de contamination dominants chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. À la différence du VIH, le partage du matériel de préparation à l'injection et en particulier du filtre en l'absence de partage de seringues est une source de contamination par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Hagan et coll., 2001 ; Lucidarme et coll., 2004 ; De P et coll., 2008). En 1995, une étude multicentrique française avait montré une prévalence de 40 % après 3 années de pratiques d'injection en l'absence de partage de seringues suggérant le rôle du matériel de préparation comme facteur de risque (Chossegros, 2007). En épidémiologie, la fraction

attribuable permet de quantifier, dans un modèle de relation causale entre le facteur de risque et la maladie étudiée, la proportion des contaminations liées à ce facteur. Parmi l'ensemble des sujets ayant présenté une séroconversion, la fraction attribuable au partage du récipient et/ou du filtre était de 13 % (Hagan et coll., 2001), mais celle-ci ne serait pas nécessairement constante dans le temps. La fraction attribuable au partage de seringues serait très élevée les cinq années suivant la première injection alors que les fractions attribuables aux partages de filtres et de seringues seraient similaires pour les contaminations survenues 25 années après le début des pratiques d'injection (Mathei et coll., 2006). Ces dernières années, le sniff est considéré comme un facteur de risque non négligeable de contamination par le VHC en l'absence d'utilisation de la voie veineuse (Tortu et coll., 2004 ; Martinez et Talal, 2008). De même, le partage de pipes à crack semble un phénomène émergent de contamination par le VHC (Macias et coll., 2008) ; cet aspect fait l'objet d'un chapitre spécifique sur les pratiques à risque chez les fumeurs de crack.

Environ 75 % des sujets infectés (en l'absence de traitement à la phase aiguë) restent porteurs chroniques du virus et sont donc susceptibles à leur tour de transmettre le virus (Micallef et coll., 2006). De plus, la guérison spontanée ou sous traitement de l'hépatite C ne confère pas une immunité durable. Des réinfections par le VHC ont été rapportées chez des patients ayant reçu de nombreuses transfusions (Lai et coll., 1994) et chez les usagers de drogues (Bowden et coll., 2005 ; Micallef et coll., 2007). Il semble cependant, même si ce point est controversé (Van de Laar et coll., 2009), que les patients ayant déjà éliminé le VHC spontanément aient un risque plus faible de passage à la chronicité en cas de nouvelle contamination que ceux n'ayant jamais rencontré le VHC (Grebely et coll., 2006 ; Osburn et coll., 2010).

Difficultés méthodologiques spécifiques à la sous-population des usagers de drogues

La compréhension de l'épidémiologie de l'hépatite C chez les usagers de drogues soulève le triple problème des modalités d'estimation de l'incidence, de la mesure de l'impact des modifications de comportements sur le niveau de transmission du VHC et des modalités du diagnostic biologique de l'infection.

Estimation de l'incidence de l'infection par le VHC

L'estimation de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues est complexe. L'incidence peut se mesurer directement de façon prospective dans le cadre d'un suivi longitudinal d'une cohorte d'usagers de drogues séronégatifs à l'inclusion. Ce type d'étude est difficile à conduire car le nombre de sujets perdus de vue à la fin de la période d'observation est généralement très important. De plus, différents biais avant tout de représentativité mais aussi de suivi et d'observation sont susceptibles de fausser les résultats. Le biais de représentativité est le plus difficile à éviter car les populations les plus à risque de contaminations virales sont aussi les plus difficiles à inclure dans les

enquêtes épidémiologiques en raison d'une plus forte dépendance aux produits et de la fréquente marginalité sociale.

L'incidence peut également se mesurer indirectement et de façon rétrospective en divisant la prévalence par le nombre d'années écoulées entre la première prise de risque en l'occurrence la première injection intraveineuse et la date de première sérologie. Une telle mesure ne se conçoit que si le délai est suffisamment court pour correspondre à une incidence stable dans le temps. En règle générale, sont distingués dans la littérature la sous-population des usagers de moins de 25 ans et les injecteurs depuis moins de 2 ans. Ces derniers paramètres définissent la catégorie des « nouveaux injecteurs » qui permet d'évaluer le renouvellement de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Évaluation des modifications de comportements sur le niveau de transmission

La mesure épidémiologique de l'influence des pratiques à risque sur les contaminations virales est difficile pour plusieurs raisons. Les usagers de drogues ne forment pas une sous-population homogène car les modalités d'usage peuvent évoluer dans le temps. À titre d'exemple, dans une étude prospective de cohorte aux Pays-Bas entre 1985 à 1992 (Van Ameijden et coll., 1994), après un suivi moyen de 5 ans, 30 % des non injecteurs étaient devenus injecteurs et 70 % des anciens injecteurs avaient repris leurs anciennes habitudes, illustrant ainsi les risques d'une simplification trop schématique des usages.

D'autre part, une injection de drogue susceptible de transmettre le VHC peut se pratiquer seul ou en groupe, avec l'aide d'un tiers ou non, avec une seringue neuve ou usagée appartenant au sujet lui-même ou à quelqu'un d'autre, avec mise en commun du matériel de préparation ou non, être précédée ou suivie d'autres injections à intervalles très rapprochés ou au contraire représenter une pratique très épisodique. Dans ce contexte complexe, la mesure du niveau de risque de transmission du VHC dans un échantillon d'usagers de drogues injecteurs repose généralement sur les proportions de partages de seringues ou de mise en commun du matériel de préparation au moment ou dans les semaines précédant l'observation dans le cadre le plus souvent d'enquêtes de prévalence. Or, les pratiques des premières années d'injection diffèrent des pratiques évaluées au moment de l'enquête (Vidal-Trecan et coll., 2002). De plus, la comparaison des études entre elles sur ces critères est délicate. À titre d'exemple, dans l'enquête IREP (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) de 1996 (Ingold, 1996) et dans l'étude Coquelicot de 2004 (Jauffret-Roustide et coll., 2009) le taux de partage de seringues était de 13 %. Toutefois, dans la première étude, l'évaluation concernait la dernière injection et dans la seconde l'ensemble des injections effectuées le mois précédant l'inclusion, impliquant malgré la similitude des pourcentages des niveaux de risque bien différents entre les deux études.

Diagnostic de l'hépatite C

Le diagnostic de contamination par le VHC repose sur la mise en évidence dans le sérum d'anticorps anti-VHC. Malgré cette apparente simplicité, sa réalisation dans le cadre d'études épidémiologiques auprès d'usagers de drogues est complexe pour au moins trois raisons.

La ponction veineuse est souvent difficile et refusée par les usagers ayant un état veineux altéré. Cette situation a pour conséquence de biaiser les études épidémiologiques en excluant du dépistage une fraction importante des sujets parmi les plus à risque. Des alternatives telles que le dépistage déclaratif (Six et coll., 1999), le dépistage sur prélèvement salivaire (Bello et coll., 1998 ; Lucidarme et coll., 2004) ou capillaire (Jauffret-Roustide et coll., 2009) ont été utilisées dans de nombreuses études pour contourner cette difficulté. Les avantages et limites de chaque technique de dosage sont connus et intégrés dans l'interprétation des données recueillies (Van Doornum et coll., 2001 ; Lucidarme et coll., 2003 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009 ; Tuailon et coll., 2010). Cependant, la multiplicité des techniques de dosage gêne les comparaisons des prévalences du VHC entre les différentes études.

Le dépistage de l'infection par le VHC n'est possible que depuis 1990 avec la mise sur le marché des anticorps anti-VHC de première génération. Par conséquent, l'incidence du VHC antérieure à cette date ne peut être reconstruite que par des outils de modélisation mathématique basés sur les données épidémiologiques disponibles au moment de l'étude et sur les connaissances accumulées sur l'histoire naturelle de la maladie.

La re-contamination peut passer inaperçue si le diagnostic de guérison spontanée n'avait pas été posé au décours d'une première contamination (Amin et coll., 2007).

Méthodologie de la présente analyse

L'intrication des interactions concernant deux sous-populations très évolutives à savoir les sujets VHC positifs et les usagers de drogues par voie intraveineuse suggère de privilégier comme source principale des données de l'analyse un référentiel plus stable à savoir la population générale. Deux études de prévalence de l'hépatite C en population générale menées en France par l'InVS en 1994 (Dubois et coll., 1997) et 2004 (Meffre et coll., 2010) ont constitué les pierres angulaires de l'analyse. En dépit du fait que les études en population générale peuvent sous-estimer les catégories de sujets statistiquement marginales, les constats de ces deux travaux permettent de proposer des hypothèses sur la dynamique de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. Cette approche a l'avantage de privilégier deux travaux de grande qualité méthodologique reposant sur de grands échantillons représentatifs.

Ensuite, les hypothèses construites à partir des études en population générale ont été confrontées aux résultats des études multicentriques de prévalence

auprès de populations d'usagers de drogues (Six et coll., 1999 ; Valenciano et coll., 2001 ; Palle et Vaissade, 2007 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009), d'incidence (Lucidarme et coll., 2004) et aux travaux de modélisation (Downs et coll., 1997 ; Deuffic et coll., 1999 ; Lapidus et coll., 2006 ; Mathei et coll., 2006).

Enfin, les études monocentriques (Lucidarme et coll., 1994 ; Bello et coll., 1998 ; Vidal-Trecan et coll., 2002 ; Di Nino et coll., 2009) ont apporté un éclairage complémentaire à la compréhension de la dynamique de l'infection.

Dynamique de l'épidémie du VHC entre 1970 et 1995

Les épidémies d'hépatite C et de VIH chez les usagers de drogues injecteurs ont été les conséquences de l'explosion de la consommation d'héroïne qui a été pendant 25 ans le produit dominant en France. Cette consommation avait commencé en France au début des années 1970 et concernait environ 10 000 usagers (Chossegros, 2007). Au cours de la seconde moitié des années 1970, elle s'est étendue aux milieux populaires de nombreuses grandes villes du sud de la France et d'Île-de-France puis la région lyonnaise avant de se généraliser à la fin des années 1980 et à l'ensemble du territoire en atteignant le Nord et l'Est de la France. L'héroïne est consommée selon de nombreuses voies d'administration. Elle peut être ingérée, prise (voie nasale), injectée ou fumée. En France, la persistance du mode d'administration intraveineuse de 1970 à 1995 était en relation, comme presque partout en Europe et aux États-Unis, avec la disponibilité de la seule forme injectable de l'héroïne (Toufik, 1999).

Évolution de l'épidémie du VHC

Les premières estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues datent en France du milieu des années 1990. En 1993, on estimait à au moins 160 000 le nombre d'héroïnomanes sans que la proportion d'injecteurs ou d'anciens injecteurs ne soit précisée (Costes, 1995). Dans l'étude menée en 1994 dans un échantillon d'assurés sociaux de quatre régions de France volontaires à un examen de santé, la prévalence du VHC était évaluée à 1,05 %. L'usage de drogues par voie intraveineuse était à l'origine de 29 % des contaminations par le VHC dans la tranche d'âge de 20 à 59 ans (Dubois et coll., 1997). En extrapolant ces données à celles du recensement Insee de 1990 pour la même tranche d'âge et en considérant que le nombre de sujets de moins de 20 ans et de plus de 60 ans contaminés par le VHC par usage de drogues était marginal, 92 000±14 000 usagers de drogues étaient VHC positifs.

Dans les années 1980, aucune donnée concernant le VHC ou le VIH parmi les usagers de drogues n'a été recueillie. Une modélisation, selon la méthode

du rétro-calcul, de l'épidémie du VHC de l'étude précédente (Dubois et coll., 1997) avait suggéré une augmentation régulière de l'incidence entre 1970 et 1990 avec un chiffre d'environ 15 000 cas incidents de contaminations non-transfusionnelles pour l'année 1990 dont 70 % soit environ 10 000±1 000 cas étaient susceptibles d'être secondaires à un usage de drogues (Deuffic et coll., 1999).

La fin des années 1980 et le début des années 1990 ont probablement coïncidé avec le pic d'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogues car la dynamique de l'usage de drogues à partir de cette époque a présenté un double phénomène de saturation à la fois géographique et démographique. En effet, l'extension de l'épidémie de VHC à tout le territoire a abouti après une longue phase d'expansion à une diminution de la force de l'infection en limitant les cas incidents d'infection par le VHC aux nouveaux injecteurs de chaque région. Le second phénomène de saturation est illustré par une étude menée en 1991 à Lille et qui a montré que l'incidence annuelle de la contamination par le VHC était de l'ordre de 50 % lors de la première année et qu'après trois années d'usage par voie intraveineuse d'héroïne 90 % des sujets étaient VHC positifs (Lucidarme et coll., 1994). Dans cette étude, 57 % des usagers avaient débuté les injections depuis moins de 2 ans. La force de l'infection était par conséquent maximale la première année. À cette époque, l'initiation à l'usage intraveineux était synonyme de contamination par le VHC tant le risque apparaissait inéluctable. En 1992, l'incidence de l'expérimentation d'héroïne était estimée à 1 % d'une classe d'âge soit environ 8 000 cas par an (Baromètres santé 1992-1995-2000-2005, Inpes ; Baudier et coll., 1994 ; Baudier et Arene, 1997 ; Guilbert et coll., 2001 ; Beck et coll., 2008). En posant pour hypothèses que : de 65 à 95 % des expérimentateurs utilisaient tôt ou tard la voie intraveineuse ; de 80 à 90 % de ces derniers étaient contaminés dans les trois années suivant la première injection ; et que la consommation, à cette époque, d'autres drogues par voie injectée était marginale, on peut estimer que le nombre de nouveaux cas d'hépatite C entre 1992 et 1995 était compris entre 4 000 et 7 000 par an. Cette estimation, bien que plausible, n'est pas confirmée par d'autres sources.

Évolution de l'épidémie du VIH

L'estimation de la prévalence du VIH en France, quel que soit le mode de contamination, était de 100 000±30 000 à la fin des années 1990 (Desenclos et coll., 2005). En 2008, avec 70 cas estimés, les personnes infectées par usage de drogue intraveineuse représentaient 1 % des nouvelles contaminations (Le Vu et coll., 2009). La co-infection par le VHC serait le témoin d'une contamination secondaire à l'usage de drogues par voie intraveineuse parmi la population des sujets contaminés par le VIH dans la mesure où environ 71,6 % des cas de co-infection seraient liés à l'usage de drogues et 92,8 % (89,0-95,3 %) des usagers de drogues VIH positifs seraient également VHC positifs (Larsen et coll., 2005). Par conséquent, en France, la proportion de

cas de co-infection parmi les sujets VIH positifs reflèterait dans une large mesure le poids épidémiologique de l'usage de drogues comme mode de transmission du VIH. En France, la proportion de sujets VIH positifs co-infectés par le VHC serait comprise entre 21,7 % (Amin et coll., 2004) et 24,3 % (Larsen et coll., 2005). Cette prévalence est avec celle de la Suisse l'une des plus élevées d'Europe, après celles de l'Italie et de l'Espagne (figure 6.2).

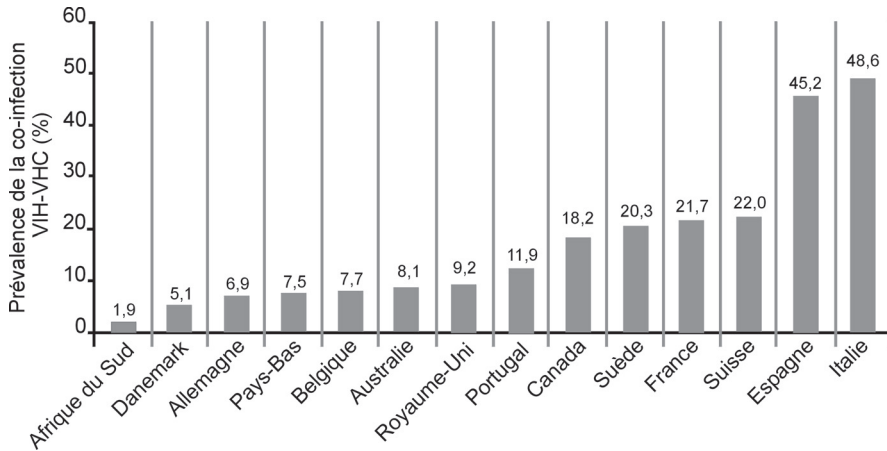


Figure 6.2 : Prévalence de la co-infection VIH-VHC par pays (d'après Amin et coll., 2004)

L'épidémie de VIH a aussi fait l'objet de travaux de modélisation (Downs et coll., 1997). Le système de surveillance de l'InVS indique que le pic de cas de sida déclarés chez les usagers de drogues en France a été atteint en 1993. Déterminée par la méthode de rétrocalcul fondée sur le fait selon lequel le nombre de nouveaux cas de sida est la résultante des nombres de sujets précédemment infectés par le VIH après une durée d'incubation donnée, l'incidence du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse aurait atteint un pic vers 1985, suivi d'une diminution rapide pour atteindre un taux de contamination annuelle très faible dès le début des années 1990 (Downs et coll., 1997 ; figure 6.3). Ainsi en 1997, les usagers de drogues VIH positifs de moins de 25 ans, donc vraisemblablement contaminés après 1990, ne représentaient que 2,5 % de l'ensemble des usagers de drogues VIH positifs, soit environ 700 sujets (Desenclos et coll., 2005). Cette probable incidence très faible du VIH dès le début des années 1990 est corroborée par plusieurs études épidémiologiques menées dans le Nord et l'Est de la France (Lucidarme et coll., 1994 ; Schmitt et coll., 1994 ; Chossegros, 2007) qui retrouvaient une prévalence faible du VIH de l'ordre de 1 % à 8 % parmi les usagers de drogues suivis en centre de soins car l'usage d'héroïne par voie intraveineuse ne s'est pas répandu dans le Nord et l'Est de la France avant la fin des années 1980. En

France, l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues a la double caractéristique d'avoir été à la fois importante ce dont témoigne la part élevée de l'usage de drogues par rapport à l'ensemble des contaminations (Amin et coll., 2004) et limitée dans le temps ce dont témoigne un faible nombre de cas incidents dès le début des années 1990 (Lucidarne et coll., 1994 ; Downs et coll., 1997 ; Desenclos et coll., 2005).

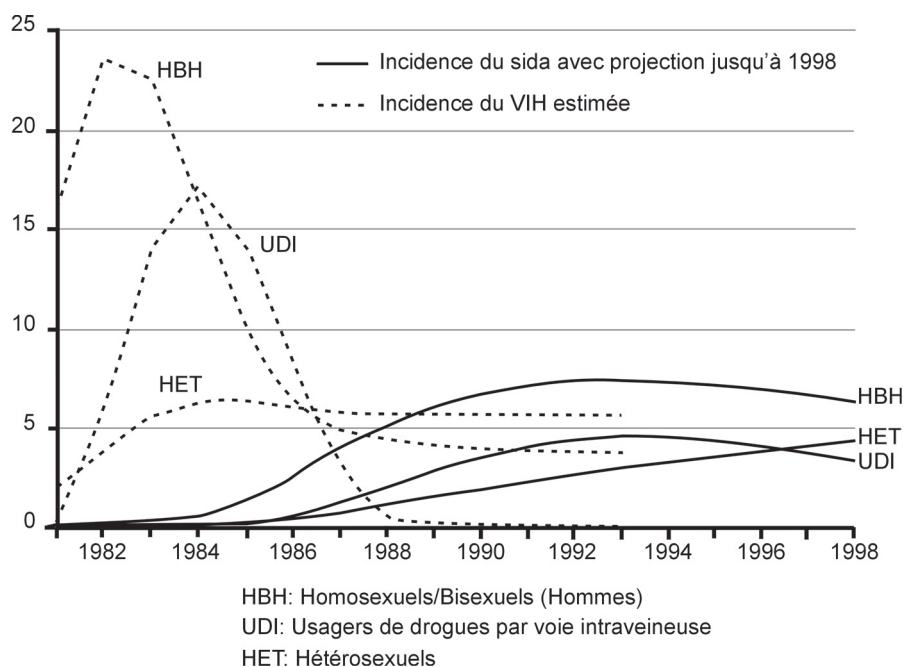


Figure 6.3 : Estimation de l'incidence annuelle du VIH pour 100 000 personnes âgées de 15 à 59 ans en France, par la méthode du rétro-calcul (d'après Downs et coll., 1997)

Analyse des différences évolutives des épidémies du VHC et du VIH

Selon ces deux études de modélisation (Downs et coll., 1997 ; Deuffic et coll., 1999), les courbes d'incidence du VHC et du VIH auraient été à peu près parallèles entre 1980 et 1985 avant de diverger ensuite. L'incidence du VHC aurait continué à croître jusque vers 1990 alors qu'une décroissance rapide de l'incidence du VIH se serait amorcée à cette époque. Trois facteurs pourraient expliquer la baisse de l'incidence du VIH :

- la « découverte » du VIH en 1983 et la mise à disposition à partir de 1985 de sérodiagnostics ;
- l'apparition des premiers cas de sida parmi les usagers de drogues ;
- la mise en vente libre des seringues en 1987.

Ces trois phénomènes ont été à l'origine des changements de pratique des usagers de drogues à cette époque. Jusqu'au début des années 1980, l'usage intraveineux avec partage de seringues était la règle. En 1988, 52 % des usagers injecteurs déclaraient ne jamais avoir partagé de seringues (Ingold et Ingold, 1989).

Deux facteurs, l'un virologique, l'autre géographique, pourraient expliquer l'évolution divergente des courbes d'incidence entre 1985 et 1990 pour le VIH et le VHC. D'une part la transmission du VHC par les seringues usagées serait plus efficace que celle du VIH en raison d'une plus forte charge virale et d'une résistance supérieure dans le milieu extérieur. D'autre part, en 1985 l'expansion géographique du VHC n'était pas terminée dans la mesure où le Nord et l'Est de la France n'étaient encore que très peu touchés par l'épidémie. Bon nombre de cas incidents de VHC à la fin des années 1980 et au début des années 1990 auraient concerné ces deux régions.

Dynamique de l'épidémie du VHC entre 1995 et 2010

La prise de conscience des conséquences catastrophiques de l'épidémie de VIH, la prévalence très élevée du VHC mais aussi le nombre élevé de décès par overdose ont amené un nouveau dispositif financé par le ministère de la Santé, qui prévoyait entre autres la pérennisation de la mise en vente dans les pharmacies de kits avec seringues stériles (Stéribox[®]), le développement des Programmes d'échange de seringues (PES), la création de « boutiques », structures d'accueil dites à bas seuil d'exigence, et enfin à partir de 1995 la montée en puissance des traitements de substitution aux opiacés dans le cadre d'une politique globale dite de « Réduction des risques ». En 2007, le nombre de personnes remboursées par l'Assurance maladie pour une délivrance de buprénorphine haut dosage (BHD) s'élevait à environ 96 000 et celui des patients remboursés pour une délivrance de méthadone s'élevait à environ 24 000 (Toufik et coll., 2010).

De façon schématique, on est passé en quelques années d'un paysage dominé par un produit (l'héroïne), une modalité d'administration (la voie intraveineuse) et un lieu de consommation (la scène urbaine), à une situation plus complexe caractérisée par la forte diffusion de la cocaïne et de ses dérivés, les polyconsommations, le mésusage de la BHD, un changement des modes de consommation avec un moindre recours à la voie veineuse et l'émergence des espaces dits festifs comme lieu de consommation (OFDT, 2010a et b). Aussi, dans ce contexte de profonde mutation, malgré des données épidémiologiques plus abondantes, l'impact de la politique de réduction des risques sur la transmission du VHC est difficile à établir.

Estimation de l'incidence du VHC entre 1995 et 2004

Différentes études conduites en population générale et chez les usagers de drogues peuvent servir d'appui à une estimation de l'incidence entre 1995 et 2004.

Évolution du nombre d'usagers de drogues VHC positifs entre 1994 et 2004

En 2004, le nombre de personnes de 18 à 80 ans en France métropolitaine, séropositives pour les anti-VHC, ayant utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse ou par voie nasale était estimé à environ 105 000 (40 000-154 000) dont environ $7\,700 \pm 800$ n'auraient utilisé que la voie nasale sans utilisation de la voie veineuse (Meffre et coll., 2007).

D'autre part, l'enquête multicentrique Coquelicot menée en 2004 parmi des usagers ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie a mesuré sur échantillons sanguins une prévalence de l'infection à VHC à 59,8 % alors que celle du VIH était de 10,8 %, soit 5,54 fois plus élevée (Jauffret-Roustide et coll., 2009). En 2000, le nombre de sujets VIH positifs chez les usagers de drogues était évalué à 20 200 cas (14 300- 29 100) (Desenclos et coll., 2005). En multipliant 20 200 par un facteur 5,54, on obtient une estimation de 112 000 usagers de drogues VHC positifs (79 000 à 160 000). Même si chaque source est susceptible d'être biaisée, on pourrait estimer le nombre d'usagers de drogues VHC positifs en 2004 entre 105 000 et 112 000.

La différence entre l'estimation du nombre d'usagers de drogues VHC positifs en 2004 (105 000-112 000) et en 1994 ($92\,000 \pm 14\,000$) correspond probablement à la somme des entrées par nouvelles contaminations et des sorties par décès. Pour évaluer le nombre de décès chez les usagers de drogues problématiques dont le nombre était estimé entre 142 000 et 176 000 en 1999 (OFDT, 1999), l'extrapolation du taux de mortalité de 7,3 pour mille personnes-années (Lopez et coll., 2004) à cette population aboutit à un nombre de décès annuels compris entre 1 000 et 1 300. Si l'on considère que la prévalence du VHC parmi les usagers problématiques de drogues était de 60 % (Jauffret-Roustide et coll., 2009), entre 600 et 800 usagers de drogues VHC positifs seraient décédés chaque année entre 1994 et 2004, soit de 6 000 à 8 000 pour la décennie concernée. Par conséquent, le nombre de cas incidents d'hépatite C chez les usagers de drogues VHC positifs entre 1994 et 2004 serait compris entre 5 000 à 42 000 (si l'on tient compte des intervalles de confiance) soit une moyenne estimée de 500 à 4 200 nouveaux cas par an. Une moyenne de 500 à 4 200 nouveaux cas par an d'infection par le VHC chez les usagers de drogues entre 1994 et 2004 ne signifie pas que l'incidence aurait été stable entre 1994 et 2004. Depuis le début des années 1990, la tendance de l'incidence du VHC était à la baisse. Par conséquent, l'incidence annuelle du VHC en 1994 était probablement proche de 4 200 nouveaux cas par an alors qu'en 2004 celle-ci était plus proche de la borne inférieure que de la supérieure.

Incidence du VHC chez les usagers de drogues en 1999

Une étude longitudinale d'incidence de l'infection par le VHC dans la population des usagers de drogues entre 1999 et 2001 menée dans le Nord et l'Est de la France a mesuré cette incidence à 9 pour 100 personnes-années (Lucidarme et coll., 2004) et à 11 pour 100 personnes-années parmi les injecteurs actifs c'est-à-dire ayant injecté au moins une fois dans les 6 mois précédant l'inclusion. Une extrapolation de ces résultats aux usagers de drogues injecteurs actifs présumés VHC négatifs estimait à cette époque qu'environ 3 500 (2 700 à 4 400) nouveaux cas de contamination parmi les usagers de drogues survenaient en France chaque année (Emmanueli et coll., 2003). Cette estimation ne reflèterait que l'année 1999 et non l'ensemble de la décennie dans la mesure où l'incidence n'était pas stable d'une année sur l'autre.

Cette extrapolation à la France entière du nombre de cas incidents obtenu dans le Nord et l'Est de la France pourrait constituer une légère surestimation dans la mesure où la force de l'infection dans le Nord et l'Est de la France aurait été plus élevée en raison d'une prévalence du VHC plus faible et d'une proportion supérieure à la moyenne nationale de nouveaux injecteurs. La décroissance de l'incidence du VHC pourrait aussi ne pas avoir été linéaire entre 1994 et 2004 mais avoir été plus marquée après l'année 2000, période à partir de laquelle la politique de réduction des risques a obtenu sa couverture maximale.

Évolution du nombre de cas incidents d'infection par le VHC entre 1999 et 2004

Concernant la période 1999-2004, les hypothèses d'une stabilité de l'incidence comprise entre 2 700 et 4 400 nouveaux cas par an et a fortiori d'une ascension de l'incidence semblent très improbables. En effet, dans l'enquête de prévalence du VHC en 2004 (Meffre et coll., 2007), le nombre de sujets VHC positifs âgés de 18 à 29 ans était estimé à 7 977 (303-15 562). De même, dans l'enquête Coquelicot réalisée la même année (Jaufret-Roustide et coll., 2006a et b), la proportion de sujets nés après 1974 et donc âgés de 18 à 29 ans ne représentait que 10,4 % de l'ensemble de l'effectif des sujets VHC positifs, soit 11 648 (8 200-16 600) sujets, compte-tenu de l'estimation d'un effectif total de 112 000 (79 000 à 160 000) précédemment établie à partir de la même étude. La fourchette obtenue à partir de ces deux estimations (7 977-11 648) représenterait une estimation du nombre de sujets contaminés par le VHC entre 1999 et 2004, en posant pour hypothèse que le nombre de sujets nés avant 1975 contaminés entre 1999 et 2004 était marginal.

Cette fourchette doit toutefois être pondérée par un facteur de surestimation et un facteur de sous-estimation. Le facteur de surestimation est lié au fait qu'au moins un tiers voire davantage des sujets âgés de 18 à 29 ans, donc nés entre 1975 et 1986, auraient pu être contaminés avant 1999 et non entre 1999 et 2004 réduisant d'autant les valeurs hautes et basses de cette fourchette. Inversement, les études en population générale ont tendance à sous-estimer les populations statistiquement marginales. De même, les usagers de

drogues les plus à risque de contaminations virales échappent aux enquêtes épidémiologiques et constituent les populations dites « cachées ». La neutralisation de ces deux facteurs est un postulat qui semble plausible voire même probable. Par conséquent, en considérant qu'entre 1999 et 2004, seraient survenues de 8 000 à près de 12 000 nouvelles contaminations par le VHC dont de 2 700 à 4 400 pour la seule année 1999, une estimation d'environ un millier (500-2 000) de contaminations secondaires à l'usage de drogues pour l'année 2004 pourrait raisonnablement être avancée. Ce déclin très significatif de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues est illustré (figure 6.4) par la baisse de la prévalence du VHC très nette dans les tranches d'âge de 20-29 ans entre 1994 et 2004 en population générale (Delarocque-Astagneau et coll., 2009).

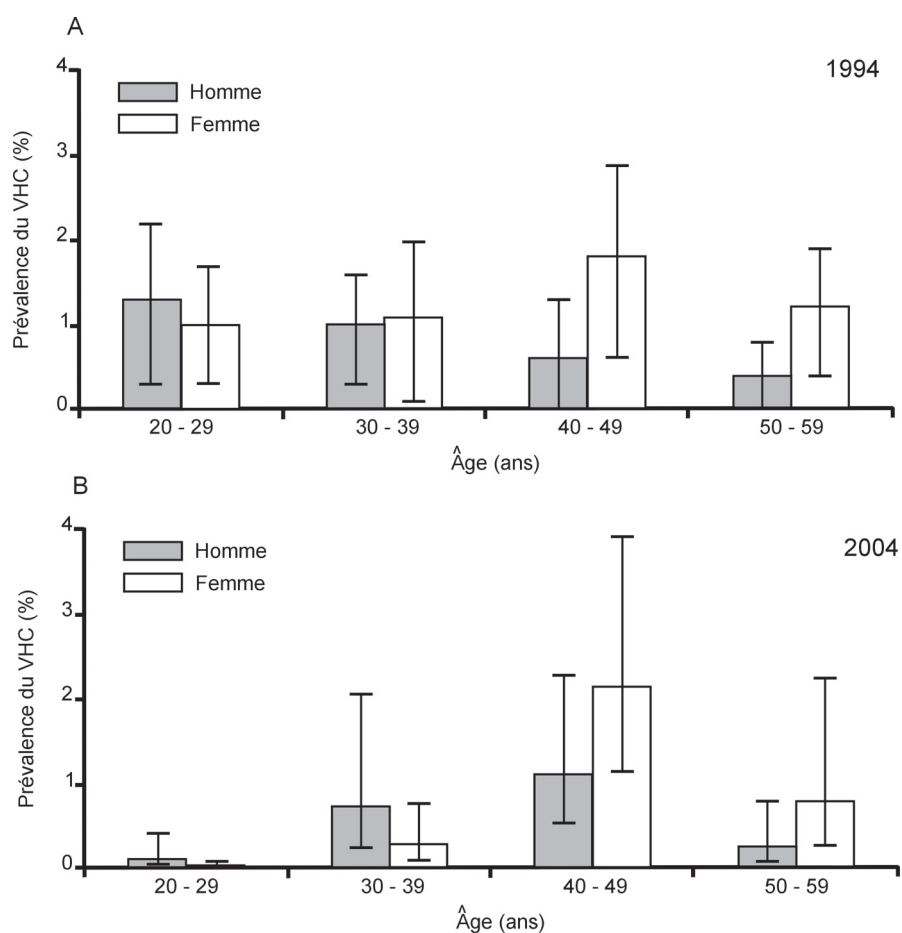


Figure 6.4 : Prévalence des anticorps anti-VHC selon le sexe et la classe d'âge dans les deux études transversales menées en France en 1994 (A) et 2004 (B) (d'après Delarocque-Astagneau et coll., 2009)

Évolution de l'incidence du VHC entre 2004 et 2010

Entre 2004 et 2010, aucune évaluation directe de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues n'a été effectuée en France. Toutefois, plusieurs évaluations indirectes de l'incidence chez les nouveaux injecteurs obtenues à partir de données de prévalence parmi les usagers injecteurs de moins de 30 ans ou de 25 ans selon les études ont pu être réalisées. Plusieurs enquêtes menées parmi les usagers fréquentant les centres de soins, les cabinets de médecine générale (Palle et Vaissade, 2007 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009 ; Di Nino et coll., 2009) ou les structures de première ligne (Cadet-Tairou et coll., 2010) semblent indiquer une poursuite de la décroissance de l'incidence du VHC, même si l'interprétation de ces données doit rester prudente en raison de l'hétérogénéité géographique et méthodologique de ces différentes sources.

La prévalence du VHC parmi les sujets usagers de drogues de moins de 30 ans était de 44 % dans la première étude Coquelicot en 2002 (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b), de 29 % dans la seconde en 2004 (Jauffret-Roustide et coll., 2009), et de seulement 7 % en 2007 dans le réseau des microstructures médicales en Alsace (Di Nino et coll., 2009).

Le dispositif d'information Recap (Recueil commun sur les addictions et les prises en charges) de l'OFDT est un recueil annuel visant à l'exhaustivité d'informations concernant les usages et les prises en charge de chaque usager reçu dans un CSST/Csapa ou un CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) ou une équipe de liaison hospitalière (Palle et Vaissade, 2007). L'analyse de la base de données de l'année 2006 a permis de déterminer la proportion des sérologies positives, négatives et inconnues du VHC des patients suivis en CSST/Csapa selon le sexe et l'année de naissance donnant ainsi une représentation longitudinale à cette étude transversale (Cauchi-Duval, 2009). Après un aspect en plateau concernant la génération née entre 1955 et 1965, la prévalence du VHC a amorcé une décroissance lente et régulière parmi les usagers nés entre 1965 et 1980 (figure 6.5). Parmi les usagers les plus jeunes nés après 1980, la prévalence était inférieure à 5 % mais la proportion des sujets de cette tranche d'âge dépistés était plus basse. La force de cette étude est sa puissance statistique avec plus de 25 000 sujets inclus. Sa principale limite est le caractère déclaratif des résultats sérologiques. Les prévalences des sérologies déclarées positives pour le VHC chez les usagers de drogues injecteurs de moins de 25 ans dans les CSST avec hébergement en 1998 (Six et coll., 1999) et dans les structures de première ligne en 2006 (Cadet-Tairou et coll., 2010) étaient de 40,8 % et de 12,2 % respectivement. Les données déclaratives des usagers (de moins de 25 ans ayant déjà utilisé l'injection dans leur vie) des structures de première ligne (Caarud) recueillies dans le cadre d'une enquête exhaustive menée sur la même semaine de l'année en 2006 et 2008 évoquent une décroissance de la prévalence du VHC qui serait passée de 22,5 % à 14,3 % (Cadet-Tairou et coll., 2010).

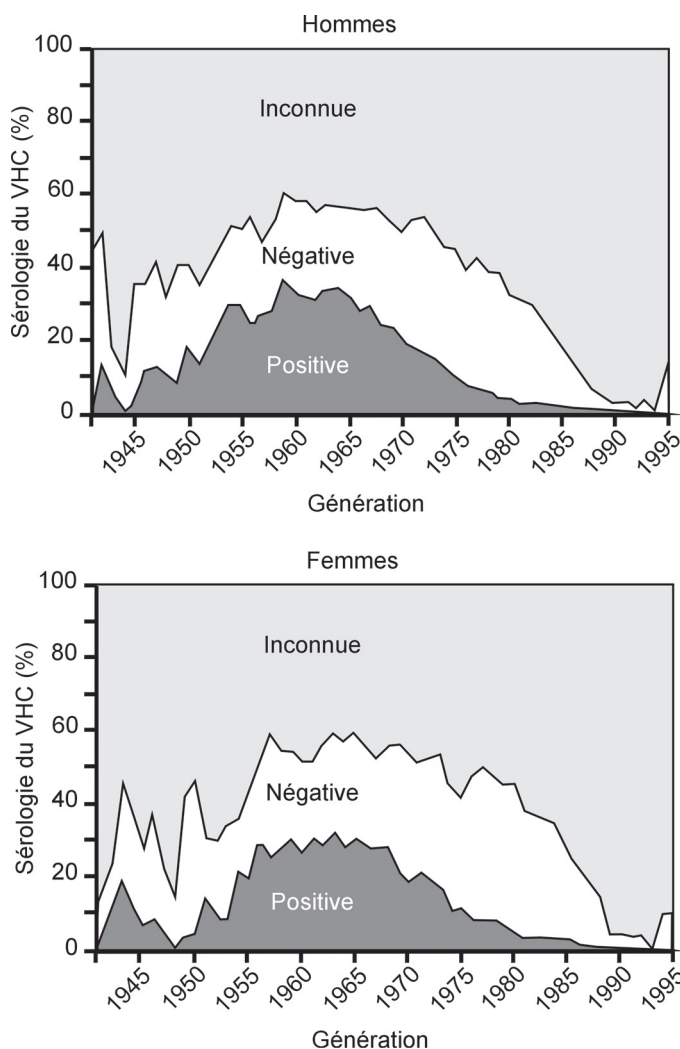


Figure 6.5 : Proportion des sérologies positives, négatives et inconnues du VHC des patients selon le sexe et la génération (d'après Cauchi-Duval, 2009 ; Source Recap/OFD 2006)

Enfin, une surveillance de l'hépatite C par un réseau national de laboratoires publics et privés (Rena-VHC) et par les pôles de référence a montré que le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dont le mode de contamination était l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par voie nasale était passé de 710 à 330 cas par an entre 2001 et 2007 (Brouard et coll., 2009). Même si le nombre de nouveaux cas diagnostiqués ne peut être assimilé au nombre de cas

incidents dans la mesure où le diagnostic d'infection par le VHC est volontiers fait plusieurs années après la contamination, cette étude nationale conforte de façon indirecte la tendance générale.

Ainsi, l'incidence du VHC parmi les usagers de drogues aurait décliné ces vingt dernières années de façon très significative pour ne plus représenter aujourd'hui que de 10 à 15 % des estimations de 1990. De plus, à cette estimation s'ajoute un nombre difficile à préciser faute de données disponibles de sujets VHC positifs appartenant à des populations migrantes originaires pour bon nombre d'Europe de l'Est et du Caucase.

Ces données présentent beaucoup de similitudes avec celles mises en évidence dans une cohorte d'usagers de drogues à Amsterdam où l'incidence du VHC serait passée de 27,5 % à la fin des années 1980 à 2 % en 2005 (Van Den Berg et coll., 2007a et b). Aux Pays-Bas, une politique de réduction des risques avait été mise en place dès le début des années 1980.

Hypothèses sur la baisse de l'incidence du VHC entre 1995 et 2010

Plusieurs facteurs pourraient expliquer une baisse de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues :

- une diffusion des politiques de réduction des risques ;
- un moindre recours à la voie veineuse ;
- une diminution de la force de l'infection ;
- une accessibilité accrue des usagers de drogues au traitement de l'hépatite C.

Moindre recours à la voie veineuse

Si la diminution des partages de seringues n'a pas suffi à infléchir le cours de l'épidémie c'est parce que le VHC, à la différence du VIH, se transmet aussi par le matériel de préparation à l'injection. Un changement des modes de consommation en faveur de la voie nasale avec un moindre recours à la voie veineuse parmi les nouveaux usagers aurait pu être un facteur déterminant. Dès 2003, le dispositif Trend était en mesure d'émettre l'hypothèse d'une diminution de la part des injecteurs parmi les usagers problématiques notamment d'héroïne (Bello et coll., 2010). Dans l'étude Recap, les consommateurs d'héroïne les plus âgés (après 40 ans) sont près de la moitié à utiliser l'injection comme mode d'administration, alors que les plus jeunes ont plus largement adopté le sniff (figure 6.6). L'injection, qui est le deuxième mode d'administration le plus courant de la cocaïne après le sniff, présente comme pour l'héroïne un désintérêt de la part des générations les plus jeunes. De même, parmi les usagers des Caarud, la part des personnes qui n'ont jamais eu recours à l'injection tend à s'accroître (Cadet-Tairou et coll., 2010). D'autre part, l'injection en milieu festif demeure un phénomène marginal.

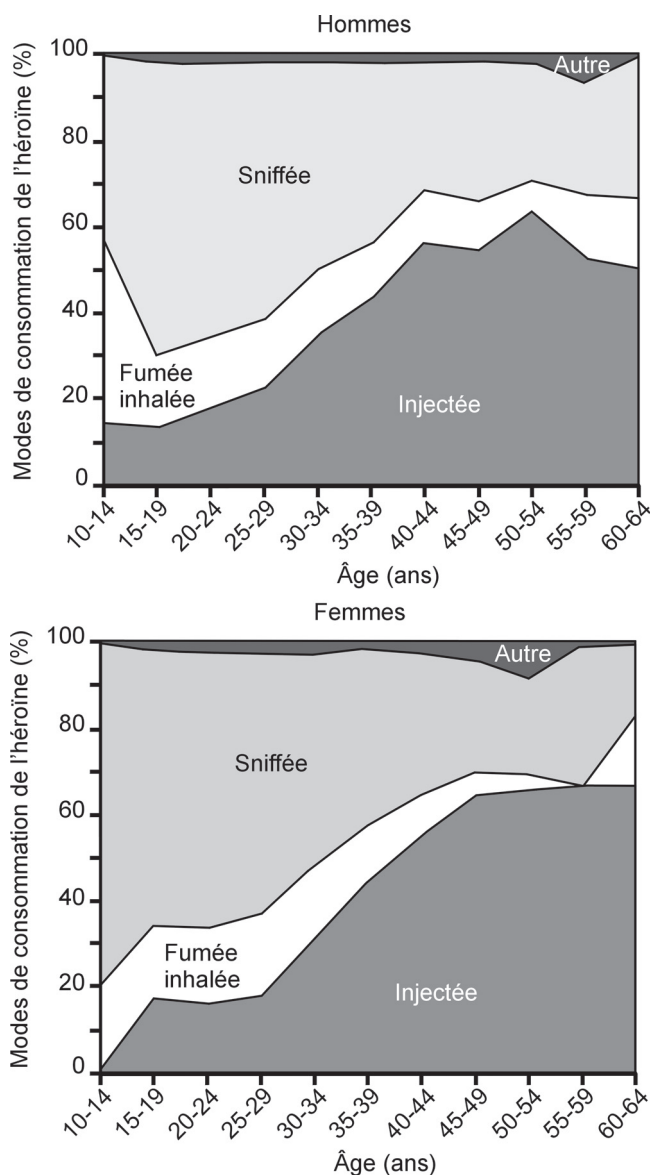


Figure 6.6 : Part des modes de consommation habituels de l'héroïne (en %) selon le sexe et l'âge (d'après Cauchi-Duval, 2009 ; Source Recap/OFDT 2006)

Le moindre recours à la voie veineuse parmi les nouveaux usagers pourrait correspondre à une initiation plus tardive à la pratique d'injection dans le parcours des usagers de drogues. Cette hypothèse ne semble pas confirmée par la plupart des études épidémiologiques qui indiquent que l'âge médian à la

première injection serait de 20 ans (Lucidarme et coll., 1994 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009). Dans l'étude Recap, l'âge moyen de l'expérimentation de drogues illicites est stable dans le temps et la part de ceux qui injectent dès la première année de consommation reste élevée puisque plus de la moitié des injecteurs ont débuté l'injection avant leur premier anniversaire de consommation, 90 % après 5 ans de consommation (Cauchi-Duval, 2009).

Le moindre recours à la voie veineuse a pour conséquence un renouvellement limité de la population des usagers de drogues suivis en centres de soins caractérisée par une baisse très nette de la proportion de nouveaux injecteurs. En 1993 et 1998, les proportions d'injecteurs de moins de 25 ans suivis en CSST/Csapa avec hébergement étaient respectivement de 24 et 16 % (Six et coll., 1999). Dans l'étude Coquelicot de 2004, 8 % des sujets ayant injecté ou sniffé au moins une fois et seulement 3 % des injecteurs étaient âgés de moins de 25 ans (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b ; Drees, 2007). Ce phénomène n'est pas limité à l'hexagone. En Suisse, le taux d'usagers ayant débuté les injections depuis moins de deux ans est passé entre 1993 et 2006 de 18,7 % à 3,3 %. Le vieillissement de la population suivie, dont l'âge moyen est passé de 26 ans à 36 ans entre 1993 et 2006, est la conséquence de ce phénomène (Dubois-Arber et coll., 2008). Ce renouvellement limité de la population des usagers de drogues suivis en centres de soins explique en grande partie une stabilité dans le temps de la prévalence du VHC dans la plupart des études transversales menées entre 1991 et 2004, de l'ordre de 50 à 80 % (Lucidarme et coll., 1994 ; Schmitt et coll., 1994 ; Bello et coll., 1998 ; Valenciano et coll., 2001 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009).

Même si le risque de contamination par voie nasale est plus faible que par voie veineuse, la proportion de nouveaux usagers de drogues contaminés par voie nasale semble augmenter et devenir perceptible (Aaron et coll., 2008).

Diminution de la force de l'infection

Parmi les usagers injecteurs, le second facteur serait une diminution de la force de l'infection avec pour conséquence une contamination par le VHC moins précoce et moins massive qu'au début des années 1990, même si les premières années d'usage de drogues par voie intraveineuse représentent toujours la période où le risque de contracter le VHC est le plus élevé. Une fréquence moins importante des injections et un meilleur respect des règles d'asepsie seraient à l'origine de ce phénomène. En 2008, seuls 20 % des usagers des structures de première ligne (Caarud) qui ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédent en prennent quotidiennement (Toufik et coll., 2010). Ainsi, les pratiques d'injection pluri-quotidiennes couramment observées, avant la mise en place des traitements de substitution aux opiacés, sont moins fréquentes diminuant mécaniquement la fréquence de l'injection et donc les risques qui lui sont associés. Cependant, l'augmentation récente de la consommation de cocaïne qui engendre un nombre important d'injections

(ou de sniff) pourrait venir compenser cette diminution des injections d'héroïne.

Dans une étude d'incidence du VHC dans le Nord et l'Est de la France en 1999, l'incidence du VHC parmi les usagers de drogues depuis moins de deux ans était de 17,5 % puis de 6 % au-delà (Lucidarme et coll., 2004). Dans l'étude Coquelicot en 2004, la force de l'infection reste élevée. En effet, malgré le faible nombre de sujets concernés, la prévalence du VHC parmi les injecteurs de moins de 25 ans était de 32,1 % (Drees, 2007). Ainsi, ces dernières années, l'incidence cumulée du VHC après 5 années de pratique d'injection serait de l'ordre de 40 % à 50 % alors qu'elle était de 90 % au début des années 1990 (Lucidarme et coll., 1994). Pour les usagers ayant commencé l'héroïne après l'introduction des traitements de substitution aux opiacés, la période de dépendance après prise en charge thérapeutique est fortement raccourcie. Les personnes substituées opèrent une sortie de la dépendance à l'héroïne plus précoce que leurs pairs des générations précédentes qui connaissaient en moyenne une durée de dépendance d'une dizaine d'années (Toufik et coll., 2010).

Accessibilité des usagers de drogues au traitement de l'hépatite C

La France est le pays d'Europe qui a fait le plus d'efforts en matière de traitement de l'hépatite C (Lettmeier et coll., 2008). À la fin de l'année 2005, 16 % des cas prévalents d'infection par le VHC avaient reçu un traitement anti-viral (figure 6.7). Cette diffusion du traitement serait à l'origine d'une baisse sensible de la proportion de sujets séropositifs pour le VHC et virémiques passant de 81 % en 1994 (Dubois et coll., 1997) à 65 % en 2004 (Meffre et coll., 2010). Chez les usagers de drogues, le traitement n'est pas dissociable des efforts de prévention et de dépistage des nouvelles contaminations. Leur accessibilité au traitement a également fait l'objet d'efforts importants. En 2008, 70,5 % des usagers des Caarud, porteurs du VHC, ont consulté dans l'année pour cette pathologie et plus du quart (28 %) est sous traitement soit 5,5 points de plus qu'en 2006 (Bello et coll., 2010). Le traitement des usagers de drogues est favorisé par la présence d'un génotype favorable dans environ un cas sur deux. Une étude réalisée par le Groupe français d'étude moléculaire des hépatites (Gemhep) (Martinot-Peignoux et coll., 1999) avait montré que la répartition des génotypes dans la population toxicomane était la suivante : génotype 1a 26,0 %, génotype 1b 12,8 %, génotype 2a 3,3 %, génotype 3a 43,2 %, autres génotypes 16,7 %. Cette répartition des génotypes semble stable ces dernières années car plusieurs études récentes ont rapporté des pourcentages similaires (Bourlière et coll., 2002 ; Payan et coll., 2005 ; Di Nino et coll., 2009). Les résultats obtenus en termes de réponse au traitement, d'effets indésirables et d'interruption prématurée de traitement sont globalement comparables à ceux observés chez les patients non usagers de drogues (Bruggman et coll., 2008 ; Chossegros et coll., 2008). Dans ce contexte, une prise en charge multidisciplinaire des problèmes d'addiction, de l'hépatite C et des comorbidités psychiatriques fréquemment associées est nécessaire

(Moussali et coll., 2007). La proportion de re-contaminations après traitement ayant permis la guérison ne dépasserait pas 10 % des cas (Backmund et coll., 2001 ; Sylvestre, 2002 ; Dalgard et coll., 2002) et ne justifie pas de récuser le traitement du VHC chez les usagers de drogues.

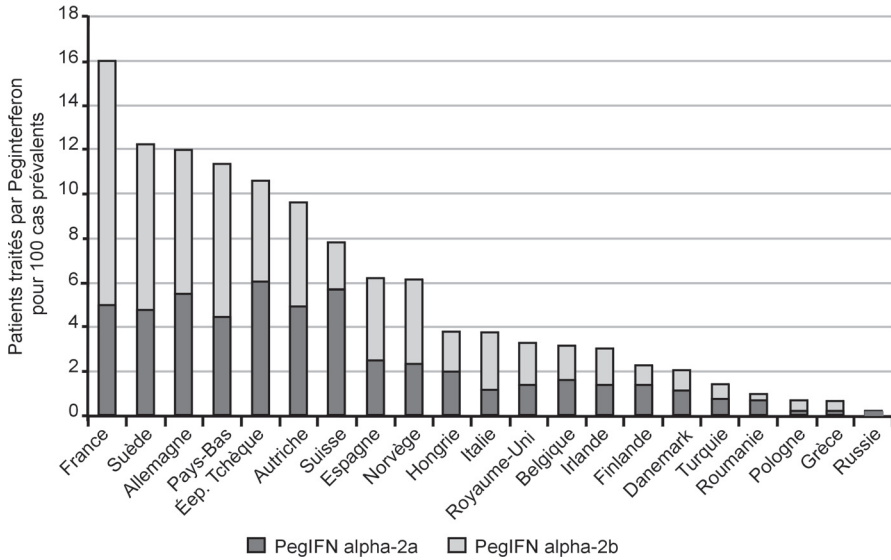


Figure 6.7 : Taux cumulatif de traitement selon le pays indiquant le nombre de patients traités pour 100 cas prévalents d'hépatite C jusqu'à la fin de l'année 2005 (d'après Lettmeier et coll., 2008)

En conclusion, savoir combien d'usagers de drogues sont contaminés chaque année par le virus de l'hépatite C en France est une question cruciale mais dont la réponse n'est pas simple. La période avant le début des années 1990 correspondrait à une montée en puissance du nombre de cas de contaminations parmi les usagers de drogues injecteurs ; puis la période après 1990 correspondrait à une décroissance progressive des contaminations. Jusqu'au début des années 1990, la contamination par le VHC des usagers de drogues injecteurs était quasi-inéluctable après quelques années de pratique de l'injection. Les modifications de comportement des usagers ainsi que le développement d'une politique de réduction des risques ont progressivement modifié cette situation même si les conséquences en termes de contamination virale C ont été longtemps incertaines. Le paradigme selon lequel cette politique serait de portée limitée sur le VHC mériterait, avec le recul dont nous disposons aujourd'hui, d'être révisé. Les principaux succès de cette politique seraient avant tout d'avoir contribué à diminuer le nombre de nouveaux injecteurs, ce dont témoignent les différentes enquêtes de l'OFDT, en favorisant les modalités alternatives que sont l'inhalation et la voie fumée mais aussi d'avoir

amené les usagers à limiter les prises de risque lors des injections et à interrompre ce mode d'administration ou à en limiter la fréquence. L'accessibilité accrue aux traitements antiviraux des usagers de drogues aurait également contribué à ces résultats.

Malgré la diminution de l'incidence, la contamination par le VHC chez les usagers de drogues reste un problème incontournable de santé publique en France en 2010 et exige une poursuite des efforts en termes de politique de réduction des risques.

BIBLIOGRAPHIE

AARON S, MCMAHON JM, MILANO D, TORRES L, CLATTS M, et coll. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis* 2008, **47** : 931-934

AMIN J, KAYE M, SKIDMORE S, PILLAY D, COOPER DA, et coll. HIV and hepatitis C coinfection within the CAESAR study. *HIVMedicine* 2004, **5** : 174-179

AMIN J, LAW MG, MICALF J, JAUNCEY M, VAN BEEK I, et coll. Potential biases in estimates of hepatitis C RNA clearance in newly acquired hepatitis C infection among a cohort of injecting drug users. *Epidemiol Infect* 2007, **135** : 144-150

BACKMUND M, MEYER K, VON ZIELONKA M, EICHENLAUB D. Treatment of hepatitis C infection in drug users. *Hepatology* 2001, **34** : 188-193

BAUDIER F, ARENE J. Baromètre santé 95-96 adultes. CFES, Vanves, 1997

BAUDIER F, DRESSEN C, ALIAS F. Baromètre santé 1992. CFES, Vanves, 1994

BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A, LAMOUREUX P. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Inpes, Saint Denis, 2008

BELLO PY, PASQUIER C, GOURNEY P, PUEL J, IZOPET J. Assessment of a hepatitis C virus antibody assay in saliva for epidemiological studies. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998, **17** : 570-572

BELLO PY, CADET-TAIROU A, HALFEN S. L'état de santé des usagers problématiques. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif Trend. OFDT, 2010

BOURLIERE M, BARBERIN JM, ROTILY M, GUAGLIARDO V, PORTAL I, et coll. Epidemiological changes in hepatitis C virus genotypes in France: evidence in intravenous drug users. *J Viral Hepat* 2002, **9** : 62-70

BOWDEN S, MCCAWE R, WHITE PA, CROFTS N, AITKEN CK. Detection of multiple hepatitis C virus genotypes in a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat* 2005, **12** : 322-324

BROUARD C, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, MEFFRE C, PIOCHE C, SILVAIN C, et coll. Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. *BEH* 2009, **20-21** : 7-12

BRUGGMANN P, FALCATO L, DOBER S, HELBLING B, KEISER O, et coll. Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *J Viral Hepat* 2008, **15** : 747-752

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, et coll. Etat de santé des usagers. Drogues et usages de drogues en France. Etats des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition rapport national du dispositif Trend. OFDT, 2010

CAUCHI-DUVAL N. Parcours des usages de drogues en France : observation et analyse démographique. Thèse de doctorat soutenue à l'Université Montesquieu-Bordeaux IV, Novembre 2009

CHOSSEGROS P. Management of drug addiction in France (a short history). *Gastroenterol Clin Biol* 2007, **31** : 4S44-50

CHOSSEGROS P, MELIN P, HEZODE C, BOURLIERE M, POL S, FHIMA A, et coll. A French prospective observational study of the treatment of chronic hepatitis C in drug abusers. *Gastroentérol Clin Biol* 2008, **32** : 850-857

COSTES JM. Une estimation de prévalence. In : Drogues et toxicomanies. CARPENTIER C, COSTES JM (eds). Indicateurs et tendances 1995, 44-45

COSTES JM. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. *Tendances* 2009, **69**

CROFTS N, CARUANA S, BOWDEN S, KERGER M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ* 2000, **321** : 899

DALGARD O, BJORO K, HELLUM K, MYRVANG B, SKAUG K, et coll. Treatment of chronic hepatitis C in injecting drug users: 5 years' follow-up. *Eur Addict Res* 2002, **8** : 45-49

DE P, ROY E, BOIVIN JF, COX J, MORISSETTE C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *J Viral Hepat* 2008, **15** : 279-292

DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, MEFFRE C, DUBOIS F, PIOCHE C, LE STRAT Y, et coll. The hepatitis C surveillance system committee and the scientific committee for the national prevalence survey of hepatitis b and c markers. The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience. *J Viral Hepat* 2009, epub

DESENCLOS JC, COSTAGLIOLA D, COMMENGES D, LELLOUCHE J, les membres de l'action coordonnée 23 de l'agence nationale de recherche sur le sida. Dynamique de l'épidémie. *BEH* 2005, **11** : 41-44

DEUFFIC S, BUFFAT L, POYNARD T, VALLERON AJ. Modeling the hepatitis C virus epidemic in France. *Hepatology* 1999, **29** : 1596-1601

DI NINO F, IMBS JL, MELENOTTE GH, LE RÉSEAU RMS, DOFFOEL M. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. *BEH* 2009, **37** : 4-8

DOWNS AM, HEISTERKAMP SH, BRUNET JB, HAMERS FF. Reconstruction and prediction of the HIV/AIDS epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe. *AIDS* 1997, **11** : 649-662

DREES. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Études et statistiques. <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm>

DUBOIS F, DESENCLOS JC, MARIOTTE N, GOUDEAU A, the collaborative study group. Hepatitis C in a French population-based survey, 1994: seroprevalence, frequency of viremia, genotype distribution, and risk factors. *Hepatology* 1997, **25** : 1490-1496

DUBOIS-ARBER F, BALTHASAR H, HUISSOUD T, ZOBEL F, ARNAUD S, et coll. Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. *Euro Surveill* 2008, **13** : 18881

EMMANUELLI J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BARIN F. Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *BEH* 2003, **16-17** : 13-15

GREBELY J, CONWAY B, RAFFA JD, LAI C, KRAJDEN M, et coll. Hepatitis C virus reinfection in injection drug users. *Hepatology* 2006, **44** : 1139-1145

GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A. Baromètre santé 2000. CFES, Vanves, 2001

HAGAN H, THIEDE H, WEISS NS, HOPKINS SG, DUCHIN J, et coll. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001, **91** : 42-46

INGOLD R. Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Rapport de synthèse. Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP), Octobre 1996

INGOLD R, INGOLD S. The effects of the liberalization of syringe sales on the behaviour of intravenous drug users in France. *Bull Narc* 1989, **41** : 67-81

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH* 2006a : 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M, EMMANUELLI J, QUAGLIA M, BARIN F, ARDUIN P, et coll. Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users: recent French data-the ANRS-Coquelicot Study. *Subst Use Misuse* 2006b, **41** : 1603-1621

JAUFFRET-ROUSTIDE M, LE STRAT Y, COUTURIER E, THIERRY D, RONDY M, et coll. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious Diseases* 2009, **9** : 113

KAMILI S, KRAWCZYNSKI K, MCCAUSTLAND K, LI X, ALTER MJ. Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007, **28** : 519-524

LAI ME, MAZZOLENI AP, ARGIOLO F, DE VIRGILIS S, BALESTRIERI A, et coll. Hepatitis C virus in multiple episodes of acute hepatitis in polytransfused thalassaemic children. *Lancet* 1994, **343** : 388-390

LAPIDUS N, LE STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, DESENCLOS JC. Estimation de l'incidence des infections par le virus de l'hépatite C en France, à partir des enquêtes

de séroprévalence réalisées en 1994 et 2004. Communication à l'AC23 ANRS, novembre 2006

LARSEN C, PIALOUX G, SALMON D, ANTONA D, PIROTH L, et coll. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *BEH* 2005, 109-112

LE VU S, LE STRAT Y, CAZEIN F, PILLONEL J, BOUSQUET V, et coll. Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente. 2009. http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/incidence_vih191109/incidence_vih.pdf

LETTMEIER B, MUHLBERGER N, SCHWARZER R, SROCZYNSKI G, WRIGHT D, et coll. Market uptake of new antiviral drugs for the treatment of hepatitis C. *J Hepatol* 2008, **49** : 528-536

LOPEZ D, MARTINEAU H, PALLE C. Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne de cocaïne ou de crack. OFDT. *Tendances* 2004, **36**

LUCIDARME D, FOUTREIN P, CREUSY C, FORZY G, FOUTREIN-COMES MC, et coll. Prevalence of hepatitis C, B and D markers and histopathological aspects in a group of intravenous drug addicts. *Gastroenterol Clin Biol* 1994, **18** : 964-968

LUCIDARME D, DECOSTER A, DELAMARE C, SCHMITT C, KOZLOWSKI D, et coll. Etude inter laboratoires de la détection des anticorps anti-VHC sur prélèvements salivaires. *Gastroenterol Clin Biol* 2003, **27** : 159-162

LUCIDARME D, BRUANDET A, ILEF D, HARBONNIER J, JACOB C, et coll. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect* 2004, **132** : 699-708

MACIAS J, PALACIOS RB, CLARO E, VARGAS J, VERGARA S, et coll. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008, **28** : 781-786

MARTINEZ A, TALAL AH. Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission. *Liver Int* 2008, **28** : 757-760

MARTINOT-PEIGNOUX M, ROUDOT-THORAVALE F, MENDEL I, COSTE J, IZOPET J, et coll. Hepatitis C virus genotypes in France : relationship with epidemiology, pathogenicity and response to interferon therapy. *J Viral Hepatitis* 1999, **6** : 435-443

MATHEI C, SHKEDY Z, DENIS B, KABALI C, AERTS M, et coll. Evidence for a substantial role of sharing of injecting paraphernalia other than syringes/needles to the spread of hepatitis C among injecting drug users. *J Viral Hepat* 2006, **13** : 560-570

MEFFRE C, LE STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, ANTONA D, DESENCLOS JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, mars 2007, 114 p

MEFFRE C, LE STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, DUBOIS F, ANTONA D, et coll. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factor. *J Med Virol* 2010, **82** : 546-555

MICALLEF JM, KALDOR JM, DORE GJ. Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection: a systematic review of longitudinal studies. *J Viral Hepat* 2006, **13** : 34-41

MICALLEF JM, MACDONALD V, JAUNCEY M, AMIN J, RAWLINSON W, et coll. High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat* 2007, **14** : 413-418

MOHSEN AH. Trent HCV Study Group. The epidemiology of hepatitis C in a UK health regional population of 5.12 million. *Gut* 2001, **48** : 707-713

MOUSSALLI J, MELIN P, WARTELE-BLADOU C, LANG JP. Management of hepatitis C among drug user patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007, **31** : 4S51-4S55

NEAL KT. On behalf of the Trent Hepatitis C Study Group. Excess mortality rates in a cohort of patients infected with the hepatitis C virus: a prospective study. *Gut* 2007, **56** : 1098-1104

OFDT. Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 1999

OFDT. Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Rapport 2010a, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxacq1.html>

OFDT. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vu au travers du dispositif TREND. COSTES JM (Dir.) OFDT, 2010b, 191p

OSBURN WO, FISHER BE, DOWD KA, URBAN G, LIU L, et coll. Spontaneous control of primary hepatitis C virus infection and immunity against persistent reinfection. *Gastroenterology* 2010, **138** : 315-324

PALLE C, VAISSADE L. Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. *Tendances* 2007, **54**

PAYAN C, ROUDOT THORAVALE F, MARCELLIN P, BLED N, DUVERLIE G, et coll. Changing of hepatitis C virus genotype patterns in France at the beginning of the third millenium: The GEMHEP GenoCII Study. *J Viral Hepat* 2005, **12** : 405-413

SCHMITT C, BERTEL J, JACOB C. Fréquence des marqueurs sérologiques des hépatites B et C et du VIH dans une population de toxicomanes hospitalisés de 1990 à 1992. *Ann Med Int* 1994, **145** : 7-12

SIX C, HAMERS F, BRUNET JB. Infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement 1993-1998. *BEH* 1999, **32** : 1-4

SYLVESTRE DL. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002, **67** : 117-123

TORTU S, MACMAHON JM, POUGET ER, HAMID R. Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Subst Use Misuse* 2004, **39** : 211-224

TOUFIK A. La diffusion de l'injection intraveineuse de l'héroïne en France. *Tendances* 1999, **5**

TOUFIK A, ESCOTS S, CADET-TAIROU A. La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution opiacés. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif Trend. OFDT, 2010

- TUAILLON E, MONDAIN AM, MEROUEH F, OTTOMANI L, PICOT MC, et coll. Dried blood spot for hepatitis C virus serology and molecular testing. *Hepatology* 2010, **51** : 752-758
- VALENCIANO M, EMMANUELLI J, LERT F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 2001, **96** : 597-606
- VAN AMEIJDEN EJ, VANDEN HOEK JA, HARTGERS C, COUTINHO RA. Risk factors for the transition from noninjection to injection drug use and accompanying AIDS risk behavior in a cohort of drug users. *Am J Epidemiol* 1994, **139** : 1153-1163
- VAN DE LAAR TJ, MOLENKAMP R, VAN DEN BERG C, SCHINKEL J, BELD MG, et coll. Frequent HCV reinfection and superinjection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *J Hepatol* 2009, **51** : 667-674
- VAN DEN BERG C, SMIT C, VAN BRUSSEL G, COUTINHO R, PRINS M. 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. *Addiction* 2007a, **102** : 1454-1462
- VAN DEN BERG CH, SMIT C, BAKKER M, GESKUS RB, BERKHOUT B, et coll. Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *Eur J Epidemiol* 2007b, **22** : 183-193
- VAN DOORNUM GJ, LODDER A, BUIJMER M, VAN AMEIJDEN EJ, BRUISTEN S. Evaluation of hepatitis C antibody testing in saliva specimens collected by two different systems in comparison with HCV antibody and HCV RNA in serum. *J Med Virol* 2001, **64** : 13-20
- VIDAL-TRECAN GM, VARESCON-POUSSON I, BOISSONNAS A. Injection risk behaviors at the first and at the most recent injections among drug users. *Drug Alcohol Depend* 2002, **66** : 107-109

7

Pratiques à risque chez les fumeurs de crack

En France, la population des consommateurs de crack a fait l'objet de peu de recherches tant épidémiologiques que sociologiques et elle est donc encore mal connue. La population des usagers de crack est actuellement estimée entre 6 000 et 10 000 personnes par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à partir d'estimations basées sur les files actives de structures spécialisées accueillant des usagers de drogues (Chalumeau et coll., 2010). Le phénomène du crack en métropole est encore aujourd'hui essentiellement concentré dans le Nord-Est parisien. Les principales données épidémiologiques disponibles sur les usagers de crack en France sont issues de l'étude ANRS-Coquelicot réalisée entre 2004 et 2007 dans 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille)²⁹ (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b, 2009). Dans cette enquête, le crack/free base était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (par 30 % des usagers de drogues), avant la cocaïne (27 %) et l'héroïne (21 %).

Une revue de la littérature réalisée en 2006 (Scheinmann et coll., 2007) met en évidence une prévalence du VHC beaucoup plus élevée chez les usagers de drogues non injecteurs que dans la population générale. Ainsi, la prévalence du VHC dans des populations d'usagers de drogues non injecteurs oscille entre 2,3 et 35,3 % (Scheinmann et coll., 2007).

Ces résultats ont conduit à s'interroger sur des vecteurs de transmission liés à l'usage de drogues en dehors de la pratique d'injection. Au début des années 2000, des débats ont porté sur la question de l'implication du sniff sans pouvoir réellement conclure sur ce lien (Galperim et coll., 2004 ; Scheinmann et coll.,

29. L'enquête ANRS-Coquelicot a été réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en collaboration avec le Centre national de référence (CNR) du VIH de Tours, l'Institut national d'études démographiques (Ined) et le Centre de recherches psychotropes, santé mentale et société, avec le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites. Cette enquête a mis en œuvre un plan de sondage et porte sur l'ensemble des usagers de drogues pris en charge dans les dispositifs bas seuil, haut seuil et chez les médecins généralistes. La méthodologie employée permet à cette enquête d'être représentative de la population des usagers de drogues pris en charge dans les 5 villes où les usagers de drogues ont été recrutés.

2007)³⁰. En parallèle, l'usage de crack par voie fumée est présenté comme un facteur de risque de l'infection au VHC, même quand il est ajusté sur la pratique d'injection (Nyamathi et coll., 2002 ; Wolff et coll., 2008 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009). Un des critères de validation de ce lien réside dans la pluridisciplinarité des sources qui se complètent et se confortent.

La revue de la littérature effectuée dans ce chapitre comprend des articles appartenant au domaine de l'épidémiologie, de la virologie et de la socio-anthropologie, ce qui permet d'aborder la question de l'exposition au risque VHC chez les consommateurs de crack dans sa complexité.

Épidémiologie du VHC et comportements chez les consommateurs de crack

Dans la littérature internationale, la prévalence du VHC parmi les consommateurs de crack est particulièrement élevée et peut atteindre 50 à 75 % (Fischer et coll., 2008 ; Jauffret-Roustide et coll., 2008). En France, d'après l'enquête ANRS-Coquelicot, la prévalence du VHC chez les consommateurs de crack s'élevait à 72 % et à 45 % chez les consommateurs de crack déclarant n'avoir jamais injecté dans leur vie (Jauffret-Roustide et coll., 2008).

Les observations de terrain en France, de type ethnographique, ont montré que l'utilisation et le partage des outils liés à la consommation de crack (cutter, fils électriques, pipe en verre) pouvaient provoquer des lésions mains-bouche chez les fumeurs et constituer des portes d'entrée pour la transmission du VHC (Jauffret-Roustide et coll., 2008). Ces observations issues de « savoirs de terrain » mettent en évidence le fait que les différentes séquences de la préparation et de la consommation de crack fumé exposent les usagers à la transmission du VIH et du VHC de différentes manières. L'utilisation du cutter pour débiter la galette en cailloux est souvent associée à des coupures aux doigts. Le partage quasi systématique de cet outil avec les autres outils en fait un vecteur possible d'agents infectieux. La fabrication du filtre à partir de fils de cuivre récupérés (fils de téléphone, d'appareil électronique...) a pour conséquence l'apparition de coupures et d'abcès sur les doigts des usagers. Couplée au partage du cutter, cette pratique devient potentiellement dangereuse ; ceci pousse à la réflexion autour de la mise au point de filtres déjà préparés distribués aux usagers de drogues. Enfin, l'utilisation du doseur à pastis en verre comme pipe (outil choisi par les usagers à partir des années 1990) entraîne des brûlures, des plaies, des lésions ulcérées et des coupures autant sur les lèvres que dans la bouche. L'utilisation de pipes en verre

30. Les pailles pour sniffer étant largement disponibles (ticket de métro, billet de banque...), la pratique de partage est de fait plus faible que d'autres pratiques à risque telles que le partage de la pipe à crack. En 2004, la pratique de partage de la paille de sniff s'élevait à 25 % dans le dernier mois contre 81 % pour la pratique de partage de la pipe à crack (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b).

facilement cassables et conduisant très bien la chaleur provoque des plaies et des gerçures importantes aux lèvres des fumeurs (Faruque et coll., 1996 ; Ward et coll., 2000). Lors du partage de ces pipes à crack, un usager peut, à travers ses plaies buccales, y déposer une petite quantité de sang, qui peut entraîner la contamination d'autres usagers de drogues présentant également ce type de lésions (Hagan et coll., 2005).

Récemment, dans la littérature internationale, des articles de plus en plus nombreux se sont intéressés à l'implication du partage de la pipe à crack comme vecteur de transmission du VHC. La prévalence de cette pratique à risque est particulièrement élevée et peut concerner jusqu'à 81 % des consommateurs de crack (Jauffret-Roustide, 2009). Discutée dans quelques études (Howe et coll., 2005), l'implication de cette pratique de partage de la pipe à crack semble être une des hypothèses plausibles pour expliquer à la fois la prévalence élevée du VHC chez les consommateurs de crack non injecteurs et une partie des cas de VHC inexpliqués par les voies de contaminations connues (Tortu et coll., 2004 ; Macias et coll., 2008). Ces apports épidémiologiques sont confortés par les données virologiques révélant la présence du virus de l'hépatite C dans les sécrétions nasales (McMahon et coll., 2004), dans la salive (Hermida et coll., 2002 ; Suzuki et coll., 2005), et sur des pipes à crack usagées (Fisher et coll., 2008).

En France, l'enquête ANRS-Coquelicot a mis en évidence que la consommation de crack par voie fumée constituait un facteur de risque de séropositivité au VHC, après avoir été ajusté sur le facteur de risque majeur que constitue l'injection (Jauffret-Roustide et coll., 2009). L'ajustement est effectué sur la pratique d'injection dans la vie (tableau 7.1).

Tableau 7.1 : Facteurs indépendamment associés à la séropositivité au VHC parmi les usagers de drogues, Enquête ANRS-Coquelicot 2004-2005 (N=794) (d'après Jauffret-Roustide et coll., 2009)

Variable		Odds Ratio	IC 95 %
Âge	< 30 ans	1,00	
	≥ 30 ans	3,44	1,46-8,12
Logement	Stable	1,00	
	Précaire	1,80	0,99-3,27
Séropositivité VIH	Négatif	1,00	
	Positif	29,17	9,79-86,87
Injection dans la vie	Non	1,00	
	Oui	9,25	4,02-21,27
Usage de crack (dernier mois)	Non	1,00	
	Oui	2,65	1,19-5,91
Traitement de substitution aux opiacés (6 derniers mois)	Non	1,00	
	Oui	3,24	1,01-10,37

Les données françaises en accord avec les données internationales sur le lien entre la contamination par le VHC et la consommation de crack par voie fumée, viennent conforter l'hypothèse que le partage de pipes à crack constitue un facteur de transmission du VHC chez les usagers de drogues non injecteurs.

Programmes de réduction des risques adaptés aux consommateurs de crack

Les données épidémiologiques présentées ci-dessus posent la question du risque de transmission du VHC lié à l'utilisation de crack. Cette question reste néanmoins peu prise en compte par la politique de réduction des risques en France. Le référentiel fondateur de la réduction des risques a, en effet, été pensé uniquement autour de la figure de l'héroïnomane injecteur des années 1980 (Cheung, 2000 ; Jauffret-Roustide, 2004). Les priorités des autorités dans ce domaine, en France et au niveau international, restent aujourd'hui centrées exclusivement sur la pratique de l'injection et des actes préparatoires à l'injection (Haydon et Fischer, 2005 ; Jauffret-Roustide et coll., 2008), qui constitue le vecteur majeur de la transmission du VHC et du VIH dans la population des usagers de drogues.

Depuis les années 1990, d'autres produits tels que la cocaïne, le crack/free base et d'autres modes de consommation tels que le recours à la voie fumée constituent des tendances fortes en Europe et en Amérique du Nord. En France, l'enquête ANRS-Coquelicot a mis en évidence que le crack/free base était le premier produit consommé par les usagers de drogues dans le dernier mois ; à hauteur de 30 %, avant la cocaïne (27 %) et l'héroïne (21 %) (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b). Cette situation reste toutefois plutôt spécifique à la région Île-de-France, même si une tendance à l'augmentation de crack/free base semble se dessiner dans certaines villes telles que Bordeaux ou Rennes.

Peu d'attention a été portée aux modes de consommations tels que l'usage de crack par voie fumée et aux profils de consommateurs (Haydon et Fischer, 2005). Afin d'être pleinement efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte l'évolution des pratiques d'usage. La distribution de matériel spécifique pour les usagers de drogues non injecteurs est un moyen de capter une population particulièrement vulnérable aux risques infectieux et de la sensibiliser aux messages de prévention. Par ailleurs, la population des usagers de crack présente de nombreux facteurs de vulnérabilité sociale, économique, sanitaire qui se renforcent mutuellement.

Le Canada occupe une place innovante dans le domaine de la réduction des risques liée à la consommation de crack en mettant en œuvre des programmes de distribution de matériel de réduction des risques spécifique (Leonard et

coll., 2006 ; Boyd et coll., 2008). Plusieurs villes, telles que Vancouver, Winnipeg, Toronto, Ottawa, Montréal, Guelph, White Horse, Halifax ou encore depuis peu Gatineau, ont fait le choix de s'engager dans ce type d'action (Conseil municipal d'Ottawa, 2007³¹). Ces programmes de distribution de kits crack sont l'objet de controverses, à l'instar des programmes d'échange de seringues au moment de leur mise en place (Haydon et Fischer, 2005) et restent donc fragiles à implanter sur le long terme (Symington, 2007).

Le matériel de réduction des risques distribué comprend un tube de pyrex, des embouts en plastique, des filtres (sous la forme de grilles métalliques), des préservatifs, des baumes à lèvres, des compresses alcoolisées, des lingettes pour les mains et de la gomme à mâcher pour saliver. Une évaluation (de type avant/après) de la mise à disposition de pipes en pyrex destinées à limiter la transmission du VHC dans cette population a été menée dans la ville d'Ottawa (Leonard et coll., 2006 et 2008). Cette évaluation indique que les usagers de crack ont adhéré de manière immédiate, importante et soutenue à la distribution de matériel de consommation. Elle met également en évidence que suite à la disponibilité de ce nouvel outil de réduction des risques, les usagers de crack ont diminué leur pratique de partage de la pipe à crack et renoncé à l'injection pour préférer la voie fumée. Les chercheurs se sont penchés, dans cette étude, sur l'estimation des prévalences du VIH et du VHC aux différentes phases de l'enquête. Aucune différence significative n'a été notée, ce qui peut néanmoins s'expliquer par la petite taille de l'échantillon (environ 120 usagers de drogues) et le fait que l'effet protecteur de l'outil nécessite plus de temps d'exposition pour être observé. Ce programme de réduction des risques a cependant permis de capter de nouvelles populations d'usagers de drogues qui ne fréquentaient pas les structures de réduction des risques, par manque de matériel adapté à leurs besoins. Cette enquête met donc en évidence l'efficacité du programme de distribution de pipes à crack en termes de réduction des risques, tant sur le plan du comportement à risque infectieux (recul du partage de la pipe à crack et de l'injection) que sur le plan social (prise de contact avec des populations isolées).

Un programme similaire a également fait l'objet d'une évaluation à Vancouver. Ce programme a mis l'accent sur l'importance de la prise en compte des pratiques des usagers et de leur point de vue, en intégrant la dimension de l'éducation par les pairs (Boyd et coll., 2008). Par ailleurs, la ville de Vancouver qui a mis en place des salles d'injections supervisées a alors envisagé l'extension de ce dispositif aux usagers de drogues par voie fumée, s'inspirant des modèles existant dans plusieurs pays européens (Shannon et coll., 2006). En effet, en Europe, des salles de consommations de drogues existent en

31. Réseau juridique canadien VIH/sida. Abolition du programme de trousse pour l'usage plus sûr du crack : un geste irresponsable et de courte visée, du Conseil municipal d'Ottawa. Communiqué de presse, 2007-07-11.

<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=731>.

Suisse, en Hollande, en Allemagne, au Luxembourg, en Norvège et en Espagne (Hunt, 2006). Ces dispositifs de réduction des risques comprennent un espace destiné à l'injection, et parfois, un espace destiné à la consommation de produits par voie fumée ou sniffée. Ces infrastructures mettent à la disposition des usagers de drogues du matériel stérile de consommation par voie fumée, un environnement sécurisé et hygiénique pour consommer, et diffusent des messages de prévention et en particulier les techniques les plus sûres pour la consommation de produits non injectés. La présence d'un personnel qualifié permet de conseiller les usagers sur la réduction des risques et de prévenir les overdoses. Par ailleurs, ces dispositifs ont pour objectifs secondaires de réduire l'usage de drogues en milieu public et d'éviter la transition de la consommation par voie fumée à l'injection (Shannon et coll., 2006).

Premières expérimentations menées et évaluées en France

En France, la population des consommateurs de crack a fait l'objet de peu de recherches tant épidémiologiques que sociologiques et est donc encore mal connue. Les usagers de crack constituent une population stigmatisée au sein même du « monde de la drogue ». La volonté d'une partie des usagers de drogues de se démarquer des « crackeurs » a certainement contribué au décalage dans l'évaluation de l'ampleur du problème du crack en France. Les premières données épidémiologiques disponibles sur les usagers de crack du Nord-Est parisien sont issues de l'étude ANRS-Coquelicot réalisée fin 2004 par l'Institut de veille sanitaire (Jauffret-Roustide et coll., 2006 a et b). L'enquête ANRS-Coquelicot portait sur des usagers de drogues pris en charge dans des dispositifs spécialisés et chez des médecins généralistes. Parmi ces usagers pris en charge, le crack était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (par 30 % des usagers de drogues).

Une sous-analyse portant sur les usagers de crack du Nord-Est parisien publiée récemment (Jauffret-Roustide et coll., 2008) montre que cette population est plus féminine (40 %) que celle présente habituellement dans les études portant sur les usagers de drogues pris en charge dans le dispositif spécialisé (proportion de femmes de l'ordre de 20 %). L'âge moyen des usagers de crack est de 36,7 ans pour les hommes et de 33,5 ans pour les femmes. Les profils de ces usagers de crack sont marqués par une précarité sociale extrême, un tiers d'entre eux (31 %) vivent dans la rue ou dans un squat. Leur exclusion concerne également l'emploi puisque 8 sur 10 ne travaillent pas et la majorité d'entre eux (81 %) ont connu la prison au cours de leur vie. Malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation. Dans le dernier mois, plus de 80 % d'entre eux déclarent avoir partagé leur pipe à crack.

Sur le terrain, quelques associations impliquées dans la réduction des risques à Paris délivrent du matériel sous forme d'embouts pour pipes à crack, de « doseurs », éventuellement sous forme de kit base depuis 2002 (Espoir Goutte d'Or, 2004). Cette initiative, en plus de réduire les risques infectieux en limitant le partage de la pipe à crack, permet aux centres d'accueil d'établir un contact avec des usagers de drogues « cachés » (Fischer et coll., 2006). Le passage des consommateurs de crack dans les dispositifs de réduction des risques leur permet par ailleurs de rester en lien avec des intervenants voire d'entamer des démarches en matière de soins et d'insertion. Les différents outils, distribués actuellement au sein de quelques structures parisiennes (Ego, Charonne, Ipssud, Gaïa, Aides) dans un cadre expérimental, ne sont pas scientifiquement validés en termes d'impact sur la transmission du VHC et du VIH chez les usagers de drogues. De plus, aucun de ces outils actuellement disponibles ne semble faire consensus dans le champ des intervenants spécialisés, certains distribuant des embouts, d'autres des doseurs ou des kits.

Face à un contexte d'augmentation de la consommation de cocaïne/crack, la France s'est très récemment impliquée en mettant en place un programme de recherche spécifique, s'inspirant en partie du modèle d'évaluation du programme mené à Ottawa. Ce projet de recherche met en œuvre une dynamique partenariale entre acteurs de la recherche (InVS, Cermes 3), acteurs de terrains (Collectif inter-Caarud) et usagers de crack (Jaufret-Roustide et coll., 2008 ; Jauffret-Roustide et coll., 2010). Les premiers résultats de l'évaluation « pipes à crack » devraient être disponibles en 2011, mais les usagers de drogues bénéficieront de l'outil (tube en pyrex, embouts et filtres) dès le premier semestre 2010 dans le cadre d'une expérimentation en Île-de-France, restreinte dans un premier temps aux Caarud participant à l'enquête à Paris et à Saint-Denis.

Des décisions politiques récentes tendent à intégrer les risques liés à d'autres pratiques que l'injection dans la politique de réduction des risques. Ainsi, dans le cadre de la loi de Santé Publique, le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 propose notamment la « distribution de matériel de prévention » et vise entre autres « la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques : tampons alcoolisés, flacons d'eau stériles, filtres stériles, cupules stériles, seringues, matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, pansements ». L'ouverture d'un CSST (centre spécialisé de soins aux toxicomanes) orienté vers l'accueil des usagers de crack par l'association Ego (Espoir goutte d'or) le 1^{er} janvier 2007 révèle également la prise en compte des besoins spécifiques de ces usagers de drogues en termes de prise en charge sanitaire. Différents plans gouvernementaux (Plan Mildt, 2008 a et b) ont également récemment intégré la nécessité d'adapter les outils de réduction des risques à la consommation de crack, sur la base d'évaluations scientifiques.

La consommation de cocaïne, de crack ou de méthamphétamine induit des comportements diversifiés concernant le rapport à l'injection et les pratiques

à risque, à la fois en raison des effets des produits, des profils des consommateurs et des contextes d'usage associés. Ainsi, la littérature internationale montre que les injecteurs de méthamphétamine plus jeunes, semblent avoir été moins exposés aux messages de prévention des risques infectieux que les consommateurs d'héroïne, en partie parce qu'ils sont peu en contact avec des programmes de réduction des risques (Zule et Desmond, 1999). La persistance des pratiques à risque semble concerner tout particulièrement les jeunes usagers de drogues (Jauffret-Roustide et coll., 2006a et b) et peut être liée à un effet de génération. Les plus jeunes usagers n'ont pas bénéficié de la transmission de messages de prévention par les pairs, et sont moins sensibilisés aux risques infectieux n'ayant pas connu le contexte de décimation des héroïnomanes par l'infection par le VIH dans les années 1980 (Emmanueli et coll., 2003).

En conclusion, la littérature internationale et les enquêtes françaises montrent une prévalence du VHC élevée parmi les consommateurs de crack non injecteurs (45 % en France). Elles suggèrent également que le partage de pipes à crack constitue un facteur de transmission du VHC chez les usagers de drogues non injecteurs. Ces données renvoient à la nécessité d'adapter la réduction des risques en mettant de nouveaux outils à la disposition des usagers et de promouvoir des démarches évaluatives associant chercheurs, acteurs de terrain et usagers de drogues. Par ailleurs, les profils des usagers de crack sont marqués par une précarité sociale extrême, ce qui justifie d'améliorer leur qualité de vie de manière plus globale et de prendre en compte également leur demande d'aide à l'arrêt de l'usage. Afin d'être réellement efficace, la politique de réduction des risques doit s'inscrire dans une démarche gradualiste et doit prendre en considération la dimension des inégalités sociales de santé.

BIBLIOGRAPHIE

BOYD S, JOHNSON JL, MOFFAT B. Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduct J* 2008, 5 : 34

CHALUMEAU M, STAWINSKI A, TOUFIK A, CADET-TAÏROU A. Les Caarud en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité. OFDT, Saint Denis, 2010

CHEUNG YW. Substance abuse and developments in harm reduction. *CMAJ* 2000, 162 : 1697-1700

EMMANUELLI J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BARIN F. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *Bull Epidemiol Hebd* 2003, 16-17 : 97-99

ESPOIR GOUTTE D'OR. STEP: Rapport d'évaluation du Kit-Base. Le « Kit Base », un nouvel outil pour la réduction des risques. Espoir Goutte d'Or, Paris, 2004, 1-58

FARUQUE S, EDLIN BR, MCCOY CB, WORD CO, LARSEN SA, et coll. Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996, **13** : 87-92

FISCHER B, REHM J, PATRA J, KALOUSEK K, HAYDON E, et coll. Crack across Canada: Comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction* 2006, **101** : 1760-1770

FISCHER B, POWIS J, FIRESTONE CM, RUDZINSKI K, REHM J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008, **20** : 29-32

GALPERIM B, CHEINQUER H, STEIN A, FONSECA A, LUNGE V, IKUTA N. Intranasal cocaine use does not appear to be an independent risk factor for HCV infection. *Addiction* 2004, **99** : 973-977

HAGAN H, THIEDE H, DES JARLAIS DC. HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. *AIDS* 2005, **19** (Suppl 3) : S199-S207

HAYDON E, FISCHER B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Can J Public Health* 2005, **96** : 185-188

HERMIDA M, FERREIRO MC, BARRAL S, LAREDO R, CASTRO A, DIZ DP. Detection of HCV RNA in saliva of patients with hepatitis C virus infection by using a highly sensitive test. *J Virol Methods* 2002, **101** : 29-35

HOWE CJ, FULLER CM, OMPAD DC, GALEA S, KOBLIN B, et coll. Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. *Drug Alcohol Depend* 2005, **79** : 389-395

HUNT N. An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Independent Working Group on Drug Consumption Rooms, 2006

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. La Documentation Française, Paris, 2004

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review* 2009, **18** : 159-172

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006a, **33** : 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M, EMMANUELLI J, QUAGLIA M, BARIN F, ARDUIN P, et coll. Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users: recent French data-the ANRS-Coquelicot Study. *Subst Use Misuse* 2006b, **41** : 1603-1621

JAUFFRET-ROUSTIDE M, RONDY M, OUDAYA L, PEQUART C, SEMAILLE C, DESENCLOS JC. Evaluation d'un outil de réduction des risques visant à limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008, **56** : S376

JAUFFRET-ROUSTIDE M, LE STRAT Y, COUTURIER E, THIERRY D, RONDY M, et coll. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009, **9** : 113

JAUFFRET-ROUSTIDE M, RONDY M, OUDAYA L, GUIBERT G, SEMAILLE C, et coll.. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites. *BEH web* n°1, 17 mai 2010 : 1-4

LEONARD L, DERUBEIS E, BIRKETT M. Safer crack use initiative. Evaluation report. Ottawa, 2006, 1-83

LEONARD L, DERUBEIS E, PELUDE L, MEDD E, BIRKETT N, SETO J. I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 255-264

MACIAS J, PALACIOS RB, CLARO E, VARGAS J, VERGARA S, et coll. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008, **28** : 781-786

MARIOTTE N, GOUDEAU A, the collaborative study group. Hepatitis C in a French population-based survey, 1994: seroprevalence, frequency of viremia, genotype distribution, and risk factors. *Hepatology* 1997, **25** : 1490-1496

MCAHON JM, SIMM M, MILANO D, CLATTS M. Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2004, **3** : 6

MILDT (MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE). Plan gouvernemental de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Mildt, 2008a, 3-87

MILDT (MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Mildt, 2008b, 1-76

NYAMATHI AM, DIXON EL, ROBBINS W, SMITH C, WILEY D, et coll. Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults. *J Gen Intern Med* 2002, **17** : 134-143

SCHNEIMANN R, HAGAN H, LELUTIU-WEINBERGER C, STERN R, DES J, et coll. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2007, **89** : 1-12

SHANNON K, ISHIDA T, MORGAN R, BEAR A, OLESON M, et coll. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 1

SUZUKI T, OMATA K, SATOH T, MIYASAKA T, ARAI C, et coll. Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *J Clin Microbiol* 2005, **43** : 4413-4417

SYMINGTON A. Ottawa: crack pipe program cancelled by city council. *HIV AIDS Policy Law Rev* 2007, **12** : 29-30

128 TORTU S, MCAHON JM, POUGET ER, HAMID R. Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Subst Use Misuse* 2004, **39** : 211-224

WARD H, PALLECAROS A, GREEN A, DAY S. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000, **76** : 292-293

WOLFF FH, FUCHS SC, BARCELLOS NT, FALAVIGNA M, COHEN M, et coll. Risk factors for hepatitis C virus infection in individuals infected with the HIV. *Dig Liver Dis* 2008, **40** : 460-467

ZULE WA, DESMOND DP. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999, **25** : 1-23

8

Prévention de l'initiation à l'injection et transitions vers d'autres modes d'administration

Ce chapitre sur la prévention s'inscrit dans un contexte marqué par une forte prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par injection. Cette forte prévalence est principalement liée au partage du matériel de préparation de l'injection qui constitue un risque majeur de transmission du VHC (Prithwish et coll., 2008). Les données de la littérature indiquent que ces contaminations surviendraient tôt dans les trajectoires des usagers de drogues par injection, probablement dès les premières injections et dans un contexte à haut risque de contamination. Plusieurs études ont en effet montré que les injecteurs récents présentaient des taux de séroconversion pour le VIH et le VHC supérieurs aux usagers de drogues par injection plus expérimentés (Nicolosi et coll., 1992 ; van Ameijden et coll., 1992 ; Garfein et coll., 1998). D'autres sources indiquent que les jeunes usagers de drogues par injection adopteraient des pratiques d'injection à risque plus fréquentes que les usagers de drogues par injection plus âgés (Thorpe et coll., 2002 ; Des Jarlais et coll., 2003).

En France, la problématique de la première injection et des transitions vers d'autres modes d'administration (TMA) a été peu investie. Mais l'évolution des pratiques et des profils d'usagers observée ces dernières années semble indiquer un renouvellement de la problématique de l'injection. Après une période marquée par une diminution des pratiques d'injection, différentes sources de données (Cadet-Taïrou et coll., 2008 et 2010) suggèrent un accroissement du recours à l'injection chez certaines populations, notamment l'injection de stimulants qui n'atteignait pas auparavant les proportions observées aujourd'hui. On observe également une diversification des profils d'usagers d'héroïne avec l'apparition de sous-groupes de jeunes consommateurs en situation de précarité (dont certains en errance), des usagers ayant une consommation et/ou des pratiques d'injection occasionnelles, ainsi que des jeunes usagers plus intégrés socialement qui fréquentent le milieu festif (Reynaud-Maurupt et Verchere, 2002). Or, même des passages courts par l'injection peuvent se révéler catastrophiques pour la contamination virale (Roy et coll., 2002).

Plus récemment, une évolution des contextes d'initiation a été observée, notamment en milieu festif avec des circonstances d'initiations à l'injection qualifiées de « sauvages » (mauvaise hygiène, initiation solitaire ou avec des pairs à peine plus expérimentés). D'autres remontées du terrain témoignent de modes d'entrée dans l'injection plus solitaires qu'auparavant, notamment liés à l'accessibilité du Stéribox[®]. Dans le contexte français marqué par l'arrivée et la diffusion massive des traitements de substitution, il a également été observé des usages du traitement de substitution directement par l'injection et à l'inverse, des modes d'entrée dans l'injection avec la buprénorphine (Guichard et coll., 2004 et 2006).

Les outils développés en France dans le cadre de la politique de réduction des risques liés au VIH ont montré une moindre efficacité au regard de la forte contagiosité du VHC, notamment sur la poursuite des pratiques à risque lors des injections et sur leur capacité à atteindre les plus jeunes.

Des études menées antérieurement en lien avec la problématique du VIH soulignaient que la diminution à long terme de l'incidence du VIH parmi les usagers de drogues par injection dépendait de la capacité à limiter le nombre d'injections parmi les usagers de drogues et, en même temps, à réduire les pratiques d'injection à risques parmi les injecteurs récents (moins de 4 ans) (Chitwood et coll., 2001 ; Kelley et Chitwood, 2004). En pratique, c'est la stratégie de réduction des risques qui a prévalu et qui a, d'une certaine manière, « suffi » à contenir l'épidémie du VIH. Aujourd'hui, compte tenu de la plus forte contagiosité du VHC, il paraît raisonnable de penser que le développement de stratégies visant à réduire la fréquence d'injection, prévenir ou différer son initiation (pour qu'elle se déroule dans des contextes moins risqués) pourrait permettre d'infléchir l'épidémie de l'hépatite C (Lert, 2006).

Dans ce contexte, les stratégies d'actions empruntant aux transitions vers d'autres modes d'administration offrent une piste d'action prometteuse à côté des outils existants. Elles se définissent comme « le passage d'un mode d'administration exclusif ou principal vers un autre mode d'administration ». Pour pouvoir être qualifié de transitoire, ce changement doit se maintenir sur une période d'au moins un mois (Griffiths et coll., 1992 ; Darke et coll., 1999). Initialement développées en contextes anglo-saxons autour de la problématique du VIH et du risque sexuel, les stratégies d'intervention liées aux transitions vers d'autres modes d'administration sont peu connues en France. Les données de la littérature font état de trajectoires d'usagers principalement marquées par le passage de la voie non injectable à l'injection (Swift et coll., 1997). C'est pourquoi l'accent est mis dans la littérature sur le passage de la voie non injectable à l'injection. L'évolution des trajectoires de consommation est particulièrement complexe, mais globalement, parmi les jeunes poly-consommateurs, c'est dans la période qui se situe entre le début et la fin de l'adolescence que les usages s'intensifient (Maycock, 2005). Compte tenu du contexte français, la présente analyse privilégiera la problématique de l'initiation à l'injection.

Première injection : bilan de la littérature

Avant d'aborder les programmes d'intervention, cette première partie de l'analyse tente de dégager les principaux facteurs de risque d'initiation à l'injection.

Dans la littérature, les études s'intéressent soit à l'initiation à l'injection, soit aux transitions vers l'injection. Il s'agit de deux concepts distincts qu'il importe de clarifier dès à présent. L'initiation renvoie au fait de « s'injecter au moins une première fois ». Comme l'ont souligné Lankenau et Sanders (2004), le fait de s'injecter une première fois n'implique pas l'adoption de cette pratique ou de devenir un injecteur régulier. Alors que la notion de transitions, comme on l'a vu auparavant, implique le passage d'un mode d'administration vers un autre sur une période d'au moins un mois. Il s'agit donc alors d'une pratique plus « installée ». Si les études portant sur la première injection sont relativement nombreuses, peu se sont intéressées au fait de devenir un injecteur régulier.

Principaux facteurs associés à l'initiation à l'injection

Il convient de préciser que la plupart des études rapportées dans cette partie de l'analyse sont de nature épidémiologique, le plus souvent basées sur une méthodologie transversale ou cas-témoin. Ainsi, le protocole des études citées ne sera précisé que lorsqu'il s'agira d'études prospectives. Cette revue ne prétend pas à l'exhaustivité, seuls les principaux facteurs associés à l'injection sont rapportés. Précisons également que l'ordre de présentation de ces facteurs est non seulement indépendant de leur niveau d'importance mais que ces facteurs n'ont de sens que par leur mise en perspective et resitués dans les trajectoires des usagers de drogues par injection.

Parmi des usagers consommateurs, l'âge, plus exactement le jeune âge, est une variable qui semble être associée à l'initiation. Deux études de cohorte (Van Ameijden et Coutinho, 2001 ; Roy et coll., 2003) dégagent un risque d'initiation qui diminue significativement avec l'avancée en âge. Dans une cohorte new-yorkaise, ce risque n'apparaît que dans les analyses univariées (Neaigus et coll., 2006). Une étude cas-témoins de Floride montre également que l'initiation à l'injection est significativement associée à un plus jeune âge (Sanchez et coll., 2006).

Concernant les profils de consommation, plusieurs études de cohorte ont porté sur la consommation précoce de drogues. De façon générale, elles montrent que les usagers qui débutent leur consommation de façon précoce (<18 ans) présentent plus de risques de s'initier à l'injection, même si des résultats contradictoires sont à noter. L'étude conduite à New-York montre que l'entrée dans la consommation d'héroïne à un âge précoce est fortement associée à l'initiation de l'injection (Neaigus et coll., 2006), alors que les dernières analyses de Roy et coll. (2007a) ne dégagent aucun effet de cette

variable avant l'âge de 14 ans. L'étude transversale de Baltimore montre une association entre la précocité de consommation d'alcool, d'inhalants et de cannabis et l'initiation à l'injection (Sherman et coll., 2005) tandis que l'étude thaïlandaise montre que la consommation de substances psychoactives à partir d'un âge plus avancé (>16 ans) est protectrice de l'initiation (Cheng et coll., 2006).

L'examen de l'association entre les différentes dimensions liées à la dépendance et l'initiation à l'injection montre que la polyconsommation (>4 substances), la consommation quotidienne d'alcool (Roy et coll., 2007a) ou d'héroïne (Neaigus et coll., 2006 ; Kuo et coll., 2007), ainsi que l'usage prolongé ou intensif d'une drogue (Irwin et coll., 1996 ; Van Ameijden et Coutinho, 2001 ; Sherman et coll., 2005) sont des facteurs associés à l'initiation à l'injection. Cependant, la seule étude de cohorte à avoir mesuré le niveau de dépendance (*severity of dependence scale*) ne dégage aucun effet sur l'initiation (Neaigus et coll., 2006). Il convient donc de rester prudent sur la relation entre dépendance ou usage intensif et entrée dans l'injection. En effet, plusieurs études ont montré qu'une proportion importante d'usagers d'héroïne ou d'amphétamines consommaient dès la première fois par injection (Stenbacka, 1990 ; Neaigus et coll., 1998 ; Day et coll., 2005). L'étude de Roy et coll. (2003) montre que 31 % des jeunes s'étaient initiés à l'injection avec un produit jamais consommé auparavant. Il a été établi que des usagers d'héroïne consommant par inhalation pouvaient également développer une dépendance sans jamais passer à l'injection (Sotharan et coll., 1999).

L'influence du genre sur les pratiques d'initiation est un domaine d'étude récent qui montre des effets assez contradictoires sur les modes de transition. Les femmes consommatrices d'héroïne sont généralement considérées moins susceptibles de passer à l'injection que leurs homologues masculins (Griffiths et coll., 1994 ; Strang et coll., 1999). Deux études cas-témoins (Sanchez et coll., 2006) et une transversale (Sherman et coll., 2005) montrent une plus grande probabilité d'initiation parmi les hommes. Cependant, aucune des études longitudinales menées auprès des jeunes n'indique d'association avec le sexe. On observe toutefois que les adolescentes montréalaises ont une probabilité plus forte de s'initier à l'injection lorsque leurs amis injectent, résultat qu'on ne retrouve pas chez les jeunes garçons (Roy et coll., 2003).

Il ressort de certaines études que les jeunes qui s'initient à l'injection sont plus souvent inscrits dans un mode de vie précaire (faibles revenus) ou fortement marginalisé que ceux qui consomment par voie non injectable. La vie dans la rue apparaît fortement associée à l'injection dans trois études longitudinales (Roy et coll., 2003 et 2007a ; Fisher et coll., 2006 ; Neaigus et coll., 2006) ainsi que l'appartenance à un réseau social plus ou moins impliqué dans des activités criminelles ou liées à des pratiques d'échanges de relations sexuelles contre de l'argent ou de la drogue (Fisher et coll., 2006 ; Sanchez et coll., 2006). À l'inverse, les usagers qui présentent un mode de vie plus intégré, notamment par l'emploi, sont moins enclins à s'initier à l'injection (Cheng et

coll., 2006), car ils jugent qu'ils ont trop à perdre (maison, travail, conjoint, relations sociales...) (Neaigus et coll., 1998).

Il ressort de la littérature que l'initiation à l'injection est fortement associée à des antécédents carcéraux (Dinwiddie et coll., 1992 ; De la Fuente et coll., 1997 ; Cheng et coll., 2006) ou à des démêlés avec la justice (Stenbacka et coll., 1993). Dans l'étude d'Allwright et coll. (2000), 1/5 des détenus irlandais interrogés déclare avoir commencé à s'injecter en prison.

Certains auteurs ont examiné l'association entre les antécédents personnels (comportements déviants, évènements de vie traumatisants) et l'initiation à l'injection de drogues. Ils remarquent que l'existence de conduites de décrochage, d'absentéisme scolaires, de violences à l'école, de fugues ainsi que des démêlés avec la justice survenus tôt dans l'adolescence sont plus fréquents parmi les jeunes qui se sont injectés que parmi les non injecteurs (Abelson et coll., 2006). Parmi les évènements traumatisants analysés, les études montrent que le divorce des parents (Neisen, 1993 ; Stenbacka et coll., 1993), les violences physiques (Fuller et coll., 2001 ; Cheng et coll., 2006 ; Neaigus et coll., 2006), les abus sexuels (Roy et coll., 2003 ; Ompad et coll., 2005 ; Cheng et coll., 2006 ; Roy et coll., 2007a), et des situations d'institutionnalisation forcée (Martinez et coll., 1998) survenus à un jeune âge sont plus fréquemment rapportés parmi les jeunes injecteurs que parmi les non injecteurs. L'injection serait un moyen de « faire face » à des problèmes émotionnels, à une perception positive du geste ou simplement au fait d'avoir la possibilité de le faire (Kelley et coll., 2004).

Sur l'ensemble des facteurs et des études examinés, les influences du réseau social et du milieu de la drogue ressortent unanimement comme des déterminants de l'initiation à l'injection (Gamella, 1994 ; Crofts et coll., 1996 ; Irwin et coll., 1996 ; Van Ameijden et Coutinho, 2001 ; Roy et coll., 2002 ; Roy et coll., 2003 ; Day et coll., 2005 ; Novelli et coll., 2005 ; Sanchez et coll., 2006 ; Kermode et coll., 2007 ; Wood, 2007). Plus précisément, avoir un partenaire sexuel qui s'injecte (Van Ameijden et Coutinho, 2001), avoir un ami qui s'injecte (Roy et coll., 2003), consommer en groupe (Kuo et coll., 2007), avoir des amis qui perçoivent positivement l'injection ou fréquenter des injecteurs sont très corrélés à l'initiation.

L'histoire familiale et personnelle de consommation/d'injection de drogues constitue un autre groupe de facteurs auquel les chercheurs se sont intéressés. Les études s'y rapportant montrent des résultats contradictoires. Parmi les études de cohorte, deux études montrent qu'une consommation abusive de psychotropes par les parents est plus fréquemment observée parmi les injecteurs que les non injecteurs (Sherman et coll., 2005). Aucun effet n'est relevé parmi les personnes comptant un membre de la famille injecteur dans la cohorte New Yorkaise (Neaigus et coll., 2006), alors que dans l'étude d'Abelson et coll. (2006), il apparaît qu'avoir un membre de sa famille qui injecte est associé de manière indépendante à un passage précoce à l'injection. Dans les

autres études, on observe des fréquences d'initiation à l'injection par un membre de la famille variant de 6 à 21 %. Ces résultats peuvent indiquer que dans un réseau social aussi fermé que le cercle familial, l'implication des membres de la famille dans l'univers de la drogue peut agir de façon contraire (par incitation ou dissuasion) sur le jeune consommateur.

Enfin, certains facteurs socio-environnementaux, dont le marché de la drogue, ont une influence sur les modes de consommation. Plusieurs études écologiques ont documenté comment les variations du marché de la drogue (prix, qualité, forme) pouvaient déterminer les modes de consommation (De la Fuente et coll., 1997). La disponibilité, la qualité ainsi que les variations de coût des produits sur le marché semblent pousser certains usagers à passer à l'injection (Bravo et coll., 2003 ; Topp et coll., 2003 ; Kuo et coll., 2007). Parmi les études examinées, deux études de cohorte (Bravo et coll., 2003 ; Kuo et coll., 2007) montrent que la perception de changements sur le marché relativement au coût, à la disponibilité et à la qualité des produits était la principale raison avancée pour expliquer le passage à l'injection. Cependant, l'influence du marché de la drogue sur les modes d'initiation ou de transitions (initiation à l'injection ou au contraire sortie temporaire ou définitive de l'injection) semble revêtir une forte dimension locale et géographique (Day et coll., 2005).

Contextes et circonstances entourant la première injection

Plusieurs études ont mis en évidence le caractère non programmé de la première injection (Crofts et coll., 1996 ; Doherty et coll., 2000 ; Kermodé et coll., 2007), résultat qui ne fait pas l'unanimité puisque dans l'étude de Frajzyngier et coll. (2007), 60 % de l'échantillon affirment avoir planifié la première injection. Celle-ci apparaît, le plus souvent, administrée par quelqu'un d'autre, qu'il s'agisse d'un ami proche, d'une connaissance, du partenaire sexuel ou, plus rarement, d'un inconnu (Crofts et coll., 1996 ; Stillwell et coll., 1999 ; Diaz et coll., 2002 ; Roy et coll., 2002 ; Draus et Carlson, 2006 ; Kermodé et coll., 2007 ; Kerr et coll., 2007). Parmi les jeunes de la rue de Montréal (Roy et coll., 2002), la première injection s'est déroulée par ordre de fréquence : dans un lieu public, chez un ami, à leur domicile ou celui de leurs parents ou encore chez une connaissance.

La première injection est un événement qui s'inscrit dans le social et les sociabilités, qui implique le plus souvent d'autres personnes et se pratique rarement dans l'isolement. L'importance du rôle joué par le réseau social et le milieu de la drogue sur l'entrée dans l'injection et au cours des processus d'initiation a fait l'objet de plusieurs analyses socio-anthropologiques. D'une part, il a été montré que le comportement des usagers de drogues actuellement injecteurs pouvait inciter de façon plus ou moins directe le jeune consommateur non injecteur (Gamella, 1994). D'autre part, dans l'étude de Roy et coll. (2007b), les participants mentionnent différentes formes d'influence du

réseau relationnel (pairs, famille) : être en contact et témoin régulier de scènes d'injection, se faire vanter les plaisirs et avantages de l'injection, se faire montrer comment faire ou être approvisionné en produit. Une autre influence plus diffuse est liée au milieu de la rue et à l'omniprésence des produits et de l'injection de produits dans l'entourage, ainsi qu'à une offre importante de produits dans certains quartiers. Stilwell et coll. (1999) ont montré que dans un tel environnement et au contact répété d'usagers de drogues par injection, il pouvait se produire un processus de désensibilisation/normalisation de l'injection parmi des jeunes consommateurs initialement réticents à s'injecter, processus pouvant aboutir au fil du temps à un intérêt et une curiosité accrues pour cette pratique. L'injection semble par ailleurs mettre en jeu une problématique identitaire forte, socialement valorisée dans certaines micro-cultures de la drogue (Roy et coll., 2007b ; Girard et coll., 2009).

Si les membres du réseau social apparaissent fortement impliqués dans les rituels d'initiation, les jeunes « initiés » se révèlent eux-mêmes souvent très actifs (Des Jarlais et coll., 1992). Le type de produit initialement injecté dépend très largement du réseau social fréquenté et de la disponibilité des produits sur le marché (Parker et Egginton, 2002).

Le plaisir, la quête d'un effet plus important et la curiosité de goûter au « flash » (Stenbacka, 1990 ; Crofts et coll., 1996 ; Roy et coll., 2002 ; Giddings et coll., 2003 ; Draus et Carlson, 2006 ; Witteveen et coll., 2006 ; Kermodé et coll., 2007), comptent parmi les raisons les plus fréquemment rapportées par les usagers eux-mêmes pour s'initier à l'injection. L'avantage économique de l'injection est également avancé quand la dépendance à l'héroïne grandit et que ce mode d'administration est perçu plus coût-efficace (Giddings et coll., 2003 ; Sherman et coll., 2005 ; Draus et Carlson, 2006) et/ou en lien avec les fluctuations du marché (voir précédemment).

Parce que souvent non planifiée et pratiquée par quelqu'un d'autre, l'injection est à haut risque de contamination pour le jeune initié (partage de la seringue et du matériel de préparation) peu au fait de la pratique même d'injection et des risques encourus (infectieux notamment) (Doherty et coll., 2000 ; Varescon et coll., 2000 ; Frajzyngier et coll., 2007). L'initiation à l'injection constitue donc une période sensible pour l'injecteur en devenir car la façon dont une personne est initiée tend à influencer sa pratique et sa prise de risque ultérieures (Crofts et coll., 1996).

La variabilité des méthodologies d'enquête, des populations étudiées ainsi que l'hétérogénéité des définitions de variables et des modes de catégorisation des risques, limitent la comparaison des données tirées de cette analyse de la littérature.

Discussion sur le bilan de la littérature : un phénomène complexe aux dimensions multiples

Au terme de cette revue, l'injection apparaît comme un phénomène complexe aux dimensions multiples encore mal connues. Il existe très peu d'études prospectives, notamment sur les transitions vers l'injection (« devenir un injecteur régulier »), ce qui constitue un frein à la compréhension de ce phénomène. Les « transitions » d'un mode d'administration à un autre, notamment vers l'injection, ne se produisent pas au cours d'un événement isolé (un premier *shoot* ne fait pas basculer vers un mode d'administration exclusif par injection). Une fois l'injection expérimentée, l'utilisateur peut retourner à un mode d'administration par sniff. Dans l'étude de Des Jarlais et coll. (1992), on observe que parmi les usagers ayant déjà expérimenté l'injection, 12 % seulement poursuivaient dans une pratique régulière. Les processus de transition vers un mode d'administration exclusivement par voie intraveineuse sont longs à se mettre en place, ils peuvent prendre des mois voire des années. La plupart des expérimentateurs de l'injection ne deviendront jamais « confirmés », en revanche, l'expérience de l'injection augmente les probabilités d'injection ultérieure.

L'analyse des facteurs liés à l'initiation à l'injection a montré des résultats souvent contradictoires, à l'exception du rôle incontestable du réseau social et du milieu de la drogue. Ainsi, les éléments dégagés ne devraient pas être considérés de façon isolée. Il est non seulement difficile de distinguer l'importance de chacun, mais risqué de le faire sans compromettre la compréhension de ce phénomène d'initiation. Dans une optique d'intervention, il conviendrait plutôt de considérer ces facteurs multiples comme agissant dans une suite d'interactions et de conditions pour se réaliser sous la forme de trajectoires. Comme le souligne Stellamanns (2009), un des résultats les plus intéressants de cette analyse est sans doute celui qui montre que la plupart des facteurs associés à l'initiation (intensité de l'usage de drogue, histoire d'incarcération, vie dans la rue, réseau social composé d'injecteurs, et existence d'abus au cours de l'enfance) sont également des marqueurs de la précocité de l'initiation.

La très grande majorité des études recensées a porté sur des publics en situation de relative précarité sociale, limitant ainsi notre compréhension d'un phénomène à l'œuvre dans l'ensemble de la société, comme l'attestent les données observationnelles, et mettant probablement en jeu des mécanismes plus nuancés. Il n'existe pas de données étayées en France relatives à cette problématique de l'initiation et à sa déclinaison auprès des différents sous-groupes sociaux de jeunes consommateurs, que l'on a pu voir émerger au cours des dernières années.

Programmes d'intervention liés aux transitions vers d'autres modes d'administration

La seconde partie s'attarde sur l'analyse de l'efficacité des programmes d'intervention liés aux transitions vers d'autres modes d'administration.

Stratégies et types d'interventions

Les programmes d'intervention examinés dans le cadre de cette revue peuvent être regroupés autour de deux stratégies (Hunt et coll., 1999).

La première vise à prévenir l'initiation à l'injection parmi les non injecteurs soit par des interventions auprès des non injecteurs pour limiter les risques de passage à l'injection, soit par des actions auprès des injecteurs actifs (initiateurs potentiels) pour tenter de réduire leur influence sur les non injecteurs.

La seconde vise à favoriser la diminution ou l'arrêt de l'injection parmi les injecteurs actifs. Mais dans les faits et dans un contexte épidémique, c'est plutôt la voie de la réduction des risques qui est privilégiée, selon deux modalités : la promotion des techniques et procédures d'injection à moindres risques ; la promotion de modes d'administration alternatifs à l'injection jugés à moindres risques.

Par souci de lisibilité, les interventions recensées dans ce chapitre ont été regroupées en deux grandes catégories d'intervention : information, éducation et communication (IEC) et interventions brèves (IB).

Information, éducation et communication (IEC)

En 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présentait cette catégorie d'intervention comme une composante essentielle de la stratégie de lutte contre le VIH parmi les usagers de drogues par injection. Les principes de l'IEC ont également été appliqués à un ensemble de problématiques de réduction des risques associés aux usages de drogues. L'IEC comprend un éventail d'approches et d'activités dont les plus connues, diffusées et utilisées sont probablement les supports papier (brochures, affiches, flyers...). Elles comprennent également le dépistage/*counselling* des infections et une palette étendue d'outils, d'approches et de techniques comme les vidéos, les groupes de paroles, les plates-formes web, et autres matériels didactiques. Ces approches, techniques et outils d'IEC sont souvent produits par les structures de première ligne elles-mêmes (Hunt et coll., 2003) et utilisés dans le cadre ou en complément d'autres programmes, comme les PES, les TSO ou les interventions de santé communautaire.

Dans cette catégorie d'intervention, l'utilisation des médias est fréquente allant des grandes campagnes médiatiques à caractère souvent très normatif et ciblant la population générale jusqu'à des interventions de proximité plus

ciblées (comme par exemple la campagne de prévention du passage à l'injection ciblée décrite plus loin) incorporant ou non une stratégie de marketing social. Ces approches se déclinent également à un niveau plus individuel avec pour objectif le développement des compétences psychosociales.

Entre autres objectifs, l'IEC vise à informer et orienter les usagers vers les services de santé appropriés (par exemple : inciter au dépistage, favoriser la mise sous traitement...), informer et conseiller les usagers pour réduire la prise de risques liée à la consommation de drogues, soutenir la qualité des pratiques préventives, éducatives et de réduction des risques des professionnels de santé, agir sur les normes culturelles.

Interventions brèves (IB)

Face aux limites des outils existants (distribution de matériel stérile et IEC) pour lutter contre l'épidémie du VHC, les experts s'accordent sur l'importance de mettre en place des aides complémentaires incluant des interventions individuelles brèves de type comportemental (Hunt et coll., 2003). De plus en plus reconnues et pratiquées, les interventions brèves se sont d'abord développées autour des pathologies mentales pour s'étendre à différentes problématiques de santé dont les addictions (surtout celles liées à l'alcool) puis la réduction des risques. Il est donc important de rappeler dès à présent que ce type de démarche n'a pas pour objectif de prévenir l'expérimentation ou l'usage de substances psychoactives, mais qu'il peut s'avérer pertinent pour prévenir le développement d'une dépendance ou simplement limiter les risques liés aux usages, notamment les risques infectieux (VIH/VHC). Fondées sur une démarche scientifique expérimentale, ces interventions s'attachent à une évaluation rigoureuse de leurs méthodes et de leurs résultats. Elles sont réputées pour leur bon rapport coût-efficacité et peuvent, *a priori*, être conduites par des intervenants non spécialisés. Elles se démarquent également en ce qu'elles favorisent le maintien des changements de comportements dans le temps. Leurs indications sont très vastes, et offrent aux professionnels de la santé des outils efficaces et validés. En plus des techniques qu'elles emploient, elles ont en commun un support théorique tiré des théories de l'apprentissage social et de modèles plus éducatifs de traitement de l'information. Elles consistent à confronter progressivement les personnes à la problématique qui les amène, à renforcer la prise de conscience (des risques par exemple), puis à travailler les systèmes de pensées et les émotions qui freinent l'adoption d'un nouveau comportement ou la motivation à s'y engager pour *in fine* appréhender la situation sous un jour plus favorable. Les techniques employées sont multiples et variables en fonction de l'objectif poursuivi mais chaque intervention suit normalement un enchaînement ordonné d'actions menées en individuel, en vue d'acquérir, d'organiser et de mettre en application un savoir dans un contexte donné.

Analyse des résultats des interventions liées aux TMA

Information, éducation et communication (IEC)

Selon la recension systématique de la littérature internationale menée par l'Institut national de santé publique du Québec en 2007 (Noël et coll., 2007), il existe 34 publications portant sur les résultats d'interventions ciblant la prévention du VIH et du VHC chez les usagers de drogues par injection. Plus des deux tiers des études proviennent des États-Unis. L'IEC et le dépistage/*counselling* des infections (généralement réalisé par des infirmières) constituent les principales stratégies de réduction des risques infectieux qui ont cours aujourd'hui et représentent plus de la moitié des interventions évaluées. En dépit de leur étendue, il existe peu de travaux de recherche sur leur efficacité. Ceci est probablement lié au fait que ces stratégies sont souvent intégrées dans des programmes plus étendus dont l'évaluation ne permet pas de dégager leur effet propre (Coyle et coll., 1998). Il existe néanmoins un certain consensus dans la littérature pour dire que la seule délivrance d'informations n'est pas suffisante pour faire évoluer les comportements (Schaps et coll., 1981 ; Sherr, 1990 ; Des Jarlais et coll., 1992 ; Treloar et Abelson, 2005 ; Roy et coll., 2007b ; Treloar et coll., 2008).

Treloar et coll. (2008) soulignent un effet de lassitude et de saturation des usagers de drogues par injection autour des messages infectieux, effet auquel viennent s'ajouter de nombreuses croyances, désinformations, confusions, mythes autour de l'injection. Précédemment, l'auteur rapportait déjà des phénomènes de « résistance » des usagers de drogues par injection aux messages de cette nature (Treloar et Abelson, 2005). Dans cette dernière étude qui examinait les sources et les modalités d'échanges d'information (sur les risques infectieux et les pratiques d'injection à moindres risques) des usagers de drogues par injection, les résultats indiquaient que si 90 % d'entre eux disaient avoir reçu de l'information via des sources formelles (brochures, programmes d'échanges de seringues et structures pour les jeunes) le niveau de connaissances (exploré qualitativement) des pratiques d'injection à moindre risque se révélait très faible. Les auteurs observent en outre parmi les usagers au fait des « bonnes pratiques », que celles-ci sont peu appliquées, celles-ci n'étant pas prioritaires dans le processus d'injection et pas appliquées en cas d'état de manque. Il convient de noter que les usagers n'ont souvent pas d'explication à donner sur le fait de ne pas appliquer les principes d'une injection à risques réduits (« C'est comme ça »). Sur la base d'un enregistrement vidéo des pratiques d'injection, les auteurs observent par ailleurs des routines tellement intégrées/ritualisées par les usagers que ces derniers sont convaincus de faire certains gestes alors que la vidéo montre qu'ils ne les font pas. Lors de l'initiation, peu d'usagers rapportent avoir cherché à obtenir (ou à avoir reçu) des informations sur les risques. Ceux qui ont tenté de s'informer disent s'être tournés vers leurs pairs et avoir reçu une information de « sens commun », couvrant principalement des aspects techniques (zones d'injection, effets...), le risque infectieux n'ayant quasiment jamais été abordé.

Dans un autre ordre d'idées, Strauss et coll. (2007) constatent que si la majorité des centres de soins pour usagers de drogues délivrent une information/conseil sur le VHC sous différentes formes (groupes de discussion, vidéos, brochures, sessions individuelles), cette éducation se révèle souvent inadéquate, hétérogène, touchant peu d'usagers et finalement de faible portée. Les auteurs concluent que si les centres de soins sont bien placés pour délivrer cette information, les intervenants ont souvent des connaissances limitées sur le virus et les pratiques des usagers et s'avèrent peu équipés pour communiquer efficacement avec les usagers de drogues sur ces questions.

En 2003, Van Beek faisait état de la poursuite de pratiques à risque même dans des environnements contrôlés comme les programmes supervisés d'injection qui rassemblent pourtant toutes les conditions d'hygiène et de mise à disposition d'informations sur les risques liés à l'injection. Plus récemment, une étude cas-témoin montre que si la distribution/mise à disposition de matériel (en l'occurrence du coton alcoolisé) n'est pas accompagnée de consignes et de conseils pratiques et répétés sur l'utilisation dudit matériel, alors elle ne suffit pas à elle seule à garantir des pratiques à moindre risque ; le matériel se révélant souvent utilisé de façon inappropriée (Grau et coll., 2009).

Face à toutes ces limites dans la transmission d'informations sur les risques liés à l'injection, nombre d'auteurs recommandent d'explorer des interventions alternatives à l'apport d'information pour renforcer la prise de conscience des risques et le changement de comportement. Pour contrer l'effet de lassitude des usagers, l'abord de la pratique d'injection à moindres risques sous l'angle des dommages causés aux veines et de l'hygiène plutôt que par le risque infectieux pourrait être une piste intéressante pour susciter l'intérêt des usagers (Treloar et coll., 2008).

Les programmes d'éducation par les pairs sont de plus en plus reconnus pour leur efficacité à faire évoluer les comportements, notamment ceux liés à l'usage de drogues (Aitken et coll., 2002 ; Purcell et coll., 2007 ; Treloar et coll., 2008). Considéré comme une source « naturelle » d'information, le groupe de pairs peut se révéler un relais essentiel auprès des jeunes initiés qui ne sont pas encore en contact avec les sources/structures formelles de réduction des risques ou auprès des usagers de drogues par injection qui se sentent peu concernés et dont on sait qu'ils sont portés à faire confiance à leurs pairs sur ces questions sensibles. Les quelques évaluations de ce type d'interventions citées plus haut montrent que le conseil par les pairs est efficace pour réduire les comportements à risques (connaissances des risques, réduction du partage de seringues, usage d'une seringue neuve, meilleure hygiène/lavage de mains significativement plus élevés) sous réserve d'une formation et d'une supervision rigoureuses des pairs relais.

Face aux limites des messages informatifs, une autre piste d'éducation aux risques liés à l'injection s'appuyant sur des enregistrements vidéo a fait l'objet d'une publication (Treloar et coll., 2008). Utilisée avec des usagers fréquentant un centre d'injection supervisé (CIS), l'intervention a consisté à filmer

l'utilisateur en train de s'injecter, puis à analyser et à discuter sa pratique sur la base de l'enregistrement. D'après les auteurs, cette technique constitue une voie particulièrement intéressante pour accéder aux « vraies » pratiques et travailler autour des « résistances » des usagers dans le cadre d'un accompagnement individualisé. Les discussions autour des vidéos témoignent d'un intérêt marqué des usagers pour ce *feed-back*.

Toujours dans cette catégorie IEC, on trouve également les interventions ciblées de proximité incorporant le plus souvent une stratégie de marketing social (affiches, flyers, *guidelines*...) et faisant la promotion de modes d'administration alternatifs jugés à moindres risques. Rarement publiées ou évaluées, ces interventions témoignent néanmoins d'une bonne acceptabilité/adhésion auprès des usagers. On citera pour exemple les campagnes anglaises, non évaluées à ce jour, « *Up your Bum* » (*Healthy Option Team*) faisant la promotion d'une administration de drogues par la voie anale ou « *The Chasing campaign* » (*Exchange Supplies/LifeLine*) qui s'est appuyée sur les principes de l'entretien motivationnel (voir plus bas) pour promouvoir la voie inhalée. En lien avec cette campagne de promotion de la voie inhalée, il convient de rapporter les résultats de l'expérience anglaise de distribution de feuilles de papier en aluminium dans le cadre de programmes d'échange de seringues (Pizzev et Hunt, 2008). Les résultats indiquent que sur les 320 usagers fréquentant le programme d'échange de seringues, 54 % ont pris le pack de feuilles quand il était disponible. Le programme a enregistré une augmentation de 32 % de sa fréquentation au cours des dix mois de campagne, dont 32 nouveaux clients non injecteurs (sans contact préalable avec des structures de réduction des risques), venus spécialement pour obtenir ces feuilles. Parmi les 48 nouveaux injecteurs recensés, ils étaient 46 % à déclarer avoir inhalé dans le mois précédent l'introduction des packs. Au suivi, ils sont plus de 85 % à déclarer une consommation par inhalation à des occasions où ils auraient autrement injecté. En outre, la très grande majorité des répondants s'est montrée favorable à la diversification des services du programme d'échange de seringues et ont exprimé une grande satisfaction concernant la qualité des feuilles d'aluminium proposées. D'après les auteurs, la mise en place de ce type de stratégie est facilitée dans des contextes où préexiste une culture de l'héroïne inhalée (l'inhalation est une technique difficile à acquérir et dont les effets sont moins intenses que par voie injectable) ; elle peut être utilisée dans certains pays (Espagne, Pays-Bas) en vue de renforcer l'évolution « naturelle » (sous l'effet des fluctuations du marché) des modes d'administration de l'injection vers l'inhalation. La promotion de ce type de transition nécessite d'accompagner l'utilisateur et différents outils de soutien (par exemple, les *guidelines*).

Autour des stratégies IEC, citons la campagne de prévention du passage à l'injection de drogues parmi les jeunes de la rue non injecteurs de Montréal (Roy et coll., 2007b). Cette campagne conduite pour la première fois à Montréal en 2005 visait à renforcer les résistances déjà présentes chez les

jeunes de la rue vis-à-vis de l'injection. Elle reposait sur une stratégie d'affichage ciblé de posters conçus avec le concours des jeunes de la rue eux-mêmes. Les objectifs de l'évaluation, menée à partir d'une série d'entretiens semi-structurés, consistaient à mesurer la capacité de la campagne à atteindre les jeunes de la rue qui ne s'étaient jamais injectés, et à comprendre les effets de la campagne auprès de ce public. Les résultats indiquent un haut degré de visibilité et de compréhension de la campagne auprès du public cible. La majorité des jeunes ont été touchés par les messages et ont déclaré que la campagne les avait amenés à s'interroger sur leur pratique et leurs représentations de l'injection. Certains, surtout les usagers de drogues par injection, ont parfois trouvé les messages, envahissants, négatifs ou choquants. Aucun effet pervers n'a été noté (par exemple, susciter l'envie d'essayer). Les auteurs concluent que si ce type de campagne peut contribuer à influencer les attitudes et les perceptions, il doit nécessairement s'accompagner d'interventions plus spécifiques, comme les interventions brèves.

Interventions brèves (IB)

Si l'efficacité des interventions brèves est aujourd'hui largement reconnue pour faire évoluer les comportements liés à l'usage de différentes substances psychoactives (Tucker et coll., 2004), notamment l'alcool (Kaner et coll., 2007), elles restent peu développées dans leur application à la réduction des risques infectieux, notamment en lien avec la problématique de l'injection de drogues et du VHC. Ceci est probablement à mettre en relation avec une préoccupation relativement récente pour ce sujet. Il existe peu d'études sur l'efficacité de ce type d'intervention auprès des usagers de drogues par injection (Hunt et coll., 2003 ; Noël et coll., 2007 ; Stellamanns, 2009). En effet, dans la catégorie des interventions brèves, moins d'une vingtaine d'études évaluées reposant sur les principes théoriques des interventions comportementales menées individuellement ou en atelier, ont été identifiées. La très grande majorité de ces études ont été développées autour de la problématique du VIH et des risques sexuels ou associés à l'injection. Des résultats positifs se traduisant en modification de comportements ont été observés dans la très grande majorité de ces projets. Plus précisément, les études montrent des résultats encourageants en termes de réduction du nombre d'initiations, de réduction du nombre d'injections (Des Jarlais et coll., 1992 ; Hunt et coll., 1998) et de diminution des pratiques à risque lors de la préparation de l'injection (Latka et coll., 2008). D'autres projets évalués ayant intégré une approche par les pairs ont également rapporté des résultats positifs (Aitken et coll., 2002 ; Côté et coll., 2006).

Rompre le cycle de l'injection

Le programme *Break the cycle* (BTC) constitue sans doute le programme d'intervention sur les TMA le plus connu et le plus reconnu au niveau

international, malgré le peu de données d'évaluation disponibles. Sa spécificité est de se focaliser sur les aspects sociaux de l'injection de produits, notamment au cours de la période d'initiation. Cet angle d'intervention est largement soutenu par la présente revue de littérature qui montre que le réseau social compte parmi les facteurs les plus influents de ce type de transition. D'abord développé dans un objectif de prévention du passage à l'injection, BTC est un programme qui s'adresse aux usagers de drogues par injection avec pour objectif de les encourager à travailler auprès de leurs pairs non injecteurs en vue de les dissuader de commencer à s'injecter. L'intervention est principalement fondée sur les aspects sociaux de l'injection, à savoir que :

- la plupart des personnes qui commencent à consommer des drogues ne pensent pas qu'elles s'injecteront un jour ;
- l'apprentissage de l'injection se produit en général au contact d'usagers qui injectent et qui en parlent ;
- les jeunes initiés demandent en général aux injecteurs de leur faire le premier shoot ;
- les injecteurs plus expérimentés se révèlent souvent réticents, mais démunis face à ce type de requêtes, ils sont peu préparés à y répondre.

À partir de ces constats, l'intervention BTC se fixe pour objectifs :

- d'encourager les injecteurs plus expérimentés à réfléchir à leur attitude par rapport à l'injection ;
- d'accroître chez eux la conscience des actions pouvant inciter les autres à commencer ;
- d'augmenter la capacité à résister aux demandes d'initiation ;
- et s'ils sont amenés à initier quelqu'un, de le faire de façon à limiter les risques (infectieux, notamment) liés à la pratique même, et à informer sur les dommages éventuels (physiques, infectieux, moraux, psychologiques, sociaux, légaux...) de l'injection.

Le programme BTC a d'abord été développé dans le cadre d'une intervention structurée en face à face (Hunt et coll., 1998). L'évaluation du programme à trois mois (base déclarative) montre que l'intervention a permis de modifier les attitudes et comportements susceptibles d'influencer le non injecteur (réduction des contacts avec les non injecteurs, diminution du nombre d'injections devant un non injecteur, adoption d'un discours plus dissuasif), et de réduire le nombre de demandes d'initiation, ainsi que le nombre d'initiations. Malgré les limites du protocole d'évaluation – taille réduite de l'échantillon (86 sujets), absence de groupe contrôle, comportements déclarés – pour juger de son efficacité, ce programme connaît un grand succès parce qu'il s'agit d'une intervention brève pouvant se dérouler en moins d'une heure, peu coûteuse (à l'exception de la formation du personnel), qui permet d'accéder facilement aux usagers, et qui est aisément modulable, notamment en vue d'une approche par les pairs (Hunt et coll., 2003). Autre point non négligeable, BTC bénéficie d'une forte adhésion et acceptabilité auprès des usagers de drogues par injection.

Le programme BTC est aujourd'hui adapté et implanté dans plusieurs régions d'Asie centrale (Ouzbékistan, Kirghizstan) en complément d'une campagne TV. Les premiers résultats montrent dans les deux régions une importante réduction du nombre d'initiations des usagers de drogues par injection (Hunt, 2010). Au Vietnam, le programme a été adapté auprès d'un public de travailleurs sexuels. Aux États-Unis, BTC a été adapté pour des sessions de groupe conduites par des intervenants en réduction des risques et est actuellement en cours de validation au *Centre of Disease Control*. Une adaptation de BTC est également en cours à Toronto (Canada). Plus récemment en Australie, BTC a été adapté au contexte local et mis en œuvre dans le cadre d'un centre d'injection supervisé. Aucune donnée d'évaluation n'est disponible. En Australie, un article relatant l'intégration de ce type de programme à un PES souligne qu'un ensemble de précautions est à prendre, surtout autour de la stigmatisation des injecteurs, pour qu'une activité de prévention de l'injection trouve sa place au sein de ce type de structure (Brener et coll., 2010).

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel figure parmi les interventions brèves et constitue aujourd'hui une piste d'intervention des plus prometteuses mais encore à l'étude dans son application aux pratiques d'injection à risques. Dérivé des théories humanistes et centré sur l'individu, l'entretien motivationnel est une technique d'intervention qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement (Miller et Rollnick, 2002). Les données de la littérature témoignent d'une efficacité significative de l'entretien motivationnel (tant au niveau statistique que clinique) au regard de problèmes de dépendance liés aux usages de cocaïne et d'héroïne (Bernstein, 2005), d'alcool (Kaner et coll., 2007), et d'autres problématiques de santé (Rubak et coll., 2005). L'approche motivationnelle, qui se joue au cours d'une seule rencontre d'une durée de 30 à 60 minutes, est particulièrement recommandée pour des publics difficiles à mobiliser. D'autre part, les résultats des études évaluatives sur l'entretien motivationnel montrent que ce type d'intervention peut être mené efficacement, du moins en théorie, non seulement par des psychologues, mais aussi par des intervenants en toxicomanie et autres professionnels de santé (par exemple des infirmières). L'entretien motivationnel semble donc une approche particulièrement intéressante dans le contexte d'intervention des Caarud pour une population fréquentant irrégulièrement les programmes et peu intéressée pour s'engager dans un suivi à long terme. Cependant, des observations récentes suggèrent que la conduite de l'entretien motivationnel respectant rigoureusement les principes motivationnels requière une solide formation et expérience des intervenants (Chanut, 2010).

Malgré l'intérêt et l'utilité démontrés de cette approche dans le domaine de la toxicomanie, seulement deux études randomisées et utilisant rigoureusement les principes de l'entretien motivationnel ont été publiées sur l'efficacité de cette approche en regard de la réduction des pratiques d'injection à risque de transmission du VIH ou du VHC chez les usagers de drogues par injection

(Baker et coll., 1993 et 1994). Seule la seconde étude a pu montrer une réduction significative des pratiques d'injection à risque, changement qui s'est maintenu à six mois. Les auteurs de la première étude interprètent l'absence de différences de résultats par le fait que la population étudiée était composée d'individus substitués et stabilisés dans leur traitement à la méthadone, engagés dans une démarche de soin et en conséquence, déjà motivés à cesser l'injection de drogues.

Un essai randomisé est en cours à Montréal. Il a pour but d'étudier les effets d'une intervention brève, strictement fondée sur les principes de l'entretien motivationnel, et ciblant les pratiques d'injection à risque des personnes qui s'injectent de la cocaïne. Cet essai comparera l'efficacité de l'entretien motivationnel *versus* une séance d'information « classique » sur les risques liés à l'injection.

Discussion sur les programmes d'intervention

Cette analyse montre que les stratégies d'IEC sont très largement utilisées pour réduire les risques associés aux usages de drogues par injection. Les évaluations d'implantation et de processus suggèrent une certaine efficacité, en tout cas en complémentarité d'interventions incluant des stratégies individuelles et environnementales, distales et proximales (Roy, 2010). Néanmoins et compte tenu de leur diffusion, il est important de comprendre les résultats produits et les mécanismes d'intervention impliqués dans ces résultats.

Concernant les interventions brèves, il existe peu d'études sur leur efficacité auprès des usagers de drogues par injection. L'analyse montre néanmoins des résultats encourageants, suggérant qu'il est possible de réduire les pratiques d'injection à risque et de réduire le nombre d'initiations par des interventions psychosociales/comportementales auprès des usagers de drogues par injection. D'un point de vue pratique et méthodologique, les interventions qui nécessitent de mobiliser les usagers sur 4 à 6 séances sont plus difficiles à mettre en place et à évaluer.

Nous avons vu que les études publiées présentent une grande diversité d'approches. Elles ont été réalisées auprès d'usagers de drogues par injection, issus de sous-populations et de milieux extrêmement variés (femmes enceintes, afro-américains, personnes détenues ou sous traitement de substitution...), ce qui rend les résultats difficiles à généraliser. Certaines de ces interventions ont été menées auprès d'usagers de drogues par injection, relativement stables, captifs et/ou motivés, par exemple ceux en traitement de substitution aux opiacés ou en prison, favorisant ainsi une certaine assiduité. Dans ce contexte et dans une optique de travail avec les usagers les plus vulnérables et peu en contact avec les structures, les interventions brèves basées sur une seule rencontre semblent à privilégier. En outre, les processus par lesquels les interventions (en particulier les interventions brèves telles

que l'entretien motivationnel) permettent d'obtenir des résultats positifs restent peu connus (Vasilali et coll., 2006). C'est pourquoi il est recommandé de combiner des volets qualitatifs et quantitatifs aux méthodologies évaluatives des programmes en direction des usagers de drogues (Stahler et Cohen, 2000).

Dans une optique de mise en place d'interventions autour des transitions vers d'autres modes d'administration, différentes réflexions sont à mener sur : les modes d'accès et de mobilisation des publics visés (souvent cachés), les connaissances des processus et des contextes d'initiation à l'injection, les cultures et pratiques locales autour des modes de consommation, les enjeux de mixité des publics (injecteurs et non injecteurs) et l'exposition sociale aux risques, les opportunités d'intégration dans les services existants, les priorités politiques, la consultation et la participation des usagers de drogues par injection et des associations de réduction des risques.

En conclusion, malgré un intérêt marqué dans la littérature pour les stratégies d'action en faveur des transitions vers d'autres modes d'administration, celles-ci demeurent encore peu développées. Les deux tiers des expérimentations recensées ont été menés aux États-Unis, aucune n'a été relevée en France. La complexité méthodologique inhérente à la mise en place de ce type d'intervention en contexte de réduction des risques est réelle, suscitant parfois ambivalence et réticences. L'évaluation est rendue d'autant plus difficile (dans les faits) que les interventions recensées combinent souvent différents outils et approches.

Au regard de la prévention et de la réduction des risques liés au VHC, la littérature dégage différentes caractéristiques communes aux interventions efficaces auprès des usagers de drogues par injection : les approches interdisciplinaires ou misant sur la complémentarité, le recours à des modèles théoriques pour structurer la démarche des interventions individuelles en relation d'aide ou de thérapie. Pour être efficaces, et par opposition aux approches *top-down* de type IEC, les approches, messages et outils se doivent d'être dynamiques, adaptés aux circonstances et aux pratiques individuelles, et prendre en compte les contextes sociaux et les modes de vie des usagers de drogues par injection.

Dans le contexte épidémique actuel, les stratégies d'actions des transitions vers d'autres modes d'administration – les interventions brèves en particulier – sont des programmes prometteurs dans le cadre d'une approche gradualiste et pragmatique de réduction des risques prenant en compte les besoins et les difficultés des usagers aux différents stades de leurs trajectoires.

BIBLIOGRAPHIE

ABELSON J, TRELOAR C, CRAWFORD J, KIPPAX S, VAN BEEK I, et coll. Some characteristics of early-onset injection drug users prior to and at the time of their first injection. *Addiction* 2006, **101** : 548-555

AITKEN C, KERGER M, CROFTS N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: A means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev* 2002, **21** : 33-37

ALLWRIGHT S, BRADLEY F, LONG J, BARRY J, THORNTON L, et coll. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000, **321** : 78-82

BAKER A, HEATHER N, WODAK A, DIXON J, HOLT P. Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS* 1993, **7** : 247-256

BAKER A, KOCHAN N, DIXON J, HEATHER N, WODAK A. Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care* 1994, **6** : 559-570

BERNSTEIN J, BERNSTEIN E, TASSIOPOULOS K, HEEREN T, LEVENSON S, HINGSON R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence* 2005, **77** : 49-59

BRAVO MJ, BARRIO G, DE LA FUENTE L, ROYUELA L, DOMINGO L, et coll. Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic. *Addiction* 2003, **98** : 749-760

BRENER L, SPOONER C, TRELOAR C. Preventing transitions to injecting amongst young people: what is the role of needle and syringe programmes? *Int J Drug Policy* 2010, **21** : 160-164. Epub 2009 May 7

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, TOUFIK A, EVRARD I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint Denis, 2008, 189p

CADET-TAIROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 270p

CHANUT F. L'entretien motivationnel dans la prévention des risques associés aux drogues injectables. 2010 (Présentation orale réalisée lors du séminaire Inpes du 15 mars 2010 intitulé « Injection : comment articuler prévention, éducation et réduction des risques », UICP Espace George Stephenson, Paris, 2010)

CHENG Y, SHERMAN SG, SRIRAT N, VONGCHAK T, KAWICHAI S, et coll. Risk factors associated with injection initiation among drug users in Northern Thailand. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 10

CHITWOOD DD, COMERFORD M, KITNER KR, PALACIOS W, SANCHEZ J. A comparison of HIV risk behaviors between new and long-term injection drug users. *Subst Use Misuse* 2001, **36** : 91-111

CÔTÉ F, GODIN G, MERCUREA S-A, NOËLE L, ALARY M. Preventing HIV transmission among marginalized injection drug users: New insights from a Quebec City based research. *The International Journal of Drug Policy* 2006, **17** : 411-417

COYLE SM, NEEDLE RH, NORMAND J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health Rep* 1998, **113** : 19-30

CROFTS N, LOUIE R, ROSENTHAL D, JOLLEY D. The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction* 1996, **91** : 1187-1196

DARKE S, KAYE S, ROSS J. Transitions between the injection of heroin and amphetamines. *Addiction* 1999, **94** : 1795-1803

DAY CA, ROSS J, DIETZE P, DOLAN K. Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: cross sectional survey. *Harm Reduct J* 2005, **2** : 2

DE LA FUENTE L, BARRIO L, ROYUELA L, BRAVO MJ. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997, **92** : 1749-1763

DES JARLAIS DC, CASRIEL C, FRIEDMAN SR, ROSENBLUM A. AIDS and the transition to illicit drug injection--results of a randomized trial prevention program. *Br J Addict* 1992, **87** : 493-498

DES JARLAIS DC, DIAZ T, PERLIS T, VLAHOV D, MASLOW C, et coll. Variability in the incidence of human immunodeficiency virus, hepatitis b virus, and hepatitis c virus infection among young injecting drug users in New York City. *Am J Epidemiol* 2003, **157** : 467-471

DIAZ T, VLAHOV D, EDWARDS V, CONOVER S, MONTERROSO E. Sex-specific differences in circumstances of initiation into injecting-drug use among young adult Latinos in Harlem, New York City. *AIDS and Behavior* 2002, **6** : 117-122

DINWIDDIE SH, REICH T, CLONINGER R. Prediction of intravenous drug use. *Compr Psychiatry* 1992, **33** : 173-179

DOHERTY MC, GARFEIN RS, MONTERROSO E, LATKIN C, VLAHOV D. Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2000, **77** : 396-414

DRAUS PJ, CARLSON RG. Needles in the Haystacks: The social context of initiation to heroin injection in rural Ohio. *Substance Use & Misuse* 2006, **41** : 1111-1124

FISHER B, MANZONI P, REHM J. Comparing injecting and non-injecting illicit opioid users in a multisite Canadian sample (OPICAN cohort). *Eur Addict Res* 2006, **12** : 230-239

FRAJZYNGIER V, NEAIGUS A, GYARMATHY VA, MILLER M, FRIEDMAN SR. Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. *Drug Alcohol Depend* 2007, **89** : 145-152

FULLER CM, VLAHOV D, ARRIA AM, OMPAD DC, GARFEIN R, et coll. Factors associated with adolescent initiation of injection drug use. *Public Health Rep* 2001, **116** (Suppl 1) : 136-145

GAMELLA JF. The spread of intravenous drug use and AIDS in a neighborhood in Spain. *Medical Anthropology Quarterly* 1994, **8** : 131-160

GARFEIN RS, DOHERTY MC, MONTERROSO ER, THOMAS DL, NELSON KE, et coll. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998, **18** (Suppl 1) : S11-S19

GIDDINGS D, CHRISTO G, DAVY J. Reasons for injecting and not injecting: a qualitative study to inform therapeutic intervention. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2003, **10** : 95-104

GIRARD G, BOSCHER G, OEDT, CIRDD. Les pratiques d'injection en milieu festif. État des lieux en 2008. Données issues du dispositif TREND de l'OFDT. TREND Tendances récentes et nouvelles drogue, OFDT, Paris, 2009 : 28p

GRAU LE, GREEN TC, SINGER M, BLUTHENTHAL RN, MARSHALL PA, et coll. Getting the message straight: effects of a brief hepatitis prevention intervention among injection drug users. *Harm Reduct J* 2009, **6** : 36

GRIFFITHS P, GOSSOP M, POWIS B, STRANG J. Extent and nature of transitions of route among heroin addicts in treatment--preliminary data from the Drug Transitions Study. *Br J Addict* 1992, **87** : 485-491

GRIFFITHS P, GOSSOP M, POWIS B, STRANG J. Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction* 1994, **89** : 301-309

GUICHARD A, CALDERON C, MAGUET O, LERT F. Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés? *Alcoologie et Addictologie* 2004, **26** : 61S-74S

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR JM, RICHARD L. Rapports des usagers au Subutex : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences Sociales et Santé* 2006, **24** : 5-43

HUNT N. Break The Cycle: transitions vers d'autres modes d'administration. 2010 (Présentation orale réalisée lors du séminaire Inpes du 15 mars 2010 intitulé « Injection : comment articuler prévention, éducation et réduction des risques », UICP Espace George Stephenson, Paris, 2010)

HUNT N, STILLWELL G, TAYLOR C, GRIFFITHS P. Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drugs Educ Prev Policy* 1998, **5** : 185-194

HUNT N, GRIFFITHS P, SOUTHWELL M, STILLWELL G, STRANG J. Preventing and curtailing injection drug use: a review of opportunities for developing and delivering route transition interventions. *Drug Alcohol Rev* 1999, **18** : 441-451

HUNT N, ASHTON M, LENTON S, MITCHESON L, NELLES B, et coll. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003. Document accessible à l'adresse: <http://neilhunt.org/pdf/2003-evidence-base-for-hr-hunt-et-al.pdf>

IRWIN KL, EDLIN BR, FARUQUE S, MCCOY H. Crack cocaine smokers who turn to drug injection: Characteristics, factors associated with injection, and implications for HIV transmission. *Drug Alcohol Depend* 1996, **42** : 85-92

KANER EF, BEYER F, DICKINSON HO, PIENAAR E, CAMPBELL F, et coll. Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **18** : CD004148

KELLEY MS, CHITWOOD DD. Effects of drug treatment for heroin sniffers: A protective factor against moving to injection? *Soc Sci Med* 2004, **58** : 2083-2092

KERMODE M, LONGLENG V, SINGH B, HOCKING J, LANGKHAM B, et coll. My first time: initiation into injecting drug use in Manipur and Nagaland, north-east India. *Harm Reduction Journal* 2007, **4** : 19

KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, LAI C, MONTANER JS, et coll. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health* 2007, **97** : 1228-1230

KUO I, UL-HASAN S, ZAFAR T, GALAI N, SHERMAN SG, et coll. Factors associated with recent-onset injection drug use among drug users in Pakistan. *Substance Use & Misuse* 2007, **42** : 853-870

LANKENAU SE, SANDERS B. Becoming a ketamine injector: a preliminary analysis of high-risk youth in New York City. 2004 (Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Hilton San Francisco & Renaissance Parc 55 Hotel, San Francisco, CA, Aug 14, 2004)

LATKA MH, HAGAN H, KAPADIA F, GOLUB ET, BONNER S, et coll. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. *Am J Public Health* 2008, **98** : 853-861

LERT F. Can we stop the hepatitis C virus transmission in drug users? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006, **54** (Spec No 1) : 1S61-1S67

MARTINEZ TE, GLEGHORN A, MARX R, CLEMENTS K, BOMAN M, et coll. Psychosocial histories, social environment, and HIV risk behaviors of injection and noninjection drug using homeless youths. *J Psychoactive Drugs* 1998, **30** : 1-10

MAYCOCK P. "Scripting" risk: Young people and the construction of drug journeys. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2005, **12** : 349-368

MILLER WR, ROLLNICK SR. Motivational interviewing: Preparing people for change. Guilford Press, New York, 2002

NEAIGUS A, ATILLASOY A, FRIEDMAN SR, ANDRADE X, MILLER M, et coll. Trends in the noninjected use of heroin and factors associated with the transition to injecting. In : Heroin in the age of crack-cocaine. Drugs, health and social policy. INCIARDI JA, HARRISON LD (eds). SAGE Publications, California, 1998 : 131-159

NEAIGUS A, GYARMATHY VA, MILLER M, FRAJZYNGIER VM, FRIEDMAN SR, et coll. Transitions to injecting drug use among noninjecting heroin users: social network influence and individual susceptibility. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006, **41** : 493-503

NEISEN JH. Parental substance abuse and divorce as predictors of injection drug use and high risk sexual behaviors known to transmit HIV. *J Psychol Human Sex* 1993, **6** : 29-49

NICOLOSI A, CORREA LEITE ML, MUSICCO M, MOLINARI S, LAZZARIN A, et coll. Parenteral and sexual transmission of human immunodeficiency virus in intravenous drug users: A study of seroconversion. *Am J Epidemiol* 1992, **135** : 225-233

NOËL L, LAFOREST J, ALLARD PR. Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Québec, 2007

NOVELLI LA, SHERMAN SG, HAVENS JR, STRATHDEE SA, SAPUN M. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users. *Drug Alcohol Depend* 2005, **77** : 303-309

OMPAD DC, IKEDA RM, SHAH N, FULLER CM, BAILEY S, et coll. Childhood sexual abuse and age at initiation of injection drug use. *Am J Public Health* 2005, **95** : 703-709

PARKER H, EGGINTON R. Adolescent recreational alcohol and drug careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy* 2002, **13** : 419-432

PIZZEY R, HUNT N. Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: An evaluation. *Harm Reduct J* 2008, **5** : 24

PRITHWISH DE, ROY E, BOIVIN JF, COX J, MORISSETTE C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *Journal of Viral Hepatitis* 2008, **15** : 279-292

PURCELL DW, GARFEIN RS, LATKA MH, THIEDE H, HUDSON S, et coll. Development, description, and acceptability of a small-group, behavioral intervention to prevent HIV and hepatitis C virus infections among young adult injection drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007, **91** (Suppl 1) : S73-S80

REYNAUD-MAURUPT C, VERCHERE C. Les nouveaux usages de l'héroïne en France. OFDT, 2002

ROY E. Prévention du passage à l'injection de drogues : L'expérience avec les jeunes de la rue au Québec. 2010 (Présentation orale réalisée lors du séminaire Inpes du 15 mars 2010 intitulé « Injection : comment articuler prévention, éducation et réduction des risques, UICP Espace George Stephenson, Paris, 2010)

ROY E, HALEY N, LECLERC P, CEDRAS L, BOIVIN JF. Drug injection among street youth: the first time. *Addiction* 2002, **97** : 1003-1009

ROY E, HALEY N, LECLERC P, CEDRAS L, BLAIS L, et coll. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health* 2003, **80** : 92-105

ROY E, HALEY N, LECLERC P, BOUDREAU JF, BOIVIN JF. Risk factors for initiation into drug injection among adolescent street youth. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2007a, **14** : 389-399

ROY E, GUTIERREZ N, HALEY N, MORISSETTE C, ROUSSEAU L, et coll. Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Volume 1 : Rapport sur les groupes de discussion auprès des jeunes de la rue. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Ed). Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2007b, 69p

RUBAK S, SANBOECK A, LAURITZEN T, CHRISTENSEN B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005, **55** : 305-312

SANCHEZ J, CHITWOOD DD, KOO DJ. Risk factors associated with the transition from heroin sniffing to heroin injection: a street addict role perspective. *J Urban Health* 2006, **83** : 896-910

- SCHAPS E, DIBARTOLO R, MOSKOWITZ J, PALLEY C, CHURGIN S. A review of 127 prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues* 1981, **11** : 17-44
- SHERMAN SG, FULLER CM, SHAH N, OMPAD DV, VLAHOV D, et coll. Correlates of initiation of injection drug use among young drug users in Baltimore, Maryland: the need for early intervention. *J Psychoactive Drugs* 2005, **37** : 437-443
- SHERR L. Fear arousal and AIDS: do shock tactics work? *Aids* 1990, **4** : 361-364
- SOTHERAN JL, GOLDSMITH DS, BLASCO M, FRIEDMAN SR. Heroin sniffing as self-regulation among injecting and non-injecting heroin users. *J Drug Issues* 1999, **29** : 401-422
- STAHLER GJ, COHEN E. Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, **18** : 1-8
- STELLAMANNS J. A systematic literature review of predictors for the transition to and from injecting drug use and interventions targeting at injecting drug use. Diploma-thesis, Hamburg University of Applied Sciences, Health Science, 2009
- STENBACKA M. Initiation into intravenous drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **81** : 459-462
- STENBACKA M, ALLEBECK P, ROMELSJO A. Initiation into drug abuse: the pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scand J Soc Med* 1993, **21** : 31-39
- STILLWELL G, HUNT N, TAYLOR C, GRIFFITHS P. The modelling of injecting behaviour and initiation into injecting. *Addict Res Theor* 1999, **7** : 447-459
- STRANG J, GRIFFITHS P, POWIS B, GOSSOP M. Heroin chasers and heroin injectors: differences observed in a community sample in London, UK. *Am J Addict* 1999, **8** : 148-160
- STRAUSS SM, ASTONE-TWERELL J, MUNOZ-PLAZA CE, DES JARLAIS DC, GWADZ M, et coll. Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services. *Bmc Health Serv Res* 2007, **7** : 39
- SWIFT W, MAHER L, SUNJIC S, DOAN V. Transitions between routes of administrations among caucasian and indochinese heroin users in South-West Sydney. National Drug and Alcohol Research Centre, 1997
- THORPE LE, OUELLET LJ, HERSHOW R, BAILEY SL, WILLIAMS IT, et coll. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol* 2002, **155** : 645-653
- TOPP L, DAY C, DEGENHARDT L. Changes in patterns of drug injection concurrent with a sustained reduction in the availability of heroin in Australia. *Drug and Alcohol Dependence* 2003, **70** : 275-286
- TRELOAR C, ABELSON J. Information exchange among injecting drug users: A role for an expanded peer education workforce. *Int J Drug Policy* 2005, **16** : 46-53
- TRELOAR C, LAYBUTT B, JAUNCEY M, VAN BEEK I, LODGE M, et coll. Broadening discussions of "safe" in hepatitis C prevention: a close-up of swabbing in an analysis of video recordings of injecting practice. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 59-65

TUCKER T, FRY CL, LINTZERIS N, BALDWIN S, RITTER A, et coll. Randomized controlled trial of a brief behavioural intervention for reducing hepatitis C virus risk practices among injecting drug users. *Addiction* 2004, **99** : 1157-1166

VAN AMEIJDEN EJ, COUTINHO RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *J Epidemiol Community Health* 2001, **55** : 356-363

VAN AMEIJDEN EJC, VAN DEN HOEK JAR, VAN HAASTRECHT HJA, COUTINHO RA. The harm reduction approach and risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion in injecting drug users, Amsterdam. *Am J Epidemiol* 1992, **136** : 236-243

VAN BEEK I. The Sydney medically supervised injecting centre: A clinical model. *J Drug Issues* 2003, **33** : 625-638

VARESCON I, VIDAL-TRECAN G, GAGNIERE B, CHRISTOFOROV B, BOISSONNAS A. Prises de risques lors de la première injection intraveineuse de drogue. *Ann Med Interne (Paris)* 2000, **151** (Suppl B) : B5-B8

VASILALI EI, HOSIER SG, COX WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006, **41** : 328-335

WITTEVEEN E, VAN AMEIJDEN EJ, SCHIPPERS GM. Motives for and against injecting drug use among young adults in Amsterdam: qualitative findings and considerations for disease prevention. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 1001-1016

WOOD E. Gender and risk factors for initiation into injection drug use. *Drug Alcohol Rev* 2007, **26** : 333-334

9

Traitements de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont considérés comme un dispositif à part entière dans les stratégies de réduction des risques. Compte tenu de leur inter-relation avec les autres dispositifs (programmes d'échange de seringues par exemple), il est difficile de différencier leurs impacts spécifiques sur des indicateurs comme la prévalence ou l'incidence du VIH ou VHC utilisés dans l'évaluation de la politique de réduction des risques.

Actuellement, en France, il existe deux options thérapeutiques pour la dépendance aux opiacés : la méthadone et la buprénorphine qui sont désormais incluses par l'OMS dans la liste des « médicaments essentiels ».

En 2007, environ 130 000 patients bénéficiaient d'un traitement de substitution en France. D'après les données 2006-2007 issues de deux échantillons représentatifs de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie (Canarelli et Coquelin, 2009), 80 % des patients sous TSO reçoivent de la buprénorphine haut dosage (buprénorphine) alors que la méthadone concerne un sujet sur cinq environ. Les sujets recevant un TSO sont majoritairement des hommes (78 %), proportion conforme à la distribution par sexe de l'ensemble des usagers d'opiacés (Canarelli et Coquelin, 2009).

La future politique de réduction des risques doit identifier de nouveaux cadres de dispensation des mesures capables de cibler des populations actuellement exclues ou à la marge du système de soins pour les amener vers la prise en charge. Ceci concerne en particulier :

- les détenus à cause de l'absence ou la difficulté d'accès aux mesures de réduction des risques en milieu pénitentiaire ;
- les populations marginalisées, souvent plus affectées par des comorbidités psychiatriques et par une dépendance à l'alcool, qui subissent un retard d'accès aux soins ;
- les femmes usagères de drogues à cause des difficultés à négocier avec leurs partenaires l'utilisation de matériel stérile ou du préservatif.

Il apparaît de plus très important de documenter l'impact de la méthadone et de la buprénorphine sur la transmission du VIH et des hépatites. Il importe également d'examiner les problèmes d'accès aux TSO en France et d'évaluer si d'autres cadres, options thérapeutiques et politiques sanitaires en matière

d'accès aux traitements de la dépendance mis en place à l'étranger ou à l'étude peuvent être envisagés afin de réduire le risque de transmission des hépatites et améliorer l'accès aux soins et la santé des usagers des drogues.

Afin d'évaluer l'impact des TSO en termes de bénéfices et de risques individuels et collectifs, il est important de préciser les indicateurs qui seront utilisés :

- séroconversion au VIH, VHC, VHB ;
- comportements à risque : injection, fréquence d'injection, partage de seringues et de matériel d'injection ;
- observance du traitement (consommation d'opioïdes et d'autres drogues, mésusage de buprénorphine par injection ou sniffing) et maintien dans le traitement ;
- autres pratiques à risque de transmission du VHC ou VHB (pratiques sexuelles à risque, partage du matériel de sniffing, usage de drogues à injection fréquente telles que la cocaïne, les amphétamines...) ;
- overdoses ;
- rapport coût/efficacité.

Traitement par la méthadone

Afin de mieux analyser les retombées individuelles et collectives d'un accès élargi à la méthadone en France, il est nécessaire d'en évaluer les bénéfices et les risques et de les interpréter par rapport au cadre de prescription.

Impact du traitement par la méthadone

Un traitement par la méthadone a comme objectif la diminution de la consommation d'opiacés illicites jusqu'à l'arrêt mais également la réduction et l'abandon des conduites à risque infectieux associées, et comme objectifs secondaires, la réinsertion sociale et l'amélioration de la qualité de vie. La méthadone comme traitement pour la dépendance aux opiacés existe depuis plus de 40 ans et depuis 1965, elle est devenue la principale alternative thérapeutique au sevrage proposée aux usagers de drogues. En France, elle n'a été introduite à grande échelle qu'à partir de 1995. Elle est prescrite en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), dans les établissements de santé et en médecine de ville, comme un traitement de substitution à moyen ou long terme, ou pour une désintoxication comme traitement de court terme (sevrage).

Impact sur des comportements à risque

Une analyse systématique de l'impact des traitements de substitution sur la prévention du VIH (Sorensen et Copeland, 2000) s'appuie sur la convergence

des résultats de 33 études pour attester du rôle du traitement de maintien à la méthadone sur la baisse ou l'arrêt de l'usage d'opiacés illicites, des pratiques d'injection, et des conduites à risque de transmission du VIH (partage du matériel d'injection et prise de risque sexuel).

En effet, influant directement sur la consommation d'opiacés (Dole et coll., 1969 ; Hubbard et coll., 1984 ; Ball et Ross, 1991 ; Condelli, 1993 ; Vanichseni et coll., 1993), la méthadone réduit les prises de risque associées au partage du matériel d'injection (Meandzija et coll., 1994 ; Camacho et coll., 1996 ; Stark et coll., 1996 ; Bing et coll., 2001).

Une revue *Cochrane* récente confirme le rôle positif de la méthadone sur certains comportements à risques sexuels (multi-partenariat, prostitution) qui sont également impliqués dans la transmission du VIH et des hépatites (VHB), mais cette revue ne met pas en évidence d'impact sur l'utilisation du préservatif (Gowing et coll., 2008).

Néanmoins, la portée des traitements sur les comportements à risque reste toutefois limitée chez certains groupes d'usagers plus vulnérables, notamment ceux ayant des problèmes d'alcool, indépendamment de leur statut VIH (Gossop et coll., 2003a ; Palepu et coll., 2005) et ceux consommant de la cocaïne (Grella et coll., 1995) pour qui des stratégies thérapeutiques *ad hoc* doivent être envisagées.

Impact sur la séroconversion VIH, VHC, VHB

Une méta-analyse a également mis en évidence l'impact positif de la méthadone sur la séroconversion au VIH (Gibson et coll., 1999).

Jusqu'à présent, seulement une étude de cohorte, la cohorte d'Amsterdam d'usagers de drogues, a pu mettre en évidence que l'accès à la méthadone permet de réduire le risque de séroconversion au VHC lorsqu'elle est associée à l'accès au programme d'échange de seringues (Van Den Berg et coll., 2007). Une approche de type TSO + programme d'échange de seringues + éducation par les pairs a montré son efficacité en milieu pénitentiaire sur la baisse des séroconversions VIH mais également VHC (figure 9.1).

Ces résultats confirment que les traitements de substitution, et en premier lieu la méthadone, jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre l'épidémie du VIH (Sullivan et coll., 2005) mais aussi contre celle du VHC s'ils sont associés à d'autres outils de réduction des risques.

L'impact de la méthadone sur la réduction du risque de transmission du VIH est aujourd'hui admis, mais peu d'études encore ont pu montrer l'impact de la méthadone sur la transmission du VHB ou du VHC (Thiede et coll., 2000 ; Hallinan et coll., 2004).

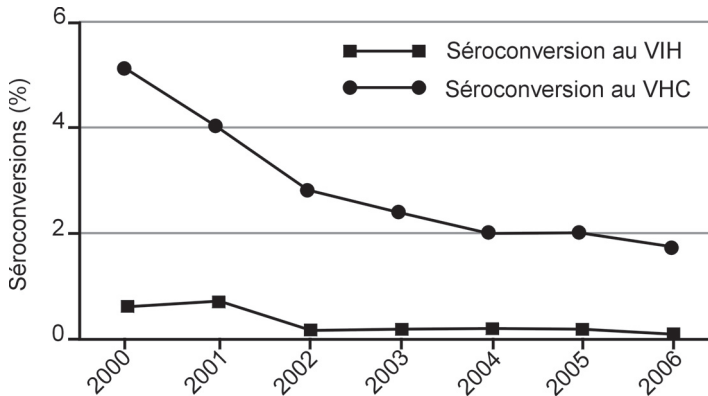


Figure 9.1 : Taux annuel de séroconversions au VIH et au VHC en milieu pénitentiaire (d'après Acin Garcia, 2007)³²

Impact sur la mortalité

Il a été également montré que la méthadone réduit de façon significative la mortalité due au sida (Brugal et coll., 2005). Chez les patients infectés par le VIH, la maintenance par la méthadone facilite l'initiation d'une multithérapie (Wood et coll., 2005) et augmente l'observance aux traitements antirétroviraux (Palepu et coll., 2006 ; Roux et coll., 2008a). Elle améliore également l'accès à la prophylaxie et l'observance aux traitements contre la tuberculose (Gourevitch et coll., 1996).

Une méta-analyse conduite sur 5 études montre que les sujets qui restent sous traitement ont une diminution du risque de décès de trois quarts par rapport à ceux qui sortent de traitement (Caplehorn et coll., 1996). Allant dans un même sens, deux études longitudinales ont également montré que la poursuite du traitement, même en présence d'interruptions, influence favorablement la survie des patients débutant un traitement à la méthadone (Esteban et coll., 2003 ; Kayman et coll., 2006).

En termes économiques, il a été calculé que donner accès à la méthadone possède un rapport coût/efficacité de 5 915 \$ par année de vie gagnée qui reste inférieur au rapport calculé pour d'autres thérapies médicales classiques en population générale (Barnett, 1999).

Impact sur les conditions médicales et sociales

En général, la littérature scientifique confirme une amélioration des conditions médicales et sociales des usagers de drogues chez des patients traités par la méthadone, notamment sur la criminalité. Les usagers de drogues qui

32. ACÍN GARCÍA EJ. A comprehensive approach to address HIV in the Spain prisons. IHRA Conférence 2007.

bénéficient d'une substitution par la méthadone diminuent de façon significative leur activité criminelle (Basu et coll., 2008) et retrouvent même un emploi (Rosenbach et Hunot, 1995).

Impact de la durée du traitement

Les premières études sur la méthadone ont rapidement mis en évidence que la durée du traitement joue un rôle crucial dans la réduction des pratiques d'injection et l'amélioration des conditions sociales (Dole et coll., 1968 ; Simpson, 1979 ; Des Jarlais et coll., 1981). En particulier, l'efficacité de la méthadone sur différents critères d'évaluation ne serait pas visible pour une durée de traitement inférieure à 90 jours (Simpson, 1981 ; Simpson et Savage, 1981). Les bénéfices sont d'autant plus manifestes que le maintien en traitement par la méthadone est prolongé (Kleber, 2008). Ainsi, pour les patients traités par la méthadone, la perspective d'émancipation à l'égard des opiacés est repoussée à plus long terme et les sorties de la maintenance ne sont pas évidentes (Dakis et Gold, 1992). Il est également important de souligner que la mortalité serait multipliée par 8 après un arrêt prématuré du traitement (Zanis et Woody, 1998).

Aujourd'hui, les revues *Cochrane* ont pointé deux résultats majeurs :

- la supériorité du traitement à la méthadone par rapport aux traitements non pharmacologiques (Mattick et coll., 2009) ;
- la comparabilité de la méthadone à la buprénorphine sur la base de plusieurs critères d'efficacité à l'exception du maintien en traitement qui rend la méthadone supérieure à la buprénorphine (Mattick et coll., 2008), en particulier pour les patients avec une dépendance plus sévère.

Concernant l'usage de cocaïne ou d'autres produits psychoactifs, une controverse existe dans la mesure où certains auteurs rapportent un effet positif de la méthadone sur la réduction de ces usages (Fairbank et coll., 1993), tandis que pour d'autres cet effet n'existerait pas (Grella et coll., 1997 ; Gossop et coll., 2003a). Pour ce type d'usagers de drogues, il est donc nécessaire d'accompagner le traitement par la méthadone par d'autres types d'interventions (Avants et coll., 2004 ; Gossop et coll., 2006).

Risques : les overdoses

On ne peut ignorer le fait que la méthadone induit un risque non négligeable d'overdose/intoxication, risque qui chez les patients sous méthadone est au moins quatre fois plus élevé qu'en population générale (Maxwell et coll., 2005). Ce risque est surtout présent pendant la phase d'initiation du traitement, la majorité des décès survenant au cours des deux premières semaines (Caplehorn et coll., 1999). Les facteurs associés au risque d'overdose, fatale ou non, sont des facteurs individuels, l'âge, la polyconsommation, l'alcool (van Ameijden et coll., 1999 ; Seal et coll., 2001), la non observance des horaires de prise (après 15 heures), l'usage d'héroïne pendant le traitement (Best et

coll., 1997). Par ailleurs, la durée du traitement par la méthadone se présente comme un facteur inversement associé au risque d'overdose (Davoli et coll., 1993 ; Darke et coll., 1996 ; van Ameijden et coll., 1999). Des travaux montrent une relation entre une expérience récente d'overdose non fatale et le risque d'overdose fatale (Powis et coll., 1999). En effet, pour les patients qui, à l'initiation d'un traitement par la méthadone, déclarent avoir eu une overdose à l'héroïne non fatale, une surveillance accrue doit être envisagée.

Le risque d'overdose n'a pourtant pas empêché la plupart des pays de développer une politique de substitution avant tout fondée sur des traitements par la méthadone accessibles en centres spécialisés ou en médecine de ville.

D'autre part, le risque d'overdose associé au traitement par la méthadone a permis la diffusion de la buprénorphine comme traitement de substitution dans un cadre moins restrictif grâce à son profil pharmacologique qui minimise le risque d'overdose.

Cadres de prise en charge par la méthadone : les expériences à l'étranger

En ce qui concerne les modalités de prise en charge, un rapide panorama des expériences étrangères nous montre qu'en pratique, il n'existe pas de modèle dominant mais une diversité de situations avec, dans de nombreux pays, une place non négligeable accordée à la médecine de ville.

Ainsi, par exemple, au Royaume-Uni depuis de nombreuses années, la méthadone est principalement prescrite en médecine de ville (Gossop et coll., 1999). Elle est délivrée en pharmacie pour une auto-administration avec un dosage variable selon les besoins. Plusieurs articles fondés sur la cohorte *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) ont permis de documenter l'efficacité de la méthadone dans ce cadre de délivrance (Gossop et coll., 2002a et b, 2003a et b, 2005) mais également les risques associés. En Écosse, les médecins ont reçu une rémunération pour suivre des patients sous méthadone et pour participer à une formation. Après la survenue d'un nombre inhabituel d'overdoses, une supervision des prises par le pharmacien a été instaurée : à Edimbourg, pendant les deux premières semaines d'initiation pour l'ensemble des patients et durant le temps du traitement pour les patients présentant des comorbidités psychiatriques, et à Glasgow, pendant la première année de traitement exception faite du dimanche (Greenwood, 1990 ; Weinrich et Stuart, 2000).

En Suisse, la plupart des patients traités par la méthadone, principalement par voie orale, sont suivis en médecine de ville dans un objectif de maintien. Afin d'éviter les doubles prescriptions, les patients sous méthadone sont inscrits dans un registre. Toutefois, aucune directive nationale à l'attention des médecins n'a été produite (Pelet et coll., 2005).

En Belgique, la délivrance de la méthadone est d'une grande libéralité. Des différences existent notamment entre les Flandres et la Wallonie. Dans les

Flandres, la méthadone est essentiellement fournie sous forme de sirop avec une supervision importante tandis qu'en Wallonie la méthadone se retrouve conditionnée en gélule avec une supervision quasi inexistante (Ledoux, 2004).

C'est aux Pays-Bas qu'ont été mis en œuvre les premiers programmes de délivrance de la méthadone dans les structures de première ligne, destinés à faire accéder au traitement une population d'usagers de drogues particulièrement vulnérables appartenant à des groupes marginalisés (Reisinger, 1997).

Aux États-Unis, la méthadone est délivrée depuis plus de 40 ans par des centres spécialisés ; les patients traités doivent s'y rendre quotidiennement pour consommer sur place leur dose journalière. Il y a encore peu d'expérience de prescription de la méthadone en médecine de ville tandis qu'au Canada voisin ou en Australie, la méthadone est accessible en médecine de ville.

Néanmoins, l'arrivée de la buprénorphine semble contribuer à l'évolution des cadres de prescription en générant une plus large contribution de la médecine de ville au traitement de la dépendance aux opiacés par la méthadone (Krantz et Mehler, 2004), comme c'est aujourd'hui le cas dans certains pays d'Europe (OEDT, 2006).

Il est important de souligner que l'effet positif du traitement sur les comportements à risque de transmission du VIH ainsi que du VHC, est visible seulement lorsque les programmes de substitution sont accessibles et correspondent à l'évolution des besoins des usagers de drogues (Metzger et coll., 1998).

Les recommandations autour de la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés restent encore très divergentes d'un pays à un autre. Plus particulièrement, la prescription de TSO et surtout l'approche fondée sur la réduction des risques ne fait pas consensus partout. En revanche, de plus en plus d'études s'interrogent sur la pratique clinique et son impact sur la santé des personnes dépendantes aux opiacés. L'une d'entre elles montre que l'observance par les soignants des recommandations a un impact positif sur la prise en charge (Strike et coll., 2007 ; Trafton et coll., 2007).

L'étude menée par Trafton et coll. (2007) révèle en effet que lorsque les médecins appliquent au mieux les recommandations liées à la prescription de la méthadone, les patients obtiennent de meilleurs résultats d'efficacité du traitement en termes de réduction de consommation d'héroïne et de cocaïne ainsi que de santé mentale (Trafton et coll., 2007). C'est pourquoi la recherche dans ce domaine doit s'orienter vers l'identification des modèles de prise en charge susceptibles d'assurer la présence de recommandations et leur observance, et d'optimiser l'accès et le maintien en traitement.

Cadres de prise en charge par la méthadone : les besoins en France

Aujourd'hui, l'accès à la méthadone se fait principalement par l'intermédiaire des Csapa et des établissements de santé. Pour certains usagers, le recours à une structure identifiée comme réservée aux usagers de drogues peut constituer un obstacle soit du fait de la stigmatisation soit à cause de la distance d'accès, parfois importante dans certaines régions.

Actuellement, la prescription de méthadone en France se réalise autour de 3 cadres possibles :

- le sevrage progressif rapide (traitement sur 15 jours à 1 mois à doses dégressives), très peu utilisé en France ;
- dans une perspective de maintenance, l'accès aux soins et aux outils de réduction des risques pour des populations en grandes difficultés développés par quelques centres en France ;
- le traitement de la dépendance aux opiacés sur un temps limité mais indéterminé (modèle le plus utilisé).

En absence de recommandations et de modalités de prescription et de soins clairement définies, la prise en charge en Csapa comme en ville s'est davantage orientée vers un principe d'amélioration de l'état de santé psychique et physique – avec une certaine tolérance concernant la consommation parallèle de produits – que vers un arrêt de la consommation. En 2001, le rapport Augé-Caumon sur l'accès à la méthadone en France présentait un premier bilan des recommandations et identifiait que les barrières à l'élargissement de l'accès à la méthadone demeuraient du fait de l'absence de consensus « sur les conditions d'accès, la durée du traitement, les modalités de relais en ville, la fréquence d'utilisation des analyses urinaires et la conduite à tenir selon leurs résultats ».

L'efficacité des traitements de substitution repose, outre sur la qualité de la prise en charge, sur l'accessibilité et la sécurité. Dans plusieurs pays, le cadre d'utilisation de la méthadone privilégie la sécurité sur l'accessibilité, et en France jusqu'à aujourd'hui, la primo-prescription de méthadone est possible seulement dans les Csapa ou en établissements de santé, avec un relais possible en médecine de ville après stabilisation des dosages. La répartition n'est pas uniforme et un certain nombre d'aires géographiques ne sont pas pourvues de structures susceptibles de prescrire la méthadone.

Une étude expérimentale (étude ANRS Méthaville) est actuellement en cours dans plusieurs régions françaises avec l'objectif d'évaluer la faisabilité de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville. Dans le cadre de l'étude, des recommandations sur la primo-prescription de méthadone sont disponibles. L'intérêt de promouvoir la méthadone en médecine de ville est double : il s'agit de proposer aux médecins une alternative thérapeutique au Subutex® et de rendre plus facilement accessible ce traitement aux usagers de drogues, notamment à ceux qui ne sont pas suivis dans un centre spécialisé quelle qu'en soit la raison. De cette façon, la méthadone pourrait devenir un

traitement de première intention et permettre d'augmenter l'accès à la substitution des patients nécessitant ce traitement ou en échec de traitement à la buprénorphine. Sans donner de réponse sur la sécurité (domaine de la pharmacovigilance), cette étude apportera des indications sur l'acceptabilité et l'efficacité.

Depuis peu, une nouvelle formulation de la méthadone (méthadone gélule) est disponible mais seulement pour les patients déjà stabilisés par la méthadone en sirop ayant bénéficié de ce traitement depuis au moins un an. L'initiation de ce traitement s'effectue également en centre de soins pour toxicomanes. Il n'y a pas encore d'étude sur l'observance à la méthadone gélule et la satisfaction du patient.

Buprénorphine

Comme pour la méthadone, l'évaluation de l'impact de la buprénorphine (à haut dosage) comme traitement de substitution sur différents indicateurs est une étape nécessaire afin de suggérer des recommandations pour améliorer l'accès et la prise en charge.

Impact du traitement par la buprénorphine

La buprénorphine a des caractéristiques pharmacologiques assez différentes par rapport à la méthadone. L'article qui a suggéré la possibilité d'utiliser la buprénorphine comme TSO est paru en 1978 quand Jasinski et coll. (1978) ont pu mettre en évidence les propriétés pharmacologiques du produit par rapport à la morphine et la méthadone. Il s'agit d'un agoniste partiel, avec une activité opiacée intrinsèque faible, qui présente une haute affinité pour les récepteurs μ (*mu*) aux opiacés et qui est également un antagoniste des récepteurs κ (*kappa*) aux opiacés. Même si la buprénorphine produit des effets semblables aux opiacés, elle empêche le manque et diminue le *craving*, à cause de la composante antagoniste, et au contraire de la méthadone, elle réduit les effets de la prise d'autres opiacés. Elle ne produit pas d'euphorie marquée et possède un effet « plafond » ce qui signifie que toute augmentation du dosage au-delà d'un certain seuil ne produit plus d'effet. De plus, le risque de dépression respiratoire et d'overdose est extrêmement réduit.

La France a été le premier pays à introduire la buprénorphine pour le traitement de la dépendance aux opiacés et possède actuellement l'expérience la plus longue dans ce domaine. Celle-ci a permis de montrer les premiers bénéfices individuels et en santé publique de l'accès élargi à la buprénorphine

(Carrieri et coll., 2006), en particulier à travers la médecine générale, bénéfices mis en évidence pendant la conférence de consensus sur les TSO de 2004³³ et dans une revue de littérature (Carrieri et coll., 2006).

Impact sur les comportements à risque

Deux études françaises (Duburcq et coll., 2000 ; Bilal et coll., 2003), l'une basée sur un suivi de deux ans et l'autre sur des données recueillies de façon rétrospective, ont mis en évidence une diminution générale des pratiques d'injection pendant le traitement et une amélioration des conditions sociales. L'étude rétrospective a également montré que les patients traités par buprénorphine haut dosage augmentaient le nombre de relations avec des personnes sans problème d'alcool ou de drogues, passaient plus facilement le temps seuls qu'avec d'autres usagers de drogues, présentaient un nombre moindre de jours d'hospitalisation et une diminution des activités criminelles.

Une étude longitudinale chez des patients atteints par le VIH traités par la buprénorphine (Carrieri et coll., 2003) a permis de mettre en évidence dans cette population une diminution des consommations d'opioïdes et de l'injection au cours du temps mais aucune diminution de la consommation d'alcool et de cocaïne.

Une analyse longitudinale (Sullivan et coll., 2008) conduite sur 166 patients traités par buprénorphine (buprénorphine/naloxone) en médecine de ville a pu mettre en évidence une diminution significative des comportements à risque de transmission du VIH par injection à partir des 12-24^e semaines de traitement.

Impact sur la mortalité

L'impact le plus significatif a été celui de la baisse des overdoses fatales et non fatales. Un essai randomisé (méthadone *versus* buprénorphine) basé sur 405 participants suivis pendant 10 ans (Gibson et coll., 2008) a montré que le maintien en traitement par buprénorphine réduit de façon significative la mortalité et que cette réduction est comparable à celle obtenue avec un traitement par méthadone.

Impact sur les conditions médicales et sociales

Ponizovsky et coll. (2010) ont montré une amélioration de plusieurs dimensions de la qualité de vie suite à un meilleur support social reçu et une meilleure perception d'efficacité chez 157 patients traités par buprénorphine évalués après 16 et 32 semaines de traitement. Une autre étude observationnelle conduite en Ukraine avec les deux traitements (méthadone N=140, buprénorphine N=191) a mis en évidence un maintien en traitement à 6 mois

33. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004, Lyon (École normale supérieure).

comparable (85 % dans chaque cohorte) mais aussi une réduction de la consommation de produits illicites, d'actes criminels, des comportements à risque, des problèmes psychiatriques et une amélioration de l'insertion sociale (Schaub et coll., 2010).

L'étude de Kakko et coll. (2003) montre dans le cadre d'un essai randomisé à deux bras (méthadone *versus* buprénorphine+naloxone) un maintien en traitement à 6 mois comparable entre les deux bras (autour de 85 %), et montre également que seulement 46 % des patients traités par buprénorphine ont continué le traitement alors qu'un certain nombre de ces patients a été transféré à un traitement par méthadone.

Plusieurs évaluations économiques montrent que l'accès à la buprénorphine est coût/efficace : le rapport coût/efficacité est estimé à moins de 45 000 \$ par QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) gagné (Barnett et coll., 2001), équivalent à celui de la méthadone (Doran et coll., 2003).

Impact de la formulation et de la galénique du traitement

Une autre formulation de la buprénorphine, la Suboxone® (chlorhydrate de buprénorphine et chlorhydrate de naloxone) est également un comprimé sublingual, distribué en deux dosages : 2 mg de buprénorphine/0,5 mg de naloxone et 8 mg de buprénorphine/2 mg de naloxone. La naloxone est un antagoniste opiacé à courte durée d'action, habituellement administré par voie intraveineuse en cas d'overdose aux opiacés. Quand la naloxone est administrée par voie sublinguale, elle n'a peu ou pas d'effet mais en cas d'injection, elle peut provoquer une crise de manque (chez un patient sous l'effet d'opiacés agonistes). L'efficacité de la naloxone pour décourager l'injection du produit n'est pas encore prouvée car certaines études montrent des résultats qui sont contradictoires avec un risque d'augmentation de la fréquence d'injection du produit chez des personnes traitées par buprénorphine/naloxone (Alho et coll., 2007 ; Bruce et coll., 2009). D'ailleurs, Jasinski et coll. (1978) avaient mis en évidence l'inefficacité de la naloxone même à doses élevées pour provoquer une crise de manque chez des personnes déjà stabilisées par la buprénorphine. En même temps, la combinaison buprénorphine/naloxone reste une option thérapeutique supplémentaire qui permet d'élargir la palette des TSO disponibles pour les personnes dépendantes aux opiacés.

Parallèlement, d'autres formes galéniques de buprénorphine existent telles que la forme injectable, ou sont en cours de développement comme la buprénorphine inhalable. Afin d'adapter les traitements disponibles aux différents profils de personnes dépendantes aux opiacés, il est important de mettre à disposition ces traitements avec de nouvelles voies d'administration.

Risques : détournement de la buprénorphine, mésusage, non observance

Le « détournement » de la buprénorphine est très vite apparu comme un des problèmes associés au traitement de la même façon que les overdoses le sont pour la méthadone.

Le possible détournement de la buprénorphine se décline en 3 volets :

- le détournement vers le marché noir (trafic) ;
- la non observance aux recommandations du médecin prescripteur (caractérisée par un usage détourné du produit par injection ou sniffing ou un usage non recommandé d'autres substances actives) ;
- le mésusage ou utilisation « non médicale » de la buprénorphine non prescrite (par voie sublinguale, par injection, par sniffing ou fumée).

En ce qui concerne le marché noir, il est important de souligner que les données suisses (Nordt et Stohler, 2006) et hollandaises (van Ameijden et Coutinho, 2001) ont pu mettre en évidence que des hauts niveaux de couverture des usagers de drogues par une palette élargie des TSO (y compris l'héroïne médicalisée) et des mesures de réduction des risques permettent de réduire le nombre de nouveaux injecteurs d'héroïne et d'agir sur le marché noir des stupéfiants. Cependant, à l'inverse, on observe également une diffusion de la buprénorphine vers différents pays d'Europe où elle est utilisée comme drogue, en particulier par les populations précaires.

En France, la buprénorphine est la première drogue consommée par les populations précaires (Escots et Fahet, 2004 ; Toufik et coll., 2010).

Chez les patients traités, probablement à cause du profil agoniste/antagoniste de la buprénorphine et l'impossibilité d'utiliser d'autres opioïdes (comme l'héroïne ou la morphine) pour en amplifier l'effet, l'injection de buprénorphine s'est présentée comme un acte de non observance capable d'augmenter rapidement la biodisponibilité du produit (surtout en cas de sous-dosage de la prescription) et d'augmenter les effets du traitement. Il ne faut pas également oublier la dépendance à l'injection.

L'injection de buprénorphine pendant le traitement est une pratique dont la fréquence a été souvent surestimée à cause du fait que la proportion d'injecteurs n'est pas calculée que chez les personnes traitées par buprénorphine (Obadia et coll., 2001 ; Jenkinson et coll., 2005). Plusieurs études (Duburcq et coll., 2000 ; Carrieri et coll., 2003 ; Guichard et coll., 2003 ; Roux et coll., 2008b) montrent que cette pratique depuis le début du traitement ne concerne que 14-15 % des patients. D'autres études rapportent que chez les usagers vus par les Caarud en 2008, 56,4 % de ceux qui ont consommé de la buprénorphine au cours du mois précédent l'ont injectée (Cadet-Taïrou et coll., 2010).

Les études sur les facteurs associés à l'injection de buprénorphine pendant le traitement montrent qu'il s'agit d'une population ayant une dépendance plus

sévère, polyconsommatrice de produits, souvent dépendante à l'alcool, présentant des symptômes dépressifs et percevant leur dosage comme inadéquat (Duburcq et coll., 2000 ; Carrieri et coll., 2003 ; Guichard et coll., 2003 ; Roux et coll., 2008b). En effet, la prescription de dosages inadéquats ou insuffisants de buprénorphine contribue au nomadisme médical pour obtenir des dosages supérieurs (Feroni et coll., 2005).

Une population particulièrement exposée au risque d'injection de la buprénorphine est la population des usagers de drogues sans domicile fixe. Cette population est plus à risque de contamination par le VHC (Kim et coll., 2009). Elle est souvent affectée par des comorbidités psychiatriques et une dépendance à l'alcool, deux facteurs de risque majeurs associés à la pratique d'injection de la buprénorphine. Une étude récente (Alford et coll., 2007) montre cependant que les patients sans domicile fixe peuvent être efficacement pris en charge par la buprénorphine dans un cadre de médecine de ville. Blanchon et coll. (2003) ont conduit une étude transversale, entre 1998 et 1999, chez 779 usagers de drogues recrutés dans des Csapa, des réseaux de soins, des centres d'hébergement et des prisons. Deux tiers (67 %) ont déclaré avoir injecté la buprénorphine et, dans cette population, les patients sans domicile fixe étaient à risque accru de complications médicales pendant leur première injection de buprénorphine.

Ces résultats montrent que des cadres particuliers de délivrance des traitements, probablement supervisés et associés à une prise en charge globale, sont nécessaires pour cette population. Dans plusieurs contextes socioculturels, un dispositif mobile a montré son efficacité (Rosenblum et coll., 2002 ; Altice et coll., 2005), comme celui des Bus Méthadone à Paris et Marseille³⁴ à l'initiative de Médecins du monde. Ce dispositif permet à la fois une délivrance quasi-quotidienne supervisée de méthadone et de buprénorphine, accompagnée d'une prise en charge des autres comorbidités, de conseils et de distribution de matériel d'injection à usage unique.

D'autre part, l'injection de buprénorphine en France est considérée comme une pratique qui pourrait être responsable de la persistance de la circulation du VHC. En considérant que les dosages prescrits de buprénorphine sont souvent inadéquats pour certaines personnes ayant une dépendance sévère et restent encore bien inférieurs aux dosages disponibles à l'étranger, l'injection de buprénorphine pendant le traitement reste le seul moyen pour une personne dépendante aux opiacés de gérer les crises de manque en augmentant la biodisponibilité du produit. Il existe un certain nombre d'usagers de drogues qui ne répondent pas aux traitements par la buprénorphine et la méthadone et qui continuent les pratiques d'injection en contribuant à la circulation du VHC. Même s'il s'agit d'un nombre réduit de personnes, celles-ci sont responsables de la majorité des crimes liés à l'usage de drogues. Un accès élargi à la méthadone et d'autres options thérapeutiques pourraient pallier cette situation.

34. Évaluation du dispositif Bus méthadone. 2000, 1-142.

À cause des excipients associés à la buprénorphine (amidon de maïs dans le Subutex®, talc dans les génériques), l'injection de buprénorphine peut s'accompagner de complications autour du site d'injection telles que abcès, nécrose tissulaire, dégradation massive du réseau veineux, œdèmes indurés des avant-bras et mains appelés « syndrome de Popeye » (Decocq et coll., 1997 ; Andresz et coll., 2006 ; Ho et coll., 2009a), mais aussi de conséquences sanitaires graves qui varient de l'hépatite aiguë (Berson et coll., 2001), à l'hypertension et l'embolie pulmonaire (Ho et coll., 2009b ; Lim et coll., 2009).

L'utilisation de filtres à usage unique permet de filtrer une proportion considérable des excipients et en particulier les particules de diamètre élevé responsables des événements sanitaires fatals³⁵ et de minimiser les risques associés à cette pratique. Ces outils doivent donc rentrer dans la panoplie de mesures réduction des risques disponibles pour les usagers de drogues qu'ils soient traités pour leur dépendance ou non.

Perceptions des traitements de substitution en France

Des travaux français de type qualitatif (Guichard et coll., 2006 et 2007) ont montré que les TSO n'étaient pas un traitement comme les autres. Les attitudes et conceptions des médecins vis-à-vis des TSO, de la toxicomanie et des drogues en général répondent souvent à des modèles divers : réduction des risques, maintenance au long cours, traitement de l'addiction auxquels sont associés des objectifs spécifiques (stabilisation de la santé et de la situation sociale, arrêt des consommations, insertion sociale et professionnelle...). Dans ce contexte, les usagers peinent à percevoir les objectifs du traitement qui, de leur point de vue, sont rarement explicités, et souvent peu réajustés pour s'adapter à des besoins évolutifs au cours de ce traitement de longue durée. Cette absence de clarification des objectifs sur le long terme, et des étapes pour y parvenir peut, dans le temps, mettre à mal la relation soignant-soigné, qui se heurte à l'instabilité des situations des usagers dans la durée du traitement. Cette situation peut conduire l'utilisateur à tenter de trouver par lui-même ses propres modes de régulation avec le TSO. Dans ce contexte, la mise en place d'un véritable projet thérapeutique clarifiant, avec les usagers, la dimension chronique de la dépendance (ou du traitement) et des étapes de la prise en charge est susceptible d'optimiser le potentiel des traitements.

En conclusion, la méthadone et la buprénorphine sont deux médicaments essentiels qui ont joué un rôle majeur sur le contrôle du VIH chez les usagers de drogues et sur l'amélioration des conditions de vie des personnes traitées.

35. ROUX P, CARRIERI MP, KEIJZER L, DASGUPTA N. Pulmonary disease in IDUs: time to use novel tools for reducing harm from filler particles during injection of pharmaceutical products. Paper presented at the IHRA's 21st International Conference, Liverpool, England, 2010.

Ils ont également le potentiel d'être efficaces contre le VHC s'ils sont intégrés dans une panoplie de mesures de réduction des risques dont l'objectif final est d'atteindre toutes les populations qui en ont besoin, surtout les plus marginalisées.

BIBLIOGRAPHIE

ALFORD DP, LABELLE CT, RICHARDSON JM, O'CONNELL JJ, HOHL CA, et coll. Treating homeless opioid dependent patients with buprenorphine in an office-based setting. *J Gen Intern Med* 2007, **22** : 171-176

ALHO H, SINCLAIR D, VUORI E, HOLOPAINEN A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007, **88** : 75-78

ALTICE FL, BRUCE RD, WALTON MR, BUITRAGO MI. Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites. *J Urban Health* 2005, **82** : 151-161

ANDRESZ V, MARCANTONI N, BINDER F, VELTEN M, ALT M, et coll. Puffy hand syndrome due to drug addiction: a case-control study of the pathogenesis. *Addiction* 2006, **101** : 1347-1351

AUGE-CAUMON MJ, BLOCH-LAINE JF, LOWEINSTEIN W, MOREL A. L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner, Ministre Délégué à la Santé. Paris, 2001

AVANTS SK, MARGOLIN A, USUBIAGA MH, DOEBRICK C. Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: a randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *J Subst Abuse Treat* 2004, **26** : 67-78

BALL J, ROSS A. The effectiveness of Methadone maintenance treatment. Springer. New York, 1991

BARNETT PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999, **94** : 479-488

BARNETT PG, ZARIC GS, BRANDEAU ML. The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction* 2001, **96** : 1267-1278

BASU A, PALTIEL AD, POLLACK HA. Social costs of robbery and the cost-effectiveness of substance abuse treatment. *Health Econ* 2008, **17** : 927-946

BERSON A, GERVAIS A, CAZALS D, BOYER N, DURAND F, et coll. Hepatitis after intravenous buprenorphine misuse in heroin addicts. *J Hepatol* 2001, **34** : 346-350

BEST D, GOSSOP M, MARSDEN J, FARRELL M, STRANG J. Time of day of methadone consumption and illicit heroin use. *Drug Alcohol Depend* 1997, **49** : 49-54

BILAL S, MENARES J, DE LA SELLE P, TOUFIK A, PERDRIEUX Y. Impact des traitements de substitution aux opiacées sur la vie sociale. *Ann Med Interne* 2003, **154** (Hors série II) : 2S6-2S14

BING EG, BURNAM MA, LONGSHORE D, FLEISHMAN JA, SHERBOURNE CD, et coll. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001, **58** : 721-728

BLANCHON T, BOISSONNAS A, VARESEON I, VIDAL-TRECAN G. Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Subst Use Misuse* 2003, **38** : 429-442

BRUCE RD, GOVINDASAMY S, SYLLA L, KAMARULZAMAN A, ALTICE FL. Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009, **35** : 68-72

BRUGAL MT, DOMINGO-SALVANY A, PUIG R, BARRIO G, GARCIA DE OP, et coll. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction* 2005, **100** : 981-989

CAMACHO LM, BROWN BS, SIMPSON DD. Psychological dysfunction and HIV/AIDS risk behavior. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996, **11** : 198-202

CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances* 2009, **65** : 1-6

CAPLEHORN JR, DALTON MS, HALDAR F, PETRENAS AM, NISBET JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst Use Misuse* 1996, **31** : 177-196

CAPLEHORN JR, DRUMMER OH. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Med J Aust* 1999, **170** : 104-109

CARRIERI MP, REY D, LOUNDOU A, LEPEU G, SOBEL A, et coll. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug Alcohol Depend* 2003, **72** : 13-21

CARRIERI MP, AMASS L, LUCAS GM, VLAHOV D, WODAK A, et coll. Buprenorphine use: the international experience. *Clin Infect Dis* 2006, **43** (suppl 4) : S197-S215

CONDELLI WS. Strategies for increasing retention in methadone programs. *J Psychoactive Drugs* 1993, **25** : 143-147

COSTES JM, CADET-TAIROU A, THIRION X, BELLO PY, PALLE C. Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...) ? *Alcoologie et Addictologie* 2004, **26** : 38S-54S

DAKIS C, GOLD M. Psychiatric hospitals for treatment of dual diagnosis. Substance abuse a comprehensive textbook. Baltimore, 1992

DARKE S, ROSS J, HALL W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction* 1996, **91** : 405-411

DAVOLI M, PERUCCI CA, FORASTIERE F, DOYLE P, RAPITI E, et coll. Risk factors for overdose mortality: a case-control study within a cohort of intravenous drug users. *Int J Epidemiol* 1993, **22** : 273-277

DECOCQ G, FREMAUX D, SMAIL A, COMPAGNON M, ANDREJAK M. Local complications after intravenous injection of dissolved tablets of buprenorphine. *Presse Med* 1997, **26** : 1433

DES JARLAIS D, JOSEPH H, DOLE VP. Long term outcomes after termination from methadone maintenance treatment. *Ann NY Acad Sci USA New York* 1981, **362** : 231-238

DOLE VP, NYSWANDER ME, WARNER A. Successful treatment of 750 criminal addicts. *JAMA* 1968, **206** : 2708-2711

DOLE VP, ROBINSON JW, ORRACA J, TOWNS E, SEARCY P, et coll. Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med* 1969, **280** : 1372-1375

DORAN CM, SHANAHAN M, MATTICK RP, ALI R, WHITE J, et coll. Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost-effectiveness analysis. *Drug Alcohol Depend* 2003, **71** : 295-302

DUBURCQ A, CHARPAK Y, BLIN P, MADEC L. Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000, **48** : 363-373

ESCOTS S, FAHET G. Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003. OFDT, Saint-Denis, 2004, 115p

ESTEBAN J, GIMENO C, BARRIL J, ARAGONES A, CLIMENT JM, et coll. Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2003, **70** : 193-200

FAIRBANK JA, DUNTEMAN GH, CONDELLI WS. Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993, **19** : 465-474

FERONI I, PERETTI-WATEL P, PARAPONARIS A, MASUT A, RONFLE E, et coll. French general practitioners' attitudes and prescription patterns toward buprenorphine maintenance treatment: does doctor shopping reflect buprenorphine misuse? *J Addict Dis* 2005, **24** : 7-22

GIBSON DR, FLYNN NM, MCCARTHY JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999, **13** : 1807-1818

GIBSON A, DEGENHARDT L, MATTICK RP, ALI R, WHITE J, et coll. Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addiction* 2008, **103** : 462-468

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, LEHMANN P, STRANG J. Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Gen Pract* 1999, **49** : 31-34

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, KIDD T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend* 2002a, **66** : 21-28

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, TREACY S. Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addict Behav* 2002b, **27** : 155-166

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, KIDD T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 2003a, **98** : 291-303

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, KIDD T. Reduction or cessation of injecting risk behaviours? Treatment outcomes at 1-year follow-up. *Addict Behav* 2003b, **28** : 785-793

GOSSOP M, TRAKADA K, STEWART D, WITTON J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 2005, **79** : 295-302

GOSSOP M, STEWART D, MARSDEN J. Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes. *Addiction* 2006, **101** : 404-412

GOUREVITCH MN, WASSERMAN W, PANERO MS, SELWYN PA. Successful adherence to observed prophylaxis and treatment of tuberculosis among drug users in a methadone program. *J Addict Dis* 1996, **15** : 93-104

GOWING L, FARRELL M, BORNEMANN R, SULLIVAN L, ALI R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 : CD004145

GREENWOOD J. Creating a new drug service in Edinburgh. *BMJ* 1990, **300** : 587-589

GRELLA CE, ANGLIN MD, WUGALTER SE. Cocaine and crack use and HIV risk behaviors among high-risk methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend* 1995, **37** : 15-21

GRELLA CE, ANGLIN MD, WUGALTER SE. Patterns and predictors of cocaine and crack use by clients in standard and enhanced methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997, **23** : 15-42

GUICHARD A, LERT F, CALDERON C, GAIGI H, MAGUET O, et coll. Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction* 2003, **98** : 1585-1597

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR JM, RICHARD L. Rapports des usagers au Subutex : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences Sociales et Santé* 2006, **24** : 5-43

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR JM, RICHARD L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. *Soc Sci Med* 2007, **64** : 2578-2593

HALLINAN R, BYRNE A, AMIN J, DORE GJ. Hepatitis C virus incidence among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Aust N Z J Public Health* 2004, **28** : 576-578

HO RC, HO EC, MAK A. Cutaneous complications among i.v. buprenorphine users. *J Dermatol* 2009a, **36** : 22-29

HO RC, HO EC, TAN CH, MAK A. Pulmonary hypertension in first episode infective endocarditis among intravenous buprenorphine users: case report. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009b, **35** : 199-202

HUBBARD RL, RACHAL JV, CRADDOCK SG, CAVANAUGH ER. Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Client Characteristics and behaviors before, during and after Treatment. In : *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and prospects*. TIMMS FM, LUDFORD JP (eds). Rockville, 1984, 42-68

JASINSKI DR, PEVNICK JS, GRIFFITH JD. Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine: a potential agent for treating narcotic addiction. *Arch Gen Psychiatry* 1978, **35** : 501-516

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Assessment of HIV and HCV seroprevalence and drug-users profiles, InVS-ANRS Coquelicot Study, France, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006, **33** : 244-247

JENKINSON RA, CLARK NC, FRY CL, DOBBIN M. Buprenorphine diversion and injection in Melbourne, Australia: an emerging issue? *Addiction* 2005, **100** : 197-205

KAKKO J, SVANBORG KD, KREEK MJ, HEILIG M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2003, **361** : 662-668

KAYMAN DJ, GOLDSTEIN MF, DEREN S, ROSENBLUM A. Predicting treatment retention with a brief "Opinions About Methadone" scale. *J Psychoactive Drugs* 2006, **38** : 93-100

KIM C, KERR T, KATHY L, ZHANG RUTH, MARK WT, et coll. Unstable housing and hepatitis C incidence among injection drug users in a Canadian setting. *BMC Public Health* 2009, **9**

KLEBER HD. Methadone maintenance 4 decades later: thousands of lives saved but still controversial. *JAMA* 2008, **300** : 2303-2305

KRANTZ MJ, MEHLER PS. Treating opioid dependence. Growing implications for primary care. *Arch Intern Med* 2004, **164** : 277-288

LEDoux Y. Evaluation of methadone dispensing in Belgium-study synopsis. *J Pharm Belg* 2004, **59** : 69-79

LIM CC, LEE SH, WONG YC, HUI F. Embolic stroke associated with injection of buprenorphine tablets. *Neurology* 2009, **73** : 876-879

MATTICK RP, KIMBER J, BREEN C, DAVOLI M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 : CD002207

MATTICK RP, BREEN C, KIMBER J, DAVOLI M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 : CD002209

MAXWELL JC, PULLUM TW, TANNERT K. Deaths of clients in methadone treatment in Texas: 1994-2002. *Drug Alcohol Depend* 2005, **78** : 73-81

MEANDZIJA B, O'CONNOR PG, FITZGERALD B, ROUNSAVILLE BJ, KOSTEN TR. HIV infection and cocaine use in methadone maintained and untreated intravenous drug users. *Drug Alcohol Depend* 1994, **36** : 109-113

METZGER DS, NAVALINE H, WOODY GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep* 1998, **113** (Suppl 1) : 97-106

NORDT C, STOHLER R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet* 2006, **367** : 1830-1834

OBADIA Y, PERRIN V, FERONI I, VLAHOV D, MOATTI JP. Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction* 2001, **96** : 267-272

OEDT (OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Rapport annuel 2005. OEDT, Bruxelles, 2006

PALEPU A, RAJ A, HORTON NJ, TIBBETTS N, MELI S, et coll. Substance abuse treatment and risk behaviors among HIV-infected persons with alcohol problems. *J Subst Abuse Treat* 2005, **28** : 3-9

PALEPU A, TYNDALL MW, JOY R, KERR T, WOOD E, et coll. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006, **84** : 188-194

PELET A, BESSON J, PECOUD A, FAVRAT B. Difficulties associated with outpatient management of drug abusers by general practitioners. A cross-sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in Switzerland. *BMC Fam Pract* 2005, **6** : 51

PONIZOVSKY AM, MARGOLIS A, HELED L, ROSCA P, RADOMISLENSKY I, et coll. Improved quality of life, clinical, and psychosocial outcomes among heroin-dependent patients on ambulatory buprenorphine maintenance. *Subst Use Misuse* 2010, **45** : 288-313

POWIS B, STRANG J, GRIFFITHS P, TAYLOR C, WILLIAMSON S, et coll. Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction* 1999, **94** : 471-478

REISINGER M. En Europe. In : Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. TOUZEAU D, JACQUOT C (eds). Arnette, Paris, 1997, 225-235

ROSENBAACH A, HUNOT V. The introduction of a methadone prescribing programme to a drug-free treatment service: implications for harm reduction. *Addiction* 1995, **90** : 815-821

ROSENBLUM A, NUTTBROCK L, MCQUISTION H, MAGURA S, JOSEPH H. Medical outreach to homeless substance users in New York City: preliminary results. *Subst Use Misuse* 2002, **37** : 1269-1273

ROUX P, CARRIERI MP, VILLES V, DELLAMONICA P, POIZOT-MARTIN I, et coll. The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. *Addiction* 2008a, **103** : 1828-1836

ROUX P, VILLES V, BLANCHE J, BRY D, SPIRE B, et coll. Buprenorphine in primary care: risk factors for treatment injection and implications for clinical management. *Drug Alcohol Depend* 2008b, **97** : 105-113

SCHAUB M, CHTENGUELOV V, SUBATA E, WEILER G, UCHTENHAGEN A. Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine. *Int J Drug Policy* 2010, **21** : 229-233. Epub 2009 Nov 18

SEAL KH, KRAL AH, GEE L, MOORE LD, BLUTHENTHAL RN, et coll. Predictors and prevention of nonfatal overdose among street-recruited injection heroin users in the San Francisco Bay Area, 1998-1999. *Am J Public Health* 2001, **91** : 1842-1846

SIMPSON DD. The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *Am J Psychiatry* 1979, **136** : 1449-1453

SIMPSON DD. Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 875-880

- SIMPSON DD, SAVAGE LJ. Client types in different drug abuse treatments: comparisons of follow-up outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1981, **8** : 401-418
- SORENSEN JL, COPELAND AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend* 2000, **59** : 17-31
- STARK K, MULLER R, BIENZLE U, GUGGENMOOS-HOLZMANN I. Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users in Berlin. *J Epidemiol Community Health* 1996, **50** : 534-537
- STRIKE C, WENGHOFFER E, GNAM W, HILLIER W, VELDUIZEN S, et coll. Physician peer assessments for compliance with methadone maintenance treatment guidelines. *J Contin Educ Health Prof* 2007, **27** : 208-213
- SULLIVAN LE, METZGER DS, FUDALA PJ, FIELLIN DA. Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users. *Addiction* 2005, **100** : 150-158
- SULLIVAN LE, MOORE BA, CHAWARSKI MC, PANTALON MV, BARRY D, et coll. Buprenorphine/naloxone treatment in primary care is associated with decreased human immunodeficiency virus risk behaviors. *J Subst Abuse Treat* 2008, **35** : 87-92
- TAIROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, France, 2010, 1-280
- THIEDE H, HAGAN H, MURRILL CS. Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health* 2000, **77** : 331-345
- TOUFIK A, ESCOTS S, CADET-TAIROU A. La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. In : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. COSTES JM (ed). OFDT, Saint-Denis, 2010, 10-25
- TRAFTON JA, HUMPHREYS K, HARRIS AH, OLIVA E. Consistent adherence to guidelines improves opioid dependent patients' first year outcomes. *J Behav Health Serv Res* 2007, **34** : 260-271
- VAN AMEIJDEN EJ, COUTINHO RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *J Epidemiol Community Health* 2001, **55** : 356-363
- VAN AMEIJDEN EJ, KROL A, VLAHOV D, FLYNN C, VAN HAASTRECHT HJ, et coll. Pre-AIDS mortality and morbidity among injection drug users in Amsterdam and Baltimore: an ecological comparison. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 845-865
- VAN DEN BERG C, SMIT C, VAN BG, COUTINHO R, PRINS M. 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. *Addiction* 2007, **102** : 1454-1462
- VANICHSENI S, DES JARLAIS DC, CHOOPANYA K, FRIEDMANN P, WENSTON J, et coll. Condom use with primary partners among injecting drug users in Bangkok, Thailand and New York City, United States. *AIDS* 1993, **7** : 887-891

VICKERMAN P, HICKMAN M, JUDD A. Modelling the impact on Hepatitis C transmission of reducing syringe sharing: London case study. *Int J Epidemiol* 2007, **36** : 396-405

WEINRICH M, STUART M. Provision of methadone treatment in primary care medical practices: review of the Scottish experience and implications for US policy. *JAMA* 2000, **283** : 1343-1348

WOOD E, HOGG RS, KERR T, PALEPU A, ZHANG R, et coll. Impact of accessing methadone on the time to initiating HIV treatment among antiretroviral-naïve HIV-infected injection drug users. *AIDS* 2005, **19** : 837-839

ZANIS DA, WOODY GE. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug Alcohol Depend* 1998, **52** : 257-260

10

Autres traitements de la dépendance

Ce chapitre présente d'autres traitements pour la dépendance aux opiacés illicites, que ceux classiquement prescrits (méthadone et buprénorphine). Ils ne sont pas disponibles en France (comme l'héroïne médicalisée) ou non encore évalués (comme le sulfate de morphine). Ce chapitre évoque également des traitements qui pourraient jouer un rôle majeur pour la prévention du VHC comme les traitements pour la dépendance aux stimulants ou les traitements pour l'hépatite C. Plus particulièrement, la partie consacrée à l'héroïne médicalisée se décline en trois volets : les propriétés pharmacologiques, le contexte historique de prescription et les résultats des études et essais thérapeutiques.

Héroïne médicalisée

Il y a un nombre considérable de termes utilisés pour décrire les traitements prescrits à base d'héroïne. Ils proviennent souvent du principe actif, le diacétylmorphine ou diamorphine ou encore DAM. Le terme « héroïne médicalisée », en anglais « *heroin-assisted treatment* », met en évidence le caractère obligatoire d'une intervention psychosociale intensive alors que la co-prescription d'héroïne indique la délivrance d'héroïne avec la méthadone avec ou sans intervention psychosociale.

Excepté au Royaume-Uni où une co-prescription d'héroïne à bas dosage sans supervision est possible pour un nombre extrêmement limité de personnes, dans les autres contextes la prescription d'héroïne reste très médicalisée avec une prise supervisée et souvent une co-prescription de méthadone afin de réduire le risque de manque (cf. partie sur le cadre de prise en charge).

Pharmacologie clinique

L'héroïne (ou diacétylmorphine ou DAM) est un dérivé semi-synthétique de la morphine, principal alcaloïde issu du pavot à opium. Elle agit comme agoniste pur au niveau des récepteurs opioïdes μ (*mu*). La diacétylmorphine est rapidement hydrolysée en 6-monoacétylmorphine (6-MAM) puis en morphine.

La DAM et la 6-MAM sont hautement lipophiles avec une action rapide mais une durée d'effet très courte car elles sont rapidement hydrolysées par les estérases dans le plasma, le foie et les tissus (y compris le cerveau). La diacétylmorphine administrée par voie intraveineuse possède une demi-vie comprise entre 1,3 et 7,7 minutes (Lintzeris, 2009), avec des concentrations sanguines qui descendent à des valeurs indétectables en 10-40 minutes. La concentration maximale de 6-MAM survient dans les 0,7 à 2,7 minutes et elle est détectable dans le plasma pendant 1 à 3 heures. La DAM et la 6-MAM sont responsables des effets aigus après administration intraveineuse (flash et sensation de plaisir intense), suivis d'une euphorie prolongée accompagnée d'une sédation.

L'héroïne intra-nasale ou inhalée possède des caractéristiques semblables (passage rapide et pics élevés), alors que l'administration intramusculaire, orale ou rectale ne possède pas les mêmes propriétés pharmacologiques.

Les effets associés à la prise d'héroïne peuvent être très variés : des effets de bien-être (comme l'analgésie ou la sédation) mais aussi des effets indésirables (dépression respiratoire, nausée, constipation).

Comme pour la majorité des opioïdes (morphine, méthadone...), il existe un certain nombre d'interactions médicamenteuses avec d'autres substances (alcool, benzodiazépines et antidépresseurs tricycliques) ; pour cette raison, comme pour la méthadone, il est très important de bien informer le patient et surveiller la prise d'autres produits pendant le traitement.

Dans tous les pays où l'héroïne médicalisée est disponible et dans le contexte des essais cliniques randomisés, l'héroïne reste une option thérapeutique destinée à des personnes dépendantes aux opiacés et « réfractaires » aux TSO classiques, donc à des personnes qui souffrent d'une dépendance sévère et qui ont subi plusieurs échecs thérapeutiques pendant un traitement par méthadone ou buprénorphine haut dosage.

En général, il s'agit d'une population relativement minoritaire, touchée par un ensemble de conséquences néfastes liées à l'usage de drogues, tant au niveau sanitaire que social. De plus, il s'agit d'une population, qui bien qu'elle soit restreinte, est responsable de la majorité de l'activité criminelle liée aux drogues.

D'autre part, il est important de souligner que l'héroïne médicalisée enfreint les règles classiques qui font la base d'un traitement de substitution :

- remplacer un produit à action courte par un produit à action longue ;
- remplacer une substance injectable par une substance administrée par voie orale ;
- remplacer une substance illicite par une substance licite.

En fait, l'héroïne médicalisée remplace simplement une drogue illicite à action courte par une substance légale à action courte combinée à une substance légale orale à action longue (méthadone). L'association de méthadone permet de mieux contrôler les crises de manque qui sont fréquentes chez les injecteurs d'héroïne.

Le principe de l'indication de l'héroïne médicalisée est que chez les personnes présentant une dépendance sévère aux opiacés, il vaut mieux procéder étape par étape pour obtenir progressivement des changements. En effet, les usagers de drogues avec une dépendance sévère et de multiples histoires d'échecs thérapeutiques ont des difficultés à passer d'un produit à action courte à un produit à action longue, de même à remplacer une substance injectable par une substance orale.

Contexte historique

Aux États-Unis, la prescription de morphine et d'autres médicaments pour traiter les personnes dépendantes aux opiacés existait au début du XX^e siècle puis a été interdite en 1919 suite au vote de la Loi Harrison de 1914 par la Cour Suprême. Cette loi a eu comme effet principal de traiter l'utilisation de drogues comme un sujet relevant du système pénal et non comme une question sanitaire ou sociale. Ainsi, pendant des années, les professionnels de santé ne se sont pas intéressés à la prise en charge des usagers de drogues.

Au Royaume-Uni, l'influent comité Rolleston en 1926 a établi que « l'administration prolongée pendant un temps indéterminé pouvait être nécessaire pour les patients qui étaient capables de mener une vie normale tant qu'ils prenaient des petites quantités de produit à l'origine de leur dépendance ». Pour cette raison, la prescription d'héroïne n'a jamais été illégale au Royaume-Uni. À partir des années 1960, la prescription d'héroïne est devenue possible seulement par les addictologues. Elle était dispensée en pharmacie, sans supervision une fois par semaine à des dosages bas (30-200 mg/jour) (Metrebian et coll., 2002). De manière générale, l'héroïne était associée à une prescription de méthadone orale, et la moitié des patients l'utilisaient par injection dans la veine fémorale (Sell et Zador, 2004). Même si des études ont montré que les patients recevant une co-prescription d'héroïne et de méthadone tendent à rester en traitement plus longtemps (Battersby et coll., 1992 ; Metrebian et coll., 2006), le nombre de patients en bénéficiant a baissé pour des raisons de coût, d'efficacité et de sécurité (Metrebian et coll., 2002) en faveur de la méthadone injectable. Le nombre de personnes utilisant la méthadone et l'héroïne comme traitement injectable reste constant depuis des années (Strang et coll., 2007). Ce phénomène est probablement dû au fait que les addictologues se tournent plus facilement vers des traitements oraux car le cadre proposé pour les traitements injectables ne permettait pas d'en assurer l'efficacité et la sécurité.

Les recommandations anglaises récentes (2007)³⁶ suggèrent la mise en place d'un modèle d'accès à l'héroïne médicalisée telle qu'elle est dispensée en Suisse : complète supervision du traitement dans des structures spécialisées où

36. DOH-NTA. Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management. Update 2007 Working Group.

la visite du patient a lieu à une fréquence de 2 à 3 fois par jour pour pratiquer l'injection de sa dose d'héroïne. La supervision permet de garantir plusieurs fonctions : elle permet l'utilisation de dosages plus élevés et plus efficaces, prévient le détournement du médicament et assure la sécurité (en cas d'intoxication).

Les dosages classiques se situent entre 400-600 mg/jour et l'ajout de petites doses de méthadone est fréquent afin d'éviter le risque de manque. Les patients peuvent également augmenter eux-mêmes les doses (avec des règles strictes sur le taux d'augmentation) ; ils reçoivent leur dose dans une seringue et ont un maximum de 30 minutes pour l'injecter sous la supervision d'une infirmière. Même si le patient a tendance à augmenter les doses, il existe un seuil où l'utilisateur n'arrive plus à ressentir l'effet euphorique. La seule façon pour retrouver cet effet est de revenir à des dosages inférieurs (Sim-Selley et coll., 2000).

La conversion entre les dosages d'héroïne et de méthadone n'est pas linéaire (OFSP, 2001) : 3/1 pour des dosages bas (<200 mg héroïne) et 5/1 pour des dosages plus élevés (>500 mg héroïne).

L'un des problèmes majeurs rencontrés est l'injection d'héroïne dans la veine fémorale, normalement interdite pour des raisons de sécurité. Si le capital veineux du patient est détérioré au point de ne plus être utilisable pour l'injection quotidienne de produits, l'alternative est d'administrer le traitement par voie intramusculaire ou sous-cutanée (moins efficace) ou de passer à des traitements oraux.

La Suisse a été le premier pays à introduire une approche pragmatique dans la politique des drogues. Cette approche s'inscrit dans le cadre d'un élargissement d'une politique incluant la réduction des risques avec possibilité de traitements de maintenance à la méthadone. La politique de réduction des risques avait vu le jour au moment de l'arrivée du VIH et du constat de l'échec d'approches fondées uniquement sur l'abstinence. La prescription d'héroïne médicalisée était donc une réponse à la prise en charge des patients réfractaires à d'autres TSO. Il s'agit d'atteindre le maximum d'utilisateurs de drogues et de les engager dans une prise en charge de leur dépendance. La proportion des personnes qui ont accès à l'héroïne médicalisée est stable en Suisse depuis 20 ans (5 %). De plus, la formulation orale de l'héroïne est également disponible pour les patients qui peuvent avoir besoin de ce type de traitement.

Une stratégie d'accès à l'héroïne médicalisée a été également mise en place aux Pays-Bas et en Allemagne. Aux Pays-Bas, où il y a un grand nombre de « sniffeurs » d'héroïne, un traitement d'héroïne par inhalation est également disponible avec un cadre de délivrance semblable à celui de l'héroïne injectable.

Le Danemark a été le seul pays où tous les partis politiques ont donné leur accord pour ouvrir des programmes d'héroïne médicalisée (janvier 2010) sans avoir au préalable mis en place de nouvelles études. Ils ont en effet considéré

que les preuves d'efficacité étaient suffisamment élevées pour prendre la décision d'ouvrir ces programmes d'héroïne médicalisée. L'Allemagne doit normalement démarrer un programme dans le courant de l'année 2010.

État de la recherche : résultats des essais randomisés et des études observationnelles

Plusieurs études longitudinales ou essais thérapeutiques ont été conduits ou sont actuellement en cours dans plusieurs pays : Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne et Canada. Même si la dernière revue *Cochrane* en 2005 (Ferri et coll., 2005) ne pouvait pas encore confirmer que l'héroïne médicalisée était une option thérapeutique envisageable et coût/efficace du fait du nombre limité d'études disponibles, depuis 2005, plusieurs études confirment l'efficacité de l'héroïne médicalisée en particulier chez les personnes résistantes aux autres traitements pour la dépendance.

Le tableau 10.I montre les différentes études (essais randomisés, cohortes, études rétrospectives) qui ont permis d'étudier la réponse des patients à un traitement par héroïne médicalisée et la concordance des résultats. Il est important de souligner qu'à part l'étude de Haasen et coll. (2007), ayant recruté également des patients naïfs de substitution, les autres études incluait uniquement des patients injecteurs d'héroïne, ayant déjà subi au moins deux échecs thérapeutiques pendant les TSO classiques. Les comparaisons peuvent inclure l'héroïne injectable prescrite sans supervision (associée à la méthadone) telle qu'elle est prescrite au Royaume-Uni ou l'héroïne médicalisée dans un cadre strict (modèle Suisse). L'essai anglais RIOTT (Lintzeris et coll., 2006) vient d'être publié (Strang et coll., 2010) et confirme la supériorité de l'héroïne médicalisée *versus* la méthadone injectable et la méthadone orale, en particulier en termes de rétention mais aussi d'autres critères d'efficacité (tableau 10.I).

Ces études dans leur ensemble montrent l'efficacité de l'héroïne médicalisée pour les patients ayant déjà subi des échecs thérapeutiques. Chez ces patients ayant un profil de dépendance sévère, les études mettent en évidence la supériorité de l'héroïne médicalisée par rapport à la méthadone sur des critères de jugement tels que la rétention en traitement, la diminution de l'utilisation de drogues illicites, des pratiques à risque et de la séroconversion VIH-VHB-VHC, ainsi qu'une amélioration de la santé et de l'insertion sociale (tableau 10.I). Il faut noter que l'étude de Haasen trouve qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre les types de traitement psychosocial associé à la prescription d'héroïne.

Plusieurs analyses économiques mettent en évidence que les coûts de l'héroïne médicalisée sont plus que compensés par les bénéfices. Une analyse coût/utilité qui comparait l'héroïne médicalisée à la méthadone, a montré que la prescription d'héroïne était associée à 0,058 QALY par personne-année avec une épargne annuelle de 12 793 euros par personne-année (Dijkgraaf et

coll., 2005). Les coûts les plus élevés (16 222 euros) sont compensés par les coûts du système pénal (- 4 129 euros) et des remboursements des victimes (- 25 374 euros). D'autres études ont confirmé que pour les patients avec dépendance sévère et en échec avec d'autres TSO, le fait de rester en traitement par méthadone est plus onéreux qu'un programme d'héroïne médicalisée à cause de l'incapacité de la méthadone à réduire l'activité criminelle et les coûts associés au système pénal (Lobmann et Verthein, 2009).

D'autre part, les patients sous héroïne médicalisée qui ont dû arrêter la prescription ont présenté des taux importants de rechute : dans l'essai hollandais (van den Brink et coll., 2003), parmi les patients répondants qui ont dû passer (*switch*) sous méthadone, 82 % ont subi une détérioration à plusieurs niveaux (mental, physique et social). C'est pourquoi, ces patients ont eu la possibilité de repasser sous héroïne médicalisée pour raisons compassionnelles.

L'étude longitudinale de Blanken et coll. (2010) met également en évidence la détérioration de la qualité de vie des patients (mesurée avec un index combinant plusieurs dimensions de la santé, l'usage de drogues illicites et l'insertion sociale) chez les patients ayant arrêté l'héroïne médicalisée.

Globalement, dans la majorité des études en Suisse, Hollande, Espagne et Allemagne, l'efficacité a été démontrée sur des périodes de suivi comprises entre 6 et 18 mois avec un taux de rétention global autour de 70 %. Sur des périodes plus longues (2-4 ans), la rétention est supérieure à 50 % (tableau 10.I).

Sur le long terme, l'étude de Güttinger et coll. (2003) qui suit une cohorte de 366 patients pendant 6 ans a montré un taux de rétention de 40 % à 6 ans avec des réductions marquées de l'usage de drogues illicites et de leur implication dans les activités criminelles. En revanche, une modeste évolution des conditions sociales a été observée. Le taux annuel de mortalité a été estimé à 1 % par rapport à 2,5-3,0 % chez les usagers d'opioïdes suisses en 1990.

En Allemagne, après 2 ans (Verthein et coll., 2008), la rétention était de 54,8 % avec une réduction significative de la consommation de produits illicites et une amélioration de la situation sociale s'étant poursuivie pendant la deuxième année d'héroïne médicalisée.

Une étude plus récente (Blanken et coll., 2010) a estimé le taux de rétention à 4 ans dans un programme d'héroïne médicalisée à 55,7 % ; le traitement à long terme par héroïne médicalisée a montré l'augmentation de la proportion de personnes sans problèmes de santé, ayant arrêté l'usage de drogues illicites et d'alcool, allant de 12 % la première année à 25 % après 4 ans.

En ce qui concerne la sécurité de l'héroïne médicalisée, les essais randomisés ont montré un nombre comparable de décès entre les groupes de patients traités par méthadone et ceux par héroïne. En revanche, l'étude d'Haasen et coll. (2007) montre un risque 4 fois plus élevé d'effets secondaires sévères dans le bras héroïne médicalisée par rapport au bras méthadone.

Tableau 10.1 : Principales études ayant analysé la réponse des patients à un traitement par l'héroïne médicalisée

Références	Type d'étude	Population recrutée	Réponse au traitement
Hartnoll et coll., 1980	Essai randomisé 12 mois de suivi Héroïne injectable (HI) N=44 Méthadone orale (MO) N=52	Injecteurs d'héroïne demandant héroïne injectable	Rétention : HI : 70 % ; MO : 25 % ^a Usage d'héroïne illicite : HI : 64 % ; MO : 59 % Injection : HI : 2 % ; MO : 22 % ^a Pas de différence sur la consommation d'autres drogues, la criminalité, l'amélioration de la santé
Perneger et coll., 1998	Essai randomisé liste d'attente 6 mois de suivi HI+MO (N=27) MO, sevrage, réhabilitation (N=24)	Injecteur d'héroïne Histoire de deux échecs sous MO	Rétention : HI+MO : 93 % ; MO : 92 % Usage d'héroïne illicite : HI+MO : 22 % ; MO : 67 % ^a Crimes et utilisation de benzodiazépines : moins chez les HI ^a Pas de différence sur les paramètres sociaux et sanitaires
van den Brink et coll., 2003	2 essais randomisés (A et B) 12 mois de suivi A) HI+MO (N=76) ; MO (N=98) B) H inhalable + MO (N=117) ; MO (N=139)	Patients déjà sous MO injecteurs ou fumeurs d'héroïne	Rétention : A) HI+MO : 72 % ; MO : 85 % Parmi les répondants : B) HI+MO : 68 % ; MO : 87 % A) H inhalable + MO : 57 % ; MO : 32 % B) H inhalable + MO : 48 % ; MO : 25 %
March et coll., 2006	Essai randomisé 9 mois de suivi HI+MO (N=31) ; MO (N=31)	Injecteur d'héroïne Histoire de deux échecs sous MO	Rétention : HI+MO : 74 % ; MO : 68 % Usage d'héroïne (mois précédent) HI+MO : 8,3 % ; MO : 16,9 % ^a Pas de différence sur les paramètres sociaux et sanitaires
Haasen et coll., 2007	Essai randomisé 12 mois de suivi HI+MO (N=515) ; MO (N=500)	Injecteurs d'héroïne naïfs de TSO ou sous TSO	Rétention : HI+MO : 68 % ; MO : 56 % ^a Réduction usage de drogues : HI+MO : 69 % ; MO : 55 % ^a Parmi les répondants : HI+MO : 76 % ; MO : 68 %
Oviedo-Joekes et coll., 2009	Essai randomisé 12 mois de suivi HI (N=115) ; MO (N=111)	Injecteurs d'héroïne Histoire d'échec sous traitement	10 patients ont subi des overdoses dans le bras HI 6 cas de convulsion dans le bras HI HI : 87,8 % ; MO : 54,1 % ^a HI : 67 % ; MO : 47,7 % ^a

Références	Type d'étude	Population recrutée	Réponse au traitement
Strang et coll., 2010	Essai randomisé : 26 semaines de suivi HI (N=43) (supervisée); MI (N=42); MO (N=42)	Injecteurs d'héroïne Histoire d'échec sous traitement	Proportion de patients négatifs à l'analyse urinaire d'héroïne de rue HI : 72 % vs MO : 27 % ^a ; MI : 39 %
Metrebian et coll., 1998	Cohorte 12 mois de suivi HI (N=37) Méthadone injectable (N=21)	Patients sous méthadone qui injectent régulièrement	Amélioration significative en termes de consommation de drogues illicites, comportements à risque du VIH, qualité de vie mentale et physique, fonctionnement social et criminalité
Uchtenhagen et coll., 1999	Cohorte 18 mois de suivi HI (N=128)	Injecteurs d'héroïne	Rétention > 70 % Réduction importante de l'usage héroïne (26 %) et cocaïne Amélioration de l'état de santé - réhabilitation sociale
Verthein et coll., 2008	Cohorte 24 mois de suivi N=512	Injecteurs d'héroïne naïfs de TSO ou sous TSO (suivi Haasen trial) traités par HI	Rétention : HI : 54,8 % Amélioration de la santé mentale et physique ^a Diminution de l'utilisation de l'héroïne de rue et de la cocaïne ^a Amélioration des conditions sociales (logement stable, emploi) ^a Augmentation des contacts sociaux avec des personnes non usagers de drogues ^a Diminution du nombre de jours impliqués dans des activités illégales ^a
Blanken et coll., 2010	Cohorte 4 ans de suivi N=149	Patients recevant HI ou inhalable + MO	Rétention : 55,7 % Réponse (index multidimensionnel) : 90,4 % vs 21,2 % ^a chez les patients qui ont arrêté Diminution de la proportion de patients avec des problèmes de santé, qui utilisent des drogues illicites et présentant un abus d'alcool ^a
Oppenheimer et Stimson, 1982	Rétrospectif 10 ans de suivi HI (non supervisé, Royaume-Uni)	Injecteurs d'héroïne	Non dépendants aux opioïdes ou à d'autres drogues : 38 % 38 % sous TSO (50 % sous HI) 15 décédés; 9 % manquants

^a Statistiquement significatif; HI : héroïne injectable; MI : méthadone injectable; MO : méthadone orale

Sulfate de morphine

La prescription de sulfate de morphine existe en particulier en France où cette option thérapeutique est utilisée pour les patients en échec thérapeutique avec d'autres TSO, et qui dans d'autres pays pourraient bénéficier d'une prescription d'héroïne médicalisée.

Aujourd'hui, il n'y a pas de littérature scientifique internationale sur l'efficacité du sulfate de morphine comme traitement alternatif à la méthadone et à

la buprénorphine chez les patients en échec thérapeutique. Le seul exemple d'utilisation de la morphine comme TSO a été conduit à Naples (Italie) en association avec un programme d'échange de seringues et cela semble avoir fortement contribué à maintenir les taux de prévalence du VIH très bas dans la région par rapport à d'autres régions italiennes (Sagliocca et coll., 1997).

Le sulfate de morphine existe en France sous forme de comprimés enrobés à libération prolongée : le Moscontin® LP (de 10, 30, 60, 100 et 200 mg) et le Skénan® (gélules LP de 10, 30, 60, 100 et 200 mg). Les deux formulations sont des stupéfiants analgésiques opioïdes qui sont prescrits depuis la fin des années 1980 pour la douleur ou la dépendance aux opiacés, même s'ils n'ont jamais obtenu l'AMM pour cette dernière indication.

En 1996, la Direction générale de la santé a considéré que l'introduction de la méthadone et de la buprénorphine rendait moins justifiable la prescription de sulfate de morphine, et autorisait les médecins à prescrire du sulfate de morphine en cas d'échec de la buprénorphine et de la méthadone.

Pour la prescription de sulfate de morphine, il peut être nécessaire de demander la prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) auprès du médecin-conseil de la CPAM et d'écrire sur la prescription la mention : « en concertation avec le médecin-conseil ». Actuellement, les prescriptions considérées ALD concernent plus de la moitié des patients qui reçoivent une prescription de sulfate de morphine (57,2 %).

Le sulfate de morphine est souvent détourné par injection et cela interroge sur la nécessité de mettre en place des traitements injectables supervisés pour les populations les plus précaires et dépendantes aux opiacés. Cependant, peu de données sont disponibles sur le suivi des patients traités par sulfate de morphine, sur le degré de détournement de ce médicament, sur le marché noir ou sur l'usage par injection.

Buprénorphine injectable et inhalable

En France, la buprénorphine a été commercialisée sous la forme de comprimés sublinguaux à prendre par voie orale. Cependant, plusieurs études ont montré que la buprénorphine est souvent détournée par injection ou sniffing (Roux et coll., 2008a et b). L'idée de la mise à disposition d'un traitement par buprénorphine sous forme injectable ou inhalable (comme les autres versions de la méthadone au Royaume-Uni ou de l'héroïne en Suisse) est née de plusieurs considérations.

Tout d'abord, il s'agit de fournir aux patients un médicament qui ne soit pas trop différent de celui qui est à l'origine de la dépendance. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le principe de base de l'utilisation de la buprénorphine injectable est le même que celui pour l'héroïne médicalisée :

chez les personnes avec une dépendance sévère aux opiacés et au geste même de l'injection, il vaut mieux procéder étape par étape. En effet, des patients qui ont une dépendance sévère et injectent leur produit de substitution ne sont probablement pas prêts à remplacer un produit injectable par un produit sublingual. De plus, l'effet « plafond » de la buprénorphine présente un risque plus faible d'overdose avec un moindre risque de dépression respiratoire et de sédation.

L'autre raison est la possibilité de diversifier la palette des options thérapeutiques avec l'introduction d'autres formulations en minimisant les risques liés à l'injection de la buprénorphine, pouvant être à l'origine de complications locales ou générales (pulmonaires, rénales...), et tout particulièrement avec la version générique à cause de la présence de talc, particules insolubles qui entrent dans la circulation sanguine provoquant à long terme des thromboses et embolies.

En considérant que la biodisponibilité du produit sublingual est de 14 %, la buprénorphine par injection ou inhalable pourrait être coût/efficace car moins de produit est nécessaire pour l'utilisation par sniffing ou injection. L'autre raison de s'intéresser à la buprénorphine injectable est qu'elle requiert une supervision moins intensive (moins coûteuse) que les autres agonistes purs injectables (méthadone, héroïne, morphine).

À qui est destinée la buprénorphine injectable ou inhalable ?

La buprénorphine injectable pourrait être envisagée pour les patients qui injectent et/ou sniffent régulièrement la buprénorphine et discréditent le rôle de la buprénorphine sublinguale mais aussi pour les usagers d'héroïne qui ne répondent pas aux TSO disponibles (30-50 % sortent de traitement avant 12 mois, 10-15 % de ceux qui restent continuent à l'injecter). Elle pourrait être une alternative à des options non encore accessibles comme l'héroïne médicalisée ou la méthadone injectable. Actuellement, plusieurs études sont en cours afin d'évaluer les dosages appropriés et la réponse correspondante dans différents types de population.

La buprénorphine intra-nasale est une autre alternative thérapeutique actuellement en étude. La voie intra-nasale est bien connue dans le cas de traitements analgésiques (fentanyl et péthidine) et possède des avantages cliniques non négligeables : une haute biodisponibilité sans premier passage hépatique et une meilleure perméabilité de la membrane de la muqueuse nasale qui assure la rapidité de l'action du produit. La voie intra-nasale peut être particulièrement intéressante pour les usagers de drogues qui ont un accès veineux difficile.

Alors que les recherches sur la buprénorphine par voie intra-nasale sont encore en cours, d'autres études comparant la diamorphine nasale à la diamorphine intraveineuse montrent que l'acceptabilité de patients et la biodisponibilité sont comparables (Mitchell et coll., 2006). Le sniffing/snorting de

buprénorphine, fréquent en milieu carcéral et parmi les patients vus en médecine de ville (Roux et coll., 2008a), suggère également un certain degré d'acceptabilité de cette pratique « à moindre risque ».

La buprénorphine par voie intra-nasale présente de nombreux avantages : le premier est celui d'éloigner les patients des pratiques d'injection (plus à risque de transmission du VIH, VHB et VHC). Ensuite, la voie d'administration est simple et ne requiert aucune supervision (par rapport à l'héroïne médicalisée). De plus, elle est plus facilement acceptée au niveau éthique et politique. Enfin, en cas de supervision, cette dernière est beaucoup plus rapide que pour la buprénorphine sublinguale (3-8 minutes), et ce traitement pourrait donc être envisageable pour le milieu carcéral.

Concernant ces deux formes de buprénorphine intra-nasale et injectable, il est important de mettre en place des études pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ainsi que des évaluations de l'acceptabilité des usagers de drogues (en particulier des usagers de drogues injecteurs de buprénorphine). Il est également nécessaire de connaître l'efficacité et la sécurité de ces deux formulations chez différents types d'usagers de drogues (injecteurs de buprénorphine, patients en échec avec la méthadone, polyconsommateurs...).

Traitements de substitution pour la dépendance aux stimulants

L'injection de stimulants (cocaïne et/ou amphétamine) est une pratique répandue chez les usagers de drogues. Aujourd'hui, il semblerait qu'un médicament amphétaminique, le méthylphénidate (Ritaline®), soit de plus en plus détourné de son usage premier et serait retrouvé dans certaines populations d'usagers de drogues marginalisés comme produit de consommation souvent par voie injectable (Enquête Trend 2007-2009, Cadet-Taïrou et coll., 2010).

En l'absence de pharmacothérapie universellement acceptée comme efficace contre la dépendance à la cocaïne et aux amphétamines, l'injection de ce type de psychostimulants reste aujourd'hui un des comportements les plus à risque pour la transmission du VIH et du VHC. La consommation par sniffing est également un facteur de risque pour la transmission du VHC.

La dépendance à la cocaïne implique des injections ou des prises intra-nasales fréquentes (plusieurs fois par jour). Ainsi, l'utilisation de matériel à usage unique à chaque prise peut devenir problématique dans la population d'injecteurs mais aussi dans la population de sniffeurs. De plus, l'injection de cocaïne ou d'autres psychostimulants peut avoir des conséquences graves au niveau du site d'injection. Cette dépendance facilite les comportements sexuels à risque pour le VIH, l'hépatite B et les maladies sexuellement transmissibles.

Parallèlement aux thérapies comportementales, il existe cependant quelques traitements pharmacologiques qui sembleraient efficaces dans le cadre expérimental, tels que la dexamphétamine, le modafinil et le bupropion (Castells et coll., 2007 ; Anderson et coll., 2009). Bien qu'ils aient montré une certaine efficacité pour la dépendance aux stimulants, ils requièrent encore des études expérimentales dans différentes populations à risque afin d'évaluer leur impact sur les comportements à risque de transmission du VIH et du VHC.

Traitement pour le VIH ou le VHC comme outil de prévention

Il y a désormais un consensus sur le fait que des thérapies telles que les traitements antirétroviraux pour le VIH sont des outils de prévention du VIH. Ayant pour principal effet de diminuer la charge virale du VIH, ces thérapies permettent de réduire considérablement l'infectiosité des personnes VIH positives et par conséquent, le risque de transmission sexuelle (Castilla et coll., 2005) et parentérale (Wood et coll., 2009). Une modélisation mathématique a mis en évidence que le dépistage massif du VIH suivi immédiatement de la prise en charge des personnes séropositives par traitement antirétroviral permettrait d'éradiquer le VIH en 5 ans (Granich et coll., 2009).

Il est important de noter que les nouveaux traitements antirétroviraux ont de moins en moins d'effets secondaires. En comparaison au traitement anti-VHC, les antirétroviraux sont moins lourds à supporter pour les patients. La durée du traitement du VHC est considérablement plus courte que celle pour le VIH.

La littérature (Deuffic-Burban et coll., 2008) montre que l'accès au traitement plus précoce pourrait réduire la mortalité attribuable au VHC. Cependant, le nombre de nouveaux cas que cet accès au traitement anti-VHC pourrait prévenir n'est pas encore établi.

En conclusion, l'héroïne médicalisée permettrait d'élargir la palette d'options thérapeutiques et d'améliorer l'accès des injecteurs à un traitement plus efficace (et même coût/efficace) que la méthadone dans certaines situations particulières (échecs répétés de traitement à la méthadone, persistance d'injections fréquentes sous méthadone, besoin de « flash »). En tenant compte des spécificités de la population française d'usagers de drogues, un essai randomisé dont l'objectif serait de comparer l'héroïne médicalisée à la méthadone orale et à la buprénorphine pourrait être envisagé.

L'évaluation de l'efficacité d'autres traitements non encore disponibles en France tels que la buprénorphine et/ou la méthadone injectable ou inhalable, ainsi que des traitements de la dépendance aux psychostimulants reste à faire.

Au-delà de l'efficacité de ces traitements, il sera important d'évaluer également l'observance des patients à ces nouveaux traitements ainsi que la tolérance. De même, la définition d'un cadre de prise en charge par le sulfate de morphine qui n'a pas d'indication pour la dépendance aux opiacés pourrait être envisagée.

L'impact de nouveaux traitements sur la consommation d'alcool est un sujet de recherche puisqu'en dépendent la prise de risque pour la transmission du VHC et la prise en charge de l'hépatite C.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON AL, REID MS, LI SH, HOLMES T, SHEMANSKI L, et coll. Modafinil for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2009, **104** : 133-139

BATTERSBY M, FARRELL M, GOSSOP M, ROBSON P, STRANG J. 'Horse trading': prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug Alcohol Rev* 1992, **11** : 35-42

BLANKEN P, HENDRIKS VM, VAN REE JM, VAN DEN BRINK W. Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction* 2010, **105** : 300-308

BOURDEL MC, CHOLLEY D. Sulfate de morphine. Données Cnamts, Paris, 2008

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif Trend. OFDT, 2010, 281p

CASTELLS X, CASAS M, VIDAL X, BOSCH R, RONCERO C, et coll. Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Addiction* 2007, **102** : 1871-1887

CASTILLA J, DEL RJ, HERNANDO V, MARINCOVICH B, GARCIA S, et coll. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005, **40** : 96-101

DEUFFIC-BURBAN S, DELTENRE P, LOUVET A, CANVA V, DHARANCY S, et coll. Impact of viral eradication on mortality related to hepatitis C: a modeling approach in France. *J Hepatol* 2008, **49** : 175-183

DIJKGRAAF MG, VAN DER ZANDEN BP, DE BORGIE CA, BLANKEN P, VAN REE JM, et coll. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ* 2005, **330** : 1297

FERRI M, DAVOLI M, PERUCCI CA. Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, CD003410

GRANICH RM, GILKS CF, DYE C, DE COCK KM, WILLIAMS BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009, **373** : 48-57

GÜTTINGER F, GSCHWEND P, SCHULTE B, REHM J, UCHTENHAGEN A. Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *Eur Addict Res* 2003, **9** : 73-79

HAASEN C, VERTHEIN U, DEGKWITZ P, BERGER J, KRAUSZ M, et coll. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007, **191** : 55-62

HARTNOLL RL, MITCHESON MC, BATTERSBY A, BROWN G, ELLIS M, et coll. Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1980, **37** : 877-884

LINTZERIS N. Prescription of heroin for the management of heroin dependence: current status. *CNS Drugs* 2009, **23** : 463-476

LINTZERIS N, STRANG J, METREBIAN N, BYFORD S, HALLAM C, et coll. Methodology for the Randomised Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT): evaluating injectable methadone and injectable heroin treatment versus optimised oral methadone treatment in the UK. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 28

LOBMANN R, VERTHEIN U. Explaining the effectiveness of heroin-assisted treatment on crime reductions. *Law Hum Behav* 2009, **33** : 83-95

MARCH JC, OVIEDO-JOEKES E, PEREA-MILLA E, CARRASCO F. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat* 2006, **31** : 203-211

METREBIAN N, SHANAHAN W, WELLS B, STIMSON GV. Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Med J Aust* 1998, **168** : 596-600

METREBIAN N, CARNWATH T, STIMSON GV, STORZ T. Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate-dependent drug users in the United Kingdom. *Addiction* 2002, **97** : 1155-1161

METREBIAN N, CARNWATH Z, MOTT J, CARNWATH T, STIMSON GV, et coll. Patients receiving a prescription for diamorphine (heroin) in the United Kingdom. *Drug Alcohol Rev* 2006, **25** : 115-121

MITCHELL TB, LINTZERIS N, BOND A, STRANG J. Feasibility and acceptability of an intranasal diamorphine spray as an alternative to injectable diamorphine for maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2006, **12** : 91-95

OFSP (OFFICE FEDERAL DE SANTE PUBLIQUE). Manuel de traitement avec prescription d'héroïne : directives, recommandations, information. BOFdis Publique, 2001

OPPENHEIMER E, STIMSON GV. Seven year follow-up of heroin addicts: life histories summarised. *Drug Alcohol Depend* 1982, **9** : 153-159

OVIEDO-JOEKES E, BRISSETTE S, MARSH DC, LAUZON P, GUH D, et coll. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med* 2009, **361** : 777-786

PERNEGER TV, GINER F, DEL RM, MINO A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998, **317** : 13-18

- ROUX P, VILLES V, BRY D, SPIRE B, FERONI I, et coll. Buprenorphine sniffing as a response to inadequate care in substituted patients: results from the Subazur survey in south-eastern France. *Addict Behav* 2008a, **33** : 1625-1629
- ROUX P, VILLES V, BLANCHE J, BRY D, SPIRE B, et coll. Buprenorphine in primary care: risk factors for treatment injection and implications for clinical management. *Drug Alcohol Depend* 2008b, **97** : 105-113
- SELL L, ZADOR D. Patients prescribed injectable heroin or methadone -their opinions and experiences of treatment. *Addiction* 2004, **99** : 442-449
- SAGLIOCCAA L, REZZAB G, VLAHOVC D, BALDASSARRED C, SICONOLFID M, et coll. A morphine prescription program in Italy (1980-1985): Retrospective evidence of protection against HIV/Aids. *Addiction Research & Theory* 1997, **5** : 137-144
- SIM-SELLEY LJ, SELLEY DE, VOGT LJ, CHILDERS SR, MARTIN TJ. Chronic heroin self-administration desensitizes mu opioid receptor-activated G-proteins in specific regions of rat brain. *J Neurosci* 2000, **20** : 4555-4562
- STRANG J, MANNING V, MAYET S, RIDGE G, BEST D, et coll. Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England, 1995-2005. *Addiction* 2007, **102** : 761-770
- STRANG J, METREBIAN N, LINTZERIS N, POTTS L, CARNWATH T, et coll. Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *The Lancet* 2010, **375** : 1885-1895
- UCHTENHAGEN A, GUTZWILLER F, DOBLER-MIKOLA A, STEFFEN T, RIHS-MIDDEL M. Prescription of Narcotics to Heroin Addicts: Main Results of the Swiss National Cohort Study. Karger-Verlag, Basel, 1999
- VAN DEN BRINK W, HENDRIKS VM, BLANKEN P, KOETER MW, VAN ZWIETEN BJ, et coll. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* 2003, **327** : 310
- VERTHEIN U, BONORDEN-KLEIJ K, DEGKWITZ P, DILG C, KOHLER WK, et coll. Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction* 2008, **103** : 960-966
- WOOD E, KERR T, MARSHALL BD, LI K, ZHANG R, et coll. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009, **338** : b1649

11

Programmes d'échange de seringues

Les programmes d'échange de seringues (PES) sont des structures qui mettent à disposition des usagers de drogues injectables du matériel d'injection 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...). Par ailleurs, les PES peuvent avoir d'autres buts de réduction de risques et dommages et inclure des services tels que : conseils sur les pratiques d'injection et sur les manières de réduire le risque d'overdose ; informations sur la façon adéquate de se débarrasser du matériel usagé ; accès aux tests de dépistage des infections (VIH/VHB/VHC), aux préservatifs, à la vaccination, aux services de traitement ; aides à l'arrêt de l'injection et encouragements au passage à la consommation sans injection ; accès aux traitements de la dépendance ; accès à d'autres services sanitaires et sociaux³⁷.

Il existe une grande variété dans l'organisation et le mode de fonctionnement des PES, que ce soit dans le type de services offerts, les heures d'accessibilité ou la localisation (structure mobile, structure fixe offrant un service spécifique, service dans une institution de traitement, automates de distribution...) (Huntington et coll., 2006 ; Islam et coll., 2008). Les pharmacies constituent aussi une forme de PES en distribuant gratuitement ou en vendant des seringues et des kits d'injection (Coffin, 2000). Les PES peuvent se présenter, selon les pays, comme un dispositif cohérent de réduction des risques ou comme la somme de programmes (voire de structures) plus régionaux ou locaux (Cook et Kanaef, 2008).

Les PES ont vu le jour en Europe au début des années 1980, sous la pression de l'épidémie de VIH/sida. Les premiers PES ont été ouverts en 1984 en Allemagne et aux Pays-Bas. En 1990, 15 pays européens en possédaient : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, France, Irlande, Italie, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni, Suisse et Suède. En 2009, tous les pays de l'Union européenne ont des PES³⁸. L'existence d'une agence spécialisée européenne, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a certainement joué un rôle dans le

37. Définition adaptée des recommandations de 2008 du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) au Royaume-Uni concernant les PES. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18QuickRefGuide.pdf>.

38. <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrtab4>.

passage à l'échelle européenne de ces programmes (Hedrich et coll., 2008). Dans plusieurs pays, les premiers programmes ont été financés par des fonds privés, avant d'obtenir de l'argent public. En Australie, les PES ont également démarré dans les années 1980, tandis qu'aux États-Unis, les PES ont mis plus de temps à se développer du fait de l'interdiction par le gouvernement en 1988 d'utiliser des fonds fédéraux pour les PES. Ainsi, ce n'est qu'en 1989 que le premier PES s'est ouvert à Tacoma, puis d'autres se sont développés progressivement, et ont pu obtenir des fonds publics provenant de villes, comtés et États. Il y en avait une soixantaine en 1994, 185 dans 36 États en 2007 (*Centres for Disease Control and Prevention*, 2007 ; Des Jarlais et coll., 2009). L'interdiction d'utiliser des fonds fédéraux pour les PES a certainement été à l'origine des nombreuses revues sur l'efficacité des PES menées aux États-Unis dès les années 1990 (*United States General Accounting Office*, 1993 ; Heimer, 1998 ; Ferrini, 2000 ; Heimer et coll., 2002 ; Hunt et coll., 2003). Elle a finalement été levée par le gouvernement Obama en décembre 2009.

Évaluation des programmes d'échange de seringues : méthodes et sources utilisées

Il existe une abondante littérature sur les PES et leurs effets. L'analyse critique de la littérature sur l'efficacité des PES s'est en conséquence concentrée sur :

- les revues et méta-analyses récentes (10 entre 1998 et 2007) analysées dans une revue de Jones et coll. (2008). Cette revue de revues a utilisé les protocoles du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) pour le développement des recommandations de santé publique³⁹ ; elle a en outre qualifié la qualité des revues incluses sur la base de leur protocole et de leur exécution (tableau 11.I) ;
- une autre analyse de revues examinant l'efficacité des mesures de réduction des risques sur la prévention de la transmission de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables en 2008, mandatée par l'*Advisory Council on the Misuse of Drugs* du Royaume-Uni⁴⁰ : 60 revues publiées entre janvier 2000 et mars 2007 ont été sélectionnées, 15 ont été considérées comme centrales et les autres utilisées comme apport supplémentaire. Les interventions examinées étaient variées et comprenaient entre autres les activités d'information-éducation-conseil, les traitements de substitution aux opiacés (TSO), les PES, les CIS (centre d'injection supervisé). Seuls les éléments concernant les PES ont été pris en considération ici ;
- les articles pertinents dans des journaux à comité de lecture publiés après les dernières revues.

39. http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingnicepublichealthguidance/developing_nice_public_health_guidance.jsp - 2009.

40. <http://www.hepcscotland.co.uk/pdfs/p-Evidence-for-the-Effectiveness-of-Harm-Reduction-review-EXECUTIVE%20SUMMARY-2008-05.pdf>.

Tableau 11.1 : Revues et méta-analyses récentes analysées par Jones et coll. (2008)⁴¹

Références	Méthode, études incluses, variables examinées	Qualité de l'étude
Cross et coll., 1998	Méta-analyse, 10 études Estimation de l'efficacité des PES sur la réduction des comportements à risque	+
Gibson et coll., 2001	Revue de 42 études avec examen des effets sur les comportements et/ou séroconversion VIH/VHB/VHC : Cohortes longitudinales/prospectives, échantillon communautaire UDI ^a (7) Études transversales multiples, échantillon communautaire UDI (4) Études cas-témoins, échantillon communautaire UDI (4) Études observationnelles, échantillon communautaire UDI (13) Cohortes longitudinales/prospectives, usagers PES (4) Études observationnelles, usagers PES (4) Études transversales multiples, usagers PES (1) Études écologiques (5) Étude de modélisation (1)	+
Ksobiech, 2003	Méta-analyse, 47 études menées entre 1986 et 1997, estimations de l'effet des PES sur plusieurs variables d'échange de seringues	+
Wodak et Cooney, 2006	Revue systématique, nombre d'études retenues inconnu. Analyse de divers effets selon les critères de causalité de Bradford-Hill et des critères additionnels	+
Wright et Tompkins, 2006	Revue systématique (18 études), centrée sur l'efficacité de la prévention primaire de l'hépatite C (11 PES, 3 TSO, 1 désinfectant, 3 combinaisons d'interventions)	++
Ksobiech, 2006	Plusieurs méta-analyses des risques liés aux contextes sociaux (31 études)	+
Ritter et Cameron, 2006	Revue systématique de l'effet des stratégies de réduction des risques dans les domaines de l'alcool, du tabac et des drogues illicites	+
<i>Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries</i> , 2006	Revue systématique de l'effet de diverses stratégies de réduction des risques (PES, désinfection du matériel, traitements de substitution et programmes d'éducation et conseil) sur différents indicateurs de résultats et d'impact. Études retenues : Études cas-témoins (3) Cohortes prospectives (26 dont 14 avec méthodologie particulièrement solide) Études écologiques (6) Études transversales répétées (4) Études transversales (6)	++
Kall et coll., 2007	Revue de l'effet des PES sur l'incidence et la prévalence du VIH (16 études retenues)	-
Dolan et coll., 2003	Revue systématique sur la recherche et le développement des PES en prison (19 programmes identifiés et 6 évaluations)	+

^a Usager de drogues injectables

++ : tous ou presque tous les critères de qualité NICE. Il est très improbable que si certains critères ne sont pas remplis les conclusions soient altérées

+ Quelques uns des critères de qualité NICE sont remplis. Il est estimé improbable que les critères non remplis ou décrits de façon inadéquate altèrent les conclusions

- Peu ou aucun des critères de qualité ne sont remplis. Il est vraisemblable ou très vraisemblable que les conclusions de l'étude en soient altérées.

Les évaluations des PES mesurent généralement l'évolution au cours du temps de différents indicateurs de résultats et d'impact chez les usagers de drogues injectables utilisateurs de PES, avec ou sans comparaison avec des non-utilisateurs de PES (Stimson et coll., 2005). Les indicateurs utilisés se rapportent à la cascade d'effets potentiels des PES, des plus proximaux (effets directs et recherchés de l'intervention, mesurés par les changements de comportements des usagers des PES) aux plus distaux (effet final sur l'incidence du VIH et du VHC chez les usagers des PES) ; certaines évaluations prennent également en compte l'existence d'effets non désirés ou inattendus des PES. Le Comité sur la prévention du risque d'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables dans les pays à haut risque (*Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, 2006) a proposé une catégorisation de ces indicateurs (tableau 11.II).

Tableau 11.II : Catégorisation d'indicateurs de résultats et d'impact de l'activité des PES (d'après *Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, 2006)

Indicateurs de résultats et d'impact de l'activité des PES

Comportement d'usage de drogue
Fréquence de l'usage
Fréquence de l'injection
Fréquence du partage de matériel
Usage de désinfectants
Nombre de partenaires d'injection

Conséquences inattendues/indésirables
Attraction de nouveaux usagers de drogues injectables
Augmentation du matériel jeté de façon inappropriée
Augmentation de la prévalence de l'usage ou de la fréquence de l'injection
Découragement de l'entrée en traitement

Comportement sexuel
Nombre de partenaires sexuels
Fréquence des rapports non protégés
Commerce du sexe pour de la drogue ou de l'argent

Liens services de santé/sociaux
Orientation vers les services généraux
Étendue de l'utilisation de services
Orientation vers des traitements de la dépendance

Incidence/prévalence
VIH, VHC, VHB

La qualité de ces indicateurs varie d'une étude à l'autre : les indicateurs de comportements reposent en général sur l'auto-rapport et non l'observation. Cependant, plusieurs études ont montré la validité de l'auto-rapport, par les usagers de drogues injectables, de la fréquentation de PES (Safaeian et coll., 2002) ou des comportements (Darke, 1998). Pour ce qui concerne la prévalence du VIH ou du VHC, seules les mesures biologiques, avec prélèvement, ont été prises en compte dans les revues analysées.

Il faut souligner que l'évaluation des PES présente beaucoup de difficultés pratiques et méthodologiques. Du point de vue pratique, les usagers de drogues injectables, en particulier les plus marginalisés et parmi lesquels ceux à haut risque, représentent une population difficile à recruter et à maintenir dans des études à long terme et/ou aux protocoles exigeants d'où des risques de biais de sélection ; d'autre part, les PES opèrent dans un environnement où d'autres mesures de réduction des risques existent et peuvent être utilisées par les usagers (remise de seringues par les pharmacies, programmes de conseil aux usagers de drogues injectables, traitements de substitution...), ceci entraînant une difficulté particulière dans l'attribution de liens de causalité (*Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, 2006). De plus, l'incidence faible du VIH et du VHC demande l'utilisation de grands effectifs et un long temps d'observation. De fait, l'essentiel de la preuve accumulée est fondé sur des études observationnelles, aucune étude expérimentale n'a été conduite.

D'autres difficultés méthodologiques ont été mentionnées par les auteurs de ces revues : la difficulté de mesurer la fréquentation des PES (Gibson et coll., 2001), de grandes disparités entre études dans les variables dépendantes, les périodes de référence, un manque de définitions opérationnelles (du « partage de seringues » par exemple), d'indications sur la validité et la fiabilité des instruments utilisés (Ksobiech, 2004).

Évaluation des programmes d'échange de seringues : résultats

La méta-analyse de Cross et coll. (1998) montre un effet significatif des PES sur plusieurs comportements, dans l'ordre décroissant suivant : partage de seringues, prêt de seringues, injection, usage de préservatifs. L'effet mesuré est différent selon le protocole d'étude : plus important dans les protocoles pré-post que dans les protocoles plus rigoureux. L'effet positif augmente avec l'usage répété des PES. Aucun effet délétère n'est rapporté.

Gibson et coll. (2001) ont analysé 42 études aux protocoles divers (tableau 11.I). Les variables d'effets mesurées dans les différentes études étaient en général l'utilisation des PES, la quantité de matériel distribué, le partage ou l'emprunt et le passage à d'autres usagers de seringues, la réutilisation de seringues, la séroconversion VIH/VHB/VHC, la mortalité.

Les auteurs concluent qu'il existe une « preuve substantielle » d'un effet des PES sur la prévention des comportements à risque et la transmission du VIH : 28 études concluent à des effets positifs, 2 à des effets négatifs ; 14 trouvent une absence d'effet ou un mélange d'effets positifs et négatifs. La distribution des effets est en rapport avec le protocole d'étude et le type de variable(s) d'effet(s) choisi(s) : les protocoles les plus exigeants montrent des résultats

plus contrastés et les effets sur les variables les plus « distales » (mortalité, séroconversion) sont plus rarement mis en évidence. Par exemple, les effets négatifs ou nuls étaient retrouvés dans les études à recrutement communautaire et comparaison entre utilisateurs et non utilisateurs de PES. En revanche, toutes les études menées chez les utilisateurs de PES et la majorité des études écologiques étaient positives. Par ailleurs, seules 5 études ont utilisé des variables d'effets biologiques (séroconversion VIH/VHB/VHC) et une seule, la mortalité.

Les deux études négatives ont fait l'objet d'analyses approfondies. Il s'agit d'une étude de cohorte en communauté avec comparaison entre usagers et non usagers de PES à Montréal (Bruneau et coll., 1997) qui a montré un risque de séroconversion VIH plus élevé chez les usagers, et d'une étude de cohorte chez des usagers de PES à Vancouver qui a montré une incidence plus élevée chez les usagers fréquents de PES en comparaison avec des usagers sporadiques de PES (Schechter et coll., 1999). Une analyse détaillée de cette dernière étude tenant compte des facteurs de confusion n'a plus montré de différences entre les deux groupes. Pour les auteurs de la revue (Schechter et coll., 1999), plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : une insuffisance de couverture des PES dans ces villes, des biais de dilution (possibilités alternatives d'approvisionnement en seringues) et des biais de sélection (les usagers de PES étaient principalement des injecteurs de cocaïne avec pratiques à haut risque et injections fréquentes).

Ksobiech (2003), dans une méta-analyse de 47 études conduites entre 1986 et 1997, met en évidence une réduction des comportements à risque (diverses formes de partage ou de réutilisation du matériel d'injection) chez les usagers de PES. Cet effet sur les comportements à risque apparaît, que l'on compare les usagers aux non-usagers, divers sous-groupes d'usagers ou des usagers avec des intensités variables de fréquentation des PES.

La revue extensive conduite par Wodak et coll. pour l'OMS (Wodak, 2006 ; Wodak et Cooney, 2006) a analysé les effets des PES (comportements à risque et transmission du VIH) en se référant – de manière conservatrice selon les auteurs – aux 9 critères de jugement (Bradford-Hill) permettant d'établir la nature causale d'une association (force de l'association, possibilité de réplification des résultats, séquence temporelle, relation dose-effet, preuves expérimentales, spécificité de l'association, cohérence biologique, plausibilité biologique, analogie). Les auteurs concluent à une solide preuve d'efficacité, de sécurité et d'efficacité économique, confirmant 7 précédentes revues mandatées par les autorités gouvernementales des États-Unis. Ils ajoutent cependant que les PES à eux seuls ne sont probablement pas à même de contrôler le VIH et qu'ils ne sont qu'un élément d'une politique de réduction des risques. Ils constatent que la preuve accumulée satisfait à 6 des 9 critères de Bradford-Hill : force de l'association, constance de l'association, séquence temporelle, plausibilité biologique, raisonnement par analogie et cohérence de la preuve venant de diverses sources ou diverses disciplines. En revanche, les critères de

spécificité de l'association, de l'existence d'un gradient biologique, et de la preuve expérimentale ne sont pas remplis.

Wodak et coll. (2006) se sont intéressés à cinq autres dimensions en relation avec les PES qu'ils nomment « critères élargis », pour lesquels ils ont constatés l'existence de données probantes :

- la faisabilité de l'implantation, de l'expansion et de l'obtention d'une couverture suffisante en services y compris dans des contextes avec ressources limitées ;
- le caractère coût/efficacité des PES ;
- l'absence de preuve de conséquences négatives sur l'initiation, la durée ou la fréquence de l'usage de drogues ou sur l'injection ;
- une preuve raisonnable de l'existence de bénéfices non attendus tels que l'entrée en traitement de la dépendance ou l'accès aux soins de santé primaire ;
- l'application possible à des populations spécifiques telles que les détenus, les jeunes...

Wright et Tompkins (2006) ont mené une revue systématique sur l'effet d'interventions de réduction des risques (PES, traitements de substitution aux opiacés, désinfectants, et combinaison d'interventions) sur la transmission du VHC (incidence ou prévalence). Ils concluent à un effet significatif des PES, reposant essentiellement sur des études écologiques mesurant la prévalence (séries temporelles dans des populations d'usagers de drogues injectables avec diminution de la prévalence du VHC liée à l'introduction de PES) ; aucun effet sur l'incidence n'est démontré.

En 2006, Ksobiech conduit une nouvelle méta-analyse qui porte sur l'effet des PES sur la fréquence d'injection, ainsi que sur des comportements en relation avec des environnements à risque tels que l'utilisation de « *shooting galleries* » ou l'injection en dépit de la présence de matériel souillé, si le produit est présent. Cette méta-analyse met en évidence que la fréquentation de PES n'a pas d'impact sur ces variables contextuelles. En revanche, elle montre un impact modéré sur la préparation à risque (dans le sens d'une diminution) de l'injection. Par ailleurs, la méta-analyse montre une diminution de l'usage répété de matériel et une absence d'effet sur la fréquence de l'injection.

Ritter et Cameron (2006) présentent une revue systématique de l'efficacité de stratégies de réduction des risques dans les domaines de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. Pour ces dernières, ils examinent diverses mesures de réduction des risques : programmes d'*outreach* (proximité), PES, centres d'injection supervisés. En ce qui concerne les PES, ces auteurs font les mêmes constats que leurs prédécesseurs concernant les preuves de l'efficacité des PES sur les comportements à risque et la séroconversion pour le VIH. Ils constatent également que toutes les analyses économiques conduites, sauf une, concluent à l'efficacité économique des PES. La revue réfute aussi l'existence de potentiels « effets iatrogènes » tels que l'augmentation de la fréquence de

l'injection, voire l'incitation à l'injection et constate l'absence d'augmentation de seringues jetées dans l'espace public. Elle fait également état d'un risque très bas de se piquer avec une seringue jetée et d'une absence d'augmentation des délits dans les zones proches des PES. Les auteurs concluent que le faisceau de preuves est clairement orienté vers l'efficacité et l'efficacité économique des PES.

En 2006, une revue de la littérature est menée à l'Institut de médecine de l'Académie nationale des sciences aux États-Unis par le Comité sur la prévention du risque d'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables dans les pays à haut risque (*Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, 2006) sur mandat d'Onusida et de la fondation Gates. Cette revue aborde divers impacts des PES, de la désinfection du matériel, des traitements de substitution et des programmes d'éducation et conseils. La partie sur les PES analyse toutes les formes d'accès au matériel d'injection, y compris la vente libre en pharmacie. Les auteurs constatent que la majorité des PES évalués incluent également d'autres services tels que travail de rue, de proximité (*outreach*), éducation à la réduction des risques, orientation vers des services de soins ou des services sociaux, distribution de préservatifs...

Les conclusions sont les suivantes :

- un grand nombre d'études et de revues convergentes (une trentaine mentionnées) montrent que la participation à des programmes incluant un PES est associée à une réduction des comportements à risque liés à l'injection auto-rapportés (partage de matériel, injection à risque et élimination sans précautions du matériel usagé, fréquence de l'injection) ; le niveau de preuve n'est pas très élevé. En revanche, en ce qui concerne les comportements sexuels – qui ne sont pas la cible principale des PES – les preuves existantes sont encore insuffisantes du fait du peu d'études menées à ce sujet ;
- les effets des PES vont dans le sens d'une diminution de la prévalence du VIH ; le niveau de preuve est modeste, en raison de la faiblesse des protocoles d'études qui l'ont démontré (études écologiques) mais les résultats sont convergents ; il n'y a pas de preuves suffisantes d'un effet sur l'incidence du VIH. L'effet sur la prévalence du VHC (examiné dans plusieurs études) est estimé être significativement moins important, bien qu'une étude cas-témoins ait montré une nette diminution de la contamination par le VHC et le VHB chez les usagers de PES. Ce manque d'effet sur l'incidence du VHC est attribué à la persistance de partage de matériel servant à préparer l'injection ;
- des preuves modestes indiquent que les PES peuvent aboutir à une diminution de l'injection et que leur existence ne conduit pas à une augmentation du nombre de seringues jetées sur la voie publique ; il existe aussi des preuves, plus faibles et fondées sur un nombre limité d'études que les PES n'aboutissent pas à une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent ou à une expansion des réseaux d'injecteurs ni à une augmentation des délits ;

- quelques études empiriques indiquent un certain recours des usagers des PES – après orientation – à d'autres services avec un niveau de preuve modeste ;
- la dépénalisation de la possession de seringues et l'augmentation de l'accès en général sont efficaces dans la réduction des risques.

Le Comité sur la prévention du risque d'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables dans les pays à haut risque (*Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, 2006) identifie des questions non résolues concernant les PES, en particulier celle de la contribution individuelle des divers composants des PES aux effets mesurés et celle de la combinaison d'interventions la plus favorable pour réduire l'incidence du VIH et du VHC. Pour répondre à ces questions, des études randomisées de communauté seraient nécessaires.

Cette importante revue conclut toutefois qu'il existe des preuves suffisantes et concordantes sur la réduction des risques liés au VIH par les PES et elle recommande l'implantation des PES dans des emplacements adéquats.

L'étude menée par Kall et coll. (2007) (la seule jugée de qualité insuffisante dans la revue des revues de Jones et coll. 2008) conclut que la capacité des PES à réduire la prévalence/incidence du VIH chez les usagers de drogues injectables a été surestimée.

Une seule étude s'est penchée sur les PES en prison (Dolan et coll., 2003). Le premier programme a été mis en place en 1992 en Suisse. En 2000, Dolan et coll. identifient 19 programmes en Allemagne, en Suisse et en Espagne. Six d'entre eux ont été évalués. Les évaluations, utilisant le plus souvent des protocoles pré-post, avec de petits effectifs, ont toutes été positives. Elles mettent en évidence principalement la faisabilité, l'acceptabilité et la non dangerosité de ces programmes, ainsi que des effets positifs sur les comportements à risque.

La synthèse des 10 revues précédentes, menée par Jones et coll. en 2008, est centrée sur l'analyse des effets des PES sur les comportements à risque, ainsi que sur l'incidence et la prévalence du VIH et du VHC. Cette synthèse prend en compte la qualité des revues et donne une appréciation du niveau de preuve établi par l'ensemble de ces études. Les auteurs confirment qu'il existe des preuves d'un effet des PES sur la transmission du VIH mais relèvent que le niveau de preuve pourrait être moins robuste et convaincant qu'il n'y paraissait dans les premières études. Les auteurs jugent qu'il n'existe pas de preuves suffisantes de l'effet des PES sur la transmission du VHC.

Palmateer et coll. (2008), sur mandat de l'*Advisory Council on the Misuse of Drugs* du Royaume-Uni, ont mené une revue de revues pour évaluer l'efficacité de diverses interventions de réduction des risques – incluant les PES – dans la prévention de la transmission du VHC chez les usagers de drogues injectables. En ce qui concerne les PES, les constats sont les suivants :

- les preuves sont insuffisantes pour affirmer l'efficacité des PES dans la prévention du VHC, bien que des études écologiques montrent des taux de prévalence du VHC stables ou en diminution, associés à l'existence de PES ;
- les auteurs confirment les observations précédentes concernant la prédominance de protocoles observationnels et l'existence de preuve que les PES sont efficaces pour réduire les comportements à risques liés à l'injection.

En 2009, plusieurs études ou rapports apportent un éclairage complémentaire sur les effets des PES sur la transmission du VIH ou du VHC.

Une étude menée dans 7 villes aux États-Unis entre 1994 et 2004 (Holtzman et coll., 2009) a mesuré l'association entre la fréquentation des PES et les comportements à risque liés à l'injection, ainsi que la séroconversion au VHC après 12 mois. Elle montre une absence de relation entre la fréquentation d'un PES et la séroconversion VHC, en contrôlant pour les variables sociodémographiques, le site, la période d'étude, les comportements à risque et le statut VIH. En revanche, elle met en évidence un effet de la fréquentation des PES sur les comportements à risque liés à l'injection (fréquence d'injection, partage de seringues et d'autre matériel) et une corrélation entre comportements à risque et séroconversion VHC, ce qui suggère un effet indirect.

Une étude de modélisation de l'effet des PES menée en Australie conclut que la distribution de seringues par les PES a un effet sur la transmission du VIH qui devrait rester basse si les programmes se poursuivent. En revanche, la transmission du VHC persiste à des taux élevés et les auteurs estiment qu'il faudrait un doublement de la couverture en matériel d'injection pour réduire l'incidence du VHC de 50 % (Kwon et coll., 2009).

D'après le rapport de synthèse de l'*Advisory Council on Drug Misuse* (2009), la force de la preuve d'efficacité des interventions de réduction des risques de transmission du VHC est plus faible que ce qui était attendu, mais il existe une « preuve positive émergente », essentiellement fondée sur les résultats d'une étude de cohorte à Amsterdam (Van Den Berg et coll., 2007), selon laquelle la combinaison des PES et des traitements de substitution aux opiacés aurait un effet sur l'incidence du VHC.

En conclusion, tous les auteurs des revues constatent la difficulté de mener, dans des populations d'usagers de drogues injectables qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution, des études avec des protocoles conduisant à de très hauts niveaux de preuve. Ils soulignent le fait que, même si les preuves d'efficacité des PES sur la transmission du VIH et VHC démontrées dans les revues récentes sont de niveau plus faible que celles suggérées dans des études ou revues antérieures, cela ne signifie en aucun cas l'absence d'efficacité des PES ou l'existence d'alternatives plus efficaces. Ils reconnaissent que des preuves de plus haut niveau seront difficiles à obtenir et que celles existantes sont tout à fait suffisantes pour recommander une implantation ou une extension des PES là où cela est possible et pertinent. Les travaux les plus récents

(2009) soulignent l'impact probable de la combinaison des PES et des traitements de substitution aux opiacés sur l'incidence du VHC.

BIBLIOGRAPHIE

ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS. The primary prevention of hepatitis C among injecting, drug users. ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (ed). 2009, 43p

BRUNEAU J, LAMOTHE F, LACHANCE N, DESY M, SOTO J, et coll. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997, **146** : 994-1002

CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Syringe exchange programs-United States, 2005. *Mmwr Morb Mortal Wkly Rep* 2007, **56** : 1164-1167

COFFIN P. Syringe availability as HIV prevention: a review of modalities. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2000, **77** : 306-330

COMMITTEE ON THE PREVENTION OF HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS IN HIGH-RISK COUNTRIES. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries. An assessment of the evidence. INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (ed). The National Academies Press, 2006

COOK C, KANAEF N. The Global State of Harm Reduction 2008. Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (ed), 2008

CROSS JE, SAUNDERS CM, BARTELLI D. The effectiveness of educational and needle exchange programs: A meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users. *Quality Quantity* 1998, **32** : 165-180

DARKE S. Self-report among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Depend* 1998, **51** : 253-263

DES JARLAIS DC, MCKNIGHT C, GOLDBLATT C, PURCHASE D. Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States. *Addiction* 2009, **104** : 1441-1446

DOLAN K, RUTTER S, WODAK AD. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, **98** : 153-158

FERRINI R. American College of Preventive Medicine public policy on needle-exchange programs to reduce drug-associated morbidity and mortality. *Am J Prev Med* 2000, **18** : 173-175

GIBSON DR, FLYNN NM, PERALES D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *Aids* 2001, **15** : 1329-1341

HEDRICH D, PIRONA A, WIESSING L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2008, **15** : 503-517

HEIMER R. Syringe Exchange Programs: Lowering the Transmission of Syringe-Born Diseases and Beyond. *Public Health Rep* 1998, **113** : 67-72

HEIMER R, CLAIR S, GRAU LE, BLUTHENTHAL RN, MARSHALL PA, et coll. Hepatitis-associated knowledge is low and risks are high among HIV-aware injection drug users in three US cities. *Addiction* 2002, **97** : 1277-1287

HOLTZMAN D, BARRY V, OUELLET LJ, DES JARLAIS DC, VLAHOV D, et coll. The influence of needle exchange programs on injection risk behaviors and infection with hepatitis C virus among young injection drug users in select cities in the United States, 1994-2004. *Prev Med* 2009, **49** : 68-73

HUNT N, ASHTON M, LENTON S, MITCHESON L, NELLES B, et coll. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003

HUNTINGTON S, HOPE V, HUTCHINSON S, GOLDBERG D, NCUBE F. Diversity of needle exchange provision in the UK: findings from a national survey. *Euro Surveill* 2006, **11** : E06081

ISLAM M, WODAK A, CONIGRAVE KM. The effectiveness and safety of syringe vending machines as a component of needle syringe programmes in community settings. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 436-441

JONES L, PICKERING L, SUMNALL H, MCVEIGH J, BELLIS MA. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users. Centre for Public Health, Liverpool John Moores University (ed). 2008, 203p

KALL K, HERMANSSON U, AMUNDSEN EJ, RONNBACK K, RONNBERG S. The effectiveness of needle exchange programmes for hiv prevention. A critical review. *J Global Drug Policy Practice* 2007, **1** : 3-7

KSOBIECH K. Assessing and improving needle exchange programs: gaps and problems in the literature. *Harm Reduct J* 2004, **1** : 4

KSOBIECH K. Beyond needle sharing: meta-analyses of social context risk behaviors of injection drug users attending needle exchange programs. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 1379-1394

KWON JA, IVERSEN J, MAHER L, LAW MG, WILSON DP. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model-based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009, **51** : 462-469

PALMATEER N, KIMBER J, HICKMAN M, HUTCHINSON S, RHODES T, et coll. Evidence for the effectiveness of harm reduction interventions in preventing hepatitis C transmission among injecting drug users: A review of reviews.

<http://www.hepcscotland.co.uk/pdfs/p-Evidence-for-the-Effectiveness-of-Harm-Reduction-review-EXECUTIVE%20SUMMARY-2008-05.pdf>, 2008

RITTER A, CAMERON J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 2006, **25** : 611-624

SAFAEIAN M, BROOKMEYER R, VLAHOV D, LATKIN C, MARX M, et coll. Validity of Self-reported Needle Exchange Attendance among Injection Drug Users: Implications for Program Evaluation. *Am J Epidemiol* 2002, **155** : 169-175

SCHECHTER MT, STRATHDEE SA, CORNELISSE PGA, CURRIE S, PATRICK DM, et coll. Do needle exchange programs increased the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 1999, **13** : F45-F51

STIMSON GV, HICKMAN M, RHODES T, BASTOS F, SAIDEL T. Methods for assessing HIV and HIV risk among IDUs and for evaluating interventions. *Int J Drug Policy* 2005, **16S** : S7-S20

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. Needle Exchange Programs: Research Suggests Promise as an AIDS Prevention Strategy, 1993

VAN DEN BERG C, SMIT C, VAN BRUSSEL G, COUTINHO R, PRINS M. 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. *Addiction* 2007, **102** : 1454-1462

WODAK A. Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the band still plays on. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 837-839

WODAK A, COONEY A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 777-813

WRIGHT NM, TOMPKINS CN. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 27

12

Centres d'injection supervisés

Les centres d'injection supervisés (CIS) sont des structures où les usagers de drogues par injection (UDI) peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision de personnel qualifié. Ils sont toujours insérés dans un réseau de services pour les usagers de drogues par injection, dont ils représentent un élément très spécialisé, lié à la question de l'injection (Hedrich, 2004).

Ils poursuivent des buts de réduction des risques et dommages (Hedrich, 2004 ; Noël et coll., 2009). Leurs objectifs sont :

- atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr ;
- réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection : comportements à risque de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...) ;
- réduire la morbidité et la mortalité associées aux overdoses/surdoses ;
- améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux ;
- ne pas donner lieu à des effets secondaires indésirables tels que l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou la diminution des entrées en traitement.

Pour la communauté, il s'agit de diminuer ou éviter les nuisances et les troubles de l'ordre public tels que les rassemblements de consommateurs de drogues, l'injection dans l'espace public, les délits liés à l'acquisition de drogue ainsi que les problèmes de santé publique causés par du matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique. L'objectif est également d'obtenir l'acceptation des CIS par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police) et d'éviter le risque de *deal* ou d'autres problèmes autour des CIS.

Historiquement, les CIS ont vu le jour sous la pression de plusieurs phénomènes :

- le développement d'une épidémie de consommation de drogues par injection (héroïne et/ou cocaïne) ;
- l'arrivée de l'épidémie de VIH ;

- la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues par injection dans l'espace public.

Le premier de ces centres ayant reçu une autorisation légale s'est ouvert en Suisse à Berne en 1986 (Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Haemmig et coll., 2005). Dans la décennie suivante, plusieurs pays européens (Pays-Bas, Allemagne, Espagne) ouvrent de tels centres, suivis, plus tard, par l'Australie et le Canada. En 2009, il existe 25 CIS dans 16 villes en Allemagne, 1 en Australie, 1 au Canada, 6 dans 3 villes en Espagne, 1 au Luxembourg, 1 en Norvège, 45 dans 30 villes aux Pays-Bas et 12 dans 8 villes en Suisse (Hedrich et coll., 2010).

La mise en place de ces centres a suscité, dans la plupart des pays concernés, des réflexions éthiques (Fry, 2003 ; Solai et coll., 2006), des controverses (Wright et Tompkins, 2004 ; Fischer et coll., 2004 ; Zajdow, 2006), des oppositions (Strathdee et Pollini, 2007) ou des réticences de la part de la police, de certains riverains... C'est pourquoi leur mise – ou non – en service officielle a souvent été précédée d'une évaluation des besoins (Dolan et coll., 2000 ; Broadhead et coll., 2002 ; Green et coll., 2003 ; Kerr et coll., 2003 ; Wood et coll., 2003 ; Joseph Rowntree Foundation, 2006 ; Aubisson et coll., 2006 ; Hunt et coll., 2007 ; Lloyd et Hunt, 2007) et d'expertises juridiques (Elliott et coll., 2002 ; Malkin et coll., 2003 ; Pearshouse et Elliott, 2007 ; Beletsky et coll., 2008). Parfois, des projets pilotes non officiels ont vu le jour, par exemple à Sydney et à Amsterdam (Wodak et coll., 2003 ; Hedrich, 2004). Généralement, l'ouverture de CIS est accompagnée de procédures de suivi et d'évaluation.

Services offerts et fonctionnement des CIS

Les CIS sont en général situés à proximité des endroits où se rassemblent les consommateurs, où ont lieu trafic de drogue et consommation en public. Le CIS peut être une structure indépendante ou être intégré à une structure offrant d'autres services (programmes d'échange de seringues, traitement de la dépendance, hébergement d'urgence...).

Généralement, un CIS comprend (Wolf et coll., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Kimber et coll., 2005 ; Hunt, 2006) :

- un espace d'accueil qui sert aussi de salle d'attente, où l'on enregistre les personnes et vérifie leur droit d'accès à la salle d'injection, leur état général (état d'intoxication, abcès...) ;
- la salle d'injection proprement dite qui comprend plusieurs places avec une chaise et une table ou tablette contre le mur, facilement lavable. L'injection s'y déroule sous le regard d'un professionnel (infirmier, travailleur social) formé à la supervision et/ou au conseil concernant l'injection. Certains CIS,

principalement aux Pays-Bas (Van Der Poel et coll., 2003) et en Suisse (Zobel et Dubois-Arber, 2004), offrent également une salle où les produits peuvent être fumés, inhalés ou sniffés⁴² (avec supervision extérieure) ;

- un espace de repos pour ceux qui en ont besoin après l'injection ;
- un espace où un conseil individuel ou des soins de base (désinfection, pansements...) peuvent être prodigués ;
- parfois d'autres services « de proximité » tels que petite cafeteria, salle d'eau, machine à laver, bourse aux petits jobs...

Tous les CIS sont équipés du matériel de premiers secours permettant de faire face aux overdoses et le personnel est formé pour assumer ce type d'urgence.

Les règles de fonctionnement peuvent varier selon les CIS :

- accès : généralement les CIS sont accessibles aux personnes majeures, mais certains acceptent aussi des mineurs. Dans certains CIS, l'accès est autorisé seulement aux personnes résidant dans la ville ou la région. Certains CIS n'admettent pas les femmes enceintes ou les personnes actuellement en traitement pour leur dépendance. La durée de séjour en salle d'injection est souvent limitée ;
- enregistrement : certains CIS ont un système d'enregistrement nominal, parfois avec une « carte d'accès ». Dans d'autres, il y a un enregistrement à la première visite, non nominal ou avec pseudonyme, garantissant ainsi l'anonymat ;
- comportements : généralement, le *deal* et la violence sont interdits et le non-respect des règles sanctionné ;
- expérience d'injection : dans pratiquement tous les CIS, il n'est pas possible de pratiquer une première injection, il existe toutefois des exceptions ;
- substances injectées, aide à l'injection et sites d'injection : les usagers apportent leur produit, et généralement déclarent ce qu'ils vont s'injecter. Parfois certaines substances (médicaments, mélanges...) sont interdites. Le partage de substances entre usagers, l'aide à l'injection entre usagers ou par le personnel sont interdits dans la plupart des CIS. Certains sites d'injection (l'aïne, le cou...) font l'objet d'interdiction dans certains CIS, avec des exceptions.

Méthode et données à disposition

L'analyse critique de la littérature est fondée sur la littérature publiée dans des journaux à comité de lecture essentiellement des années 2000 à 2009, mais prend également en compte la littérature dite « grise » (rapports, monographies). Beaucoup d'évaluations de CIS n'ont pas fait l'objet de publications

42. La littérature concernant les espaces de consommation par inhalation – qui sont parfois une offre supplémentaire dans les CIS – est rare, essentiellement constituée d'une littérature « grise ». Pour ces raisons, ce sujet n'est pas abordé dans ce chapitre.

dans des revues à comité de lecture et plusieurs expertises et revues n'ont pas été publiées dans des journaux scientifiques. L'analyse s'appuie, en particulier, sur les revues les plus récentes menées par Hedrich pour l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) en 2004 (Hedrich, 2004) avec une mise à jour (Hedrich et coll., 2010), le rapport d'un groupe d'experts indépendants de la *Joseph Rowntree Foundation* en 2006 (*Joseph Rowntree Foundation*, 2006) et la revue menée par l'Institut national de santé publique du Québec (Noël et coll., 2009).

Des raisons méthodologiques, pratiques et éthiques, largement discutées dans la littérature (Wood et coll., 2004a ; Fry et coll., 2005 ; Joseph Rowntree Foundation, 2006 ; Maher et Salmon, 2007 ; Noël et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010) rendent particulièrement difficile l'utilisation de protocoles expérimentaux qui pourraient amener à un niveau de preuve élevé. La plupart des CIS évalués ont fait l'objet d'évaluations avec protocoles observationnels utilisant à la fois un monitoring des processus de fonctionnement ayant recours aux données de routine fournies par le CIS et une évaluation des résultats avec, en général, des méthodes d'enquête simples avant/après auprès des usagers, ainsi que d'autres sources de données, conduisant à une triangulation des données. Deux CIS – celui de Sydney ouvert en 2001 et celui de Vancouver ouvert en 2003 – ont fait l'objet d'évaluations approfondies utilisant des méthodes complexes. L'évaluation du CIS de Sydney a fait appel à un protocole observationnel avec une analyse des données de processus, l'établissement d'une cohorte d'usagers du CIS, une série d'études transversales répétées auprès des usagers et des riverains, l'utilisation de données de type écologique pour comparer la ville avec CIS à d'autres localités (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). L'évaluation du CIS de Vancouver (Wood et coll., 2004a) a en particulier utilisé une cohorte d'usagers de drogues injectables recrutés au hasard dans la communauté, donnant ainsi la possibilité de comparer usagers et non usagers du CIS au cours du temps sur plusieurs indicateurs de résultats et d'impact.

L'analyse présentée ci-dessous se propose de documenter la preuve d'atteinte des objectifs généraux et spécifiques des CIS selon la structure présentée dans le tableau 12.I.

Tableau 12.1 : Objectifs des CIS et exemples d'indicateurs de mesure de leur atteinte (d'après Noël et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Exemples d'indicateurs/de mesures
Atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services sociaux et de santé	Atteindre les groupes à haut risque	Caractéristiques des usagers (accès au logement, risques liés à l'injection, injection dans l'espace public, expérience de traitement...)
Répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr	Répondre aux besoins des UDI	Nombre et type de prestations fournies, satisfaction des usagers
Améliorer la santé des usagers	Fonctionnement de manière adéquate en assurant une injection sûre, dans un environnement sûr	Nombre d'injections, absence d'événements indésirables, appréciations du personnel
	Réduire la morbidité et la mortalité associées aux overdoses /surdoses	Nombre d'overdoses / d'urgences nécessitant intervention, overdoses mortelles
	Réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection : diminuer les risques de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), d'autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...)	Comportements liés à l'injection (technique et hygiène de l'injection, fréquence d'injection, partage de seringues et de matériel de préparation, ré-usage de seringues, abcès récents, état des veines et de la peau...)
	Améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux	Nombre et type de soins prodigués, nombre d'orientations effectuées, nombre d'entrées en traitement
Diminuer les nuisances pour la communauté	Ne pas donner lieu à des effets secondaires indésirables : augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou diminution des entrées en traitement	Nombre d'injecteurs, fréquence d'injection, entrées en traitement
	Pas d'augmentation de troubles de l'ordre public aux abords des CIS, tels que rassemblements de consommateurs de drogues, violence, <i>deal</i>	Observation et comptage d'événements autour du CIS
	Diminution de l'injection dans l'espace public	Observation et auto-rapport des UDI
	Pas d'augmentation des délits liés à l'acquisition de drogues	Statistiques policières (délits tels que vols, trafic, agressions)
Obtenir l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)	Diminution de matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique	Observation et comptage du matériel abandonné
	Acceptation par les parties prenantes	Attitudes de la population, des riverains, comptage d'événements (plaintes, incidents)

Analyse des évaluations des CIS

Différents objectifs spécifiques des CIS sont successivement examinés.

Atteindre les groupes à haut risque et répondre à leurs besoins

L'objectif est d'atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr.

Les caractéristiques générales des usagers des CIS sont les suivantes : la majorité sont des hommes (plus de 70 %), une partie non négligeable et variable selon les villes n'a pas de domicile fixe, par exemple 11 % à Sydney (*MSIC Evaluation Committee*, 2003), 60 % à Barcelone (Anoro et coll., 2003), la plupart sont sans travail et ont recours à l'aide sociale.

L'âge moyen des usagers est plutôt élevé, plus de 30 ans dans la plupart des CIS en Europe, et en augmentation dans les endroits où des mesures successives ont été prises, ce qui reflète la situation générale actuelle des usagers de drogues injectées. La durée de la carrière d'injection est longue, mais les CIS sont capables d'attirer des usagers jeunes ou récents, particulièrement à risque (Stoltz et coll., 2007).

Les CIS comptent beaucoup de consommateurs s'injectant fréquemment (plusieurs fois par semaine ou chaque jour) et en particulier s'injectant dans l'espace public, par exemple parmi les usagers de drogues injectées entrant au CIS : 39 % à Sydney, 20 % à Genève, 53 % à Essen, 54 % à Vancouver (Benninghoff et coll., 2003 ; *MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2005a ; Scherbaum et coll., 2009). Une comparaison entre usagers et non usagers du CIS de Vancouver a montré que les usagers sont plus nombreux à être sans domicile fixe, à s'injecter chaque jour de l'héroïne et/ou de la cocaïne, à s'injecter dans des lieux publics, et à avoir eu une overdose récente (Wood et coll., 2005). L'évaluation du CIS de Sydney a aussi montré, chez les usagers fréquents, une vulnérabilité particulière telle que l'injection en public ou le recours à la prostitution (Kimber et coll., 2003a).

Les usagers des CIS ont également des problèmes spécifiques liés à l'injection (difficulté à s'injecter, blessures et hématomes au lieu d'injection, abcès...) : par exemple 14 % des usagers de drogues injectées de Sydney présentaient de tels problèmes dans le mois avant l'entrée, 15 % des nouveaux usagers du CIS de Genève avaient des veines en mauvais état et 15 % rapportaient des problèmes infectieux récents (Benninghoff et coll., 2003). Une étude menée sur l'ensemble des usagers du CIS de Sydney entre 2001 et 2007, interrogés à leur entrée au CIS, a montré que 26 % d'entre eux avaient eu dans leur vie des difficultés liées à l'injection (veines difficilement accessibles, hématomes et blessures, œdèmes des extrémités) et 10 % des affections diverses consécutives à l'injection (6 % des abcès et infections cutanées, 4 % des thromboses, 2 % des septicémies, 1 % des endocardites) (Salmon et coll., 2009).

Une part importante des usagers des CIS en Europe et en Australie ont déjà été ou sont en traitement pour leur dépendance (Hedrich, 2004) : par exemple, 39 % des nouveaux usagers à Sydney en 2003 avaient eu un traitement dans les 12 mois, 59 % à Genève et 90 % des usagers d'Essen avaient déjà été en traitement pour leur dépendance (Benninghoff et coll., 2003 ; Kimber et coll., 2003a ; Scherbaum et coll., 2009).

L'examen de la fréquentation des CIS dans plusieurs villes a montré qu'il existe différents modes de fréquentation : certains usagers font un usage journalier des CIS, d'autres y viennent de manière épisodique (Zurhold et coll., 2003 ; Dubois-Arber et coll., 2008). Des moyennes de fréquentation par individu – calculées selon les données du système de monitoring – assez basses ont ainsi été observées à Sydney (15 sur 18 mois), à Genève (35 en 12 mois), à Vancouver (47 en 344 jours) (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2006a ; Dubois-arber et coll., 2008). Des moyennes beaucoup plus élevées sont rencontrées lorsqu'on récolte des données par enquête (surreprésentation des usagers fréquents). Les variables associées à l'usage fréquent des CIS sont : l'injection journalière de cocaïne ou d'héroïne, l'absence d'un domicile fixe, le besoin d'aide pour l'injection (Wood et coll., 2006b ; Dubois-Arber et coll., 2008). Même si tous les usagers de drogues injectées n'ont pas la même utilisation du CIS, un CIS peut avoir une bonne couverture de la population. Pour le CIS de Sydney, il a été calculé que deux tiers de la population d'usagers de drogues injectées résidente avaient visité le CIS au moins une fois, mais qu'une injection sur 10 y était effectuée (Kimber et coll., 2008a).

Motivation et satisfaction des usagers

Les raisons de l'usage des CIS et la satisfaction des usagers ont été investiguées dans plusieurs sites. Les raisons les plus fréquemment rapportées sont :

- le fait de pouvoir s'injecter tranquillement, sans stress ;
- dans des conditions hygiéniques ;
- à l'abri de la police ;
- en sécurité vis-à-vis des risques immédiats liés à l'injection.

La question du CIS comme environnement protégé et sûr est importante pour certains usagers particulièrement marginalisés (Rhodes et coll., 2006). L'aspect de l'apprentissage de l'hygiène d'injection et de l'hygiène corporelle en général apparaît également fortement. Les CIS sont par ailleurs appréciés comme lieu de rencontre et d'accès à des conseils et soins de base (Kerr et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Petrar et coll., 2007 ; Fast et coll., 2008 ; *Sozialdepartement Der Stadt Zürich*, 2008).

De façon générale, le niveau de satisfaction des usagers concernant le service et le contact avec le personnel des CIS est élevé (Hedrich et coll., 2010). Les critiques concernent plutôt des restrictions d'horaire ou certains aspects du

fonctionnement. Par exemple, certaines règles de fonctionnement ont été mentionnées par des usagers potentiels comme pouvant décourager l'utilisation des CIS : l'interdiction de partager des substances entre usagers, l'interdiction de l'injection assistée entre usagers, la supervision très proche par le personnel, l'enregistrement nominal, une présence policière près de l'entrée (Fry, 2002 ; Kerr et coll., 2003 ; Green et coll., 2004).

Sécurité

Toutes les évaluations de processus menées dans les CIS (Benninghoff et coll., 2003 ; Poschadel et coll., 2003 ; Solai et coll., 2004 ; Hedrich, 2004) ont mis en évidence qu'il était possible de maintenir des conditions garantissant l'hygiène et la sécurité de l'injection. En particulier, aucune overdose mortelle n'a jamais été rencontrée dans un CIS. Le seul décès survenu était dû à une réaction anaphylactique (Hedrich, 2004). Les problèmes rencontrés sont essentiellement liés au respect des règles de fonctionnement ou aux files d'attente. Les tentatives de *deal* à l'intérieur ou aux abords du CIS, la tension chez les personnes en manque pendant l'attente, les conflits entre usagers existent et peuvent être source de stress pour le personnel, qui doit à la fois accueillir les usagers, superviser les injections, et maintenir l'ordre en appliquant parfois des sanctions. Le personnel est exposé à des situations tendues, dramatiques ou lui posant des problèmes d'éthique ou de limites entre le maintien du lien avec l'utilisateur dans un esprit de réduction des risques et le respect absolu des règles de fonctionnement (Solai et coll., 2006). Toutefois, ces problèmes peuvent être gérés et ne sont pas suffisamment fréquents ou importants pour empêcher un bon fonctionnement des CIS. La formation et le suivi du personnel sont un élément déterminant de la qualité du service des CIS (De Jong et Weber, 1999).

En résumé, les données disponibles montrent clairement que les CIS sont capables d'attirer les usagers les plus à risque et d'assurer l'accès à des conseils et des soins de base tout en garantissant la sécurité des usagers et du personnel.

Améliorer la santé des usagers en réduisant la morbidité et la mortalité associées aux overdoses / surdoses

Les usagers des CIS ont fréquemment des antécédents d'overdose. Tous les CIS sont équipés pour faire face aux overdoses et leur personnel est formé. Dans certains CIS, un médecin est présent sur place (Madrid, Sydney), dans d'autres, les équipes interviennent pour les premiers secours et font appel aux services d'ambulance si nécessaire. Les overdoses ou autres urgences sont des événements enregistrés dans la plupart des CIS et les taux rapportés varient entre 0,5 à 7 urgences pour 1 000 injections (Spreyermann et Willen, 2002 ; Benninghoff et coll., 2003 ; Poschadel et coll., 2003 ; MSIC *Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2006c ; Hedrich et coll., 2010). Une analyse menée dans la cohorte de Vancouver a montré que le fait d'avoir une overdose

au CIS était associé à un usage quotidien d'héroïne, un nombre d'années d'injection inférieur à celui de ceux qui n'ont pas fait une overdose au CIS et à des antécédents d'overdose (Kerr et coll., 2006a).

Il a été suggéré que le fait d'être dans un CIS pourrait inciter les usagers à prendre plus de risques et s'exposer ainsi à un risque plus élevé d'overdose. Une étude menée chez les usagers du CIS de Vancouver, mesurant le taux d'overdoses non fatales avant et après le début de la fréquentation du CIS n'a pas montré d'augmentation (Milloy et coll., 2008a).

Plusieurs estimations du nombre d'overdoses fatales évitées ont été réalisées : 10 par an en Allemagne dans les villes concernées (Hedrich et coll., 2010), 4 par an à Sydney (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). Pour le site de Vancouver, la plus récente estime le nombre de décès évités entre 1,9 et 11,7. Si ces overdoses avaient eu lieu dans la communauté, ce nombre pourrait être entre 8 et 51 (*Expert Advisory Committee*, 2008 ; Milloy et coll., 2008b ; Andresen et Boyd, 2010).

En résumé, les CIS offrent une sécurité en cas d'overdose. L'absence d'issue fatale malgré le nombre important d'overdoses rencontrées dans les CIS ainsi que les estimations réalisées suggèrent un impact sur la morbidité et la mortalité associées aux overdoses.

Réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection

Les risques visés sont les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), d'autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...).

Comme on l'a vu plus haut, la question de l'hygiène et de la technique d'injection est une des raisons principales de l'utilisation des CIS. Les conseils à ce sujet représentent une part importante de l'activité des CIS (Kimber et coll., 2003b). Par exemple, au CIS de Sydney, une visite sur quatre a donné lieu à une prestation médicale ou sociale, les plus fréquentes étant les conseils sur l'injection et les soins de veines. Au CIS de Berne (Spreyermann et Willen, 2003), une analyse détaillée de la répartition du temps consacré par chaque collaborateur aux diverses activités du CIS montre que 16 % du temps des collaborateurs est consacré au conseil, 7 % à des soins somatiques. Une revue estime, sur la base des données de CIS de plusieurs pays, que 4,6 % à 10,5 % des visites aboutissent à un soin ou une prestation sociale (Hedrich, 2004).

Plusieurs évaluations ont mis en évidence des résultats positifs spécifiques rapportés par les usagers (Ronco et coll., 1996a et b ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Solai et coll., 2004 ; Wood et coll., 2005c et 2006c ; Petrar et coll., 2007 ; Stoltz et coll., 2007 ; Hedrich et coll., 2010) : plus de 30 % des usagers du CIS de Vancouver disent avoir reçu des conseils spécifiques sur l'injection ; 76 % des usagers à Vancouver, 46 %

des usagers journaliers à Hambourg et 41 % des usagers à Sydney rapportent des progrès dans leur pratique de l'injection. L'équipe de Sydney a relaté avoir observé une amélioration des techniques. Les usagers rapportent également une diminution de l'usage de drogues dans l'espace public. Par ailleurs, plusieurs évaluations de CIS montrent que les usagers eux-mêmes mentionnent une amélioration de leur état physique ou psychique en conséquence de la fréquentation de CIS (Hedrich et coll., 2010).

Pour ce qui concerne les comportements à risque de transmission du VIH/VHC, tels que le partage de matériel d'injection ou servant à préparer l'injection, les revues mentionnent des effets positifs chez les usagers des CIS (Hedrich, 2004 ; Noel et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010). Toutefois, la plupart des usagers des CIS ont accès à d'autres structures telles que les PES ou les pharmacies, pour lesquels l'effet sur les comportements à risque est prouvé (voir chapitre sur les PES). L'évaluation du CIS de Vancouver (Kerr et coll., 2005 ; Wood et coll., 2005d et 2006c) et une étude récente menée à Madrid et Barcelone (Bravo et coll., 2009) ont cependant montré une diminution du partage des seringues spécifiquement associée à la fréquentation de CIS chez des usagers de drogues injectées recrutés dans la communauté.

Aucune étude ou revue n'a permis de mettre en évidence un impact direct des CIS sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses, qui n'est d'ailleurs pas un des objectifs premiers des CIS. Ceci tient aux problèmes méthodologiques mentionnés et au fait que les CIS n'ont qu'une couverture faible par rapport à celle des autres interventions visant à modifier les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses, leur éventuel impact serait par conséquent difficile à isoler (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Kimber et coll., 2003b ; Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Noel et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010).

Une étude coût-efficacité fondée sur des modélisations d'incidence du VIH menée à Vancouver (Bayoumi et Zaric, 2008) a estimé à environ 2 par année les décès liés au VIH évités. L'estimation a toutefois été jugée un peu trop élevée (Des Jarlais et coll., 2008) sans que l'efficacité économique du projet ne soit remise en cause par les auteurs.

En résumé, on peut dire qu'il existe une preuve convaincante que les CIS réduisent les risques spécifiques liés à l'injection et ont un effet sur les risques liés à la transmission des maladies virales.

Améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux

L'accès aux soins est variable selon l'organisation des CIS : certains offrent des soins médicaux de base, voire un accès aux traitements de substitution. Dans la plupart des CIS, les usagers sont référés à d'autres centres de soin – formellement par écrit, ou invités oralement s'y rendre – pour une prise en charge

somatique ou de leur dépendance. Par exemple à Genève, une visite sur 50 aboutit à un soin dans un local spécialisé et 20 % de ces interventions sont suivies d'un relais médical (Zobel et Dubois-Arber, 2004). À Sydney, 1 visite sur 41 a abouti à un relais (un peu moins de la moitié d'entre eux vers un centre de traitement de l'addiction) (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). À Vancouver, un peu moins de la moitié des usagers de la première année ont été référés à d'autres services, dans 37 % des cas dans des services spécialisés dans l'addiction (Tyndall et coll., 2006).

Quelques études ont tenté de mesurer l'efficacité de ces relais (le contact effectif de l'utilisateur avec le centre de traitement ou l'entrée en traitement). À Sydney, 16 % des usagers référés avec une lettre se sont effectivement présentés à l'endroit où ils avaient été envoyés. Les facteurs associés au fait de se présenter étaient l'injection quotidienne et la prostitution, une affection psychiatrique étant un facteur de non-présentation (Kimber et coll., 2008b). À Vancouver, entre 2003 et 2005, 18 % des usagers du CIS ont commencé un traitement de leur dépendance, les facteurs associés à un début de traitement étaient le fait d'être sans abri, l'injection compulsive, l'usage au moins hebdomadaire du CIS, un contact avec le conseiller en addiction du CIS et des antécédents de traitement (Wood et coll., 2006a et c).

Les données disponibles permettent donc de conclure que les CIS contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues injectées, par leur offre de soins de base et par leur activité de relais vers des structures plus spécialisées.

Vérifier l'absence d'effets secondaires indésirables potentiels

Les effets secondaires indésirables peuvent être l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou diminution des entrées en traitement.

Une des craintes émises à l'endroit des CIS est la possibilité que l'offre d'un lieu d'injection augmente la demande, avec pour conséquence une augmentation du nombre de nouveaux injecteurs ou une augmentation de la fréquence d'injections pour ceux qui s'injectent déjà. Quelques cas de première injection (après essai de décourager l'utilisateur de le faire) ont été signalés à Berne (Zobel et Dubois-Arber, 2004), Genève (Benninghoff et coll., 2003 ; Solai et coll., 2004) et Vancouver (Kerr et coll., 2007). À Vancouver, on a pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas eu une augmentation de nouveaux injecteurs dans la communauté à la suite de l'ouverture du CIS (Kerr et coll., 2007), et plusieurs autres études ou revues ont fait des observations qui vont dans le même sens (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Zobel et Dubois-arber, 2004 ; Hedrich et coll., 2010). À Genève, une enquête qualitative a montré que les usagers réagissaient de manière variable à l'existence du CIS. Pour certains, il représente un facteur de stabilisation ou de diminution de la consommation,

pour d'autres un facteur d'augmentation de la consommation, ces deux situations sont minoritaires et semblent être d'importance équivalente. Pour la plupart des usagers, la fréquentation du CIS n'a pas d'influence sur la fréquence de consommation (Zobel et Dubois-Arber, 2004).

Une autre crainte formulée à l'égard des CIS concerne la possibilité que leur existence décourage les gens d'entrer en traitement ou stimule l'abandon de traitement. Une étude menée dans la communauté à Vancouver a montré qu'il n'y avait pas eu d'augmentation du nombre de rechutes chez les personnes traitées ni une diminution du nombre de personnes qui arrêtent de s'injecter (Kerr et coll., 2006b). Les études menées en Suisse ne montrent pas non plus d'effet délétère sur l'entrée ou le maintien en traitement (Zobel et Dubois-Arber, 2004).

Il faut rappeler qu'une partie non négligeable des usagers des CIS⁴³ ont déjà été en traitement pour leur dépendance ou sont actuellement en traitement tout en continuant à s'injecter. La fréquentation du CIS dans ce cas, peut être une occasion de renouer avec un traitement abandonné ou mal suivi.

Les études disponibles suggèrent donc que les CIS ne conduisent pas à une augmentation des personnes qui s'injectent et de la fréquence d'injection et qu'il y a complémentarité plutôt qu'opposition entre CIS et traitement (Hedrich et coll., 2010).

Diminuer les nuisances pour la communauté

Ces nuisances sont les troubles de l'ordre public (injection dans l'espace public, rassemblements d'usagers de drogues injectées, petits délits, *deal*) et les problèmes de santé publique causés par du matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique.

Cet objectif de diminution des nuisances pour la communauté a souvent été au premier plan dans la décision d'ouvrir des CIS. Les attentes de la population à ce sujet étaient grandes, par exemple en Suisse où l'ouverture des premiers CIS a fait suite à une période d'existence de « scènes ouvertes de la drogue » (Zobel et Dubois-Arber, 2004).

La diminution de l'injection dans l'espace public a été documentée d'abord par les changements de comportements rapportés par les usagers eux-mêmes, lors des évaluations des CIS (Ronco et coll., 1996a ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; *MSIC Evaluation Committee*, 2003). Des mesures plus objectives ont été mises en place à Vancouver où l'on a pu observer et mesurer une baisse du nombre de personnes s'injectant dans l'espace public, une diminution des seringues abandonnées et des ordures associées, dans les premiers mois après l'ouverture du CIS. Des observations ultérieures par la police ont confirmé ces tendances (Wood et coll., 2004b et 2006c). À Sydney,

220 43. Dans les CIS qui ne refusent pas l'accès aux personnes en traitement.

un dispositif incluant un monitoring des rassemblements de consommateurs et des délits dans le quartier, des interviews du voisinage sur leurs observations de seringues abandonnées et d'injection en public et des comptages de seringues dans les alentours du CIS, ont permis de conclure à l'absence d'impact du CIS sur les délits, une légère augmentation des rassemblements de consommateurs derrière le CIS, une diminution des observations d'injection dans l'espace public, et une baisse suivie d'une nouvelle augmentation des seringues comptées (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Freeman et coll., 2005). Cinq ans plus tard, ces derniers indicateurs de nuisance s'étaient nettement améliorés (Salmon et coll., 2007). À Genève, les observations des travailleurs de rue dans le quartier où le CIS est implanté n'ont pas mis en évidence d'attroupements dans les alentours du CIS. En revanche, de tels rassemblements pouvaient avoir lieu devant le CIS en cas d'affluence et d'attente pour l'accès à la salle d'injection et ont posé des problèmes temporaires, y compris d'injection en public dans le voisinage et d'abandon de seringues. Les usagers et le personnel du CIS ont parfois organisé des équipes de nettoyage des abords du CIS (Benninghoff et coll., 2003).

Pour ce qui concerne les délits associés à la consommation (*deal*, vols...), l'évaluation de Vancouver n'a montré ni augmentation ni diminution du trafic, des agressions ou des vols dans le quartier du CIS entre l'année précédant l'ouverture et l'année suivante (Wood et coll., 2006d). Un constat similaire avait été fait à Genève (Benninghoff et coll., 2003) et aux Pays-Bas (Hedrich et coll., 2010).

Il existe donc des données solides et convergentes sur la capacité des CIS à diminuer les nuisances dans l'espace public et sur l'absence d'impact, dans un sens ou un autre, sur la criminalité liée à l'acquisition de la drogue.

Gagner l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)

Les attitudes de la population face aux CIS ont été variées et peuvent être variables au cours du temps. En Suisse, par exemple, des enquêtes de population répétées sur l'ensemble du pays ont montré une acceptation du principe des CIS dès le début des années 1990 (Leuthold et coll., 1993 ; Zobel et coll., 2003). Un CIS a cependant été refusé par une votation communale à Lausanne en 2007⁴⁴. Lorsque des CIS ont été proposés, le débat public autour de leur implantation a souvent été très animé et des groupes de pilotage ou autres instruments de concertation – incluant la police, les autorités politiques, les riverains... – autour de l'implantation de CIS ont été nécessaires pour rassurer les parties prenantes. Ces efforts ont en général conduit à une bonne acceptation des CIS, avec parfois des moments de « crise » (Ronco et coll., 1996b ; Benninghoff et coll., 2003). Des constatations similaires ont été faites en

44. <http://www.great-aria.ch/pdf/communique/communique090707.pdf>.

Allemagne où dans certains cas les riverains souhaitaient l'implantation d'un CIS (Zurhold et coll., 2003) pour améliorer la situation dans le quartier ainsi qu'aux Pays-Bas (Hedrich et coll., 2010).

À Sydney, des enquêtes répétées auprès des résidents du quartier et des propriétaires de magasins/établissements ont montré, malgré la persistance des controverses à son sujet, une augmentation du soutien au CIS et une diminution des représentations négatives de la population. De plus, le voisinage semblait de plus en plus conscient des bénéfices du CIS en termes de santé publique et d'ordre public (Thein et coll., 2005 ; Salmon et coll., 2007).

À Vancouver, la police a soutenu l'établissement du CIS et a facilité l'accès au CIS en informant les usagers de drogues injectées de son existence, voire en les envoyant au CIS (Debeck et coll., 2008). Dans un autre État canadien, en Ontario, en 2003, une enquête de population a mis en évidence 60 % d'opinions favorables en faveur des CIS (Cruz et coll., 2007).

Au Royaume-Uni, une étude qualitative menée dans des quartiers concernés par l'usage de drogue de 4 villes a montré une grande hétérogénéité d'appréciation des situations et des solutions proposées, les CIS en faisant partie (Cusick et Kimber, 2007).

D'une manière générale, les études et revues disponibles constatent que l'implantation des CIS a rencontré des difficultés, qui ont pu être plus facilement surmontées lorsqu'un consensus local pouvait être construit et que la communication et la collaboration entre les structures, la police, les riverains, les autorités politiques fonctionnaient (Hedrich, 2004 ; Hedrich et coll., 2010). Mais les résistances politiques peuvent être très fortes. À cet égard, l'histoire du CIS de Vancouver est exemplaire. Malgré le fait que ce CIS ait été évalué avec une grande rigueur scientifique et ses bénéfices avérés, les autorités politiques fédérales du Canada ont dans un premier temps refusé de poursuivre le financement au-delà de la période pilote pour la durée proposée par Santé Canada – qui avait fait un rapport favorable⁴⁵ – et supprimé les fonds de recherche (Wood et coll., 2006c). En 2010, des menaces de fermeture pèsent toujours sur ce CIS⁴⁶.

Il faut encore mentionner que les coûts d'implantation et d'exploitation des CIS sont importants. Cependant, plusieurs analyses économiques ont été menées sur les CIS de Vancouver et de Sydney et ont conclu à l'efficacité économique des CIS et au fait que l'ouverture des CIS par leur effet sur les overdoses mortelles évitées et sur la transmission du VIH, peut contribuer à réduire le fardeau financier à venir pour la société (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Bayoumi et Zaric, 2008 ; Andresen et Boyd, 2010).

45. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-fra.php.

46. <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/282797/en-bref-insite-ottawa-veut-faire-annuler-le-jugement>.

En conclusion, les données disponibles indiquent que les CIS apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées : sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques, diminution des comportements à risque, accès à d'autres services, sans effets secondaires indésirables sur la consommation de drogues ou la disponibilité à entrer/rester en traitement. Les CIS bénéficient également à la communauté par la réduction de l'usage de drogues en public et des nuisances associées. Ils constituent un investissement potentiellement rentable.

Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers de drogues injectées, permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection : en particulier la prévention d'overdoses mortelles, l'hygiène et la technique d'injection. Ce dernier aspect est particulièrement important puisqu'il n'est pas nécessaire que les usagers de drogues injectées fassent toutes leurs injections au CIS pour bénéficier de ces conseils sur l'injection et de l'apprentissage de l'hygiène et de gestes plus adéquats. Les attentes face aux CIS doivent donc être réalistes, ils ne sauraient être une réponse à l'ensemble des problèmes rencontrés par les usagers de drogues injectées, c'est leur spécificité (la réduction des risques liés à l'injection) et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt.

Les CIS constituent en effet un lieu de refuge et d'accès à des soins de base, ainsi qu'une porte d'entrée et un trait d'union vers d'autres services, pour les usagers de drogues injectées à très hauts risques. Les CIS sont toutefois également utilisés, en particulier en Europe où la couverture en traitement de substitution est élevée, par des usagers de drogues injectées en traitement qui n'ont pas (encore) pu abandonner l'injection ou qui sont en phase de rechute. Cette réalité doit être prise en compte de façon à ce que l'existence d'un traitement en cours puisse être reconnue, discutée sans jugement avec l'utilisateur de façon à permettre, le cas échéant, une reprise ou un meilleur suivi du traitement. Le lien avec les autres offres du réseau de soin devrait donc être particulièrement cultivé, en dépassant le clivage encore trop présent entre traitement et réduction des risques.

Il faut rappeler que les CIS existants opèrent dans des environnements avec une offre de services et un fonctionnement variables. Pour que les CIS soient efficaces, il est nécessaire qu'ils répondent à des besoins identifiés qui peuvent être différents selon le contexte (par exemple : importance de l'injection en public, du nombre d'usagers de drogues injectées sans contact ou en rupture avec des structures de soin, du nombre d'overdoses mortelles, des problèmes de santé liés à l'injection tels que les abcès et le mauvais état des veines...) et qu'ils soient capables de couvrir ces besoins. L'identification des besoins et la proposition d'une offre en services appropriée sont donc une étape très importante. L'intégration des CIS dans un dispositif plus large de services, avec une bonne communication entre les services est un élément de leur réussite.

Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation devrait reposer sur un consensus entre les acteurs locaux : santé, police, autorités politiques et administratives, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Ceci demande une phase de préparation, d'explication et de communication, compte tenu des représentations souvent négatives des CIS qui prévalent. L'expérience montre que la bonne communication entre les différents acteurs sur l'activité du CIS reste importante en permanence dans la conduite d'un CIS. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément important du processus d'acceptation des CIS, elle devrait être suivie d'un monitoring de routine des prestations servies et de la fréquentation du CIS.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRESEN MA, BOYD N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2010, **21** : 70-76

ANORO M, ILUNDAIN E, SANTISTEBAN O. Barcelona's safer injection facility-EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues* 2003, **33** : 689-711

AUBISSON S, CARRIERI P, LOVELL AM, BEN DIANE MK, PERETTI-WATEL P, et coll. New tools for preventing and evaluating risk practices for hepatitis C transmission among injection drug users: some reflections on injection rooms and the measurement of risk-taking behaviors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006, **54** : 1S69-1S75

BAYOUMI AM, ZARIC GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Cmaj* 2008, **179** : 1143-1151

BELETSKY L, DAVIS CS, ANDERSON E, BURRIS S. The law (and politics) of safe injection facilities in the United States. *Am J Public Health* 2008, **98** : 231-237

BENNINGHOFF F, SOLAI S, HUISSOUD T, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de quai 9 "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Période 12/2001-12/2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed). Département de l'action sociale et de la santé, 2003, 186p

BRAVO MJ, ROYUELA L, DE LA FUENTE L, BRUGAL MT, BARRIO G, et coll. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction* 2009, **104** : 614-619

BROADHEAD RS, KERR TH, GRUND JPC, ALTICE FL. Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives. *Journal of Drug Issues* 2002, **32** : 329-355

CRUZ MFI, PATRA J, FISCHER B, REHM JE, KALOUSEK K. Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 54-61

CUSICK L, KIMBER J. Public perceptions of public drug use in four UK urban sites. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 10-17

DE JONG W, WEBER U. The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *Int J Drug Policy* 1999, **10** : 99-108

DEBECK K, WOOD E, ZHANG R, TYNDALL M, MONTANER J, et coll. Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008, **3** : 11

DES JARLAIS DC, ARASTEH K, HAGAN H. Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *Cmaj* 2008, **179** : 1105-1106

DOLAN K, KIMBER J, FRY C, FITZGERALD J, MCDONALD D, et coll. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev* 2000, **19** : 337-346

DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, JEANNIN A. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *Eur Addict Res* 2008, **14** : 1-10

ELLIOTT R, MALKIN I, GOLD J. Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques. Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2002, 76p

EXPERT ADVISORY COMMITTEE. Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? Final report of the Expert Advisory Committee, 2008

FAST D, SMALL W, WOOD E, KERR T. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J* 2008, **5** : 32

FISCHER B, TURNBULL S, POLAND B, HAYDON E. Drug use and urban order: examining supervised injection sites (SISs) as 'governmentality'. *Int J Drug Policy* 2004, **15** : 357-365

FREEMAN K, JONES CG, WEATHERBURN DJ, RUTTER S, SPOONER CJ, et coll. The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug Alcohol Rev* 2005, **24** : 173-184

FRY CL. Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implications for uptake. *Int J Drug Policy* 2002, **13** : 471-476

FRY CL. Safer injecting facilities in Vancouver: considering issues beyond potential use. *Can Med Assoc J* 2003, **169** : 777-778

FRY CL, TRELOAR C, MAHER L. Ethical challenges and responses in harm reduction research: promoting applied communitarian ethics. *Drug Alcohol Rev* 2005, **24** : 449-459

GREEN T, HANKINS C, PALMER D, BOIVIN JF, PLATT R. Ascertaining the need for a supervised injecting facility (SIF): The burden of public injecting in Montreal, Canada. *J Drug Issues* 2003, **33** : 713-732

GREEN TC, HANKINS CA, PALMER D, BOIVIN JF, PLATT R. My place, your place, or a safer place: the intention among Montreal injecting drug users to use supervised injecting facilities. *Can J Public Health* 2004, **95** : 110-114

HAEMMIG R, VAN BEEK I, PATES R, MCBRIDE A, ARNOLD K. Supervised Injecting Rooms. In : *Injecting illicit drugs*. Blackwell Publishing. Malden, MA US, 2005

HEDRICH D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre and Drug Addiction (ed), 2004, 96p

HEDRICH D, KERR T, DUBOIS-ARBER F. Drug consumption facilities in Europe and beyond. In : Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Monograph 10. RHODES T, HEDRICH D (eds). Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010

HUNT N. An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation, 2006

HUNT N, LLOYD C, KIMBER J, TOMPKINS C. Public injecting and willingness to use a drug consumption room among needle exchange programme attendees in the UK. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 62-65

JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION. The report of the independent working group on drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation (ed), 2006

KERR T, WOOD E, SMALL D, PALEPU A, TYNDALL MW. Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. *Cmaj* 2003, **169** : 759-763

KERR T, TYNDALL M, LI K, MONTANER J, WOOD E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005, **366** : 318

KERR T, TYNDALL MW, LAI C, MONTANER JS, WOOD E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *Int J Drug Policy* 2006a, **17** : 436-441

KERR T, STOLTZ JA, TYNDALL M, LI K, ZHANG R, et coll. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ* 2006b, **332** : 220-222

KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, LAI C, MONTANER JS, et coll. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health* 2007, **97** : 1228-1230

KIMBER J, MACDONALD M, VAN BEEK I, KALDOR J, WEATHERBURN D, et coll. The Sydney medically supervised injecting centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *J Drug Issues* 2003a, **33** : 639-648

KIMBER J, DOLAN K, VAN BEEK I, HEDRICH D, ZURHOLD H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 2003b, **22** : 227-233

KIMBER J, DOLAN K, WODAK A. Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review* 2005, **24** : 21-24

KIMBER J, HICKMAN M, DEGENHARDT L, COULSON T, VAN BEEK I. Estimating the size and dynamics of an injecting drug user population and implications for health service coverage: comparison of indirect prevalence estimation methods. *Addiction* 2008a, **103** : 1604-1613

KIMBER J, MATTICK RP, KALDOR J, VAN BEEK I, GILMOUR S, et coll. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev* 2008b, **27** : 602-612

LEUTHOLD A, CATTANEO M, DUBOIS-ARBER F. Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge. *Soz- Präventivmed* 1993, **38** : 206-216

LLOYD C, HUNT N. Drug consumption rooms: An overdue extension to harm reduction policy in the UK? *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 5-9

MAHER L, SALMON A. Supervised injecting facilities: how much evidence is enough? *Drug Alcohol Rev* 2007, **26** : 351-353

MALKIN I, ELLIOTT R, MCRAE R. Supervised injection facilities and international law. *J Drug Issues* 2003, **33** : 539-578

MILLOY MJS, KERR T, MATHIAS R, ZHANG R, MONTANER JS, et coll. Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008a, **34** : 499-509

MILLOY MJ, KERR T, TYNDALL M, MONTANER J, WOOD E. Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLoS ONE* 2008b, **3** : e3351

MSIC EVALUATION COMMITTEE. Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003

NOËL L, GAGNON F, BÉDARD A, DUBÉ E. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature. Institut national de santé publique du Québec (ed), 2009, 103p

PEARSHOUSE R, ELLIOTT R. Une main secourable : questions juridiques entourant l'assistance à l'injection dans les lieux supervisés pour l'injection. Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2007, 47p

PETRAR S, KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, MONTANER JSG, et coll. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav* 2007, **32** : 1088-1093

POSCHADEL S, HÖGER R, SCHNITZLER J, SCHRECKENBERGER J. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für gesundheit und soziale sicherung (ed). Nomos-Verlag-Gesellschaft, Baden-Baden, 2003

RHODES T, KIMBER J, SMALL W, FITZGERALD J, KERR T, et coll. Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction* 2006, **101** : 1384-1393

RONCO C, SPUHLER G, CODA P, SCHÖPFER R. Evaluation des Gassenzimmer I,II und III in Basel. *Soz Präventivmed* 1996a, **41** : S58-S68

RONCO C, SPUHLER G, KAISER R. Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige" in Luzern. *Soz Präventivmed* 1996b, **41** : S45-S57

SALMON AM, THEIN HH, KIMBER J, KALDOR JM, MAHER L. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 46-53

SALMON AM, DWYER R, JAUNCEY M, VAN BEEK I, TOPP L, et coll. Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug Alcohol Depend* 2009, **101** : 132-136

SCHERBAUM N, SPECKA M, BOMBECK J, MARRZINIAK B. Drug consumption facility as part of a primary health care centre for problem drug users - Which clients are attracted? *Int J Drug Policy* 2009, **20** : 447-449

SOLAI S, BENNINGHOFF F, MEYSTRE-AGUSTONI G, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève : deuxième phase 2003. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004, 124p

SOLAI S, DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, BENAROYO L. Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *Int J Drug Policy* 2006, **17** : 17-22

SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH. "Ein Ort, wo man sein kann". Die Zukunft der "Harm Reduction" am Beispiel der Kontakt- und Anlaufstellen des Stadt Zürich. Sozialdepartement der Stadt Zürich, 2008

SPREYERMANN C, WILLEN C. Pilotprojekt Cactus: Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel. Sfinx, 2002

SPREYERMANN C, WILLEN C. Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen. Sfinx, 2003

STOLTZ JM, WOOD E, MILLER C, SMALL W, LI K, et coll. Characteristics of young illicit drug injectors who use North America's first medically supervised safer injecting facility. *Addict Res Theor* 2007, **15** : 63-69

STRATHDEE SA, POLLINI RA. A 21st-century Lazarus: the role of safer injection sites in harm reduction and recovery. *Addiction* 2007, **102** : 848-849

THEIN H, KIMBER JO, MAHER L, MACDONALD M, KALDOR JM. Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Int J Drug Policy* 2005, **16** : 275-280

TYNDALL MW, KERR T, ZHANG R, KING E, MONTANER JG, et coll. Attendance, drug use patterns, and referral made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2006, **83** : 193-198

VAN DER POEL A, BARENDREGT C, VAN DE MHEEN D. Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *Eur Addict Res* 2003, **9** : 100

WODAK A, SYMONDS A, RICHMOND R. The role of civil disobedience in drug policy reform: How an illegal 'safer injection room' led to a sanctioned, 'medically supervised injection center'. *J Drug Issues* 2003, **33** : 609-624

WOLF J, LINNSEN L, DE GRAAF I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* 2003, **3** : 649-662

WOOD E, KERR T, SPITTAL PM, LI K, SMALL W, et coll. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *JAIDS* 2003, **32** : 2-8

WOOD E, KERR T, LLOYD-SMITH E, BUCHNER C, MARSH DC, et coll. Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduct J* 2004a, **1** : 1-5

WOOD E, KERR T, SMALL W, LI K, MARSH DC, et coll. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Can Med Assoc J* 2004b, **171** : 731-734

WOOD E, TYNDALL MW, LI K, LLOYD-SMITH E, SMALL W, et coll. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *Am J Prev Med* 2005b, **29** : 126-130

WOOD E, TYNDALL M, STOLTZ JA, SMALL W, ZHANG R, et coll. Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 2005c, **16** : 281-284

WOOD E, TYNDALL MW, STOLTZ JA, SMALL W, LLOYD-SMITH E, et coll. Factors associated with syringe sharing among users of medically supervised safer injecting facility. *Am J Infect Dis* 2005d, **1** : 50-54

WOOD E, TYNDALL MW, ZHANG R, STOLTZ JA, LAI C, et coll. Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services. *N Engl J Med* 2006a, **354** : 2514

WOOD E, TYNDALL MW, QUI Z, ZHANG R, MONTANER JSG, et coll. Service Uptake and Characteristics of Injection Drug Users Utilizing North America's First Medically Supervised Safer Injecting Facility. *Am J Public Health* 2006b, **96** : 770-773

WOOD E, TYNDALL MW, MONTANER JS, KERR T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj* 2006c, **175** : 1399-1404

WOOD E, TYNDALL MW, LAI C, MONTANER JSG, KERR T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2006d, **1** : 13

WRIGHT NMJ, TOMPKINS CNE. Supervised injecting centres. *BMJ: British Medical Journal* 2004, **328** : 100-103

ZAJDOW G. The narrative of evaluations: Medically supervised injecting centers. *Contemporary Drug Problems* 2006, **33** : 399-426

ZOBEL F, DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisée à la demande de l'office fédéral de la santé publique. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed), 2004, 31p

ZOBEL F, THOMAS R, ARNAUD S, DE PREUX E, RAMSTEIN T, et coll. Global evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems (ProMeDro). Fourth Synthesis Report 1999-2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2003

ZURHOLD H, DEGKWITZ P, VERTHEIN U, HAASEN C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003, **33** : 663-688

13

Parcours de soins des usagers de drogues

Outre la mise à disposition de matériel stérile et les traitements de substitution, la réduction des risques comprend également la prise en charge des infections virales chroniques (infection à VIH sida et hépatites virales B et C) chez les usagers de drogues. En diminuant la prévalence virale dans la population, le traitement des hépatites B et C est un outil de réduction des risques. Cet aspect est rappelé dans les textes de référence : le Code de santé publique, les différents plans d'action gouvernementaux des dernières années que sont les plans « Addictions » et « Sida » (en cours de révision), le plan « Mildt 2008-2011 », le plan « Hépatites 2009-2012 » (DGS, 2009) et le rapport Yeni (2008) sur la prise en charge du sida en France.

La prise en charge sanitaire des usagers de drogues est mentionnée dans ces textes sous l'angle des infections virales chroniques, ou alors indirectement par rapport à l'hébergement ou la réduction des risques. Dans le plan « Mildt », figure une fiche action « VHC prise en charge » spécifique. Dans le plan « Hépatites », il existe un axe spécifique prison, des items « Prévention de l'injection et réduction des risques de l'injection », un rappel de la nécessité de la vaccination VHB dans les Csapa. Dans le rapport Yeni 2008, il est rappelé qu'« il n'y pas de signe de reprise de la transmission du VIH chez les usagers de drogues » et que « l'usage de drogues et le partage de seringues sont des pratiques reconnues en détention mais minorées par les autorités... ».

Alors que la littérature internationale sur la prise en charge des usagers de drogues est très abondante, il faut souligner que la littérature française reste parcellaire. Elle repose sur des études locales et des communications présentées uniquement en congrès. Compte-tenu des différences structurelles importantes de prise en charge (accès aux traitements de substitution aux opiacés, organisation du soin en prison, système d'assurance et de droits sociaux) selon les pays, la transposition des expériences étrangères demeure difficile. Même imparfaites sur le plan méthodologique, les expériences françaises méritent d'être considérées.

Lieux de soins

Il existe différents lieux de passage des usagers de drogues qui pourraient être des lieux de soins et de dépistage potentiels : CSST/Csapa, Caarud bien évidemment mais aussi les Ucsa (Unité de consultations et de soins ambulatoires, les centres hospitaliers et hospitalo-universitaires, Pass (Permanences d'accès aux soins de santé), Ecimud (Équipes de coordination et d'intervention auprès de malades usagers de drogues), EPSM (Établissement public de santé mentale), Sau (Service d'accueil des urgences), services d'addictologie, d'hépatogastroentérologie, de médecine interne, de maladies infectieuses... (Litwin et coll., 2007 ; Remy, 2007 ; Hickman et coll., 2008).

Moussalli et coll. en 2007 relatent la situation dans 162 structures CSST/Csapa (représentant 200 médecins et 64 départements) avec en moyenne 79 patients par centre ; le dépistage de l'hépatite C proposé dans 71 % de ces centres est refusé par 25 % des sujets ; 2 usagers de drogues sur 3 font tout ou une partie du bilan prescrit ; 10 % des sujets VHC positifs sont traités ; 25 % des médecins n'ont aucun patient traité.

Un dépistage systématique des hépatites virales et du sida est proposé dans 75 % des Ucsa, et 17 % des sujets VHC positif sont traités (Remy et coll., 2003 ; Remy, 2007). Au plan international, des études ont montré que l'acceptabilité du dépistage chez les usagers de drogues est bonne (Day et coll., 2008) et que ces dépistages pouvaient également être envisagés en milieu urbain directement dans la rue (Day et coll., 2008).

Populations concernées

Plusieurs auteurs soulignent que le dépistage devrait être proposé à tous les usagers de drogues quelles que soient les suppositions de pratiques à risque ou de facteurs de risque (Chossegros et coll., 2008). Les pratiques à risque potentiellement contaminantes sont nombreuses : injections, sniff, usage de pipes à crack, tatouages, relations sexuelles non protégées, y compris en milieu carcéral et/ou chez des usagers de drogues bénéficiant d'un traitement de substitution. Actuellement, seul le dépistage annuel de l'infection à VIH est recommandé chez les usagers de drogues par la Haute Autorité de Santé. Il serait logique d'y associer le dépistage des hépatites virales C et B (en l'absence de vaccination efficace), voire d'autres infections sexuellement transmissibles, comme les chlamydioses. En effet, parmi les différents modes de transmission du VHC, la part attribuée à l'usage de drogues, si elle est variable selon la structure de prise en charge, est toujours supérieure à 50 %, voire quasi-exclusive dans les Ucsa ou CSST/Csapa méthadone. Par ailleurs, la précarité, situation fréquente chez les usagers de drogues, est un marqueur de risque d'hépatite virale chronique. Selon l'étude de l'InVS (2004) sur 14 416 assurés sociaux (0,38 % usagers de drogues injectées), la prévalence de

l'hépatite C est estimée à 0,84 % (1,05 % en 1994), identique chez les hommes et les femmes, elle est de 2,65 chez les personnes bénéficiant de la CMU. La prévalence de l'hépatite B est de 0,68 % (1,19 % chez les hommes, 0,16 % chez les femmes) et de 2,06 % dans la population couverte par la CMU.

Mortalité et morbidité

La mortalité et la morbidité (donc de fait les dépenses de soins ultérieures) liées aux infections virales chroniques (VIH, VHC, VHB) diminuent en cas de prise en charge précoce, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce, pour agir notamment sur les facteurs de comorbidité, en premier lieu la consommation d'alcool. L'incidence du VHC était de 9 pour 100 personnes-années chez les usagers de drogues entre 1999 et 2001 (Lucidarme et coll., 2004) dans le Nord et l'Est de la France. Les contaminations sont précoces mais augmentent avec la durée de l'usage de drogues. Le traitement des hépatites C récentes étant plus efficace (Grebely, 2007), il est important de renouveler le dépistage chez les usagers de drogues séronégatifs et ceux ayant des pratiques à risque persistantes.

Comme les pratiques à risque ne cessent pas avec la mise en place d'un traitement substitutif aux opiacés et/ou l'incarcération, le dépistage dans un lieu connu de l'usager de drogues permettrait un meilleur suivi et une meilleure efficacité de traitement. Les périodes à « risque » qui requièrent une surveillance particulière, sont le début de consommation(s), la reprise de consommation(s) (sortie de prison), le manque de matériel (prison, grande précarité). Dans une étude en Poitou-Charentes entre 2002 et 2007, portant sur le suivi du dépistage de l'hépatite C (Defossez et coll., 2008), 33 % des usagers de drogues ne consultaient pas pour un rendu de résultat positif VHC ; 56 % des tests sérologiques étaient prescrits à des sujets qui savaient qu'ils étaient VHC positifs.

Dans l'étude comparative menée dans les CHU/pôles de référence portant sur les nouveaux patients pris en charge en 2001 (867 patients) et en 2007 (461 patients) (InVS, 2009), le pourcentage d'usagers de drogues reste stable : 39,6 % *versus* 35,1 % pour la voie intraveineuse, 15,1 % *versus* 12,5 % pour la voie nasale, usagers de sexe masculin et d'âge inférieur à 50 ans. Le pourcentage de sujets alcooliques n'est pas modifié non plus (31,3 % *versus* 27,6 %). La part attribuée à l'usage de drogues parmi les différents modes de transmission du VHC est variable selon la structure de prise en charge, quasi exclusive dans les Ucsa ou CSST/Csapa méthadone, inférieure à 50 % dans les CHU.

La compliance et la réponse aux traitements des usagers de drogues sont identiques à celles des malades traités non usagers de drogues (Robayes et coll., 2006 ; Brugman et coll., 2008 ; Chossegros et coll., 2008 ; Metha et coll., 2008). Les médicaments utilisés et la durée de traitement sont identiques (Davis et Rodrigue, 2001). Les représentations et perceptions de

l'hépatite C et de son traitement ne sont pas un frein mais celles des soignants pourraient l'être (Jauffret-Roustide et coll., 2009b). Une nouvelle contamination après guérison reste rare, elle peut être à nouveau traitée (Dalgard et coll., 2002 ; Micallef et coll., 2007). Cependant, les données actuelles sont insuffisantes pour connaître le nombre des patients infectés et suivis dans les structures de soins dédiées : 1/3 seulement des CSST et des Ucsa disposent d'une consultation d'hépatologie et/ou de maladies infectieuses. Le dépistage qui est proposé dans 3/4 de ces structures, et les refus sont peu nombreux en pratique (Moussali et coll., 2007 ; Remy, 2007). Le délai important pour obtenir un rendez-vous de consultation dans certains services hospitaliers, notamment universitaires, ne permet pas de répondre à la demande « dans l'instant » de certains usagers de drogues. Un outil alternatif serait la discussion multidisciplinaire des dossiers des personnes atteintes ; il permettrait de pallier l'absence de consultations physiques (Guadagnino et coll., 2007).

Dépistage, traitement et prévention

Le dépistage des infections virales chroniques fait appel à une sérologie classique, de préférence couplée directement à un dosage simultané des acides nucléiques et des enzymes hépatiques afin de limiter le nombre de prélèvements sanguins. Se pose dans cette population, la question de l'intérêt de l'utilisation des tests salivaires et/ou de la méthode du buvard, des Quick-Test pour le VIH car il s'agit plus de méthodes de sensibilisation que de véritable dépistage. Pour certaines, la validation n'est pas encore acquise. Il est cependant essentiel de standardiser les bilans biologiques pour éviter des prélèvements multiples après une première sérologie positive chez des sujets au capital veineux limité. Le dépistage peut être proposé par l'ensemble des acteurs soignants mais aussi sociaux et associatifs.

Pour l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique, les tests physiques (Fibroscan[®]) ou biologiques (Fibrotest[®], Fibromètre[®]) doivent être privilégiés, là aussi de préférence sur le même lieu de prise en charge, y compris chez les usagers de drogues toujours injecteurs (Edlin et coll., 2001 ; Grebely et coll., 2007 ; Foucher et coll., 2009). Pour les traitements anti-(rétro)viraux, la prescription initiale, le renouvellement et le suivi peuvent également être faits sur site, cependant ils nécessitent l'implication sur le long terme d'équipes hospitalières, ce qui est très « personne-dépendante » et soumise à l'engagement parfois militant de certains médecins. Les médecins spécialistes libéraux sont peu présents dans ces structures.

La vaccination antivirale B doit être promue et proposée de façon systématique chez les usagers de drogues. C'est l'une des missions fixées aux Csapa. Les médecins généralistes sont très réticents actuellement à prendre en charge cette vaccination. En effet, la couverture vaccinale des usagers de drogues est faible et l'immunité spontanée acquise inférieure à 30 % (Kuo et coll., 2004 ;

Polizzoto et Whelan, 2007 ; Amesty et coll., 2008). Il a été observé chez les usagers de drogues une diminution des contaminations virales B entre 1993-1998 puis une augmentation entre 1999-2004. Selon les données du dispositif de déclaration obligatoire des hépatites aiguës B, la contamination par voie sexuelle est très majoritaire en France. La réalisation des injections vaccinales dans le même lieu de prise en charge de la toxicomanie et du traitement de substitution semble permettre une vaccination efficace, sans même nécessiter une sérologie préalable pour certains auteurs (Judd et coll., 2007 ; De La Fuente et coll., 2007 ; Vallejo et coll., 2008).

Acteurs de la prise en charge

La prise en charge des usagers de drogues peut se faire lors de toute consultation de médecin généraliste et spécialiste (Litwin et coll., 2007 ; Pellicelli et coll., 2008), en particulier lors de la prescription de traitements substitutifs aux opiacés car cela augmente l'accès au dépistage, à l'évaluation et au traitement des hépatites virales. Cette prise en charge doit se faire également dans les lieux d'accès aux soins non dédiés initialement à la prise en charge du sida et hépatites (Ucsa, Pass Caarud, Csapa, CSST) et impliquer tous les acteurs soignants mais aussi sociaux et associatifs. La poursuite des injections chez un usager de drogues ne diminue pas l'observance et la réponse aux traitements antiviraux de l'hépatite C (Strathdee et coll., 2005 ; Hopwood et coll., 2007).

Prise en charge des cofacteurs

Les comorbidités fréquentes chez les usagers de drogues sont également à prendre en charge : VHC, VIH, VHB, VHD, alcool, tabac, cannabis, NASH syndrome métabolique et surpoids, maladies psychiatriques, autres infections notamment cutanées (Schafer et coll., 2009 ; Lang et coll., 2009). La consommation d'alcool chez les usagers de drogues est importante : jusqu'à 40 % des sujets infectés par le VHC seraient alcoolodépendants selon les séries et les centres de soins et inversement 5 à 15 % des patients alcoolodépendants seraient VHC positifs. L'analyse des données présentées dans les rapports standardisés des Csapa permettra de mieux connaître la réalité de terrain en France car actuellement la plupart des centres (d'alcoologie ou CSST) ont une activité centrée sur une consommation définie. Il existe également des différences de l'infection par le VHC et dans la prise en charge entre les centres « associatifs » et les centres institutionnels psychiatriques. Des améliorations sont observées lorsque la prise en charge est multidisciplinaire (Cournot et coll., 2004 ; Sulkowski et coll., 2005 ; Remy, 2007).

L'alcool entraîne une levée d'inhibitions qui augmente les prises de risque et les polyconsommations (dont l'importance est en pratique mal connue).

L'alcool aggrave la fibrose, diminuerait l'observance aux traitements voire la réponse au traitement mais ceci reste controversé. En cas d'hépatite virale B ou C, les études n'ont pas mis en évidence de seuil de consommation d'alcool sans risque. Il est par ailleurs observé une diminution de la consommation d'alcool après le diagnostic de l'hépatite C (Noonan et coll., 2009). Une addiction supplémentaire au tabac n'est pas prise en charge.

Cibles prioritaires de dépistage

Les populations particulièrement vulnérables aux infections virales chroniques sont les sujets en grande précarité, les migrants, les détenus et retenus (Remy, 2006), les femmes, les prostitué(e)s (Jauffret-Roustide et coll., 2009b), les malades psychiatriques, les jeunes lors des périodes d'initiation ou en milieu festif.

La politique de réduction des risques a un fort impact sur la transmission du VIH mais sa portée resterait limitée sur la transmission du VHC (Jauffret-Roustide et coll., 2004 et 2006a ; Lert et coll., 2006). Ces résultats sont en partie liés à une plus forte transmissibilité du VHC que du VIH. La transmission du VIH est liée à la seringue et à la contamination par voie sexuelle ; celle des hépatites virales est liée à la seringue et au petit matériel, à la pratique du sniff... sans oublier la transmission par voie sexuelle.

En conclusion, le parcours de soins, du dépistage au traitement, est possible et réaliste pour les usagers de drogues. Les lieux de contact sont multiples : Caarud et Csapa en premier lieu mais aussi Ucsa, SAU, médecins généralistes, lieux associatifs. Il est indispensable que le dépistage soit systématiquement proposé par tous les acteurs : médecins, infirmiers, acteurs sociaux et associatifs. Les méthodes doivent être multiples, dépistage classique ou « rapide », avec des techniques de prélèvement classique, mais aussi par auto-prélèvement ou par voie capillaire. La consultation de rendu de résultat est essentielle ; si le dépistage est négatif, c'est l'occasion de conseils de prévention, de proposition d'une vaccination antivirale B ; si le dépistage est positif, le rendu doit aboutir à la réalisation d'un bilan complémentaire, l'orientation vers une consultation spécialisée (de préférence sur le même site), soit physique soit sur dossier. L'évaluation non invasive de la fibrose hépatique doit pouvoir être également réalisée sur site (Foucher et coll., 2009), comme le traitement anti(rétro)viral, que ce soit pour la prescription initiale et le renouvellement. Ceci nécessite une médicalisation de structures parfois peu habituées, une implication des équipes hospitalières mais aussi des médecins libéraux comme le prouve l'expérience des microstructures (De Nino et coll., 2009). En revanche, la plupart des programmes d'éducation thérapeutique actuels sont intra-hospitaliers (Yeni, 2008) et excluent de fait les patients pris en charge en médecine libérale ou dans les consultations avancées d'hépatologie.

L'accès des usagers de drogues au dépistage et aux traitements des hépatites virales et du VIH reste insuffisant en 2010 par rapport aux capacités du système sanitaire, social et associatif. La prise en charge doit se situer dans une démarche de soins globale abordant les autres problèmes de santé comme la consommation d'alcool à risque...

BIBLIOGRAPHIE

AMESTY S, OMPAD DC, GALEA S, FULLER CM, WU Y, et coll. Prevalence and correlates of previous hepatitis B vaccination and infection among young drug-users in New York City. *J Community Health* 2008, **33** : 139-148

BRUGGMANN P, FALCATO L, DOBER S, HELBLING B, KEISER O, et coll. Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *J Viral Hepat* 2008, **15** : 747-752

CHOSSEGROS P, MELIN P, HEZODE C, BOURLIERE M, POL S, et coll. A French prospective observational study of the treatment of chronic hepatitis C in drug abusers. *Gastroenterol Clin Biol* 2008, **32** : 850-857

COURNOT M, GLIBERT A, CASTEL F, DRUART F, IMANI K, et coll. Prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogue actifs : expérience d'une unité d'hépatologie et d'addictologie. *Gastroenterol Clin Biol* 2004, **28** : 533-539

DALGARD O, BJORO K, HELLUM K, MYRVANG B, SKAUG K, et coll. Treatment of chronic hepatitis C in injecting drug users: 5 years' follow-up. *Eur Addict Res* 2002, **8** : 45-49

DAVIS GL, RODRIGUE JR. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *N Engl J Med* 2001, **345** : 215-217

DAY CA, WHITE B, THEIN HH, DOAB A, DORE GJ, et coll. Experience of hepatitis C testing among injecting drug users in Sydney, Australia. *Aids Care* 2008, **20** : 116-123

DE LA FUENTE L, TORO C, BRUGAL MT, VALLEJO F, SORIANO V, et coll. Poor validity of self-reported HBV vaccination among young heroin users in Spain supports the policy "don't ask, draw a blood sample, vaccinate and try to schedule another visit". *J Clin Virol* 2007, **38** : 87-90

DEFOSSEZ G, VERNEAU A, INGRAND I, SILVAIN C, INGRAND P, BEAUCHANT M. Evaluation of the French national plan to promote screening and early management of viral hepatitis C, between 1997 and 2003: a comparative cross-sectional study in Poitou-Charentes region. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008, **20** : 367-372

DGS (Direction Générale de la Santé). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. 2009, 87p

DI NINO F, IMBS JL, MELENOTTE GH, RMS , DOEFFLEL M. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. *BEH* 2009, **37** : 400-402

EDLIN BR, SEAL KH, LORVICK J, KRAL AH, CICCARONE DH, et coll. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Engl J Med* 2001, **345** : 211-215

FOUCHER J, REILLER B, JULLIEN V, LEAL F, DI CESARE ES, et coll. FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. *J Viral Hepat* 2009, **16** : 121-131

GREBELY J, RAFFA JD, MEAGHER C, DUNCAN F, GENOWAY KA, et coll. Directly observed therapy for the treatment of hepatitis C virus infection in current and former injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol* 2007, **22** : 1519-1525

GUADAGNINO V, TROTTA MP, MONTESANO F, BABUDIERI S, CAROLEO B, et coll. Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes. *Addiction* 2007, **102** : 423-431

HAS (HAUTE AUTORITE DE SANTE). Méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique au cours des hépatopathies chroniques. Synthèse, conclusion et perspectives. Haute Autorité de Santé, 2006, 13p

HICKMAN M, MCDONALD T, JUDD A, NICHOLS T, HOPE V, et coll. Increasing the uptake of hepatitis C virus testing among injecting drug users in specialist drug treatment and prison settings by using dried blood spots for diagnostic testing: a cluster randomized controlled trial. *J Viral Hepat* 2008, **15** : 250-254

HOPWOOD M, TRELOAR C. The drugs that dare not speak their name: Injecting and other illicit drug use during treatment for hepatitis C infection. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 374-380

INVS (INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE). Epidémiologie des hépatites B et C en France. *BEH* 2009, **20-21** : 195

INVS, CPAM, CETAF. (Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. 2005)

http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140205/rapport_analyse_descriptive.pdf

JAUFFRET-ROUSTIDE M, EMMANUELLI J, DESENCLOS JC. L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006a, **54** : 53-59

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y, BARIN F, EMMANUELLI J, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH* 2006b, **33** : 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, LE STRAT Y, COUTURIER E, et coll. Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France. *BEH* 2009a, **10-11** : 96-99

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, LE STRAT Y, COUTURIER E, et coll. Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue : enquête InVS-ANRS Coquelicot, France 2004-2007. *BEH* 2009b, **20-21** : 213-217

JUDD A, HICKMAN M, HOPE VD, SUTTON AJ, STIMSON GV, et coll. Twenty years of selective hepatitis B vaccination: is hepatitis B declining among injecting drug users in England and Wales? *J Viral Hepat* 2007, **14** : 584-591

- KUO I, SHERMAN SG, THOMAS DL, STRATHDEE SA. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. *Drug Alcohol Depend* 2004, **73** : 69-78
- LANG JP, MICHEL L, MELIN P, SCHOEFFLER M, GAUCHET A, ROUSSEAUX C, et coll. Prise en charge des troubles psychiatriques et des conduites addictives chez les patients atteints d'hépatite C en France. *Gastroenterol Clin Biol* 2009, **33** : 1-7
- LERT F. Can we stop the hepatitis C virus transmission in drug users? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006, **54** : 1S61-1S67
- LITWIN AH, KUNINS HV, BERG KM, FEDERMAN AD, HEAVNER KK, et coll. Hepatitis C management by addiction medicine physicians: results from a national survey. *J Subst Abuse Treat* 2007, **33** : 99-105 Ep
- LUCIDARME D, BRUANDET A, ILEF D, HARBONNIER J, JACOB C, et coll. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect* 2004, **132** : 699-708
- MEHTA SH, GENBERG BL, ASTEMBORSKI J, KAVASERY R, KIRK GD, et coll. Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *J Community Health* 2008, **33** : 126-133
- MICALLEF JM, MACDONALD V, JAUNCEY M, AMIN J, RAWLINSON W, et coll. High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat* 2007, **14** : 413-418
- MILDT. Soigner, insérer, réduire les risques. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies. 2008-2011. MILDT, 2008, 47-50
- MOUSSALLI J, MELIN P, WARTELE-BLADOU C, LANG JP. Management of hepatitis C among drug user patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007, **31** : 4S51-4S55
- NOONAN A, KAVANAGH P, SWEENEY B. Drug user' failure to modify alcohol consumption in response to hepatitis C. *Ir J Psych Med* 2009, **26** : 27-31
- PELLICELLI AM, BARBARO G, BARBARINI G, SOCCORSI F. Management of chronic hepatitis in drug addicts: a systematic review. *Clin Ter* 2008, **159** : 41-49
- POLIZZOTTO MN, WHELAN G. Hepatitis B immunity in a population of drug and alcohol users. *Drug Alcohol Rev* 2007, **26** : 417-419
- REMY AJ et les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : Enquête comparative 2000-2003. *Presse Médicale* 2006, **35** : 1249-1254
- REMY AJ, BENHAIM S, KHEMISSA F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. *Revue du Praticien* 2003, **17** : 1325-1327
- REMY AJ, SERRAF L, GALINIER A, HEDOUIN V, GOSSET D, WAGNER P and others POPHEC investigators. Treatment for hepatitis C in jailhouses is possible and successful: data of first national french study (POPHEC). *Hepatology Reviews* 2006, **2** : 30-32
- REMY AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2007, **31** : 566-568
- ROBAEYS G, VAN VLIERBERGHE H, MATHEI C, VAN RANST M, BRUCKERS L, BUNTINX F. Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from

intravenous drug use in comparison with other infection causes. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006, **18** : 159-166

SCHAFER A, WITTCHEN HU, BACKMUND M, SOYKA M, GOLZ J, et coll. Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioid dependent patients during maintenance therapy. *Addiction* 2009, **104** : 630-640

STRATHDEE SA, LATKA M, CAMPBELL J, O'DRISCOLL PT, GOLUB ET, et coll. Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis* 2005, **40** (suppl 5) : S304-S312

SULKOWSKI MS, THOMAS DL. Epidemiology and natural history of hepatitis C virus infection in injection drug users: implications for treatment. *Clin Infect Dis* 2005, **40** (suppl 5) : S263-S269

VALLEJO F, TORO C, DE LA FUENTE L, BRUGAL MT, BARRIO G, et coll. Hepatitis B vaccination: an unmet challenge in the era of harm reduction programs. *J Subst Abuse Treat* 2008, **34** : 398-340

YENI P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport pour le ministère de la Santé. Flammarion Médecine-Sciences, 2008, 412p

14

Rapport coût-efficacité des dispositifs de réduction des risques

La littérature internationale s'accorde sur le fait que les dispositifs de réduction des risques parmi lesquels les programmes d'échange de seringues (Reid, 2000 ; Laufer, 2001 ; Wodak et Cooney, 2005), les traitements de substitution (Zaric et coll., 2000 ; Barnett et coll., 2001), les actions de prévention ciblées (Pinkerton et coll., 2002 et 2004) ou encore les salles d'injection supervisées (Bayoumi et Zaric, 2008 ; Andresen et Boyd, 2009) permettent une économie certaine des coûts qu'aurait induit l'épidémie de VIH dans la population usagère de drogues. En d'autres termes, les budgets publics dépensés dans les actions et les dispositifs de réduction des risques de l'usage des drogues visant à éviter les contaminations par le VIH doivent être considérés comme des investissements qui rapportent à la collectivité sur le long terme en lui faisant économiser des coûts futurs de santé.

L'analyse coût-efficacité des actions et dispositifs de réduction des risques mais cette fois-ci face à l'épidémie du virus de l'hépatite C, est aujourd'hui d'actualité. Une revue de la littérature permet d'une part de mettre en relief les conclusions relatives des études coût-efficacité des différents dispositifs et actions de cette politique de santé publique, et d'autre part de discuter de cette politique au regard de cette épidémie.

Précisons d'emblée que les études relatives à cet objet sont relativement rares. Par comparaison aux études épidémiologiques, aux études sur les modes et les risques d'infection, sur les conséquences sanitaires ou celles sur l'efficacité en tant que telle des dispositifs, les analyses économiques font figure de parent pauvre. Compte tenu de la rareté des études disponibles, il était difficile de se limiter aux seules études publiées dans des revues à comité de lecture, même si les résultats émanant de ce type de travaux sont particulièrement mis en avant. Quelques rapports issus de la littérature grise ont aussi été pris en considération.

Dans un premier temps, c'est le poids économique que fait supporter le virus de l'hépatite C à la collectivité qui sera analysé, que ce coût soit spécifiquement attribuable à la population générale ou à la population usagère de drogues. Ce premier point soulignera la nécessité d'une réponse publique

efficace. Dans un second temps, les études d'évaluation conduites sur les actions et dispositifs de réduction des risques seront exposées et leurs résultats présentés. Il apparaît cependant nécessaire de faire au préalable, un point méthodologique expliquant la façon dont sont réalisées ces évaluations économiques, ceci afin de pouvoir mesurer toute la portée de leurs résultats.

Coût économique du VHC

Le virus de l'hépatite C est la cause d'un coût économique certain et conséquent pour les économies nationales. Aux États-Unis par exemple, le coût social⁴⁷ du virus de l'hépatite C a été estimé à 5,47 milliards de dollars pour l'année 1997 (soit 4,92 milliards d'euros 2008) ; les coûts directs de santé représentant à eux-seuls près de 1,8 milliard de dollars (1,62 milliard d'euros) (Leigh et coll., 2001). Une autre étude américaine fait quant à elle état d'un coût de santé direct et indirect annuel de 294 \$ (264 €) attribuable à chaque américain atteint par le virus de l'hépatite C, soit pour 2,5 millions d'individus infectés, 750 millions de dollars en 1998 (674 millions d'euros 2008) (Ray Kim, 2002).

En Australie en 1997, sur la base de la population consommatrice de drogues (environ 200 000 injecteurs dans l'année écoulée), il a été estimé que le coût annuel direct de santé pour 1 000 nouvelles infections était de l'ordre de 14,3 millions de dollars australiens (13,1 millions d'euros 2008) ; et que dans une perspective de 60 ans, ces 1 000 individus infectés, en fonction de la chronicité de leur pathologie, feraient supporter à la collectivité un coût de près d'un demi milliard de dollars australiens (321 millions d'euros 2008) (Brown et Crofts, 1998). En Nouvelle-Zélande, Sheerin et coll. (2003) se posant la question de l'ampleur du coût économique à ne pas traiter le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues, arrivent à des estimations comprises entre 166 et 400 millions de dollars néozélandais sur un horizon temporel de 60 ans.

Une étude européenne fait quant à elle état d'un coût direct de santé de 1,89 milliard d'euros engendré par les maladies infectieuses attribuables à l'usage de drogues pour l'année 1999. Le coût des contaminations par l'hépatite C du fait de la consommation de drogues serait de 750 millions d'euros (Postma et coll., 2001 et 2004).

En France pour l'année 2003, le coût social des drogues illicites a été estimé à 2,8 milliards d'euros (Kopp et Fénoglio, 2006a). Sur ce montant, les coûts

47. Le coût social d'un phénomène (pathologie, virus, drogue, criminalité...) regroupe l'ensemble des coûts de traitement du phénomène, les pertes de revenus et de productivité, les coûts de mise en œuvre des politiques publiques. Son calcul est fondé sur un scénario contrefactuel dans lequel on cherche à savoir quels coûts pour l'ensemble de la société seraient évités si le phénomène n'existait pas.

directs de santé liés aux pathologies du VHC attribuables à l'usage de drogues ont été évalués entre 239 et 249 millions d'euros ; un même ordre de grandeur était estimé pour le VIH (Kopp et Fénoglio, 2006b).

Au regard des coûts induits par l'épidémie de VHC dans la population des usagers de drogues, il est non seulement attendu des actions et dispositifs de réduction des risques une baisse du nombre de contaminations mais aussi que cette diminution se fasse de manière économiquement efficace. Autrement dit, le décideur public, en prise à des contraintes budgétaires fortes, attend que les réponses apportées dans le cadre de la politique de réduction des risques soient coût-efficaces.

Coût-efficacité des actions et dispositifs de réduction des risques

Avant de présenter les résultats d'évaluations des actions et dispositifs de réduction des risques, il convient d'exposer brièvement la méthodologie employée par ces études. Sa compréhension est importante pour porter un jugement sur les résultats.

Méthodologie des études coût-efficacité

Le plus souvent, les études de coût-efficacité des dispositifs procèdent méthodologiquement par simulation markovienne⁴⁸ calibrée sur les données spécifiques du dispositif et sur une période de moyen, voire de long terme. Ainsi, les modélisations mathématiques mises en œuvre dans les études ne visent en aucun cas à évaluer une politique globale de réduction des risques comme par exemple les centres d'injection supervisés ou les programmes de dépistage à l'échelon national, mais le centre d'injection supervisé de telle ville, voire de tel quartier ou encore le programme de dépistage du VHC mis en œuvre dans telle prison. Les évaluations économiques pratiquées sont micro-individuelles, elles ne concernent alors que des actions ou dispositifs spécifiques.

De plus, ces évaluations sont faites sur un intervalle de temps plus ou moins long, entre 10 à 80 ans. Il serait effectivement erroné de comparer des coûts de court terme de mise en place de l'action qui seraient certainement importants à des gains immédiats qui seraient a priori faibles du fait de l'histoire naturelle

48. Les simulations markoviennes s'appuient sur des modèles mathématiques probabilistes faisant passer les individus d'un état du monde à un autre en fonction de probabilités définies d'une part, par l'histoire naturelle des pathologies et d'autre part, par les dispositifs sanitaires mis en œuvre. Un individu a donc telle ou telle probabilité d'être infecté par le VHC et telle ou telle probabilité de décéder au final d'un carcinome hépatocellulaire en fonction des dispositifs mis en place : programme d'échange de seringues, dépistages, prise en charge...

des maladies infectieuses. On comprend alors la nécessité de recourir à cette méthode puisque d'une part, les épidémies de maladies infectieuses connaissent des cycles temporels d'expansion et de récession et que d'autre part, les pathologies découlant des contaminations apparaissent au cours du temps selon différentes probabilités d'occurrence. La simulation mathématique permet de considérer la progression naturelle de la maladie en tenant compte des actions prises pour l'éradiquer.

Les coûts (bâtiments, matériels, médicaments, ressources humaines...) sont donc comparés aux gains mesurés en nombre de contaminations évitées et en années de vie gagnées⁴⁹. Il est aussi à noter que ces études de coût-efficacité ne considèrent que le point de vue des financeurs directs des dispositifs qui ne sont autres que les financeurs publics et privés du système de santé du pays ou de la collectivité en question. En d'autres termes, le point de vue de ces études n'est que rarement sociétal quand il s'agit de prendre en compte les coûts générés par le VHC ou les gains issus du dispositif. Du fait de l'importance du coût social du VHC et celui des drogues illicites, si une approche moins micro-économique était utilisée, tous les dispositifs évalués seraient certainement très coût-efficaces en raison de l'épargne économique qu'ils produiraient.

Enfin, lorsque les études portent sur des périodes de temps aussi longues, il est également important de souligner que la préférence du financeur pour le présent est prise en compte. Le financeur valorise beaucoup plus les gains immédiats, ou tout du moins, plus rapprochés dans le temps que les gains intervenants tardivement dans le processus. En d'autres termes, le financeur préférant « 100 demain » à « 120 dans une semaine », la survenue chronologique des coûts issus de la maladie est un élément important du rapport coût-efficacité du dispositif évalué.

À partir de la revue de littérature internationale menée sur le sujet, les dispositifs de réduction des risques évalués ont été arbitrairement regroupés sous trois dénominations : d'une part les dispositifs « médicaux », c'est-à-dire ceux qui procèdent du dépistage et du traitement du VHC ; d'autre part les dispositifs de « terrain » comme les programmes d'échange de seringues ou encore les salles d'injection supervisées et enfin les dispositifs de réduction des risques à destination de populations captives, à l'instar des détenus.

49. L'économiste dispose effectivement d'outils de valorisation des années de vie gagnées, que cela soit en parfaite santé ou non. L'outil le plus largement utilisé est le QALY, c'est-à-dire le *Quality Adjusted Life Year* qui décrit des années de vie gagnées en parfaite santé. On considère généralement qu'un dispositif permettant de gagner un QALY pour un coût compris entre 30 000 et 50 000 euros est coût-efficace, ou tout du moins acceptable pour la société. Ce critère peut bien évidemment varier en fonction du dispositif ou des pathologies considérés.

Dispositifs « médicaux » de réduction des risques

Il est d'emblée important de préciser que le traitement du VHC a été économiquement évalué pour des populations usagères de drogues. Même si les traitements médicaux de l'hépatite C ne sont pas en tant que tel des mesures de réduction des risques, il était effectivement important de les évaluer au regard de la population particulière que représentent les usagers ou ex-usagers de drogues. En tenant compte des difficultés plus spécifiques à cette population comme les questions de l'adhésion au traitement, la tolérance et le risque de réinfection, l'analyse suggère qu'un traitement antiviral chez les anciens ou actuels injecteurs de drogues se révèle être coût-efficace : ces thérapies réduisant fortement les risques de développement de complications du foie, étendant l'espérance de vie et améliorant sa qualité (Wong et coll., 2004). Il a par ailleurs été montré que le rapport coût-efficacité des traitements VHC (traitement combinatoire seul ou avec interféron associé) était d'autant plus fort que les individus étaient stabilisés dans leur traitement de substitution aux opiacés (Sheerin et coll., 2004).

Concernant les traitements de substitution aux opiacés, que cela soit par méthadone ou par buprénorphine, il a été prouvé qu'ils favorisaient l'augmentation du nombre d'infections par VIH évitées et qu'ils étaient en définitive coût-efficaces (voir entre autres : Zaric et coll., 2000 ; Barnet et coll., 2001). L'efficacité et le bon rapport coût-efficacité de ces dispositifs pour limiter les infections par VIH sont dus au fait qu'ils encouragent la sortie de l'injection de drogues ou tout du moins qu'ils favorisent un ralentissement de la consommation par injection. Malgré cela, les conclusions ne sont pas aussi tranchées concernant le VHC.

Pollack et Heimer (2004) simulent un modèle où les traitements de substitution par méthadone proposés aux usagers de drogues modifient la fréquence de consommation de drogues, le taux de partage de l'équipement nécessaire à l'injection mais où subsistent des possibilités de rechute vers la consommation de drogues et d'abandon du traitement. L'objectif de ces auteurs est de déterminer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des traitements de substitution face aux épidémies de VIH et de VHC. Il ressort que les traitements par méthadone sont coût-efficaces dans la lutte contre le VIH mais qu'ils ne sont pas aussi performants dans la lutte contre l'épidémie de VHC. Les traitements de substitution par méthadone ne seraient alors pas coût-efficaces si l'on considère comme unique objectif la lutte contre le VHC.

La principale cause de cette non-efficacité des dispositifs est la plus grande infectiosité du VHC par rapport au VIH. Ainsi, dans le modèle mathématique, la probabilité d'être infecté suite à un échange de seringues par exemple est nettement plus élevée pour le VHC que pour le VIH. Les traitements par méthadone, ne conduisant pas à un abandon ou un ralentissement assez important de l'injection et du partage du matériel, n'arrivent alors pas à contrer efficacement cette particularité du VHC. Toutefois, Pollack et Heimer (2004) insistent sur le fait que deux variables de leur modèle apparaissent

être très sensibles et peuvent faire basculer cette conclusion. Dans les cas où le taux de rechute (un usager substitué qui reprend sa consommation de drogues et l'injection) et le taux de non-adhésion au programme sont très faibles, l'impact des programmes de traitement par méthadone sur l'épidémie de VHC peut être très favorable et ces derniers deviendraient alors économiquement justifiés.

La qualité des programmes de traitement de substitution est une variable déterminante de leur efficacité à lutter de façon économiquement rentable contre le VHC.

Un autre outil de la réduction des risques concernant le VHC est bien évidemment le dépistage de ce virus chez les usagers de drogues. Les études menées sur le sujet consistent non seulement à évaluer le dépistage en tant que tel mais aussi le traitement qui suit si le dépistage est positif. Autrement dit, l'action de réduction des risques s'inscrit dans le temps du dépistage puis du soin. Les analyses de coût-efficacité des actions de dépistage et de traitement des usagers de drogues se trouvant être infectés menées aussi bien en Italie (Tramarin et coll., 2008), en Angleterre (Leal et coll., 1999 ; Stein et coll., 2004 ; Castelnovo et coll., 2006) ou en France (Loubière et coll., 2003) concluent que ces mesures sont coût-efficaces.

Le rapport coût-efficacité du dispositif de dépistage et de mise en place d'un traitement si nécessaire varie toutefois en fonction du génotype du virus (Tramarin et coll., 2008) et du taux d'acceptation de la biopsie du foie (Leal et coll., 1999 ; Stein et coll., 2004). Ce dernier point est aujourd'hui hors de propos grâce aux moyens non invasifs de diagnostic. Si on tient compte de la difficulté à traiter les génotypes 1 et 4 du VHC, cela rend *in fine*, le rapport coût-efficacité du dispositif de dépistage et soins encore meilleur car les coûts de santé évités sont supérieurs.

Finalement, la vaccination pourrait être une solution très coût-efficace. Il a été montré que la vaccination contre le VHB des populations usagères de drogues se révélait être coût-efficace si on adopte une stratégie où tous les individus fréquentant un programme d'échange de seringues se font administrer la première dose de vaccin puis les autres doses selon un rythme accéléré à un puis à deux mois (Hu et coll., 2008). Bien que le vaccin contre le VHC n'existe pas encore, la simulation markovienne entreprise par Krahn et coll. (2005) donne des éléments d'anticipation intéressants. Sur la base de données empruntées à la vaccination contre l'hépatite B, ces auteurs montrent que la stratégie de vaccination contre le VHC des populations usagères de drogues se révèle coût-efficace, et ce, même si le coût du vaccin atteint les 300 dollars canadiens et que son efficacité est de 50 %. Il faut néanmoins souligner qu'en 2010, aucune étude même pré-clinique ne permet d'envisager l'accès à un vaccin à court ou à moyen terme.

Actions et dispositifs de « terrain »

Il a été démontré que les programmes d'échange de seringues sont coût-efficaces pour lutter contre l'épidémie de VIH (Reid, 2000 ; Laufer, 2001 ; Wodak et Cooney, 2005). C'est parce que ces programmes d'échange de seringues contribuent à la diminution du taux de partage ou de réutilisation du matériel d'injection qu'ils permettent une diminution des infections par VIH. Le coût de ces infections évitées mis en regard des coûts des programmes d'échange de seringues font que ces derniers se retrouvent être économiquement bénéfiques pour les financeurs de ces actions et pour la collectivité dans son ensemble (De Wit et Bos, 2004). Encore une fois, les conclusions n'apparaissent pas si évidentes concernant l'épidémie de VHC.

En effet, Hagan et coll. (1999) mettaient déjà en évidence dans une étude sur un programme d'échange de seringues à Seattle, l'impact quasi nul de cette action sur les incidences des contaminations par le VHC et le VHB. En toute logique, l'analyse de coût-efficacité menée par Pollack (2001) par simulation mathématique de l'impact d'un programme d'échange de seringues montre que l'effet de ces programmes est faible sur l'incidence et la prévalence du VHC chez les usagers de drogues. De plus, il ressort de cette simulation que le coût d'une infection par VHC évitée, sous des hypothèses pertinentes pour le cadre américain, serait de 250 000 dollars. Sous des hypothèses plus fortes (population ayant des comportements plus risqués), autrement dit des probabilités de contamination plus élevées, ce coût pourrait atteindre un million de dollars. Selon cet auteur, les programmes d'échange de seringues ne seraient pas coût-efficaces pour enrayer l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues.

Les études disponibles dans la littérature sur l'efficacité et le coût-efficacité des centres d'injection supervisés semblent faire écho à celles des programmes d'échanges de seringues. Aussi bien le centre d'injection supervisé de Vancouver que celui de Sydney ont fait l'objet d'analyse de coût-efficacité (Saha, 2008 ; Bayoumi et coll., 2008 ; Andresen et Boyd, 2009 ; Noël et coll., 2009). Il résulte de ces études d'une manière générale que ce type de dispositif apparaît être coût-efficace. Tous concluent sur le bien-fondé de l'investissement public dans cette action de réduction des risques visant l'usage de drogues. Les centres d'injection supervisés permettent non seulement d'atteindre des populations difficiles à toucher et de leur proposer une offre de santé mais aussi de réduire le nombre de surdoses et les risques pour la santé. Les usagers de drogues voient leur état de santé se stabiliser au contact de ces centres. Il convient aussi de souligner que les nuisances publiques liées à l'usage de drogues n'augmentent pas consécutivement à l'ouverture de tels centres (Noël et coll., 2009). Pour ces raisons, et surtout pour le nombre d'infections par VIH évitées, les centres d'injection supervisés ont été évalués comme coût-efficaces.

Toutefois, le distinguo entre VIH et VHC n'est pas toujours réalisé dans les études citées et il en découle une difficulté d'appréciation de l'impact de ces centres sur l'épidémie de VHC seule (voir Saha, 2008). L'étude de Bayoumi et

coll. (2008) permet néanmoins de mettre en relief l'impact des centres d'injection supervisés sur le VHC.

Ces auteurs, grâce à une modélisation mathématique calibrée sur le centre d'injection supervisé de Vancouver en Colombie Britannique, analysent avec différents scénarii l'impact de ce centre sur les épidémies de VIH et de VHC sévissant dans la population usagère de drogues. Les trois scénarii présentant une gradation dans les effets du centre d'injection supervisé sont les suivants : soit le centre d'injection permet une diminution du taux de partage des seringues ; soit une diminution du taux de partage des seringues et une augmentation des bonnes pratiques d'injection pendant les épisodes d'injection partagée ; ou finalement ces deux premiers effets combinés à un nombre croissant d'individus initiant un traitement à la méthadone. Même sous le scénario le plus prudent, autrement dit le premier scénario, le centre d'injection supervisé de Vancouver se révèle être coût-efficace. Sur un horizon temporel de 10 ans, le nombre d'infections par VIH et par VHC évitées serait respectivement de 1 191 et de 54 sous le premier scénario ; de 1 400 et de 60 sous le deuxième scénario et enfin de 1 517 et de 68 sous le dernier scénario.

Au vu de ces résultats, il est évidemment difficile de conclure sur l'apport d'un centre d'injection supervisé dans la lutte contre l'épidémie de VHC en termes d'analyse coût-efficacité. Autrement dit, les résultats proposés par Bayoumi et coll. (2008) laissent à penser que dans une aire géographique où les risques d'infection par VIH seraient nuls, un centre d'injection supervisé qui n'aurait comme seul but que de lutter contre le VHC ne serait probablement pas coût-efficace. Bien sûr, ce dernier point est irréaliste tant les objectifs et les gains de ces centres sont multiples comme le rappellent les différents rapports d'évaluation effectués (Saha, 2008 ; Noël et coll., 2009).

VHC et réduction des risques pour des populations détenues en établissement pénitentiaire

Un dernier point crucial se doit d'être mis en relief dans les actions et dispositifs de réduction des risques de l'usage de drogues. Il concerne les populations de détenus. Ces dernières comme le soulignent Sutton et coll. (2008) présentent la double particularité d'être *a priori* facilement atteignables – puisque captives – et si rien n'est entrepris, de représenter un réservoir important de maladies contagieuses.

Une des premières études d'envergure à s'intéresser au VHC dans les prisons est celle de Spaulding et coll. (1999). Le travail de ces auteurs se voulant représentatif de la population carcérale américaine, un questionnaire était envoyé aux prisons américaines des 50 États et du district de Columbia. Un taux de retour de 73 % permettait de couvrir près de 77 % de la population carcérale en 1996. Le questionnaire consistait en informations relatives aux dépistages proposés de maladies infectieuses et de mise en œuvre des traitements correspondants le cas échéant. Sur 37 États répondants (dont

Washington DC), seul un, le Colorado, rapportait pratiquer un dépistage systématique du virus de l'hépatite C et obtenait un taux de séroprévalence positif pour le VHC de 30 %. D'autres États réalisaient sporadiquement cependant des dépistages du VHC et proposaient un traitement. L'État de Rhodes Island en faisant partie, c'est sur cet exemple que les auteurs ont développé une modélisation sommaire d'un programme de dépistage et traitement du VHC en prison. Il ressort de leur travail que sur les 3 000 détenus que comptait la prison de Rhodes Island, seuls 1 200 avaient une peine supérieure à 15 mois et étaient donc susceptibles, selon les auteurs, d'être dépistés et traités. Sur ces 1 200, seuls 300 acceptaient d'être dépistés pour le VHC. Sur ces 300, seuls 100 étaient non seulement dépistés positifs pour le VHC mais étaient aussi susceptibles de bénéficier d'un traitement. Sur ces 100, seuls 50 prisonniers ne prenaient pas – ou plus – de drogues selon les responsables de la prison et étaient donc éligibles pour le programme. Au final, seuls 31 détenus étaient traités sur 12 mois.

Le coût pour la prison était évalué à 250 000 dollars annuels. Même si ce travail ne correspondait en rien à une analyse coût-bénéfice ou coût-efficacité du dépistage et du traitement du VHC en prison, les auteurs conclurent sur le bien-fondé économique de cette mesure.

C'est avec le travail entrepris par Sutton et coll. (2006) que se pose véritablement la question du rapport coût-efficacité d'un dépistage du VHC en prison. À partir d'un modèle markovien calibré sur des données anglaises et galloises, Sutton et coll. (2006) étudient l'intérêt d'un dépistage du VHC par questionnaire, préalablement à un dépistage sanguin. Plus précisément, le programme évalué par les auteurs consiste en la passation des questions suivantes selon différents scénarii, à tous les nouveaux arrivants en centre de détention. Le premier scénario consiste à demander : « Avez-vous déjà été dépisté positif pour le VHC ? Vous êtes-vous déjà injecté des drogues illicites ? ». Le deuxième scénario consiste uniquement en la première question tandis que pour le troisième scénario, seule la seconde question est posée. Le quatrième scénario est de ne pas proposer de dépistage par questionnaire. Enfin, le dernier scénario est de ne rien faire : ni dépistage par questionnaire, ni dépistage sanguin. Il ressort de la modélisation des auteurs que ce type de dépistage ciblé – le questionnaire permettant d'évacuer bon nombre d'individus – est coût-efficace. Les auteurs concluent alors sur l'intérêt d'un dépistage ciblé grâce à de simples questions par comparaison à un dépistage systématique à l'entrée en prison. Soulignons toutefois que cette étude présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte les coûts de traitement du VHC. Cette lacune est corrigée par le travail de Sutton et coll. (2008).

Toujours concernant la population carcérale du Royaume-Uni et du Pays de Galles, les auteurs modélisent deux cohortes de détenus où pour l'une d'entre elles est proposé un programme de dépistage systématique du VHC à l'entrée, un traitement si nécessaire et la possibilité d'être de nouveau dépisté durant le séjour carcéral ; pour l'autre, aussi bien le dépistage que le traitement sont

disponibles durant tout le séjour carcéral mais ne sont pas proposés systématiquement à l'entrée.

La première des mesures, celle proposant systématiquement un dépistage et un traitement si nécessaire à l'entrée en prison, se trouve être efficace : nombre de pathologies et de décès sont ainsi évités. Mais du fait des coûts impliqués, elle ne ressort pas être coût-efficace selon les estimations des auteurs (les résultats en termes de coûts par année de vie gagnée sont légèrement supérieurs aux standards internationaux). L'analyse de sensibilité des résultats aux paramètres retenus dans la modélisation montre toutefois une réelle incertitude quant aux estimations.

L'incertitude entourant les estimations résultant des simulations markoviennes n'étant pas uniquement le fait de l'étude de Sutton et coll. (2008), il est nécessaire d'analyser les raisons de cette incertitude, qu'elle soit liée à la méthodologie retenue ou à l'objet même d'analyse, à savoir le VHC.

Discussion des résultats et hypothèses

Plusieurs éléments de discussion méritent d'être mis en avant. Ils concernent les raisons de la difficulté des dispositifs de réduction des risques à enrayer l'épidémie de VHC sévissant chez les usagers de drogues et des limites méthodologiques inhérentes aux simulations markoviennes et justifient certains des résultats obtenus.

Auparavant, soulignons que les études qui ont été présentées sont spécifiques non seulement au dispositif évalué mais aussi au contexte dans lequel il est mis en œuvre. En d'autres termes, c'est la transposabilité des résultats qui est discutée ici. En effet, même si tel ou tel dispositif de réduction des risques se révèle coût-efficace (ou inversement) dans tel ou tel pays, rien ne prouve, étant donné les différences potentielles institutionnelles, sanitaires, ou d'usages de drogues... que sa reproduction dans un contexte différent amène les mêmes résultats. Bien sûr, il n'en reste pas moins qu'un dispositif coût-efficace aux États-Unis a de fortes probabilités de l'être en Europe mais rien ne le garantit. À titre d'exemple, soulignons qu'un dispositif de réduction des risques a de plus fortes chances d'être coût-efficace dans un contexte de forte prévalence du VIH que dans une situation inverse...

Ce dernier point amène naturellement à se poser la question du pourquoi du moindre coût-efficacité des dispositifs de réduction des risques à lutter contre le VHC que contre le VIH. Le plus grand potentiel infectieux du VHC par comparaison au VIH explique cette différence (Pollack, 2001). Un niveau de ressources donné permettant de limiter le nombre de contaminations par VIH n'aura que peu d'impact sur les contaminations par le VHC.

Une autre raison serait que parce que les coûts engendrés par le VHC ne sont, soit pas assez élevés, soit n'arrivent que dans un futur éloigné, que les dispositifs

de réduction des risques ne se trouvent pas être coût-efficaces (De Wit et Bos, 2004). En effet, les études de coût-efficacité valorisent les coûts évités : plus ces coûts sont importants, plus le dispositif a de chances d'être coût-efficace. Le coût d'un traitement par interféron et Ribavirine revient à peu de chose près au même coût de traitement antiviral du VIH. Ce dernier est cependant à multiplier par le nombre d'années restant à vivre de l'individu alors que pour le VHC, seul le temps de traitement jusqu'à guérison est à prendre en compte. De plus, les coûts les plus importants induits par le VHC n'interviennent que très tard dans l'histoire de la maladie, par exemple la nécessité d'une greffe de foie. Comme dans les simulations markoviennes, la préférence pour le présent du financeur est prise en compte, celui-ci valorisant plus les coûts évités dans un futur proche que dans un futur éloigné, les coûts attribuables au VHC sont ainsi diminués du taux de préférence pour le présent retenu (Sutton et coll., 2008). Encore une fois, ceci n'agit pas en faveur d'un coût-efficacité des dispositifs de réduction des risques dans leur lutte contre le VHC.

Un dernier point méthodologique agit aussi en défaveur des dispositifs de réduction des risques quand ils sont évalués au regard du VHC. En effet, les interprétations en termes d'année de vie gagnée viennent grever les évaluations des dispositifs de dépistage quand ces derniers participent à la mise en lumière d'individus positifs au VHC mais asymptomatiques. Dans les standards internationaux, un individu infecté par le VHC mais asymptomatique valorise une année de vie gagnée d'un coefficient de 0,8 contre 1 pour un individu sans problème de santé. En d'autres termes, c'est du fait même de la connaissance de l'infection (et non de ses conséquences) autorisée par le programme de dépistage que ce même programme peut se retrouver être mis en balance défavorable face à une alternative consistant à ne rien faire (Sutton et coll., 2008).

Finalement et malgré tout ce qui vient d'être exposé, remarquons qu'à moins d'être dans un environnement où le VIH n'existe pas et où ne subsiste aucune autre pathologie et infection liées à l'usage de drogues, l'intérêt de n'étudier que l'impact des dispositifs de réduction des risques sur le virus de l'hépatite C est faible. Autrement dit, les services rendus par les différents programmes de réduction des risques dépassent bien généralement le cadre strict d'analyse d'impact spécifique puisque, *in fine*, l'objectif est un changement comportemental (consommer des drogues en prenant le moins de risque possible) et non la réduction du nombre de contaminations par telle ou telle maladie infectieuse. Ce dernier point n'étant qu'une conséquence de l'atteinte de l'objectif.

En conclusion, alors que la politique de réduction des risques dans la lutte contre le VIH apparaît être coût-efficace, un bilan mitigé peut être fait concernant la lutte contre le VHC. Même si les dispositifs médicaux de la réduction des risques (substitution, traitement du VHC) sont coût-efficaces, les dispositifs de terrain et ceux mis en place pour les populations carcérales

peinent à se révéler coût-efficaces. Deux raisons peuvent être avancées. La première est liée à la très grande infectiosité du VHC. Le VHC est en effet un virus tellement infectieux que les ressources nécessaires au fléchissement de cette épidémie semblent exagérées si on les compare à celles qui ont été mises en œuvre pour le VIH. La seconde est que les coûts les plus importants attribuables aux pathologies du VHC, comme la nécessité d'une greffe de foie par exemple, n'interviennent que très tardivement dans l'histoire de l'individu infecté, et ne sont donc que peu valorisés par les simulations markoviennes : le financeur ayant une forte préférence pour le présent. Soulignons que cette conclusion générale ne doit pas occulter le fait que les dispositifs de réduction des risques ici évalués ne l'ont été qu'au regard de leur capacité à contrer l'épidémie de VHC. Quand l'ensemble des contaminations par maladies infectieuses évitées, et spécifiquement le VIH, est pris en considération (puisque partageant les mêmes moyens de lutte), les dispositifs de réduction des risques font preuve d'une coût-efficacité certaine.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRESEN MA, BOYD N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy* 2009, **21** : 70-76

BARNETT PG, ZARIC GS, BRANDEAU ML. The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy of opiate addiction in the United State. *Addiction* 2001, **96** : 1267-1278

BAYOUMI AM, ZARIC GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ* 2008, **179** : 1143-1151

BRANDEAU ML, ZARIC GS, RICHTER A. Resource allocation for control of infectious diseases in multiple independent populations: beyond cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics* 2003, **22** : 575-598

BROWN K, CROFTS N. Health care costs of a continuing epidemic of hepatitis C virus infection among injection drug users. *Australian & New Zealand Journal of Public Health* 1998, **22** : 384-388

CASTELNUOVO E, THOMPSON COON J, PITT M, CRAMP M, SIEBERT U, et coll. The cost-effectiveness of testing for hepatitis C in former injecting drug users. *Health Technology Assessment* 2006, **10** : 1-6

DE WIT A, BOS J. Cost-effectiveness of needle and syringe programmes: a review of literature. In : *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. JAGER J, LIMBURG W, KRETZCHMAR M, POSTMA M, WIESSING L (eds). EMCDDA Monographs 2004, **7** : 329-343

HAGAN H, MCGOUGH JP, THIEDE H, WEISS NS, HOPKINS S, ALEXANDER ER. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol* 1999, **149** : 203-213

HU Y, GRAU LE, SCOTT G, SEAL KH, MARSHALL PA, et coll. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *American Journal of Preventive Medicine* 2008, **35** : 25-32

KOPP P, FÉNOGLIO P. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003. OFDT, Saint-Denis, 2006a, 58p

KOPP P, FÉNOGLIO P. Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, Saint-Denis, 2006b, 584p

KRAHN MD, JOHN-BAPTISTE A, YI Q, DORIA A, REMIS RS, et coll. Potential cost-effectiveness of a preventive hepatitis C vaccine in high risk and average risk populations in Canada. *Vaccine* 2005, **23** : 1549-1558

LAUFER FN. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *JAIDS* 2001, **28** : 273-278

LEAL P, STEIN K, ROSENBERG W. What is the cost utility of screening for hepatitis C virus (HCV) in intravenous drug users? *Journal of Medical Screening* 1999, **6** : 124-131

LEIGH JP, BOWLUS CL, LEISTIKOW BN, SCHENKER M. Costs of hepatitis C. *Archives of Internal medicine* 2001, **161** : 2231-2237

LOUBIÈRE S, ROTILY M, MOATTI JP. Prevention could be less cost-effective than cure: the case of hepatitis C screening policies in France. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2003, **19** : 632-645

NOËL L, GAGNON F, BÉDARD A, DUBÉ E. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée – Analyse critique de la littérature. Institut National de Santé Publique, Québec, 2009, 81p

PINKERTON SD, KAHN J, HOLTGRAVE DR. Cost-effectiveness of community-level approaches to HIV prevention: A review. *Journal of Primary Prevention* 2002, **23** : 175-198

PINKERTON SD, MARTIN JN, ROLAND ME, KATZ MH, COATES TJ, KAHN JO. Cost-effectiveness of HIV postexposure prophylaxis following sexual or injection drug exposure in 96 metropolitan areas in the United States. *AIDS* 2004, **18** : 2065-2073

POLLACK HA. Cost-effectiveness of harm reduction in preventing hepatitis C among injection drug users. *Medical Decision Making* 2001, **21** : 357-367

POLLACK HA, HEIMER R. The impact and cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in preventing HIV and hepatitis C. In : *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. JAGER J, LIMBURG W, KRETZCHMAR M, POSTMA M, WIESSING L (eds). EMCDDA Monographs 2004, **7** : 345-367

POSTMA MJ, WIESSING LG, JAGER JC. Pharmaco-economics of drug addiction: estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in member states of the European Union. *Bulletin on Narcotics* 2001, **LIII** : 79-89

POSTMA MJ, WIESSING LG, JAGER JC. Updated healthcare cost estimates for drug-related hepatitis C infections in the European Union. In : *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. JAGER J, LIMBURG W, KRETZCHMAR M, POSTMA M, WIESSING L (eds). EMCDDA Monographs 2004, **7** : 203-216

- RASMUSSEN DW, BENSON BL. Reducing the harms of drug policy: an economic perspective. *Substance Use & Misuse* 1999, **34** : 49-67
- RAY KIM W. Global epidemiology and burden of hepatitis C. *Microbes and Infection* 2002, **4** : 1219-1225
- REID RJ. A benefit-cost analysis of syringe exchange programs. *Journal of Health & Social Policy* 2000, **11** : 41-57
- SAHA. Economic evaluation of the medically supervised injection centre at Kings Cross (MSIC). SAHA, Sydney, 2008, 33p
- SHEERIN IG, GREEN FT, SELLMAN JD. The cost of not treating hepatitis C virus infection in injecting drug users in New Zealand. *Drug & Alcohol Review* 2003, **22** : 159-167
- SHEERIN IG, GREEN FT, SELLMAN JD. What is the cost-effectiveness of hepatitis C treatment for injecting drug users on methadone maintenance in New Zealand? *Drug & Alcohol Review* 2004, **23** : 261-272
- SPAULDING AC, LALLY M, RICH JD, DIETERICH DT. Hepatitis B and C in the context of HIV disease: implications for incarcerated populations. *AIDS Read* 1999, **9** : 481-491
- STEIN K, DALZIEL K, WALKER A, JENKINS B, ROUND A, ROYLE P. Screening for hepatitis C in injecting drug users: a cost utility analysis. *Journal of Public Health* 2004, **26** : 61-71
- SUTTON AJ, EDMUNDS WJ, GILL ON. Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health* 2006, **6** : 170
- SUTTON AJ, EDMUNDS WJ, SWEETING MJ, GILL ON. The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis. *Journal of Viral Hepatitis* 2008, **15** : 797-808
- TRAMARIN A, GENNARO N, COMPOSTELLA FA, GALLO C, WENDELAAR BONGA LJ, POSTMA MJ. HCV screening to enable early treatment of hepatitis C: a mathematical model to analyse costs and outcomes in two populations. *Current Pharmaceutical Design* 2008, **14** : 1655-1660
- WODAK A, COONEY A. Effectiveness of sterile needle and exchange programmes. *International Journal of Drug Policy* 2005, **16S** : S31-S44
- WONG J, SYLVESTRE D, SIEBERT U. Cost-effectiveness of treatment of hepatitis C in injecting drug users. In : *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. JAGER J, LIMBURG W, KRETZCHMAR M, POSTMA M, WIESSING L (eds). EMCDDA Monographs 2004, **7** : 219-241
- ZARIC GS, BARNETT PG, BRANDEAU ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health* 2000, **90** : 1100-1111

15

Dispositifs de réduction des risques en France

Le dispositif de réduction des risques en France comprend diverses structures et acteurs assurant des missions de réduction des risques ainsi que des outils et programmes proposés aux usagers de drogues à des fins de réduction des risques. Ainsi défini, ce dispositif est précisément délimité par divers textes réglementaires. Pour évaluer l'accès à ce dispositif, deux dimensions doivent être prises en considération, celle de l'offre de réduction des risques effectivement à disposition des usagers de drogues d'une part et celle de l'adéquation de cette offre aux besoins réels des usagers en matière de réduction des risques d'autre part.

La littérature internationale relative aux outils et aux programmes de réduction des risques montre en effet que leur mise à disposition ne suffit pas à en assurer l'accès, encore faut-il que ces outils et structures soient adaptés aux pratiques à risques des usagers et accessibles compte tenu de leurs conditions de vie. Décisive afin d'apprécier l'accès au dispositif de réduction des risques, cette question de son adéquation aux besoins des usagers ne peut être traitée qu'à la marge concernant la France, compte tenu de données disponibles largement lacunaires (en raison notamment d'une quasi absence d'études construites sur l'expérience et le point de vue des usagers). Une fois rappelées les dispositions législatives et réglementaires définissant le dispositif de réduction des risques en France, ce chapitre se concentrera sur l'offre de réduction des risques actuelle : couverture géographique et mise à disposition du matériel. En conclusion seront évoqués un certain nombre de pré-requis pour garantir l'adéquation entre l'offre et les besoins en matière de réduction des risques.

Cadre réglementaire français relatif à la réduction des risques

Des premières dispositions à l'institutionnalisation d'un référentiel

Adoptées en réponse à l'épidémie du sida, les premières dispositions officielles prises en France en matière de réduction des risques concernent la délivrance

de seringues stériles et la récupération des seringues usagées d'une part, la mise en œuvre de traitement de substitution aux opiacés (TSO) d'autre part (annexe 2).

Les principaux textes officiels sur le matériel de prévention et de réduction des risques sont les suivants :

- Décret du 13/5/1987 sur la vente libre de seringues en officine ;
- Circulaire du 15/9/1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox ;
- Décret du 07/3/1995 donnant les bases juridiques appropriées aux programmes d'échange de seringues (PES) et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations ;
- Circulaire du 12/4/1995 relative à la prévention des risques infectieux et l'accessibilité du matériel rappelant la nécessité de diversifier les modes d'accès au matériel en concertation avec les acteurs locaux ;
- Lettre DGS du 15/10/1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'automates et circulaire DIV/MILDT du 9/1/2001 sur la réduction des risques dans la politique de la Ville ;
- Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. La définition des matériels ainsi que les conditions dans lesquelles l'aide de l'État peut être versée sont prévues dans les cahiers des charges n°1 et n°2 publiés au B.O du ministère des Affaires sociales n° 96/19.

Depuis leur autorisation de mise sur le marché (AMM) entre 1995 et 1996, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) s'appuient en France sur deux molécules : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Ils sont prescrits par les centres de soins spécialisés, les établissements de santé ou les médecins généralistes. Lorsque le patient est suivi par la médecine de ville, la délivrance est assurée par le dispositif officinal. Ils sont réglementés par les textes suivants :

- Circulaire de mars 1994 définissant le cadre d'utilisation de la méthadone : la délivrance est initialement réservée aux CSST (centres de soins spécialisés pour toxicomanes) ;
- Circulaire de mars 1995 autorisant la prescription de la BHD pour tous les médecins ;
- Circulaire de janvier 2002 étendant la possibilité d'initialiser un traitement à la méthadone à tout médecin exerçant en établissement de santé.

L'introduction progressive de ces dispositions réglementaires décisives en matière de réduction des risques s'est faite sans que soit institutionnalisée une politique de réduction des risques. La loi de santé publique du 9 août de 2004 vient modifier cette situation en conférant un cadre législatif à l'action des intervenants de la réduction des risques. La reconnaissance par la loi permet à la politique de réduction des risques en vigueur depuis la fin des années 1980 de quitter définitivement le stade expérimental. La responsabilité de l'État

dans sa définition est actée (Art. L. 3121-3 du Code de la santé publique). Les objectifs poursuivis et les modalités d'intervention en direction des usagers de drogues sont désormais définis dans un référentiel national des actions de réduction des risques (Art. D. 3121-33 du Code de la santé publique), de nature à renforcer la qualité des pratiques. Le dispositif d'accueil existant est restructuré (création de nouveaux établissements médico-sociaux, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – Caarud – mis en place à partir de 2006).

Activités relevant de la réduction des risques

Issu de la loi de santé publique de 2004⁵⁰, le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 établit le cadre de référence des activités de réduction des risques promues par le législateur pour les usagers de drogues. Inscrite dans le Code de la santé publique par l'article D.3121-33, la politique de réduction des risques repose principalement sur des activités de prévention mises en œuvre par les intervenants de la réduction des risques auprès d'une population à haut risque. Il s'agit d'une part, des actions visant la promotion et la distribution de matériel de prévention et l'accès aux traitements de substitution. Les actions relatives à la mise à disposition du matériel de prévention s'appuient notamment sur la délivrance du matériel d'injection stérile mais aussi sur d'autres outils de prévention de la transmission des maladies infectieuses, tel que le matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne ou encore, le matériel de prévention des accidents routiers⁵¹. D'autre part, le dispositif de réduction des risques repose sur les activités visant à faciliter l'accès au dépistage des maladies infectieuses, la diffusion des informations sur les risques et leur prévention (pratiques à risque, composition des produits et alertes sur leur toxicité) et de promotion de l'éducation à la santé et enfin, il comprend des actions d'appui aux usagers dans l'accès aux services de première urgence, aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle. L'aide aux usagers se fait à travers de multiples types d'activités : l'offre de boissons et de nourriture, l'offre de services d'hygiène, l'offre de lieux de repos/réassurance, l'accès à l'hébergement d'urgence, l'offre de soins infirmiers, l'accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés et vers les services sociaux.

50. Art. L. 3121-5 et L. 3125-1 du Code de la santé publique.

51. Tampons alcoolisés, flacons d'eau stériles, filtres stériles, cupules stériles, seringues, matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, pansements, préservatifs, gels lubrifiants et éthylotests.

Dispositifs, intervenants et lieux d'intervention

Le cadre réglementaire en vigueur confie la mise en œuvre d'activités de réduction des risques aux dispositifs suivants : le dispositif officinal, la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les Caarud (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) (dispositif dit « de première ligne ») en complémentarité avec les Csapa (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), des acteurs associatifs en dehors du champ médico-social et des dispositifs municipaux. De plus, le dispositif associatif de structures dites « de première ligne » qui a été historiquement l'un des principaux moteurs de la politique de réduction des risques s'est vu reconnaître par la loi de santé publique de 2004⁵², un statut juridique en tant qu'établissement médico-social. Pour la plupart d'entre elles, ces structures associatives ont ainsi progressivement accédé au statut de Caarud.

L'anonymat et la gratuité de l'accueil et de l'accompagnement en Caarud sont réaffirmés par le Code de la santé publique. Le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 définit leurs missions et attribue leur financement à l'Assurance maladie⁵³. Concernant les Csapa, le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 établit leurs missions en matière de réduction des risques.

Les intervenants participant aux activités de réduction des risques sont des professionnels du champ sanitaire, social et éducatif issus des dispositifs de la réduction des risques ainsi que des associations humanitaires, des associations de santé communautaire ou des associations spécialisées. L'article D.3121-33 du Code de la santé publique précise que les intervenants peuvent être rémunérés ou bénévoles.

Certains intervenants issus des structures dites « de première ligne » n'ont pas rejoint le dispositif médico-social, notamment certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou des associations spécialisées. Elles n'ont pas été labellisées Caarud pour des raisons diverses : l'absence d'un lieu fixe d'accueil, la non réalisation de l'ensemble des missions officielles du décret du 19 décembre 2005, l'absence de salariés, la lourdeur administrative, la crainte relative à un éventuel manque d'autonomie ou de capacité à l'innovation, les exigences posées par certaines Ddass pour que les associations de petite taille ou celles qui ne mettent pas en œuvre l'ensemble des missions du référentiel soient regroupées... Elles opèrent notamment en milieu festif et occupent, dans cet espace, un rôle central dans la réduction des risques.

Les lieux d'intervention sont divers : en officine, en cabinet médical, dans un centre d'accueil, dans un bus, dans la rue, les espaces verts, les gares, en squats, en détention ou en milieu festif (grands événements, clubs...). Les modes

52. Art. L. 3121-5 du Code de la santé publique.

258 53. Sans préjudice d'autres participations financières, notamment des collectivités territoriales.

d'intervention sont également variés : point de contact fixe, équipe mobile, équipe de rue, équipe en milieu festif ou équipe qui intervient en prison.

Parce que les besoins des usagers de drogues qui fréquentent le milieu festif sont différents, les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé et de la capacité des intervenants à être présents et à organiser leur intervention (tableau 15.I). Lorsqu'il s'agit de soirées qui ont lieu dans la sphère privée, leur existence peut échapper très facilement aux intervenants de la réduction des risques. C'est donc lorsque l'initiative est prise par les organisateurs de l'événement que les associations peuvent se mobiliser pour mettre en place des actions spécifiques. Elles prennent la forme des activités de promotion et de distribution du matériel d'information (dépliants sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention) et/ou des outils de réduction des risques. S'agissant des événements festifs publics, s'ajoutent aux interventions d'information et de délivrance du matériel de prévention, la distribution de boissons et nourriture, la mise à disposition d'espaces d'accueil et d'écoute, espaces d'apaisement et de réassurance ou encore la dispensation des actions de premiers secours. L'analyse de produit sur site, lorsqu'elle est utilisée, est un moyen pour les intervenants du milieu festif d'entrer en contact avec les usagers de drogues.

Tableau 15.I : Activités de prévention en milieu festif (d'après OFDT : à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS) ; Reynaud-Maurupt et Cadet-Taïrou, 2007)

Type d'événement	Principales interventions	Population
<i>Free party</i> : événement festif de moins de 500 personnes ou <i>rave</i> « payante » (sans autorisation préfectorale)	Flyers en téléchargement pour les participants et les organisateurs et possibilité de commande de matériel de réduction des risques Si connaissance d'une telle soirée : dépliants d'information et matériel (« flyage »)	Initiés de la musique Techno, publics insérés
<i>Free party</i> « légale » : événement festif « multi-sons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « <i>chill out</i> »	Part importante de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un village « RDR » voire plusieurs : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, tests rapides de la composition des produits par la chromatographie sur couche mince	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'usagers de drogues par voie intraveineuse
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), « stand » ou « <i>chill out</i> » mobile	Beaucoup de très jeunes

Plus éloignées de l'usager de drogues, diverses institutions sont cependant impliquées, sur le champ de l'information (Inpes, cellule nationale d'alerte) ou de l'évaluation des dispositifs (OFDT) et du matériel (Afsaps, InVS).

Disponibilité et accessibilité des dispositifs de réduction des risques

Sur la base des données disponibles, est ici dressé un état des lieux de l'offre en matière de réduction des risques apprécié en termes de couverture territoriale des dispositifs et de mise à disposition du matériel de prévention et des traitements de substitution.

Depuis l'adoption des premières mesures de réduction des risques relatives à la distribution du matériel d'injection stérile et des TSO, la décision des autorités sanitaires a été de garantir un accès large à la réduction des risques pour les usagers de drogues. En conséquence, conçus comme des dispositifs de proximité, les pharmaciens et les médecins généralistes ont été appelés à participer à la politique de réduction des risques. Par ailleurs, afin de garantir un accès anonyme et gratuit au matériel de prévention de réduction des risques et faciliter la récupération du matériel souillé, les autorités sanitaires en complémentarité avec les programmes d'échange de seringues dans les pharmacies, se sont appuyées sur le dispositif des automates.

En dépit de cette mobilisation large, les enquêtes périodiques menées par des organismes d'observation (Inpes) et des intervenants (association Safe) auprès des acteurs mettent en évidence des inégalités d'accès au matériel d'injection et aux traitements de substitution.

Plusieurs facteurs sont impliqués dans la production de ces inégalités. Il en est ainsi du degré d'implication des acteurs concernés, de leur implantation géographique (rural, urbain) ainsi que de la qualité du matériel mis à disposition des usagers. Plusieurs indicateurs sont utiles pour apprécier la couverture effective du dispositif de proximité.

Degré d'implication des professionnels du dispositif officiel et lieu d'implantation

En 2003, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, une très large majorité de pharmaciens recevaient au moins un usager de drogues par mois dans leur officine, pour des demandes de matériel (seringues ou trousse de prévention) ou des demandes de TSO (tableau 15.II). Les pharmaciens implantés en milieu urbain, où les problèmes de toxicomanie sont les plus présents, sont beaucoup plus sollicités par les usagers de drogues qu'en zone rurale. Cette différence s'observe également pour ceux qui reçoivent plus de 10 usagers de drogues par mois (Gautier, 2005).

Cette implication des pharmacies dans des activités de réduction des risques a fortement progressé à la fin des années 1990 (tableau 15.II). Néanmoins, elle reste limitée aux fonctions de base de distribution de seringues et/ou médicaments de substitution. En effet, une majorité de pharmaciens, en 2003, n'étaient pas prêts à s'engager dans un programme d'échange de seringues (Arenes et coll., 2000 ; Gautier, 2005).

Tableau 15.II : Implication des pharmaciens dans des activités de réduction des risques (d'après Gautier, 2005)

	1998/1999 (%)	2003 (%)
Part des pharmaciens recevant au moins un usager de drogues par mois dans leur officine (base sur laquelle sont calculés les autres %)	54	85
Parmi eux :		
Part des pharmaciens répondant à la fois à des demandes de seringues ou de trousses de prévention et à des demandes de TSO	30	70
Part des pharmaciens délivrant uniquement des seringues ou des trousses de prévention	5	16
Part des pharmaciens répondant uniquement à une demande de TSO	16	12
Part des pharmaciens participants à un PES	nr	6
Part des pharmaciens prêts à participer à un PES	nr	30
Part des pharmaciens qui refuseraient de participer à un PES	nr	57

nr : non renseigné

En 2003, 6,1 [5,5-6,7] personnes ont été vues par mois en moyenne en officine pour une demande de seringues ou de Stéribox® et 5,9 [5,3-6,5] personnes pour une demande de TSO (Gautier, 2005).

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

En 2008, un peu moins des deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année. Environ la moitié des médecins généralistes déclare recevoir au moins un usager dépendant aux opiacés par mois. Ce chiffre apparaît en nette hausse par rapport à 2003 (tableau 15.III) (Gautier et coll., à paraître).

Ces médecins se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques. Leur profil type est le suivant :

- homme de moins de 41 ans qui exerce en cabinet de groupe ;
- dans une agglomération supérieure à 20 000 habitants ;
- plus de 10 % de sa clientèle bénéficie de l'AMG (Aide médicale gratuite) ;
- participe à un réseau de prise en charge de la toxicomanie (Gautier, 2005).

Tableau 15.III : Implication des médecins dans des activités de réduction des risques (Gautier, 2005)

	1998/1999 (%)	2003 (%)	2008 (%)
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un usager de drogue par mois	34,8	34	49,2
Parmi eux :			
Part des médecins généralistes prescrivant un TSO	78,9	90,3	87,2
Buprénorphine haut dosage	71,9	84,5	76,9
Méthadone	12,6	26,0	37,7
Autre	13,5	7,4	14,9

En 2008, les médecins généralistes voient en moyenne 1,8 [1,7-1,9] usager dépendant aux opiacés par mois (évolution depuis 1998 non significative), ce qui donne une estimation de 110 000 usagers de drogues vus en moyenne par mois pour un TSO (sans tenir compte du fait que le patient peut être suivi par plusieurs médecins) (Gautier et coll., à paraître).

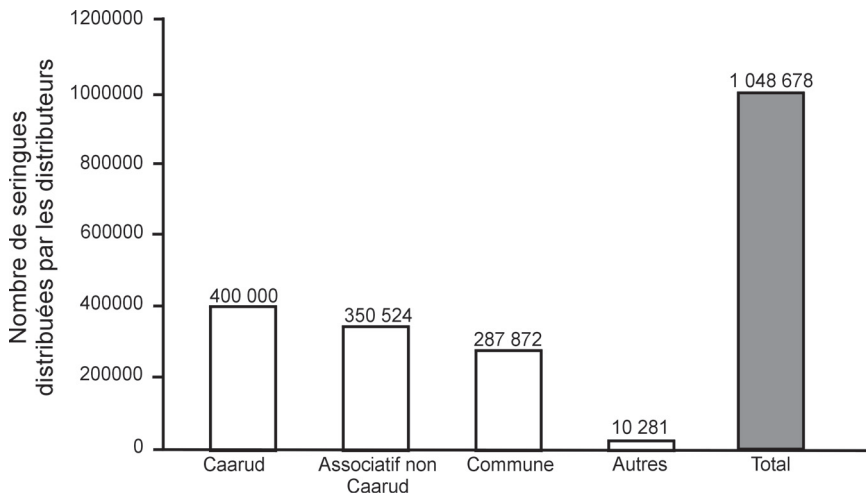


Figure 15.1 : Nombre de seringues distribuées via les automates par type d'opérateur en 2007 (d'après l'enquête Safe, 2007 et ASA*-Caarud/OFDI, 2007)

* Rapport d'activité standardisé annuel

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils distribuent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France) que par la nature du service

offert (anonymat et accès 24 h/24), ce qui leur permet d'atteindre une population différente de celle des autres dispositifs (figure 15.1). En 2007, on dénombrait 255 points de distribution de trousse de prévention et 224 points de collecte de seringues, répartis dans 56 départements. Un peu plus de 40 % des départements français en sont donc dépourvus. Ils ont distribué plus d'un million de seringues et récupéré plus de 600 000 seringues usagées. Ce dispositif est néanmoins fragile car un quart des appareils sont vieillissants ou en mauvais état (Duplessy-Garson, 2007).

Couverture du dispositif médico-social de réduction des risques

Le dispositif médico-social de réduction des risques (Caarud et Csapa) couvre la majeure partie du territoire français. Néanmoins, 26 départements ne disposent pas de Caarud, dont deux qui n'ont ni Caarud ni Csapa (figure 15.2).

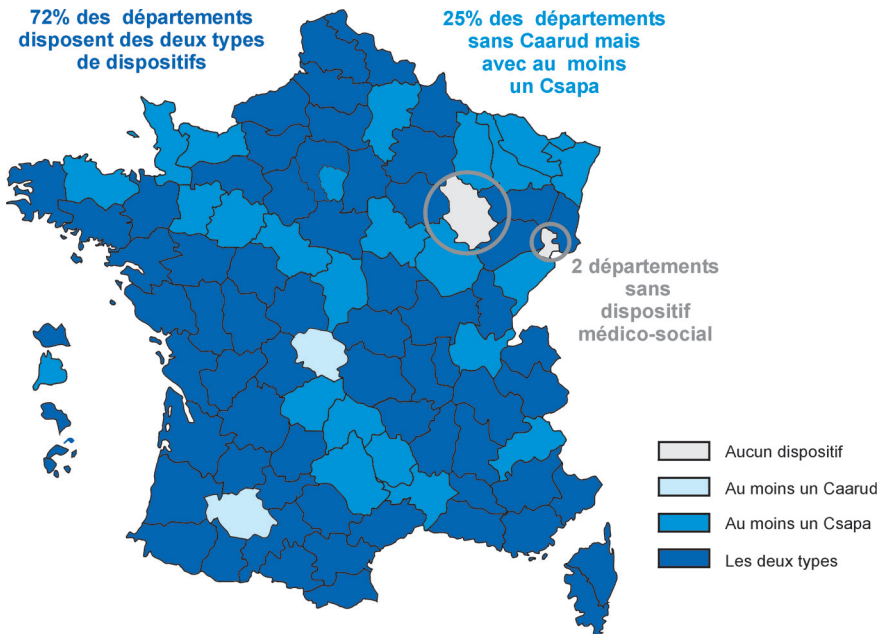


Figure 15.2 : Présence des dispositifs Caarud et Csapa dans les différents départements français

Pour les Caarud, liste OFDT à partir des informations de la Direction générale de la santé (DGS) relatives aux structures autorisées en 2003. Pour les CSST/Csapa, liste OFDT constituée sur la base des rapports annuels de la DGS (dernière mise à jour en 2007).

En 2008, 129 Caarud sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes d'intervention divers. Parmi eux, 95 % proposent un accueil fixe, 66 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en

squat et 40 % ont des équipes mobiles, 39 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 28 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (3,8 millions de seringues en 2008) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...). Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence (Chalumeau, 2010).

Plus précisément, en matière de distribution de matériel de prévention, l'activité des Caarud en 2008 était la suivante :

- seringues : 2,3 M de seringues à l'unité et 530 000 trousses (2 seringues) données en main propre, 200 000 trousses (2 seringues) via des automates gérés par le centre ;
- petit matériel d'injection : 1,1 M de filtres dont autant de cupules, 1,7 M de fioles d'eau, 2 M de tampons alcoolisés ;
- préservatifs : 782 000 dont les préservatifs masculins représentent 91 % ;
- gel : environ 292 000 unités.

L'aide à l'accès aux TSO et aux soins en général est une des missions importantes des Caarud :

- 83 % des Caarud déclarent mettre en place des actions d'accès aux TSO (orientation ou suivi) ;
- sur l'ensemble des actes d'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les soins corporels constituent les actes les plus fréquemment pratiqués (35 %), puis viennent les soins infirmiers (26 %) ;
- 84,7 % des Caarud développent des activités de promotion de l'éducation à la santé, dont 75 % des entretiens individuels et sessions d'information collectives axés sur les risques liés aux modes de contamination et aux substances.

Enfin les Caarud apportent une aide à l'accès aux droits sociaux, au logement ou à l'insertion et au suivi des démarches administratives ou judiciaires ; 73 % des interventions en ce domaine sont dédiés à la recherche d'un hébergement d'urgence.

En 2008, les Caarud ont vu 48 000 personnes. Les principales caractéristiques de ces personnes sont les suivantes : une femme pour quatre hommes, 34,1 ans en moyenne, 78 % en situation de précarité modérée ou forte, 17,4 % ont été incarcérés dans l'année (Chalumeau, 2010).

La file active est en moyenne d'environ 200 personnes par structure mais avec des réalités très disparates : 41 structures ont une file active de moins de 200 personnes alors que seuls 11 Caarud comptabilisent plus de 1 000 personnes (Chalumeau, 2010).

Des évolutions récentes dans la composition de la clientèle de ces structures ont été observées : plus de femmes et de jeunes parmi les nouvelles générations vues par les Caarud (Cadet-Taïrou et coll., 2004).

Le rôle des Csapa dans la réduction des risques, qui est une de leurs missions, ne peut être précisé en l'absence de données en raison de la jeunesse du dispositif.

Dispositif de dépistage anonyme et gratuit

Les centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits (Cidag), au nombre de 307 en 2006 auxquels il faut ajouter 76 antennes de Cidag en prison, sont un dispositif clef dans le dépistage des infections virales chez les usagers de drogues (Le Vu et Semaille, 2006).

Disponibilité des matériels d'injection

En rassemblant les différentes sources d'information traitant des matériels d'injection, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues. Si on rapporte cette donnée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), on obtient un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes et coll., 2009). Ce chiffre, qui ne doit être pris que comme un ordre de grandeur, pourrait indiquer une assez grande accessibilité en France aux seringues pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Toutefois, en l'absence d'évaluation fiable des besoins d'une part et compte tenu des disparités géographiques probables d'autre part (zones rurales notamment), cette donnée reste difficile à interpréter. Les pharmacies jouent en cette matière un rôle central (tableau 15.IV).

Tableau 15.IV : Nombre de seringues délivrées en pharmacie en 2008 (d'après OFDT données InVS, GERS, Becton Dickinson, OFDT, Safe)

2008	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : à l'unité	4,3
Pharmacie : en Stéribox®	5,2
Caarud : à l'unité	2,3
Caarud : en Stéribox®	1,0
Automates	1,0*
Total	13,8

* Données 2007

Après la forte augmentation constatée jusqu'à la fin des années 1990, les ventes des seringues aux usagers de drogues en pharmacie diminuent sensiblement depuis (figure 15.3). Cette baisse importante n'est que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les Caarud, ces derniers ne contribuant encore actuellement que pour moins d'un quart de l'ensemble des seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

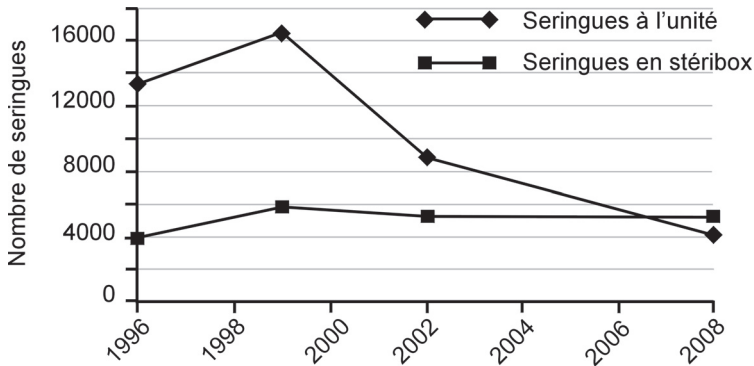


Figure 15.3 : Évolution du nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie aux usagers de drogues (d'après OFDT : données InVS, GERS, Becton Dickinson)

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la baisse du nombre de seringues diffusées auprès des usagers de drogues au cours des dix dernières années.

Une hypothèse positive serait la baisse du nombre d'injections liée à une moindre entrée des nouveaux usagers de drogues dans l'usage de drogues par voie intraveineuse, du fait de l'utilisation préférentielle d'autres modes d'usage (sniff et voie fumée). Ces modes d'absorption des produits sont très largement prédominants chez les usagers de drogues entrés en contact avec les drogues par le milieu festif et ont été adoptés par une part des usagers précaires. Une autre explication serait peut-être une sortie des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. Ainsi, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante dans les populations d'usagers de drogues, à l'exception de certains groupes spécifiques (Cadet-Taïrou et coll., 2010 ; Costes et coll., 2010).

Une hypothèse négative serait la reprise des comportements de partage et de la réutilisation des seringues qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

On recense peu de données sur l'adhésion aux différents matériels, qui permettraient de s'assurer que les services proposés répondent aux besoins des populations concernées. Pourtant, la littérature internationale retient que les critères gouvernant l'appréciation du matériel d'injection sont essentiellement son accessibilité, sa sûreté et sa maniabilité. Le matériel doit être facilement accessible c'est-à-dire via des dispositifs implantés au plus près des lieux de consommation et de vie des usagers : ils permettent à l'utilisateur de maintenir son anonymat et de minimiser le risque d'être interpellé. De ce

point de vue, les automates et la distribution secondaire de matériel sont favorablement perçus par les usagers. Ils garantissent un accès particulièrement facile et comparativement plus discret au matériel d'injection. Le matériel en lui-même doit être composé de telle sorte qu'il propose une protection optimale face aux risques sanitaires liés à l'usage. Le matériel se doit également d'être parfaitement adapté aux besoins des usagers. En l'absence de ces garanties, le matériel tenu à la disposition des usagers ne leur donne pas satisfaction et n'est pas utilisé (Ben Lakhdar et coll., 2008).

Disponibilité des traitements de substitution aux opiacés (TSO)

La très large disponibilité des TSO en France, très majoritairement prescrits avec un faible seuil d'exigence par la médecine de ville, en fait un des dispositifs majeurs de la réduction des risques (Costes et coll., 2004).

L'accès aux dispositifs en place a permis en 2007 à environ 130 000 personnes en France de recevoir un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (figure 15.4) dont la BHD représente 75 à 80 % de l'ensemble.

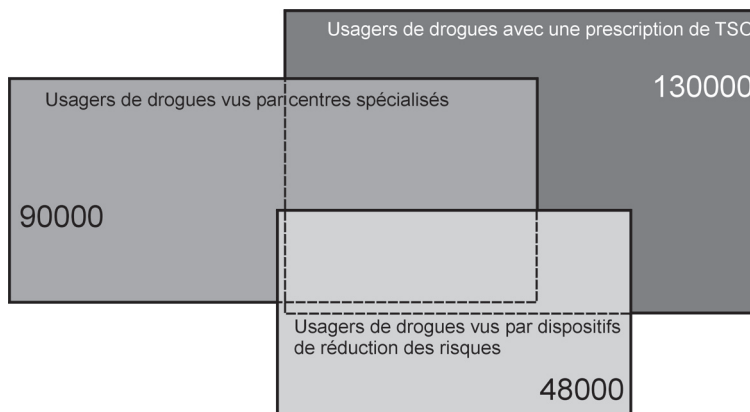


Figure 15.4 : Usagers vus dans le dispositif de soins et de réduction des risques spécialisés et/ou ayant une prescription de TSO (d'après OFDT : rapports d'activité Csapa et Caarud, données Cnam)

Les personnes accueillies à l'hôpital pour un problème d'addiction hors Csapa à gestion hospitalière ne sont pas prises en compte).

La BHD étant facilement accessible, au-delà même de son usage dans le cadre d'un suivi thérapeutique, elle est utilisée en auto-substitution par certains usagers ne souhaitant ou ne pouvant pas rentrer dans l'immédiat en contact avec le dispositif de soins (Costes et coll., 2004 et 2010). Bien que fortement controversé, son usage comme drogue en remplacement de l'héroïne par les populations les plus précaires pourrait avoir contribué à la baisse des surdoses jusqu'en 2003. Il avait été estimé en 2002-2003 que sur l'ensemble des personnes recevant du Subutex®, environ 65 % étaient inscrites dans une

démarche de traitement médical alors que 28 % recevaient des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière et que 6 % se faisaient prescrire ces traitements le plus souvent dans un but de revente. Ces données ont été confirmées en 2006-2007 où respectivement 62,5 % et 60,8 % des patients tirés au sort sur ces deux années étaient en traitement régulier soit environ les 2/3 des deux échantillons. D'autre part, on note une évolution à la baisse des différents indicateurs prédictifs d'un potentiel détournement ou mésusage des médicaments de substitution, principalement de la BHD. Ainsi, la part des personnes bénéficiant d'une dose quotidienne supérieure à 32 mg/jour a baissé ces dernières années (respectivement 2 % en 2006 et 1,6 % l'année suivante *versus* 6 % en 2002) (Cadet-Tairou et coll., 2004 ; Canarelli et Coquelin, 2009).

Cependant, bien qu'il soit en cours de résorption, il persiste un différentiel d'accès important entre la buprénorphine haut dosage qui peut être proposé en primo-prescription par un médecin généraliste et la méthadone dont la primo-prescription relève des praticiens des centres spécialisés ou établissements de santé. La méthadone reste en effet, difficilement accessible pour une part des usagers de drogues : les structures qui la délivrent ne sont pas équitablement réparties sur le territoire national et peuvent également se trouver saturées.

On peut noter par ailleurs que pour des usagers de drogues insérés socialement, l'anonymat et la souplesse des horaires peuvent constituer un paramètre important de l'accessibilité. Ainsi, on estime qu'aux frontières Nord de la France un nombre non négligeable d'usagers de drogues préfèrent recevoir leur prescription de méthadone chez les médecins généralistes belges. Le responsable du suivi du programme méthadone en Belgique estimait en 2008 la présence de plus de 2 000 patients français en Wallonie. Ceux-ci se caractérisent par une bonne insertion socio-professionnelle, contribuant au désir de confidentialité (Planck et Schlérert, 2010).

En conclusion, concernant la couverture géographique et l'accessibilité à la réduction des risques, les quelques données existantes permettent de porter un diagnostic plutôt favorable : une couverture assez bonne des deux dispositifs majeurs de réduction des risques (traitements de substitution et diffusion du matériel d'injection) malgré quelques lacunes géographiques résiduelles. En revanche, la mise à disposition des autres outils de prévention est moins bien connue. De plus, il est difficile de conclure que le dispositif de réduction des risques existant en France permette actuellement de couvrir les besoins des usagers de drogues en matière de réduction des risques.

En effet, si le dispositif de réduction des risques est du domaine de la santé publique, son accessibilité et son efficacité sont largement influencées par les actions menées dans le domaine de l'application de la loi et la sécurité publique. Depuis sa mise en œuvre, le bon fonctionnement du dispositif de réduction des risques repose sur le compromis – entre impératifs de santé

publique et de sécurité publique – implicite suivant : l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures.

Il semble que cet équilibre se fragilise actuellement. Certains professionnels de la réduction des risques font état d'un accroissement de la visibilité policière qui, sans intention de nuire, fragiliserait leur action en éloignant certains usagers, et aussi parfois de confiscation ou destruction du matériel de réduction des risques. Ceci serait susceptible de favoriser de nouvelles pratiques qui se développent. Les usagers éviteraient d'être porteurs de matériels qui les identifient aux yeux des fonctionnaires de police comme des usagers de drogues. Ils éviteraient également d'être porteurs de substances et tendraient à consommer n'importe où et dans la précipitation, dès que le produit est acquis, dans des conditions d'hygiène et psychologiques favorisant les risques (Costes et coll., 2010).

Par ailleurs, il faudrait être en mesure d'analyser l'adéquation du dispositif aux besoins des usagers de drogues et donc être capable d'identifier le point de vue qu'ils portent sur ce dispositif. Or, cette appréciation par les usagers ainsi que leur utilisation des dispositifs et du matériel ne sont pas connues. Par ailleurs, on peut supposer que certains publics échappent encore aux actions de réduction des risques. Il est donc raisonnable d'avoir quelques doutes concernant l'adéquation du dispositif aux besoins des publics concernés.

L'appréciation que les usagers portent sur le matériel de réduction des risques mis à leur disposition n'est quasiment pas étudiée en France. Il s'agit pourtant d'un facteur déterminant pour la mise au point de matériel emportant l'adhésion des usagers et donc favorisant l'abandon des pratiques à risques (Ben Lakhdar et coll., 2008). De même, au sujet des structures spécialisées en réduction des risques (Caarud et Csapa), si leur couverture géographique est large, on ne dispose pas d'éléments pour se prononcer sur la pertinence de leur implantation, à savoir, près des lieux de vie des usagers de drogues. Sur le plan de l'accompagnement social, un des besoins majeurs des usagers de drogues, la réponse proposée ne semble pas être à la hauteur de la demande d'une population très largement et profondément précarisée.

Un autre enjeu important dans les années à venir pour le dispositif de réduction des risques est d'élargir son action auprès de publics non encore couverts tels que :

- les jeunes désaffiliés qui ne fréquentent pas les Caarud et certains groupes de migrants. Ces usagers qui sont également les plus susceptibles d'avoir à faire avec les services du respect de la loi, souffrent à l'heure actuelle du renforcement de l'activité répressive : limitation de l'accès aux structures en cas de présence policière proche, peur de s'identifier comme toxicomane lorsqu'on est porteur de matériel de réduction des risques... ;
- les usagers en milieu inséré éloignés des populations fréquentant le dispositif en place.

Cette double problématique de l'adéquation des dispositifs existants aux besoins des usagers de drogues et des publics non couverts est un élément clef à prendre en considération pour aborder la question de l'élargissement de la palette des réponses proposées en matière de réduction des risques en France.

BIBLIOGRAPHIE

ARENES JP, GUILBERT P, BAUDIER F. Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999. Comité Français d'Éducation pour la Santé, 2000, 218p

BEN LAKHDAR C, MILHET M, DIAZ-GOMEZ C. Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers. *Revue de la littérature. Evaluation des politiques publiques* (ed.) OFDT, Saint-Denis, 2008, 73p

CADET-TAÏROU A, BELLO PY, COSTES JM, PALLE C, ESCOTS S. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances* 2004, **37** : 1-8

CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 280p

CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances* 2009, **65** : 1-6

CHALUMEAU M. Les CAARUD en 2008 : Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. OFDT, Focus, juillet 2010, 21p

CHALUMEAU M, STAWINSKI A, TOUFIK A, CADET-TAÏROU A. Les CAARUD en 2006 et 2007 : Analyse nationale des rapports d'activité, 2009, 21p

COSTES JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, 2010, 194p

COSTES JM, CADET-TAÏROU A, THIRION X, BELLO PY, PALLE C. Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en termes de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...) ? *Alcoologie et Addictologie* 2004, **26** (4 suppl) : 38S-54S

COSTES JM, VAISSADE L, COLASANTE E, PALLE C, LEGLEYE S, et coll. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France – Estimations 2006. OFDT, Saint-Denis, 2009, 29p

DUPLESSY-GARSON C. Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. Association Safe, 2007

GAUTIER A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. In : Baromètres Santé. Inpes, Saint-Denis, 2005, 271p

GAUTIER A (DIR.). Baromètre santé médecins 2008. In : Baromètres Santé. Inpes, Saint-Denis, à paraître

- PLANCK L, SCHLÉRERT Y. Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le nord et l'est de la France. *In* : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. COSTES JM (ed). OFDT, 2010, Saint-Denis, 38-50
- REYNAUD-MAURUPT C, CADET-TAÏROU A. Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro. *Tendances* 2007, 56 : 1-4

16

Accessibilité et acceptabilité des actions de réduction des risques

Ce chapitre traite de la question de l'acceptabilité des outils de réduction des risques. L'acceptabilité est questionnée par rapport à deux publics : les cibles de l'action publique que sont les usagers de drogues et les voisins de ces outils qui résident ou travaillent à proximité de ces dispositifs. Il s'agit, à partir de la littérature disponible, de comprendre à la fois ce qui nuit à l'acceptabilité et à l'accès à la réduction des risques et ce qui les facilite. Notons tout d'abord que les articles portant exclusivement sur ces deux thèmes sont peu nombreux par rapport à d'autres thématiques. Les recherches sur la population générale et les riverains font l'objet d'assez peu de publications, alors même que l'objectif de tolérance des actions et les opérations de médiation qui l'accompagnent font partie des missions dévolues aux professionnels de la réduction des risques. Avant d'entamer le développement proprement dit, il convient de revenir sur le terme « acceptabilité » qui reste relativement indéfini dans la littérature. L'acceptabilité des outils de réduction des risques par les usagers renvoie à des questions d'accessibilité des outils et de satisfaction des usagers. Dans les articles de langue anglaise, l'intérêt se porte sur l'efficacité des mesures de réduction des risques vis-à-vis des usagers (qualité de vie, sécurité, santé) et sur les freins à l'efficacité. Les mesures de l'efficacité utilisent différents termes : *efficacy*, *effectiveness*, *impact* et *effects*. L'accès aux soins, la capacité à s'insérer dans une stratégie de réduction des risques et le rôle des professionnels sont au cœur des questionnements de cette littérature. Pour les usagers, les articles parlent surtout d'accessibilité. Dans les rares travaux concernant les riverains, c'est le mot acceptabilité qui est employé (notons que les travaux sur ce thème sont essentiellement de langue française). L'acceptabilité est avant tout sociale et renvoie à la tolérance des actions, tolérance qui est une condition du bon fonctionnement des outils grâce à une pacification des relations entre les usagers et leurs voisins.

Ce chapitre aborde dans un premier temps ce qui relève de l'accessibilité des outils par les usagers puis ce qui relève de l'acceptabilité par les riverains.

Accès et satisfaction des usagers

Les enquêtes quantitatives et qualitatives s'accordent pour affirmer que les outils de réduction des risques sont acceptés par les usagers de drogues. Une revue de la littérature identifie trois critères d'appréciation prépondérants dans l'utilisation par les usagers des outils de réduction des risques : la discrétion, l'accessibilité et l'adéquation avec le rythme de vie des usagers de drogues (Ben Lakhdar et coll., 2008). L'accessibilité est optimale lorsque la couverture horaire est large et les lieux d'implantation divers et peu visibles (intégration à l'environnement urbain, non regroupement devant l'outil). La discrétion équivaut dans cette littérature à la possibilité de ne pas être identifié comme usager de drogue. En creux, l'accessibilité serait facilitée par une invisibilité dans l'espace public, par la garantie de l'anonymat pour les usagers et par une adaptabilité maximale des horaires.

À ce titre, les automates échangeurs de seringues apparaissent pour certaines populations ne fréquentant pas les autres dispositifs de première ligne comme un outil adéquat (Islam et coll., 2008). Les pharmacies sont également mentionnées comme propices à la garantie de l'anonymat. En dépit de ces éléments portant sur les moyens de rendre les outils le plus accessibles possibles, des freins à l'accessibilité demeurent et réduisent l'efficacité des stratégies de prévention.

Principaux freins à l'accessibilité

Les travaux disponibles portant sur l'accès aux outils de réduction des risques, outils entendus au sens large, mettent en évidence une trop faible quantité par rapport aux besoins exprimés par les usagers de drogues. Le coût du matériel est également évoqué comme un frein à l'accessibilité et comme facteur de réutilisation des seringues. Le nombre de seringues gratuites disponibles serait inférieur au nombre optimal. Le prix des seringues constitue un frein à leur accès et la gratuité permet de diminuer le nombre de réutilisations. La raison de cette trop faible quantité de seringues données est liée à l'évolution de la pratique d'injection : l'augmentation de l'injection de psychostimulants amène une réutilisation fréquente des seringues, une même seringue serait ainsi réutilisée au moins 4 fois. « Alors que l'on peut évaluer à 60-100 millions le nombre d'injections réalisées chaque année en France par des usagers de drogues, on sait que 10 à 12 millions de seringues seulement sont distribuées » indique Nicolas Bonnet (2006). En 2008, on estime à 14 millions, le nombre de seringues distribuées.

La littérature disponible et notamment les travaux portant sur des grandes villes des États-Unis et du Canada mettent en avant d'autres freins à la bonne utilisation du dispositif par les usagers. Deux enquêtes ont été menées à Vancouver et New-York (Cooper et coll., 2005 ; Werb et coll., 2008), deux autres enquêtes reposent sur un échantillon de villes des États-Unis et livrent

des résultats concordants (Friedman et coll., 2006 ; De et coll., 2007). Parmi les freins à l'accessibilité régulièrement évoqués dans ces recherches se trouvent la lutte policière contre l'usage de drogues (et notamment sa manifestation physique : présence policière, interpellations des usagers) et la précarité des usagers de drogues, particulièrement l'absence de logement leur permettant de pouvoir consommer en lieu sûr (à l'abri du regard policier et du voisinage), tout en disposant de temps pour pourvoir le faire dans de bonnes conditions.

La présence policière et les risques liés à la détention de matériel de réduction des risques reviennent dans de nombreux résultats d'enquêtes comme un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques. Les études menées sur ce thème prouvent que la présence policière accroît les prises de risques (consommations dans des lieux insalubres, injections réalisées dans la précipitation, rejet du matériel dans l'espace public...) et ne serait donc pas propice à la prévention et au maintien en bonne santé. Les usagers de drogues évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient comme tels aux yeux des fonctionnaires de police et peuvent déboucher sur une fouille. Ils évitent également d'être porteurs de substances et tendent à consommer n'importe où et dans la précipitation dès que le produit est acquis et peuvent être dissuadés de se rendre dans les structures de réduction des risques. Ces études mettent en avant une contradiction entre impératif de santé publique et pénalisation des usagers en insistant sur les effets négatifs de la présence policière sur les mesures de réduction des risques (Cadet-Tairou et coll., 2010 ; Cooper et coll., 2005 ; Friedman et coll., 2006 ; Werb et coll., 2008). Ces dernières années en France, des professionnels de santé et des usagers font état de la survenue de ruptures répétées du *statu quo* qui prévalait depuis la mise en œuvre des mesures de réduction des risques à savoir l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures (Cadet-Tairou et coll., 2010).

Après avoir été interpellés, les usagers déclarent avoir pris davantage de risques (rachat immédiat de produit, activités délictueuses pour se procurer de l'argent). Outre les risques liés aux trafics de drogues, 51 % des usagers interpellés se sont vus confisqués leurs seringues. Parmi ceux-ci, 6 % déclarent avoir ensuite utilisé une seringue usagée (Werb et coll., 2008). Une enquête menée dans un arrondissement de New-York où la présence policière est forte montre que les usagers les plus marginalisés prennent des risques pour échapper au regard policier. Les moments d'injection sont notamment décrits avec précision, grâce à des entretiens qualitatifs, les usagers déclarent se dépêcher de s'injecter, négligeant les consignes d'hygiène qu'ils connaissent pourtant et laissant le matériel utilisé sur place. Ils déclarent également souffrir d'abcès et autres affections liés à leurs pratiques d'injection (Cooper et coll., 2005, p. 679). Outre ces résultats fondés sur des entretiens auprès des usagers, une autre enquête croise trois variables :

- le nombre d'arrestations pour possession ou vente de cocaïne ou d'héroïne ;
- le nombre d'officiers de police par habitant ;
- les dépenses liées aux incarcérations et arrestations par habitant avec la prévalence au VIH des usagers de drogues.

Les trois variables sont associées à une forte prévalence du VIH chez les usagers de drogues. Le nombre d'officiers de police par habitant a la plus forte association avec la prévalence du VIH (0,358) (Friedman et coll., 2006).

Au vu de ces données, on peut, dans un objectif de santé publique, douter de l'intérêt de l'augmentation des arrestations pour infraction à la législation des stupéfiants (ILS). En France, depuis 2006, le nombre d'ILS fait partie des indicateurs mesurant et évaluant le travail policier. En 2008, les ILS connaissent une très forte augmentation en France (+31 % par rapport à 2007). En valeur absolue, cela équivaut à 150 000 interpellations. Pour se faire une idée plus précise de l'ampleur de l'augmentation : en 1995, l'Office central pour la répression du trafic illicite (Octris) recensait 52 112 ILS. Le chiffre a donc été multiplié par trois. En 2008, 90 % des cas concernent des usagers de cannabis, 10 % des interpellations concernent d'autres substances que le cannabis, ce qui représente 14 800 interpellations (Chiffres Octris). Les interpellations pour simple usage et a fortiori à proximité des structures de première ligne nuisent, d'après les enquêtes précédemment citées, à l'impératif de santé publique, et en particulier à la lutte contre les maladies infectieuses.

Les études mettent en lumière également des inégalités parmi les usagers de drogues dans les possibilités de ne pas s'exposer au regard policier. Les usagers les plus marginalisés, notamment ceux qui ne disposent pas de domicile, sont les plus exposés. Leur consommation a souvent lieu dans la rue et ceci les conduit à prendre davantage de risques. La possibilité ou l'impossibilité de consommer dans des lieux privés apparaît discriminant dans la prise de risque (Cooper et coll., 2005). Outre les inégalités pour ne pas s'exposer au regard policier, plusieurs enquêtes distinguent des sous-groupes parmi les usagers et mettent en garde contre les risques d'une vision homogène des usagers de drogues. Les inégalités entre usagers (liées au logement, mais aussi à l'origine ethnique, au genre ou au cumul d'autres problèmes sanitaires et sociaux) apparaissent criantes et permettent de comprendre que les usagers qui cumulent les facteurs de vulnérabilité soient les plus exposés aux maladies infectieuses et autres risques liés à la consommation de stupéfiants (De et coll., 2007). Enfin, une enquête britannique portant sur les barrières que disent rencontrer les usagers injecteurs prouve que parmi celles-ci figurent les attitudes négatives rencontrées dans les services médicaux et sociaux et notamment le dédain dont feraient preuve les professionnels rencontrés (Neale et coll., 2008).

La plupart des articles et revues de littérature, consultés sur l'accessibilité, ne questionnent pas les attentes réelles des usagers de drogues. Bien souvent ces attentes sont supposées ou postulées.

Attentes méconnues

Une revue de la littérature et un article reposant sur des données qualitatives reviennent sur cette absence de données robustes concernant les questions d'attentes et de satisfaction des usagers. La satisfaction des usagers reste souvent peu interrogée dans les enquêtes disponibles : « Parmi les 1^{ers} résultats, il est à noter le très faible nombre d'études relatives aux perceptions, attentes, besoins des usagers relativement au matériel de réduction des risques. (...) La perception du matériel en lui-même n'est quasiment jamais étudiée » (Ben Lakhdar et coll., 2008, p. 57). Pourtant dans les articles portant sur les outils, la satisfaction apparaît comme une garantie de leur utilisation ou au contraire un motif de leur non utilisation (Morissette et coll., 2007).

Alors que certains travaux mettent en avant le manque de certains outils de réduction des risques, comme les kits d'inhalation, qui permettraient de réduire les prises de risques (Ben Lakhdar et coll., 2008), une enquête québécoise s'interroge sur les attentes des usagers de drogues (Carrier et Lauzon, 2003). Les entretiens qualitatifs réalisés dans cette agglomération révèlent que les usagers rencontrés émettent des souhaits contradictoires concernant les outils de réduction des risques et leur amélioration. Sur les salles de consommation notamment, les avis ne sont pas unanimes et certains usagers les considèrent comme pouvant poursuivre un objectif de sécurité publique plus que de santé publique. Il est important de noter ici que ce constat d'une ambivalence des attentes est rarement mis en avant dans les travaux précédemment cités qui raisonnent davantage en termes de recherche d'efficacité qu'en termes de satisfaction des usagers.

En France, un programme de recherche spécifique sur cette question de l'acceptabilité des outils de réduction des risques chez les usagers de drogues a été récemment mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre l'InVS et le Cermes3. Une enquête sur les consommateurs de crack explore actuellement les attentes des usagers en matière de réduction des risques liée à l'inhalation de crack (Jauffret-Roustide, 2009 et 2010). Par ailleurs, l'enquête Coquelicot inclut dans son édition 2010 un volet spécifique sur l'acceptabilité des outils de réduction des risques liés à l'injection (kits d'injection) et les attentes des usagers vis-à-vis de nouvelles stratégies de réduction des risques (salles d'injection...).

Outre l'accessibilité et les attentes des usagers, les coopérations entre acteurs apparaissent comme facilitant l'accessibilité et la prévention.

Coopération : facteur de meilleur accès

La politique de réduction des risques associe, notamment en France, des acteurs variés. Les principaux acteurs concernés sont les associations spécialisées dans la lutte contre le sida, les associations ou structures spécialisées dans

la lutte contre la toxicomanie, les groupes dits d'auto-support, les acteurs sanitaires au sens large (pharmaciens, médecins libéraux, services hospitaliers généraux et spécialisés), les acteurs du champ pénal (policiers relevant de la police nationale et de la police municipale, magistrats) et les services sociaux.

Pour un usager de drogues rencontrant au quotidien des difficultés économiques, ces différents acteurs peuvent apporter de l'aide pour préserver sa santé.

Les coopérations entre acteurs relevant du secteur socio-sanitaire permettent d'offrir non seulement un meilleur accès des usagers aux soins et à la prévention des maladies infectieuses, mais également une plus grande diversité de soins. L'existence de réseaux de prise en charge incluant services hospitaliers, associations, médecins et pharmaciens permet d'améliorer l'accès aux soins et l'observance aux traitements prescrits (Bonnet, 2006).

Quelques travaux portant sur les coopérations entre acteurs du champ pénal et acteurs du champ socio-sanitaire prouvent également que celles-ci facilitent l'accessibilité, les policiers pouvant prendre conscience de l'intérêt de la réduction des risques et donner ou recevoir la consigne de ne pas procéder à des patrouilles visibles ou à des interpellations à proximité des outils de réduction des risques (automates, PES, unité mobile) (Racine et Grégoire, 2005). En France, des outils de coordination existent notamment au niveau des préfetures. Ainsi, dès 1985, suite à une circulaire du Premier Ministre, des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie ont été mis en place. Le pilotage de ces instances était censé être assuré, à l'échelle départementale, par la Préfecture. Ces instances étaient responsables de la coordination et de l'animation de l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie sur le département et devaient regrouper des participants divers : services extérieurs de l'État, collectivités territoriales, associations. Dans la pratique, ces instances n'ont jamais trouvé leur place. Suite à la publication du rapport constatant l'échec des conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie (Karsenty et Nosmas, 1994), une circulaire du 9 Juillet 1996 réorganise le cadre départemental. La lutte contre la drogue et la toxicomanie, au plan départemental, s'organise alors autour du préfet, d'un chef de projet « toxicomanie » nommé par le préfet et plus particulièrement chargé de l'application de la politique gouvernementale, et d'un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ce comité réunit les responsables départementaux des services de l'État et les représentants de l'autorité judiciaire, du conseil départemental de prévention de la délinquance qui doit inscrire à l'ordre du jour de chaque réunion une rubrique « lutte contre la toxicomanie ». Par l'intermédiaire de ces comités, il s'agissait de mettre en place une coordination dans chaque département. Ce nouveau cadre n'aura pas beaucoup plus de succès que le précédent. Ils sont peu mis en œuvre du fait des missions exponentielles qui incombent aux services territoriaux de l'État et de leur manque de ressources politiques (bonne connaissance des quartiers, des populations, légitimité locale...).

Ces ressources sont détenues par les élus locaux et notamment ceux relevant des municipalités. Certaines municipalités se sont substituées aux services de l'État (avec leur accord) pour permettre des formes de coordination entre acteurs multiples. La ville de Marseille constitue un exemple de ce type de démarches, l'un de ses services a en effet initié des comités de pilotage sur site qui associent des policiers. Ces actions ont permis d'améliorer l'accès aux structures de réduction des risques jusqu'en 2005 (Le Naour, 2005c). Par la suite, les représentants de la police nationale n'ont plus eu la possibilité de participer à ces instances, ce qui recrée des situations d'incompréhension et augmente le nombre d'interpellations à proximité des outils de réduction des risques.

Les travaux s'attardant sur les coopérations entre les acteurs du champ pénal et du champ sanitaire, notamment sur les sites où sont implantés les outils de réduction des risques prouvent que les coopérations facilitent grandement la mise en œuvre et le développement de mesures de réduction des risques, l'accès aux soins des usagers de drogues, et la tenue d'un discours cohérent face à de potentiels détracteurs.

En effet, les outils de réduction des risques font l'objet, de façon récurrente, de critiques plus ou moins virulentes de la part de leurs riverains. Ces critiques témoignent bien souvent d'une incompréhension face à des mesures d'emblée considérées comme hors la loi (permissives alors que l'usage de drogue reste un délit) et d'une perception négative des usagers de drogues. Ces critiques et incompréhensions renvoient aux objectifs d'acceptabilité de la réduction des risques par la population générale et les riverains.

Acceptabilité par la population générale et les riverains

Les enquêtes et études réalisées sur les perceptions en population générale (Credoc, 2004 ; Dubé et coll., 2009 ; enquêtes Eropp⁵⁴) et parmi certaines professions (pharmaciens par exemple : Bonnet et coll., 2006) révèlent des ambivalences relativement fortes. Les personnes interrogées émettent des opinions clivées sur la politique publique en général, sur les outils et sur leur localisation. Les travaux prouvent également que les perceptions et opinions sur l'usage et les usagers de drogues ont un impact sur la façon dont les outils de réduction des risques sont perçus et tolérés. Ce faisant, elles ont des effets sur leur bon fonctionnement et leur développement. Sur sites, des oppositions aux outils peuvent voir le jour et font alors l'objet d'un travail de médiation, généralement réalisé par les professionnels de la réduction des risques. Si l'on souhaite améliorer la perception des outils de réduction des risques et des usagers de drogues, la formation initiale et continue semble rester un outil majeur.

54. Enquête nationale sur l'opinion et les représentations des Français sur les drogues.

Perceptions ambivalentes

Deux enquêtes récentes menées sur des échantillons de population de deux villes (Marseille, Québec) révèlent que les représentations des usagers sont variables parmi les enquêtés (Credoc, 2004 ; Dubé et coll., 2009). Plus les enquêtés font de l'usage de drogue un problème relevant d'une responsabilité sociale et collective, plus ils tolèrent la réduction des risques. Inversement, plus les enquêtés définissent l'usage de drogues comme relevant de la responsabilité individuelle du consommateur, plus les actions de réduction des risques sont critiquées, d'autres approches lui sont alors privilégiées : enfermement, obligation de soins, prévention primaire. Les actions de réduction des risques pour ce deuxième groupe sont cependant acceptées dans un objectif instrumental : « Cette vision s'articulait autour d'une vision de défense sociale visant à protéger les « bons citoyens » de la contamination » (Dubé et coll., 2009, p. 26).

L'enquête menée à Marseille met également en avant la faible connaissance du dispositif par les habitants contactés. Cette méconnaissance produit des effets ambivalents. Elle permet de ne pas susciter des craintes. Les habitants qui considèrent les usagers de drogues comme des personnes vulnérables considèrent le dispositif comme utile lorsqu'il est porté à leur connaissance. Le revers de la méconnaissance ou de la discrétion autour des actions reste l'absence de communication et le risque d'incompréhension concernant des riverains qui voient les toxicomanes uniquement comme des délinquants.

D'autres enquêtes ont plutôt tendance à mettre l'accent sur les différentiels de représentation liés à l'usage de drogues entre les « riverains » et les promoteurs de la réduction des risques. Ces différentiels constituent selon ces recherches l'explication principale de l'intolérance de la réduction des risques et des usagers (Carrier et Quirion, 2003 ; Peretti-Watel, 2003).

En France, les résultats d'une enquête nationale sur l'opinion et les représentations des Français sur les drogues (Eropp) menée en 1999 (Beck et Peretti-Watel, 2000), 2002 (Beck et coll., 2002) et 2008 (Costes et coll., 2010), livrent des résultats ambivalents.

Une large majorité (72 %) des personnes interrogées adhère au principe de base qui fonde la politique de réduction des risques : « informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer afin de diminuer les risques pour leur santé ». Néanmoins cette majorité s'est quelque peu effritée depuis 2002 (ils étaient alors 81 % à partager cette opinion). Près des trois quarts des Français ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues (73 % en 1999, 74 % en 2002, question non posée en 2008). L'adhésion au dispositif central de la stratégie de réduction des risques en France, les traitements de substitution, est large : 72 % y sont favorables mais ici également on constate un affaiblissement de l'adhésion (82 % y étaient favorables en 2002). Cette majorité favorable à la réduction des risques s'inverse lorsque l'on envisage les formes les plus « discutées » de la

réduction des risques. Ainsi, seuls 27 % des Français seraient favorables à l'ouverture de « salles d'injection ».

À ce sujet, comme plus globalement pour l'ensemble des opinions sur les politiques publiques menées sur les drogues, les milieux sociaux favorisés, les personnes ayant une éducation scolaire supérieure, les adultes actifs et les personnes ayant une « certaine proximité » (consommant, ayant déjà consommé ou ayant un proche consommant) avec le cannabis sont plus favorables que les autres à la démarche de réduction des risques comme elles sont également moins majoritairement attachées au régime de prohibition.

Cette évolution des dix dernières années vers une relative moindre acceptation de la démarche de réduction des risques est à mettre en regard de l'évolution des représentations sur les usagers d'héroïne. Considérant ces derniers plus comme « responsables » et moins comme « victimes », il semble que les Français soient plus sensibles à une approche « répressive » (Beck et coll., 2002 ; Costes et Adès, 2010).

Les enquêtes tendent également à montrer que le degré d'acceptation de l'installation d'un dispositif de réduction des risques peut varier en fonction de sa proximité. Lorsqu'on questionne les habitants sur l'ouverture prévue par la loi de centres de soins pour les toxicomanes en coopération avec la mairie, les hôpitaux, la police et les habitants, ils sont 95,3% à se déclarer favorables, lorsqu'on leur demande s'ils seraient favorables à une telle ouverture dans leur quartier, 21,5% des enquêtés se déclarent défavorables (Beck et coll., 2002). Localement, lorsque des actions de réduction des risques (unité mobile, PES, travail de rue, automates) sont effectivement mises en place, les populations avoisinantes ne sont pas consultées, parfois elles ne sont même pas informées. Certains individus, organisés ou non en association, vivent relativement mal ces implantations et usent de techniques variées pour tenter de faire déplacer les outils, voire de les faire disparaître (pétition, lettres aux élus, manifestations, altercations plus ou moins vives avec des usagers ou des professionnels des structures, dégradations des outils). Ces contestations donnent naissance à un travail de médiation confié le plus souvent aux personnes travaillant dans les dispositifs de première ligne.

Actions de médiation variées

Les actions menées en direction des riverains ou de l'environnement sont le plus souvent conçues après la mise en place des actions réduction des risques et visent à faire face aux contestations, voire tenter d'y mettre un terme. Ces actions visent donc l'acceptabilité. En visant l'acceptabilité, ordre et santé publique se rejoignent favorisant certains outils de réduction des risques. Plusieurs articles décrivent ces actions et essaient de mettre en avant les variables qui permettent de passer de la contestation à la concertation. Les contestations décrites sont souvent extrêmement violentes (plaintes répétées, dégradations, violences, plus rarement actions en justice) et conduisent à

l'engagement des acteurs politiques (soit pour défendre, soit pour contester aux côtés des riverains).

D'après Racine et Grégoire (2005), les variables susceptibles de permettre le succès d'une implantation d'un outil seraient :

- des représentations du problème proches de la réalité ;
- l'engagement des élus locaux et du niveau politique local (en particulier municipal) ;
- un discours cohérent tenu par les différents intervenants (élus, travailleurs de rue, policiers, cantonniers...) ;
- la fréquence des rencontres et explicitations (ne pas tenir la tolérance pour acquise une fois pour toute) ;
- les types de médiation ou dialogue proposé : la mise en commun des savoirs (savoirs des riverains et savoirs des acteurs de la réduction des risques) semblent mieux fonctionner que les approches descendantes d'explicitation des professionnels vers les riverains (Kübler, 2001 ; Le Naour, 2008 ; Dubé et coll., 2009) ;
- la mixité des équipes amenées à rencontrer des riverains mécontents (mixité des professions et couverture du territoire accompagnées de la tenue d'un discours similaire tenu par les différents intervenants) ;
- la discrétion des outils et dispositifs.

Face à ces contestations riveraines durables ou récurrentes, les types de médiations proposées sont relativement variés (travail de rue, réunions publiques, participation à des comités techniques sur sites). Le terme de médiation est polysémique. La plupart des travaux et évaluation sur la médiation (y compris travaux relevant d'autres champs que celui de la réduction des risques) partent des pratiques de médiation et essaient de comprendre leurs effets sur les conflits de voisinage.

La grande diversité des formes proposées amène au travers des articles disponibles à comparer les résultats de ces différentes procédures notamment en s'interrogeant sur leur capacité à susciter la tolérance des riverains.

Les comités techniques ou tables rondes sont des lieux de mise en relation et mise en commun des savoirs entre riverains et acteurs de la réduction des risques. Ils semblent produire les meilleurs résultats que les réunions publiques ponctuelles. À moyen et long terme, le problème de la participation continue des riverains se pose, comme dans d'autres cas de procédures de démocratie délibérative. La qualité de l'échange (impression ou non d'être entendu) apparaît déterminante dans la durée de participation des riverains et leur bonne volonté.

Initialement destiné aux usagers les plus marginalisés, l'*outreach*, traduit par travail de rue ou intervention de proximité, fait également partie des outils de médiation. Il a été, en effet, étendu au fil des années aux riverains contestataires. Les résultats de ces actions ont été peu évalués, mais les rares enquêtes disponibles mettent en avant leur nécessité sur les sites d'implantation où les

contestations sont vives, voire violentes (Kübler, 2001 ; Cereq, 2002 ; Le Naour, 2008). Elles précisent également que ces métiers reposent sur des compétences identifiables et transmissibles.

Les enquêtes traitant des questions de médiation insistent, notamment pour la France, sur le fait que les métiers dits de première ligne reposent sur des savoirs pratiques acquis sur le tas (Racine et Grégoire, 2005). Les publications livrent des bilans mitigés sur ces programmes mettant en œuvre des actions de médiation. L'objectif de pacification des relations entre les voisins et les acteurs et usagers des services de réduction des risques est le plus souvent atteint à court terme. Les actions de médiation qui atteignent cet objectif sur le moyen ou long terme sont celles qui bénéficient d'un financement pérenne et d'une forte coordination (Fayman et coll., 2003 ; Le Naour, 2008).

Outre l'obtention de la tolérance, voire de l'acceptation des actions, un des autres objectifs sous-jacents fixés par les actions de médiation était la reconnaissance de la qualification des métiers de la médiation (ici du métier d'intervenant de proximité et de sa professionnalisation) (Cormont et coll., 2002 ; Cereq, 2002 ; Jauffret-Roustide, 2009). Cet objectif n'est pas atteint à ce jour.

L'un des moyens identifiés par les auteurs pour permettre une information aussi précise que possible (compte tenu des connaissances disponibles) sur les usages de drogues et améliorer les perceptions sur les consommateurs, ainsi que sur les risques encourus, est la formation initiale et continue (des médiateurs) (Neale et coll., 2008).

Enjeux récurrents de formation et d'information

Il faut distinguer les formations générales destinées à des acteurs non spécialisés de celles destinées à des acteurs potentiellement au contact des usagers (pharmaciens, médecins libéraux, intervenants de rue...).

Concernant les intervenants de rue (dont les dénominations varient d'un site à l'autre : agents de proximité, animateurs de prévention, travailleurs de rue, éducateurs de rue), l'objectif de la création d'un référentiel-métier concernant l'intervention de proximité auprès des habitants était de permettre une professionnalisation des agents et une harmonisation des pratiques de médiation, tant concernant le travail auprès du voisinage que concernant le travail auprès des usagers, notamment marginalisés. Des formations expérimentales ont été mises au point à Marseille mais n'ont pas bénéficié d'une certification permettant leur développement ou leur duplication (Cormont et coll., 2002 ; Cereq, 2002). À ce jour, il n'existe ni formation diplômante ou certifiante, ni de guide de bonnes pratiques. De tels outils sont pourtant présentés comme utiles :

- pour aider les intervenants confrontés à des contestations de leurs actions à trouver les moyens adéquats pour y répondre ;

- pour résoudre des difficultés à entrer en contact avec des usagers de drogues ne fréquentant pas les structures mises en place ;
- pour dialoguer avec les professionnels de santé qui seraient soit hostiles aux usagers de drogues, soit en difficulté face à eux.

Les actions de formation (et d'accompagnement) à destination des professionnels de santé, (notamment auprès des pharmaciens écossais : Matheson et coll., 2007) n'ont été ni recensées, ni évaluées de manière exhaustive. Elles donnent, d'après les rares études, de bons résultats concernant l'amélioration de la perception des usagers de drogues par les praticiens (Bonnet et coll., 2001 ; Bonnet, 2006). Notons que les représentations des usagers de drogues parmi les professionnels de santé connaissent les mêmes variations que parmi la population générale allant d'une forte empathie à un rejet pur et simple. Ces différentiels de représentations permettraient d'expliquer en partie le refus de certains professionnels de santé de participer à la réduction des risques (refus pouvant aller jusqu'à faire savoir qu'on ne souhaite pas travailler avec des usagers de drogues, ce qui dissuade généralement ces derniers de s'adresser à eux)⁵⁵.

Les études portant sur les pharmaciens et l'évolution de leur rôle dans les politiques de réduction des risques en font des acteurs de premier plan. Elles mettent en avant l'isolement ressenti par les pharmaciens face aux usagers de drogues et à leurs demandes. Elles concluent à la nécessité de former les pharmaciens « Les pharmaciens ont besoin de formations spécifiques » (Matheson et coll., 2007 ; Samitca et coll., 2007, p. 55). On retrouve des constats similaires pour d'autres professions et notamment concernant les médecins généralistes (Neale et coll., 2008). Les pharmaciens appartenant à des réseaux de prise en charge et sensibilisés sur les questions de réduction des risques sont plus enclins à vendre des seringues et accueillent mieux les usagers de drogues (Bonnet et coll., 2006 ; Matheson et coll., 2007).

Concernant les actions de formation destinées à des acteurs non spécialisés, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, de la Mildt, mettait déjà l'accent sur la nécessité d'offrir aux fonctionnaires des formations concernant l'usage de drogues et les politiques menées. Ces actions ont fait l'objet d'une évaluation publiée par l'OFDT en 2003. Les résultats de l'évaluation sont mitigés. Les formations attirent davantage des personnes déjà informées, elles contribuent à modifier les perceptions notamment auprès des institutions pénales, elles permettent également d'impulser des partenariats (en particulier les formations longues). En revanche, l'impact sur les connaissances des participants est peu visible (connaissances des produits et de leur dangerosité notamment) (Toulemonde et coll., 2003).

55. Beaucoup d'articles font référence aux perceptions négatives des usagers de drogues parmi certains soignants. L'introduction de l'article de Neale et coll. (2008) qui porte sur la Grande-Bretagne en donne un aperçu relativement exhaustif.

Les perceptions des officiers de police et des magistrats semblent peu avoir été analysées et n'apparaissent pas dans la littérature consultée. On peut néanmoins formuler l'hypothèse suivante : les officiers de police et les magistrats ont probablement des perceptions ambivalentes de l'usage de drogues et sont soumis à des injonctions qui peuvent paraître contradictoires avec les impératifs de réduction des risques. Des formations spécifiques existent mais elles ne semblent pas suffisantes pour modifier leurs perceptions et permettre leur inscription dans une stratégie de réduction des risques, ce que le travail en réseau sur site a permis dans certains cas (Le Naour, 2005c).

En conclusion, à l'issue de cette présentation de la littérature disponible portant sur l'accessibilité et l'acceptabilité, non seulement des actions de réduction des risques, mais plus largement des usagers de drogues, plusieurs enjeux récurrents émergent.

Le premier concerne une question classique et longuement débattue depuis le début de la réduction des risques en France (et dans d'autres pays) : il renvoie à la difficulté ressentie sur le terrain à allier pénalisation du simple usage de drogues (ainsi qu'aux mesures qui lui sont associées : interpellations, confiscation de matériel) et mesures de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses. Ces difficultés ressenties sont redoublées par l'incompréhension souvent manifeste des riverains vis-à-vis des outils de réduction des risques, qui comprennent parfois mal que d'un côté l'usage est interdit quand de l'autre des seringues (et autre matériel) sont distribuées. Même si les choses progressent, force est de constater que les actions de réduction des risques sont encore loin d'être unanimement acceptées, *a fortiori* chez leurs voisins immédiats.

L'autre enjeu, lié à celui qui vient d'être évoqué, renvoie à une situation de méconnaissance des drogues, des usagers et des politiques menées parmi la population générale, et surtout parmi certains professionnels directement confrontés à des usagers (pharmaciens, médecins, policiers, magistrats...). Or, les enquêtes le prouvent, le travail en réseau et les formations répondant à certains critères (longue durée, polyvalence des intervenants notamment) paraissent pouvoir accroître sensiblement les connaissances et diminuer les phénomènes de peur et de rejet.

Le dernier enjeu récurrent est celui des vulnérabilités et des inégalités parmi les usagers de drogues pour se protéger efficacement. La représentation de l'usager en capacité de maîtriser sa consommation et sa santé est écornée par certaines enquêtes. Tous les usagers ne sont pas également dotés pour se protéger efficacement des risques associés à leur consommation de drogues.

BIBLIOGRAPHIE

BECK F, PERETTI-WATEL P. EROPP 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. OFDT, 2000, 204 p

BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP). OFDT, 2002, 116 p

BEN LAKHDAR C, MILHET M, DIAZ-GOMEZ C. Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers. *Revue de la littérature. Evaluation des politiques publiques*. OFDT, 2008, 73p

BONNET N. Pharmacy syringe exchange program for injection drug users. *Presse Med* 2006, **35** : 1811-1818

BONNET N, BEAUVERIE P, GAUDONEIX TAIEB M, POISSON N, IMBERT E, FOURNIER G. Changes in pharmacists practices (1996-2000) related to harm reduction policy (condoms, injecting equipment, methylmorphine) and maintenance therapy delivery (buprenorphine, methadone. *Ann Med Interne* 2001, **152** : S15-S20

CADET-TAIROU AM, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, France, 2010, 1-280

CARRIER N, LAUZON P. Se shooter en présence d'intervenants ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal. *Drogues, Santé et Société* 2003, **2** : 1-26

CARRIER N, QUIRION B. Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation. *Drogues, santé et sociétés* 2003, **2** : 1-30

CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES QUALIFICATIONS (CEREQ), CAUSSE L, ROCHE P. Activité professionnelle des intervenants de proximité, analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Marseille, Convention Mission sida toxicomanie/CEREQ, janvier 2002

COOPER H, MOORE L, GRUSKIN S, KRIEGER N. The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2005, **61** : 673-684

COSTES JM, ADES JE. Ten years of change on the issue of drugs in France: public policy, public opinion and media. Fourth Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. RAND. Santa Monica, California, USA, ISSDP, 2010

COSTES JM, LAFFITEAU C, LE NEZET O, SPILKA S. Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf>

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE (CREDOC). Evaluation du dispositifs automates échangeurs/distributeurs de seringues. Volet Environnement. Rapport Ddass 13 et Mairie de Marseille, 2004, 128 p

CORMONT P, COQUELLE C, RIVET G. Évaluation du programme « renforcer le travail de proximité ». Marseille. Convention Mission sida toxicomanie/Copas, rapport final, décembre 2002

DE P, COX J, BOIVIN JF, PLATT RW, JOLLY AM. The importance of social networks in their association to drug equipment sharing among injection drug users: a review. *Addiction* 2007, **102** : 1730-1739

DUBE E, MASSE R, NOEL L. Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Revue canadienne de de santé publique* 2009, **100** : 24-28

FAYMAN S, SALOMON C, FOUILLAND P. Médiation et réduction des risques. OFDT, Septembre 2003

FRIEDMAN SR, COOPER HL, TEMPALSKI B, KEEM M, FRIEDMAN R, FLOM PL, DES JARLAIS DC. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *Aids* 2006, **20** : 93-99

ISLAM M, STERN T, CONIGRAVE KM, WODAK A. Client satisfaction and risk behaviours of the users of syringe dispensing machines: a pilot study. *Drug Alcohol Review* 2008, **27** : 13-19

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Self-Support for Drug Users in the context of harm reduction policy: A Lay Expertise Defined by Drug Users' Life Skills and Citizenship. *Health Sociology Review* 2009, **18** : 159-171

JAUFFRET-ROUSTIDE M. La réduction des risques chez les usagers de drogues. Contributions de l'épidémiologie et de la socio-anthropologie. Thèse de santé publique, Mention Sociologie de la santé. Université Paris Sud XI, Février 2010

KARSENTY S, NOSMAS JP. Rapport sur le fonctionnement des Conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie. Paris, Inspection Générale de l'Administration, Ministère de l'Intérieur, Novembre 1994

KUBLER D. Politiques de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé : analyse des conflits de mise en œuvre. L'Harmattan, Paris, 2001

LE NAOUR G. Lutte contre le sida : La reconfiguration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille. *Sciences sociales et santé*, 2005a, **23** : 43-68

LE NAOUR G. Entrer dans l'action publique en la contestant. *Politix* 2005b, **18** : 9-28

LE NAOUR G. Créer l'action collective. Un service municipal dans la conduite d'une politique de lutte contre le sida et la toxicomanie à Marseille. In : Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique. FILÂTRE D, DE TERSSAC G (eds). Octares, Toulouse, 2005c, 155-163

LE NAOUR G. La qualification de plaintes de riverains en savoirs utiles : une géométrie variable. In : Action publique et légitimités professionnelles. LE BIANIC T, VION A (eds). LGDJ, Paris, 2008, 223-239

MATHESON C, BOND CM, TINELLI M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *J Public Health (Oxf)* 2007, **29** : 350-357

MORISSETTE C, COX J, DE P, TREMBLAY C, ROY É, ALLARD R, et coll. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population:

Implications for HIV and hepatitis C prevention. *International Journal of Drug Policy* 2007, **18** : 204-212

NEALE J, TOMPKINS C, SHEARD L. Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health Soc Care Community* 2008, **16** : 147-154

PERETTI-WATEL P. Heroin users as folk devils and French public attitudes toward public health policy. *International Journal of Drug Policy* 2003, **14** : 321-329

RACINE P, GREGOIRE L. Agence de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux. Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil. *Revue de la littérature*, 2005, 26p

SAMITCA S, HUISSOUD T, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. The role of pharmacies in the care of drug users: what has changed in ten years. The case of a Swiss region. *Eur Addict Res* 2007, **13** : 50-56

TOULEMONDE J, BOGGIO Y, SUBILEAU N, DESJONQUERES T, FLOIRAC E. Formations. Evaluation du volet formation. OFDT, 2003

WERB D, WOOD E, SMALL W, STRATHDEE S, LI K, MONTANER J, KERR T. Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 332-338

17

Réduction des risques adaptée aux femmes

L'intérêt pour les questions de genre dans le champ des drogues semble assez tardif à deux exceptions près. L'histoire du système britannique de soins aux toxicomanes et des préoccupations de réduction des risques manifestées dès les années 1920, montre plutôt une certaine focalisation sur la question des femmes, les « drogués » étant volontiers présentés comme des femmes : les actrices, les entraîneuses de bars, les femmes célibataires, les femmes pauvres..., avec l'émergence d'un discours de genre, basé sur l'idée qu'une certaine catégorie de femmes « anormales » requière une action publique de normalisation (Seddon, 2008). L'analyse faite pour les États-Unis va dans le même sens, même si avant les années 1980, le peu de recherches sur les femmes et les drogues comportaient de nombreux stéréotypes sur les femmes criminelles vues comme « *mad* » c'est-à-dire folles, souffrant de troubles mentaux, « *sad* » malheureuses, victimes du pouvoir masculin ou d'exploitation ou « *bad* », à savoir mauvaises, avec une déviance sexuelle ou morale (Measham, 2002). Ces notions auraient évolué après les années 1990, quand les femmes ont été considérées comme des consommateurs « comme les autres », à la recherche du plaisir. Il faudra ensuite attendre les années 2000 pour que la littérature internationale révèle de nouveau un intérêt pour les questions de genre dans le champ des addictions (Simmat-Durand, 2009a). Bien que le constat général soit que les hommes et les femmes apparaissent différents dans leurs trajectoires de consommation (Wagner et Anthony, 2007) et dans la prévalence des comorbidités psychiatriques, la dimension du genre est peu mise en valeur dans les enquêtes. Ainsi, sur la question cruciale des polyconsommations, le rapport européen récent ne mentionne à aucun moment la question du genre et aucun tableau n'est présenté selon cette variable (*European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction*, 2009). Le constat global est que bien souvent les enquêtes ne prennent pas en compte la dimension du genre (*United Nations*, 2004). Les besoins spécifiques des femmes sont peu considérés dans la plupart des pays européens (*European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction*, 2006).

D'après les données « Eurosurveillance », un tiers des usagers d'opiacés au niveau européen sont des femmes (Gyarmathy et coll., 2009). Dans certains pays européens et aux États-Unis, les femmes représenteraient environ 40 %

des usagers de drogues et 20 % en Europe de l'Est (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Dans tous les cas, ces femmes usagères sont dans des âges de procréation. En France, les données des centres de soins spécialisés hors cannabis font état de 22 % de femmes en 2007 et une femme pour quatre hommes dans les Caarud. Environ un quart des remboursements de traitements de substitution aux opiacés a concerné des femmes (Canarelli et Coquelin, 2009). Les enquêtes nationales périnatales n'interrogent pas les femmes venant d'accoucher sur leur consommation de produits illicites ou prescrits (Vilain et coll., 2005).

Risques de transmission des maladies infectieuses

Pour l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles et bien sûr pour le VIH, les femmes sont plus vulnérables biologiquement que les hommes (Lot, 2008). L'épidémie de sida a souligné la nécessité de mieux connaître les différences de genre dans les modes d'usage des drogues et les comportements à risque, en particulier en se focalisant sur les réseaux de sociabilité des femmes (Sherman et coll., 2001). D'autant plus qu'entre 1986 et 2000, la part des femmes dans les cas de sida aux États-Unis est passée de 7 % à 17 %, touchant en particulier les femmes d'origine étrangère par la combinaison de rapports de domination, de la pauvreté, de la violence et des usages abusifs de substances (Vernon, 2007). De même, en France, la part des femmes dans le nombre de cas de sida est passée d'un peu plus de 5 % en 1982 à 33 % en 2005 (Lot, 2008).

Les femmes usagères de drogues sont décrites comme ayant des comportements sexuels qui les exposent davantage au VIH, ne serait-ce que parce qu'elles ont une probabilité supérieure d'avoir un partenaire sexuel qui est aussi injecteur de drogues (Evans et coll., 2003). À Baltimore, une enquête a montré que l'incidence du VIH parmi les injectrices est plus que doublée pour celles ayant un partenaire sexuel injecteur. Il est fréquent que les femmes échangent des services sexuels contre des drogues, la promesse d'une protection, de la nourriture ou un hébergement (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008).

Les enquêtes montrent que les femmes rapportent plus de conduites à risques que les hommes et ce dans tous les pays, que ce soit pour les usages de drogues ou pour la sexualité. Deux enquêtes françaises à dix ans d'intervalle vont dans ce sens (Vidal-Trécan et coll., 1998 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009a). Les femmes sont également plus souvent décrites comme ayant des conditions de vie précaires, ce qui est un facteur de risque supplémentaire.

Les femmes combinent les risques liés à l'injection et à la sexualité en ayant plus fréquemment un partenaire sexuel régulier injecteur, en partageant plus souvent le matériel et en se faisant plus souvent faire l'injection (Evans et

coll., 2003). Le seul point sur lequel les femmes sont décrites comme présentant moins de risques que les hommes concerne la gestion des plaies liées à l'injection : les hommes ont 3,82 fois plus de risques de manipuler de manière dangereuse une plaie (Roose et coll., 2009).

Risques sexuels

Les femmes usagères de drogues sont décrites dans l'enquête Coquelicot comme ayant plus souvent des relations sexuelles que les hommes usagers, plus souvent avec un partenaire occasionnel lui-même usager de drogues (81 *versus* 58 %) et recourant dix fois plus souvent à des rapports sexuels contre des drogues ou contre de l'argent. Près de 30 % des femmes contre seulement 1 % des hommes révèlent se livrer à la prostitution (Jauffret-Roustide et coll., 2008). Elles sont aussi décrites comme plus fragiles et plus dépendantes de leur partenaire sexuel, en particulier pour se procurer les substances et plus à risques de violences conjugales (Temple et coll., 2008), elles-mêmes sources de contamination par les infections sexuellement transmissibles. Elles sont de ce fait en plus mauvaise position pour négocier l'usage du préservatif (Stoner et coll., 2008) et considèrent que le risque affectif, soit la perte de leur partenaire, est plus important que le risque de contracter une infection (Jauffret-Roustide et coll., 2009b). De même, dans les recherches sur la prostitution, les femmes usagères pratiqueraient des tarifs plus bas, dans des conditions plus précaires, par exemple sous les porches ou dans la rue de façon générale, ou sous l'effet du manque, ce qui les empêchent de négocier et les prédisposent aux clients eux-mêmes toxicomanes ou à problèmes (Pryen, 1999).

Partage des seringues et du matériel

Les pratiques de partage rapportées par les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple (Jauffret-Roustide et coll., 2009b), ou de manière plus générale parmi leur réseau affectif, familial, sexuel ou amical (Sherman et coll., 2001). Cet échange au sein du couple n'est pas vécu comme une pratique à risque. Les femmes peuvent faire l'objet de discriminations dans l'accès à l'information sur une éventuelle contamination de leur partenaire, comme l'a montré une histoire de vie recueillie à Paris : le beau-frère de Christine refuse que son meilleur ami partage sa seringue car il se sait séropositif, alors qu'il l'a utilisée les jours précédents pour elle (Simmat-Durand, 2009b). Le risque de partage des seringues ou du matériel est plus fort chez les femmes que chez les hommes, car de manière courante, ce sont elles qui injectent en dernier (Frajzyngier et coll., 2007 ; Wright et coll., 2007).

Une enquête auprès de 150 femmes usagères de programmes d'échange de seringues en Californie montre que les femmes qui ont partagé leur seringue sont plus souvent d'âge inférieur à 30 ans, ou blanches, ou vivant avec un usager de drogue par voie intraveineuse, ou sans domicile, ou récemment

incarcérées ou ayant subi une agression sexuelle dans l'année précédente ou ayant une histoire familiale de consommation de drogue par voie intraveineuse (Lum et coll., 2005).

Les femmes prêtent plus souvent leur matériel à un partenaire sexuel que les hommes (Vidal-Trécan et coll., 1998). Ainsi, les femmes sous-estiment les risques liés au partage du petit matériel, quand bien même elles refusent de partager les seringues ou considèrent comme répugnant de réutiliser une seringue (Sheard et Tompkins, 2008).

Injection au sein du couple et injection par autrui

Les femmes sont décrites comme plus souvent initiées par les hommes aux pratiques d'injection dans le cadre des relations intimes, en particulier à l'adolescence (Eaves, 2004). Dans l'enquête Coquelicot, les auteurs rapportent ces mêmes observations « aucun homme n'a évoqué avoir été initié aux drogues par son partenaire sexuel » ; ils le font plus souvent au sein d'un groupe de pairs (Jauffret-Roustide et coll., 2008). Une étude australienne montre néanmoins que si les femmes ont plus de risques d'avoir un partenaire sexuel qui injecte également et de partager le matériel, elles peuvent également être à l'origine de l'initiation au sein d'un groupe de pairs féminins. Le modèle masculin d'initiation pourrait dans ce cas sembler un idéal pour de jeunes femmes « modernes » (Bryant et Treloar, 2007). Des résultats obtenus à New-York sur plus de 300 nouveaux injecteurs montrent que la proportion de femmes initiées par un homme est de 62 % contre 19 % par une femme (Frajzyngier et coll., 2007).

Les femmes non seulement partagent plus souvent le matériel d'injection avec leur partenaire sexuel, mais présentent plus de risques de se faire injecter (Sheard et Tompkins, 2008). Cette pratique est décrite comme un prédicteur indépendant du risque d'exposition au VIH, dans des pays comme la Russie (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008).

Les raisons évoquées pour que les femmes se fassent injecter leurs drogues par des hommes sont de divers ordres : biologiques du fait de veines de surface plus petites, de rapports de domination ou de contrôle de leurs consommations par leurs partenaires, du fait que ce sont les hommes qui se procurent les drogues et le matériel et par la reconnaissance mutuelle de la compétence masculine pour le faire (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). L'injection par autrui pourrait représenter une forme de violence entre partenaires sexuels, d'autant plus quand elle a démarré à la première injection mais c'est une question qui est rarement posée par les personnels des centres de traitement, ce qui empêche de prendre en compte cette dimension de violence (Wright et coll., 2007). Elles sont alors dépendantes du partenaire non seulement pour l'injection mais également pour toutes les étapes préparatoires qu'elles ne maîtrisent pas.

Les personnes qui injectent ne sont pas seulement les partenaires sexuels, mais aussi des amis, des rencontres ou des personnes de la famille. Pour les 45 femmes interviewées en Écosse et qui se font injecter, cette pratique est plus à risque de blessures, douleur et d'implications psychologiques comme la domination et la perte d'indépendance que l'auto-injection, mais elle traduit leur manque de confiance en soi, de connaissances et, paradoxalement, la peur de la seringue (Sheard et Tompkins, 2008).

Ainsi, dans une étude à San Francisco sur 844 usagers par voie intraveineuse recrutés dans la rue, Evans et coll. (2003) relèvent que les femmes cumulent significativement plus souvent trois conduites à risque d'infections virales : l'emprunt d'une seringue usagée, le partage du petit équipement et le fait de se faire faire l'injection par une tierce personne.

Un suivi de cohorte à Vancouver, portant sur plus de 1 000 personnes séronégatives a montré une incidence du VIH à 36 mois doublée parmi celles qui ont sollicité une aide pour leur injection, qui étaient trois fois plus souvent des femmes (O'Connell et coll., 2005).

Prostitution, prison, violences, errance et troubles de la santé mentale comme facteurs de risque

La prostitution, la violence et l'errance sont reconnues comme des facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles, du VIH et des hépatites (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Une étude parmi 683 femmes américaines consommant du crack montre qu'elles sont plus à risque de contracter le VIH si elles ont connu des événements traumatiques de la petite enfance et si elles sont sans domicile (Wechsberg et coll., 2003). Une autre étude parmi le même type de population relève le lien entre le risque pour le VIH et le niveau de détresse psychologique et démontre que des interventions prenant en compte la santé mentale permettaient de réduire les prises de risque tant sexuelles que liées aux drogues, au contraire des interventions ne prenant pas en compte cette dimension (Sterk et coll., 2006).

En particulier, pour les femmes sans domicile, on note l'interaction de multiples problèmes de santé, comme des taux accrus de maladies sexuellement transmissibles, mais aussi de santé mentale et même une comorbidité psychiatrique avec l'usage de stupéfiants et l'engagement dans des pratiques de prostitution de survie (Magee et Huriaux, 2008). Ces femmes ne subsistent que par une économie de rue, prostitution, revente de drogues, vols à l'étalage et sont confrontées à la violence et à la domination masculine (Moore, 2009), ce qui les expose davantage à la contamination par le VIH, évaluée comme un risque secondaire en regard des risques d'agressions, de viols, d'interpellations, de vols ou même de meurtres (Epele, 2002). La consommation de substances parmi les femmes recourant à des hébergements collectifs, en particulier après des violences familiales, est ainsi notable, marquant le lien entre ces deux phénomènes (Poole et coll., 2008).

Les femmes usagères de drogues, en particulier injectrices, déclarent beaucoup plus souvent se procurer de l'argent ou de la drogue contre des services sexuels, tandis que les hommes utilisent plutôt la délinquance comme principale source de revenus. Une enquête parmi un réseau d'usagers de drogues par voie intraveineuse à Sydney (Australie) montre ainsi que 77 % des femmes contre 23 % des hommes sont travailleurs sexuels alors que 28 % des hommes contre aucune femme déclarent tirer leurs revenus de la délinquance (Roxburgh et coll., 2005). Or, les travailleurs sexuels dans cette étude rapportent trois fois plus souvent avoir emprunté une seringue, deux fois plus souvent en avoir prêté une, avoir injecté dans l'espace public, avoir eu des problèmes d'injection. D'autres études montrent que les femmes usagères sont dans une position plus fragile que les autres prostituées car elles acceptent des rapports plus risqués ou à moindre prix (Pryen, 1999). Les femmes usagères de drogues ont plus de risques de pratiquer la prostitution dans la rue car elles sont considérées comme indésirables dans les hôtels et maisons closes, ce qui les expose à une clientèle plus précaire, en particulier d'usagers de drogues (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Une étude parmi de jeunes usagers de drogues canadiens montre également que ceux qui ont été travailleurs sexuels ont un risque notablement plus élevé d'être infectés par le VHC, avec une incidence cumulée à trente-six mois de 68,4 % *versus* 38,8 % (Shannon et coll., 2010).

Les violences subies sont également fréquemment rapportées par les usagers de drogues par voie intraveineuse. Une étude canadienne sur plus de 1 000 injecteurs montre que les femmes ayant des problèmes de santé mentale, qui ont besoin d'aide pour l'injection et qui sont sans logement, ont deux fois plus de risques de subir des violences (Marshall et coll., 2008). Dans tous les pays, les femmes usagères de drogues à problème sont décrites comme ayant subi plus souvent que les hommes des violences, en particulier sexuelles (Cagliero et Lagrange, 2004). La nécessité de services pouvant les prendre en charge de manière adéquate sur ce point est soulignée par exemple au Royaume-Uni où deux tiers des femmes en traitement pour un usage de drogues seraient concernées (Simpson et McNulty, 2008). De manière générale, les faits de violence contre les femmes travailleuses sexuelles sont couramment cités comme un risque majeur pour la transmission du VIH (Shannon et coll., 2009).

Alors que les femmes sont moins souvent incarcérées que les hommes (5 % de la population détenue en France), elles le sont de manière disproportionnée pour les infractions relatives aux stupéfiants et l'accroissement des femmes en prison est préoccupant dans de nombreux pays. Au Royaume-Uni, le nombre d'incarcérations féminines sur les dix dernières années a augmenté de 414 % et deux tiers des femmes en prison ont un problème de drogues (Simpson et McNulty, 2008).

Risques liés à la maternité

La découverte dans les années 1980 du syndrome d'alcoolisation fœtale, puis du syndrome d'abstinence néonatale, a entraîné l'émergence comme problème de santé publique des consommations des femmes enceintes. Ce fut le cas, en particulier aux États-Unis avec la médiatisation des « *crack babies* », la cocaïne s'étant largement répandue et sa consommation chez les jeunes femmes ayant explosé (Lester et coll., 2004).

D'après les estimations européennes, parmi les femmes usagères à problèmes 6,5 à 11 % seraient enceintes chaque année, soit 30 000 usagères d'opiacés, qui ont un risque élevé pour les maladies sexuellement transmissibles, pour le sida et les hépatites et pour les troubles mentaux (Gyarmathy et coll., 2009). Au Royaume-Uni, 1 % des nouveau-nés auraient une mère usagère de drogues à problèmes et autant une mère consommatrice problématique d'alcool (Simpson et McNulty, 2008). En France, peu de données nationales évaluent la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. Les enquêtes nationales sur la santé comme le Baromètre Santé 2005 comportent une question sur la grossesse mais les résultats n'ont pas été diffusés, hormis l'information que : « chez les 15-49 ans, 11 % des femmes enceintes déclarent avoir bu de l'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête, contre 38 % des autres femmes » (Guillemont et coll., 2006). Les enquêtes portant sur la période périnatale sont menées en milieu médical, au moment de l'accouchement. L'enquête nationale périnatale a comporté une question sur l'alcool en 1998 mais pas en 2003, les femmes ne sont pas interrogées sur leurs consommations de substances illicites. Seules les données de l'Audipog, obtenues sur la base d'un volontariat de certaines maternités, concernent la toxicomanie pendant la grossesse, intraveineuse ou autre et donnent une estimation de 2 400 à 5 000 naissances concernées chaque année. Le nombre de femmes enceintes usagères de traitements de substitution aux opiacés peut quant à lui être estimé à environ 3 500 (Simmat-Durand, 2009c). S'y ajoutent d'autres consommations non évaluées et environ 1 600 femmes consommant plus de trois verres d'alcool par jour pendant la grossesse (Audipog, 2004).

Les conditions de vie précaires, souvent plus marquées chez les femmes enceintes usagères de drogues, amènent à s'interroger sur les effets respectifs de ces deux facteurs dans la survenue des conséquences pour les nouveau-nés tant dans le cas des drogues illicites (Schempf et Strobino, 2008) que dans celui des traitements de substitution (TSO) (Simmat-Durand et coll., 2010) et prouvent la nécessité dans tous les cas d'une prise en charge globale des grossesses, prenant en compte ces aspects multifactoriels.

Grossesses non désirées ou chez les adolescentes

Les risques de grossesses non désirées sont rapportés avec des produits comme la cocaïne qui entraîne des désinhibitions (Jaufret-Roustide et coll., 2009a),

ou avec l'alcool, mais on observe également des perturbations des cycles menstruels. Les usagères d'opiacés présentent couramment des aménorrhées et se croient stériles, d'où le risque de grossesse non désirée y compris lors de la mise en place des traitements de substitution, ce qui avait été relevé surtout en lien avec le Subutex prescrit en médecine de ville (Brewer, 2008 ; Lejeune et Simmat-Durand, 2003). Dans une étude portant sur 159 femmes sous traitement par Subutex en France, pratiquement une sur deux a indiqué n'avoir pas programmé la grossesse en cours, et cette proportion était encore du tiers chez celles ayant les meilleures conditions sociales, soit un niveau baccalauréat, un logement personnel, vivant en couple et ayant des revenus du travail (Simmat-Durand et coll., 2009c).

Un article espagnol invite les opposants aux traitements de substitution à considérer que la contraception est par excellence un moyen de réduire les risques des grossesses non désirées tout comme les traitements de substitution devraient être un moyen de réduire les addictions non désirées (Brewer, 2008). *A contrario*, il serait utile de rappeler que d'empêcher des grossesses non désirées constitue une réduction des risques : de grossesses non suivies, de conséquences périnatales, d'atteintes immédiates et futures des enfants exposés.

Au Royaume-Uni, parmi les 7 600 adolescentes prises en charge dans un service d'aide aux toxicomanes, 20 % avaient au moins un enfant, ce qui pose de plus le problème de l'immaturité de ces mères (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004).

Conséquences périnatales

Les travaux sur la sociologie de la reproduction et la pénalisation des comportements pendant la grossesse tendent à ne voir les femmes que comme des « containers à fœtus » et leurs corps sont considérés comme impropres à la reproduction quand elles absorbent des substances (Ettorre, 2004). La pénalisation des femmes enceintes consommant des substances illicites, voire de l'alcool, est une tentation pour de nombreux pays et cette situation est couramment dénoncée. En effet, cette « chasse aux sorcières » amène les femmes à ne pas faire suivre leurs grossesses, de crainte de se voir retirer leur enfant, d'être stigmatisées ou de faire face à des réactions hostiles du personnel de maternité. Or, le non suivi des grossesses est en soi un risque bien connu de prématurité ou d'incidents obstétricaux (Vilain et coll., 2005). Les études sur les femmes consommatrices d'héroïne révèlent des niveaux de grossesses non suivies couramment de l'ordre de 40 % (Lejeune, 2007).

Les taux de fausses couches ou de prématurité sont élevés parmi les femmes consommant des substances psychoactives. Des anomalies fœtales, des retards de croissance intra-utérine et des syndromes de sevrage des nouveau-nés figurent parmi les conséquences les plus fréquentes, outre les effets de l'alcool sur le fœtus et particulièrement le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un arrêt

brutal de la consommation pendant la grossesse, en particulier des opiacés, peut provoquer un manque chez les fœtus et un syndrome de sevrage dont l'intensité peut provoquer la mort fœtale (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Pour cette raison, les recommandations actuelles sont de ne jamais tenter un sevrage en cours de grossesse mais de proposer un traitement de substitution aux opiacés (Lejeune, 2007 ; Simmat-Durand, 2009c).

Le syndrome de sevrage du nouveau-né est le risque majeur suite à une exposition aux opiacés, aux benzodiazépines et dans une moindre mesure au tabac, cannabis ou alcool. Il se manifeste quelques heures ou quelques jours après la naissance par un ensemble de symptômes non spécifiques, dont les effets cumulés permettent d'établir un score à l'aide de grilles de recueil appelées scores de Finnegan ou de Lipsitz. Dans les cas les plus sévères, les enfants doivent recevoir un traitement médicamenteux, souvent du chlorhydrate de morphine, pendant quelques jours à quelques semaines. Les syndromes modérés sont traités par des techniques de nursing et le contact prolongé avec la mère, au mieux par l'allaitement (Morrisson et coll., 1996 ; Micard et coll., 2003).

Transmission materno-fœtale des maladies infectieuses

Les interventions visant à une meilleure surveillance médicale de la grossesse chez les femmes usagères de drogues doivent prévenir les risques de transmission verticale des maladies infectieuses et/ou permettre une prise en charge immédiate des nouveau-nés (Gyarmathy et coll., 2009).

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à moins de 1 % avec les multithérapies en cours de grossesse, mais existe toujours, du fait en particulier des non suivis de certaines femmes, toxicomanes, errantes ou migrantes en situation irrégulière.

Le risque de transmission vertical est majeur pour l'hépatite B et existe pour l'hépatite C pendant la grossesse et à la naissance, mais non avec l'allaitement et l'usage de drogues est le facteur prédominant (Resti et coll., 2002). Ce risque dépend de la charge virale et est minimisé par l'arrêt de l'injection, par exemple lors d'une mise sous traitement de substitution aux opiacés (Gyarmathy et coll., 2009). Les hépatites C et la mononucléose sont des risques infectieux qui coexistent chez les femmes injectrices. Une étude révèle que le risque de transmission materno-fœtale de l'hépatite C est augmenté chez les femmes ayant d'autres infections, indépendamment de leur recours à l'injection (Azzari et coll., 2008). D'après une étude italienne portant sur 1 372 dyades mères-enfants, l'usage de drogues chez la mère constitue un risque majeur de transmission verticale de l'hépatite C sans co-occurrence du VIH (Resti et coll., 2002).

Concernant l'hépatite B, également répandue parmi les usagers de drogues, les recommandations sont de donner des immunoglobulines aux nouveau-nés et

de les vacciner simultanément en salle d'accouchement. Ceci nécessite de pouvoir identifier les populations à risque (Gyarmathy et coll., 2009).

Traitements de substitution pendant la grossesse

Un traitement de substitution pendant la grossesse présente l'intérêt majeur d'inscrire la mère dans un suivi obstétrical et de son addiction. Il permet un dosage régulier du produit, même s'il ne règle pas la question du syndrome d'abstinence à la naissance, qui affecte plus de la moitié des enfants dont la mère a pris de la méthadone ou de la buprénorphine (Balstad et coll., 2009).

Les débats sur la diminution de la posologie chez une femme enceinte existent encore, en particulier parmi les usagères, alors que le consensus médical serait plutôt en faveur d'une augmentation des doses pour tenir compte du métabolisme de la mère et en particulier de sa prise de poids (Simmat-Durand, 2010a). Peu de liens ayant été prouvés entre la posologie du traitement de substitution aux opiacés et la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau-né, les inconvénients d'une baisse de posologie paraissent supérieurs, car il existe un risque que la mère trouve un équilibre par une consommation de produits plus tératogènes, en particulier l'alcool (Lejeune et coll., 2006).

Autres risques pour les enfants

Les conséquences de consommations de substances psychoactives pendant la grossesse sont difficiles à évaluer en particulier du fait des polyconsommations fréquentes y associant le tabac et l'alcool (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004 et 2007). Les interventions de réduction des risques ne sauraient ignorer les dommages aux enfants de parents toxicomanes et devraient s'efforcer de hiérarchiser des interventions visant à réduire ces risques. Les recherches donnant la parole aux femmes consommant des opiacés montrent qu'elles en sont conscientes (Murphy et Rosenbaum, 1999) et qu'elles développent des stratégies pour protéger leurs enfants, comme d'arrêter ou de diminuer leurs consommations, de rechercher un traitement et particulièrement la méthadone, tenir les enfants à l'écart de leurs pratiques et de leurs relations liées à la drogue... (Richter et Bammer, 2000). Le tableau 17.I récapitule ces risques.

Les risques de négligence ou de maltraitance sont de première importance quand il s'agit des enfants de parents ayant une addiction. Dans beaucoup de pays, ces enfants font systématiquement l'objet d'un signalement aux services de l'enfance (Simmat-Durand, 2007). Aux États-Unis, les estimations montrent que 40 à 80 % des familles repérées par les services de l'enfance connaissent des problèmes d'usage d'alcool ou de drogues (Rockhill et coll., 2008). Une étude australienne sur 119 enfants de mères usagères a estimé que le risque de placement de ces enfants est treize fois plus élevé que celui des cas-témoins (McGlade et coll., 2009).

Tableau 17.1 : Risques chez l'enfant liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (traduit d'après *Advisory Council on Misuse of Drugs, 2004*)

Âge (ans)	Santé	Éducation et développement cognitif	Relations et identité	Développement émotionnel et comportemental
0-2	Syndrome de sevrage Mauvaise hygiène Sous-alimentation Mauvais suivi de santé Vaccins non à jour Défaut de sécurité	Manque de stimulation dû à la polarisation des parents sur les drogues et leurs propres problèmes	Difficultés d'attachement Séparation d'avec les parents biologiques	Insécurité liée à l'instabilité parentale ou aux absences Hyperactivité, inattention, impulsivité et agressivité
3-4	Examens médicaux et dentaires oubliés Mauvaise alimentation Danger physique Violence physique	Manque de stimulation Absence ou irrégularité de la préscolarité	Mauvais lien avec les parents Peut être contraint de prendre de trop grandes responsabilités	Hyperactivité, inattention, impulsivité, agressivité, dépression et anxiété Peur d'être séparé Acquisitions de comportements inadéquats

Comme autres risques pour les enfants, il faut citer l'exposition passive aux produits, au tabac en particulier, à la cocaïne aux États-Unis (Garcia-Bournissen et coll., 2009), mais aussi les accidents d'ingestion de substances licites ou illicites détenues par les mères, même si les traitements de substitution ou autres psychotropes ont un conditionnement rendant le produit inaccessible aux jeunes enfants (Powis et coll., 2000).

Réduction des risques visant les femmes

Une politique de réduction des risques visant les femmes s'appuie sur des travaux qui mettent en évidence que les addictions ont des causes et des conséquences spécifiques pour elles. Les approches punitives vis-à-vis des femmes qui consomment pendant la grossesse ont été pendant longtemps les plus nombreuses. Très récemment, sont apparus des programmes de réduction des risques centrés sur les mères et les femmes enceintes pour leur offrir des services dédiés, y compris en milieu hospitalier (Macrory et Boyd, 2007). Les précurseurs de ces services ont été les Anglais dès 1995 avec les sages-femmes de liaison drogues (Macrory et Boyd, 2007). Globalement, l'analyse des programmes de prise en charge des soins aux toxicomanes montre que le genre n'est toujours pas une dimension prise en compte (Ettorre, 2004).

Les expériences américaines de soins intégrés pour les mères et les enfants sont nombreuses et ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses. Certaines sont centrées sur le point de vue des femmes et montrent que les gains essentiels obtenus par ces programmes sont le développement de l'estime de soi, la

capacité à développer un support social, un engagement avec le personnel de la structure, une meilleure facilité à exprimer leurs besoins et à reconnaître leurs comportements destructeurs (Sword et coll., 2009). Mais une autre revue montre que beaucoup des programmes visant les mères et leurs enfants restent encore trop centrés sur les problèmes spécifiques de la grossesse et non sur une prise en charge globale des femmes (Uziel-Miller et Lyons, 2000), avec une approche trop souvent punitive (Macrory et Boyd, 2007), du fait d'une politique nationale encore peu centrée sur la réduction des risques.

Une recherche a également montré que des programmes de prévention du risque VIH spécifiquement tournés vers les femmes donnent de meilleurs résultats, par la diminution de l'usage de drogues en général et pendant les relations sexuelles en particulier, et l'usage plus fréquent du préservatif pour les rapports à risques (McCoy et coll., 1998).

Lieux spécifiques, horaires aménagés, professionnels féminins

Les recherches montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux de soins (Hser et coll., 1987). Beaucoup de travaux ont tenté d'identifier les raisons qui leur sont propres pour éviter ces établissements et les facteurs qui pourraient favoriser leur accès au traitement (United Nations, 2004). Un des obstacles majeurs pour les femmes à la recherche d'un traitement serait que l'usage illicite de stupéfiants peut constituer une base légale pour le retrait de la garde des enfants, et qu'elles se signalent comme toxicomanes en fréquentant les lieux de soins spécifiques (Powis et coll., 2000). Mais par ailleurs, conserver la garde de leurs enfants, ou les protéger, serait une motivation majeure pour les mères à entrer dans un programme de soins et la présence d'enfants est un soutien essentiel pour l'inscription dans le soin des mères (Simmat-Durand, 2009c). Pour toutes ces raisons, les femmes tendent à ne pas fréquenter les centres de soins spécialisés et à se tourner vers leur généraliste, voire à préférer se débrouiller seules, sans cure ni traitement (Covington, 2006). Le partenaire, lui-même usager de drogues, est généralement décrit comme un obstacle à un traitement, car le couple s'est construit sur le rapport au produit, alors que les femmes sont décrites comme un soutien pour les hommes dépendants (Tuten et Jones, 2003). Des expériences américaines de traitement résidentiel permettant l'accueil conjoint des mères et des enfants sont néanmoins rapportées et comportaient 35 structures en 1999 (Clark, 2001). Les coûts de telles structures sont jugés extrêmement mineurs au regard des coûts d'hospitalisation générés par l'exposition *in utero* des enfants, en particulier à l'alcool (Clark, 2001).

Il existe très peu de lieux d'accueil mère-enfant en France quand il y a une problématique d'addictions chez les femmes. Ces lieux sont notoirement insuffisants en région parisienne, bien que l'on dispose d'une nouvelle structure en 2010, de moyen séjour de *post partum*. Le constat est le même au

niveau européen, même si les États se targuent d'offrir chacun au moins un tel centre (Groupe Pompidou, 2001). Le manque est encore plus criant concernant des services de santé de la reproduction destinés aux usagers de drogues. Aux États-Unis, les services proposés en matière de soins aux toxicomanes sont décrits comme peu adaptés aux minorités et aux femmes, avec des personnels majoritairement masculins et blancs (Stocco et coll., 2002). Dans la littérature internationale, à défaut de lieux de soins spécifiques, les programmes proposent des horaires dédiés aux femmes, adaptés à la vie familiale, avec des services de garde des enfants ou de consultations orientées vers le suivi contraceptif ou de grossesses, des aides à domicile, ou un service de transport du domicile au lieu de soins (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Des programmes intégrés de prise en charge globale des femmes, proposant tout à la fois le soin des addictions, les traitements somatiques et de santé mentale et des services sociaux existent, mais en se focalisant trop sur la période de grossesse ne sont pas toujours adaptés à une prise en charge dans la durée des femmes et de leurs enfants. Des expériences de programmes de prévention spécifiquement adaptés aux femmes travailleuses sexuelles ont montré leur efficacité, en particulier sur l'amélioration de leurs conditions d'hébergement (Bowser et coll., 2008). Un programme américain portant sur 35 centres offrant une prise en charge des grossesses et du *post partum* montre les excellents résultats obtenus parmi les 3 000 femmes accueillies de 1996 à 1999, en termes de mortalité infantile, prématurité, retard de croissance intra-utérin. Ces résultats sont imputés au fait de disposer d'un suivi médical, prénatal, obstétrical intégré, mais aussi à la meilleure alimentation et à la diminution du stress pendant cette période (Clark, 2001).

Services centrés sur la féminité et le lien mère-enfant

Malgré les connaissances accumulées sur les spécificités sexuelles et de genre des addictions, les services de traitement aux toxicomanes peinent à fournir des prises en charge répondant aux besoins spécifiques des femmes, par exemple sur la connaissance des différences métaboliques (Greaves et Poole, 2008). De même, les programmes de prévention de la consommation des substances ne sont pas suffisamment spécifiques pour les adolescentes, ignorant des facteurs comme le stress, la dépression, l'image corporelle (Kumpfer et coll., 2008). Les sites de prévention sur les usages de drogues pourraient comporter des pages consacrées aux problèmes féminins : actuellement un tiers de la clientèle est négligé dans ses spécificités et ne trouve pas l'information qui l'intéresse. L'exemple de l'information sur « grossesse et Subutex » a été analysé et montre que l'absence de données fiables laisse la porte ouverte à toutes les pratiques et aux conseils les plus inadéquats sur Internet (Simmat-Durand, 2010b).

Ainsi, la plupart des centres de traitements pour toxicomanes sont décrits comme non à même de prendre en charge des femmes enceintes et les services

de maternité peu au fait des besoins spécifiques des consommatrices (Covington, 2006). Des services offrant une approche multidisciplinaire des problèmes d'addiction et de maternité sont « souhaités » dans la plupart des rapports sur ces questions, afin de limiter les risques (Gyarmathy et coll., 2009). Mais pour l'instant, une place très faible est faite dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes en France, à des vacations de gynécologie, à la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées, hors les services de bas seuil, par ailleurs rares (Boutique Femmes). Au Royaume-Uni, les recommandations des pouvoirs publics vont également vers la disponibilité de l'information sur la contraception dans les lieux de soins pour toxicomanes, y compris dans les centres méthadone ou les lieux d'échange de seringues (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004). Dans certains pays, le choix s'est porté sur la mise en place de services transversaux susceptibles de prendre en charge les femmes dans les hôpitaux, comme des sages-femmes de liaison en Irlande (Scully et coll., 2004).

Mais dans la mouvance de la prise en charge actuelle des femmes enceintes, le point qui apparaît important est d'offrir des services spécifiques comme des sages-femmes dédiées à ces futures mères pour leur permettre de développer des liens de bonne qualité avec leurs enfants (Suchman et coll., 2004), d'autant plus qu'elles ont souvent une image maternelle déformée par les carences de leur propre enfance, peu de savoir-faire dans l'expression de leurs sentiments et peu de ressources pour sortir du cercle de la violence (Wesely et Wright, 2009).

En conclusion, les travaux sur les risques spécifiques rencontrés par les femmes usagères de drogue sont donc extrêmement nombreux mais se heurtent à un faible intérêt dans le débat public, hors les dérives sur des discours discriminatoires (Greaves et coll., 2002) ou les approches purement féministes. Même le simple fait de ne pas publier la majorité des enquêtes nationales en prenant en compte la variable du genre est révélateur de ce malaise. Les données dont on dispose le plus facilement sont celles concernant les adolescentes, dont les comportements de consommation de substances psychoactives sont décrits comme en augmentation et avec une nouvelle dangerosité (*binge drinking*, crack), ne serait-ce que par la proportion de jeunes filles concernées (Beck et coll., 2006). Comment dès lors supposer que dans moins d'une dizaine d'années, elles seront conscientes des risques pris lors des grossesses si aucune mesure de prévention spécifique n'est clairement soutenue dans l'opinion publique ?

BIBLIOGRAPHIE

ADVISORY COUNCIL ON MISUSE OF DRUGS. Hidden Harm: responding to the needs of children of problem drug users. Home office, 2004

ADVISORY COUNCIL ON MISUSE OF DRUGS. Hidden Harm: Three years on: realities, challenges and opportunities. Home Office, 2007

AUDIPOG (ASSOCIATION DES UTILISATEURS DE DOSSIERS INFORMATISÉS EN PÉDIATRIE OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE). La santé périnatale en 2002-2003. Évaluation des pratiques médicales. Coordination Inserm (audipog.inserm.fr), Lyon, 2004, 40p

AZZARI C, MORIONDO M, INDOLFI G, BETTI L, GAMBINERI E, et coll. Higher risk of Hepatitis C virus Perinatal Transmission from Drug User Mothers is Mediated by Peripheral Blood Mononuclear Cell Infection. *Journal of Medical Virology* 2008, **80** : 65-71

BALSTAD B, SARFI M, WELLE-STRAND GK, RAVNDAL E. Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of Neonatal Abstinence Syndrome. *European Addiction Research* 2009, **15** : 128-134

BECK FO, LEGLEYE SP, DE PERETTI G. L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et Société* 2006, **15** : 141-160

BOWSER BP, RYAN L, SMITH CD, LOCKETT G. Outreach-based drug treatment for sex trading women: The Cal-Pep risk-reduction demonstration project. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 492-495

BREWER C. Reduccion de danos en embarazos no deseados y de adicciones no deseadas: une instructiva analogia (Harm-reduction for unwanted pregnancies and unwanted addictions: an instructive analogy). *Adicciones* 2008, **20** : 5-14

BRYANT J, TRELOAR C. The gendered context of initiation to injecting drug use: evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review* 2007, **26** : 287-293

CAGLIERO S, LAGRANGE H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. OFDT, 2004

CANARELLI T, COQUELIN AL. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances*, OFDT 2009 : 1-4

CLARK HW. Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: treatment and policy implications. *Child Welfare* 2001, **80** : 179-198

COVINGTON SPS. Gender matters: creating services for women and girls, 2006. Personal Communication

EAVES CS. Heroin use among female adolescents: the role of partner influence in path of initiation and route of administration. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2004, **30** : 21-38

EPELE ME. Gender, violence and HIV: women's survival in the streets. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2002, **26** : 33-54

ETTORRE E. Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy* 2004, **15** : 327-335

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. A gender perspective on drug use and responding to drug problems, 2006, 37p

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Polydrug use: patterns and responses, 2009

EVANS JL, HAHN JA, PAGE-SHAFFER K, LUM PJ, STEIN ES, et coll. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2003, **80** : 137-146

FRAJZYNGIER V, NEAIGUS A, GYARMATHY VA, MILLER M, FRIEDMAN SR. Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, **89** : 145-452

GARCIA-BOURNISSEN F, NESTERENKO M, KARASKOV T, KOREN G. Passive environmental exposure to cocaine in canadian children. *Pediatr Drugs* 2009, **11** : 30-32

GREAVES L, POOLE N. Bringing sex and gender into women's substance use treatment programs. *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 1271-1273

GREAVES L, VERCOE C, POOLE N, MORROW M, JOHNSON J. Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise. Condition féminine, Canada, 2002

GROUPE P. Grossesse et toxicomanies, état des lieux en l'an 2000. Editions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2001

GUILLEMONT J, ROSILIO T, DAVID M, LÉON C, ARWIDSON P. Connaissance des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Evolutions* 2006, **3**

GYARMATHY VA, GIRAUDON I, HEDRICH D, MONTANARI L, GUARITA B, et coll. Drug use and pregnancy-challenges for public health. *EuroSurveillance* 2009, **14** : 3-36

HSEY YL, ANGLIN MD, MCGLOTHLIN W. Sex Differences in Addict Careers. 1. Initiation of Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1987, **13** : 33-57

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, KUDAWU Y, LE STRAT Y. Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues. *Médecine Sciences* 2008, **24** : 111-121

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, LE STRAT Y, COUTURIER E, et coll. Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologiques et socio-anthropologiques, Enquête Coquelicot 2004-2007, France. *BEH* 2009a, **10-11** : 96-99

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, GUIBERT GL. Femmes, cocaïne et risques sanitaires : données épidémiologiques et sociologiques. *Néonatalogie PSE* 2009, **29**, 395-419. XXXIX^e Journées Nationales de Néonatalogie 2009b

KUMPFER KL, SMITH P, SUMMERHAYS JF. A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 978-1001

LEJEUNE C. Conséquences périnatales des addictions. *Archives de Pédiatrie* 2007, **14** : 656

LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L. Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leur nouveau-nés. OFDT, Paris, 2003

LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L, GOURARIER L, AUBISSON S. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug and Alcohol Dependence* 2006, **82** : 250-257

LESTER B, ANDREOZZI L, APPIAH L. Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduction Journal* 2004, **1** : 5

LOT F. Epidémiologie du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles chez les femmes. *Médecine Sciences* 2008, **24** : 7-19

LUM PJ, SEARS C, GUYDISH J. Injection Risk Behavior among Women Syringe Exchangers in San Francisco. *Substance Use & Misuse* 2005, **40** : 1681-1696

MACRORY F, BOYD SC. Developing primary and secondary services for drug and alcohol dependent mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2007, **12** : 119-126

MAGEE C, HURIAUX E. Ladies'night: evaluating a drop-in programme for homeless and marginally housed women in san francisco's mission district. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 113-121

MARSHALL BDL, FAIRBAIRN N, LI K, WOOD E, KERR T. Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence* 2008, **97** : 237

MCCOY VH, MCCOY CB, LAI S. Effectiveness of HIV interventions among women drug users. *Women Health* 1998, **27** : 49-66

MCGLADE A, WARE R, CRAWFORD M. Child protection outcomes for infants of substance-using mothers: a matched-cohort study. *Pediatrics* 2009, **124** : 285-293

MEASHAM F. "Doing gender"- "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems* 2002, **29** : 335-373

MICARD S, BRION F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. *Arch Pédiatr* 2003, **10** : 199-203

MOORE D. "Workers", "clients" and the struggle over needs: understanding encounters between service providers and injecting drug users in an Australian city. *Social Science & Medicine* 2009, **68** : 1161-1168

MORRISSON CL, SINEY C. A survey of the management of neonatal opiate withdrawal in England and Wales. *European Journal of Pediatrics* 1996, **155** : 323-326

MURPHY S, ROSENBAUM M. Pregnant women on drugs. combating stereotypes and stigma. Rutgers university press, New Brunswick, 1999

O'CONNELL JMM, KERR TP, LI KM, TYNDALL MWMD, HOGG RSP, et coll. Requiring help injecting independently predicts incident hiv infection among injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 2005, **40** : 83-86

PINKHAM S, MALINOWSKA-SEMPRUCH K. Women, Harm Reduction and HIV. *Reproductive Health Matters* 2008, **16** : 168-181

POOLE N, GREAVES L, JATEGAONKAR N, MCCULLOUGH L, CHABOT C. Substance use by women using domestic violence shelters. *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 1129-1150

POWIS B, GOSSOP M, BURY C, PAYNE K, GRIFFITHS P. Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug & Alcohol Review* 2000, **19** : 171-180

PRYEN SP. Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmaté pour la légitimation d'une pratique indigne. *Sociétés Contemporaines* 1999, **36** : 33-51

RESTI M, AZZARI C, GALLI L, ZUIN G, GIACCHINO R, et coll. Maternal drug use is a preeminent risk factor for mother-to-child hepatitis c virus transmission: results from a multicenter study of 1372 mother-infant pairs. *The Journal of Infectious Diseases* 2002, **185** : 567-572

RICHTER KP, BAMMER G. A hierarchy of strategies heroin-using mothers employ to reduce harm to their children. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, **19** : 403-413

ROCKHILL A, GREEN BL, NEWTON-CURTIS L. Accessing substance abuse treatment: issues for parents involved with child welfare services. *Child Welfare* 2008, **87** : 63-93

ROOSE RJ, HAYASHI AS, CUNNINGHAM CO. Self-Management of injection-related wounds among injecting drug users. *Journal of Addictive Diseases* 2009, **28** : 74-80

ROXBURGH A, DEGENHARDT L, BREEN C. Drug use and risk behaviours among injecting drug users: a comparison between sex workers and non-sex workers in Sydney, Australia. *Harm Reduction Journal* 2005, **2** : 7

SCHEMPF AH, STROBINO DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2008, **85** : 858-873

SCULLY M, GEOGHEGAN N, CORCORAN P, TIERNAN M, KEENAN E. Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin, Ireland. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004, **26** : 27-33

SEDDON T. Women, harm reduction and history: Gender perspectives on the emergence of the 'Bristis System' of drug control. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 99-105

SHANNON K, KERR T, STRATHDEE SA, SHOVELLER J, MONTANER JS, et coll. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ* 2009, **339** : b2939

SHANNON K, KERR T, MARSHALL B, LI K, ZHANG R. Survival sex work involvement as a primary risk factor Hepatitis C virus acquisition in drug-using youths in a Canadian setting. *Archives of Pediatrics and Adolescence* 2010, **164** : 61-65

SHEARD L, TOMPKINS C. Contradictions and misperceptions: an exploration of injecting practice, cleanliness, risk and partnership in the lives of women drug users. *Qualitative Health Research* 2008, **18** : 1536-1547

SHERMAN S, LATKIN C, GIELEN A. Social factors related to syringe sharing among injecting partners: A Focus on Gender. *Substance Use & Misuse* 2001, **36** : 2113-2136

- SIMMAT-DURAND L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société* 2007, **31** : 305-330
- SIMMAT-DURAND L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2009a, **10-11** : 86-89
- SIMMAT-DURAND L. Dialogues avec Christine et ceux qui l'ont prise en charge. In : Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. SIMMAT-DURAND L (ed.). L'Harmattan, Paris, 2009b, 192p
- SIMMAT-DURAND L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. L'Harmattan, Paris, 2009c, 283p
- SIMMAT-DURAND L. Les forums internet, lieux d'échanges et d'informations sur les grossesses sous Subutex. *Psychotropes-Revue internationale des toxicomanies* 2010a, **16**, sous presse
- SIMMAT-DURAND L. Pregnancy under high-dose Buprenorphine: the opinions expressed on french internet forums. *Substance Use and Misuse* 2010b, **45**, sous presse
- SIMMAT-DURAND L, LEJEUNE C, GOURARIER L, THE GEGA . Pregnancy under high-dose buprenorphine. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2010, **142** : 119-123
- SIMPSON M, MCNULTY J. Different needs: women's drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 169-175
- STERK CE, THEALL KP, ELIFSON KW. The Impact of Emotional Distress on HIV Risk Reduction Among Women. *Substance Use & Misuse* 2006, **41** : 157-173
- STOCCO P, LLOPIS LLACER JJ, DEFAZIO L, FACY F. Women and opiate addiction: a european perspective. IREFREA and European Commission, Valencia, 2002
- STONER SA, NORRIS J, GEORGE WH, MORRISON DM, ZAWACKI T, et coll. Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors* 2008, **33** : 1167
- SUCHMAN N, MAYES L, CONTI J, SLADE A, ROUNSAVILLE B. Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004, **27** : 179-185
- SWORD W, JACK S, NICCOLS A, MILLIGAN K, HENDERSON J, et coll. Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-analysis of processes and outcomes. *Harm Reduction Journal* 2009, **6** : 32
- TEMPLE JR, WESTON R, STUART GL, MARSHALL LL. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addictive Behaviors* 2008, **33** : 1244
- TUTEN M, JONES HEE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 2003, **70** : 327
- UNITED NATIONS. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Office on drugs and crime, 2004
- UZIEL-MILLER ND, LYONS JS. Specialized substance abuse treatment for women and their children: An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, **19** : 355-367

VERNON IS. American Indian Women, HIV/AIDS, and Health Disparity. *Substance Use & Misuse* 2007, **42** : 741-752

VIDAL-TRECAN G, COSTE J, COEURET M, DELAMARE N, VARESCON-POUSSON I, et coll. Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998, **46** : 193-204

VILAIN A, DE PERETTI C, HERBET JB, BLONDEL B. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. *Etudes et Résultats, DREES* 2005, **7**

WAGNER FA, ANTHONY JC. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, **86** : 191

WECHSBERG WM, LAM WKK, ZULE W, HALL G, MIDDLESTEADT R, et coll. Violence, homelessness, and HIV risk among crack-using african-american women. *Substance Use & Misuse* 2003, **38** : 669-700

WESELY JK, WRIGHT JD. From the inside out: efforts by homeless women to disrupt cycles of crime and violence. *Women and Criminal Justice* 2009, **19** : 217-234

WRIGHT NMJ, TOMPKINS C, SHEARD L. Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users. *Health and Social Care in the Community* 2007, **15** : 417-425

18

Réduction des risques en milieu pénitentiaire

La prison est un lieu à haut risque infectieux, concentrant une population précarisée, fréquemment concernée par l'usage de drogues, présentant des prévalences élevées pour le VIH, le VHC, le VHB ainsi que pour les troubles psychiatriques, et faisant des allers-retours fréquents avec le milieu libre (Mouquet, 2005 ; Sahajian et coll., 2006). Cette population constitue donc à juste titre un enjeu important de santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), associée aux Nations Unies, a publié en 2007 une série de 5 documents essentiels de la série « *Evidence for Action Technical Papers* » faisant le point sur l'efficacité des mesures de lutte contre le VIH mais aussi contre les hépatites en prison. Quatre de ces documents font une analyse détaillée de l'efficacité de différentes mesures concernant le VIH en prison, associée à des recommandations basées sur une synthèse des données de la littérature internationale :

- programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et stratégies de décontamination (WHO, 2007a) ;
- prévention des contaminations sexuelles (WHO, 2007b) ;
- traitements de la dépendance aux drogues (WHO, 2007c) ;
- soins, traitements et stratégies de soutien vis-à-vis du VIH (WHO, 2007d).

Le cinquième document (« *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* ») (WHO, 2007e), de synthèse et transversal, souligne et détaille l'évidence scientifique soutenant les précédents documents et fait la revue des données concernant la prévalence des infections virales en prison, les comportements à risque, les données d'incidence et l'ensemble des interventions concernant la prévention, le dépistage, l'information ou d'autres programmes.

Par ailleurs, dès 1993, dans le cadre de recommandations concernant la lutte contre le VIH/sida en prison, l'OMS posait comme cadre de référence aux interventions en prison le fait que « tous les détenus ont le droit de bénéficier de soins, et en particulier de mesures de prévention, équivalents à ceux en milieu libre, et ce sans discrimination. » (WHO, 1993).

Épidémiologie

Incarcération dans le parcours des usagers de drogues

L'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager de drogues. L'enquête Coquelicot indique, entre septembre et décembre 2004, que jusqu'à 61 % des usagers de drogues (ayant sniffé ou s'étant injecté au moins une fois dans leur vie) fréquentant l'ensemble des structures issues de la chaîne thérapeutique spécifique aux usagers de drogues (CSST/Csapa, Caarud, post-cures...) et les cabinets des médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés, ont été incarcérés au moins une fois (Jauffret-Roustide et coll., 2006). L'enquête Ena-Caarud 2008⁵⁶ (OFDT), réalisée auprès des « usagers » des Caarud, établit que près d'un usager sur cinq (17,4 %) dit avoir été incarcéré dans l'année. L'enquête Recap 2008⁵⁷ (OFDT), réalisée auprès des sujets fréquentant les CSST/Csapa, montre que 38 % des consommateurs d'héroïne, cocaïne et autres substances ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie et près de 60 % d'entre eux, deux fois ou plus.

Prévalence des maladies infectieuses en milieu carcéral

Les données internationales et françaises montrent que la prévalence du sida et des hépatites virales est plus élevée en milieu carcéral qu'en milieu libre, quel que soit le pays étudié. En France, la prévalence de l'hépatite C parmi la population détenue est voisine de 7 %, celle de l'hépatite B de 3 %, et celle du VIH supérieure à 1 % (Remy, 2003 et 2004 ; Remy et coll., 2003, 2004, 2005, 2006a, b et c, 2007).

L'incidence de nouvelles contaminations en France n'est pas évaluée mais des données de la littérature internationale montrent que la prévalence et l'incidence dépendent du type de population étudiée (tous détenus, arrivants, détenus dépistés systématiquement ou non), du système pénitentiaire, de la prévalence en population générale et de la prévalence dans la population des usagers de drogues au sein de la population de détenus. Il est difficile par conséquent de définir une prévalence moyenne des hépatites B, C et de l'infection à VIH parmi les détenus. Les contaminations sont précoces dans l'histoire de l'usage de drogues mais augmentent avec la durée de l'usage. Les pratiques à risque existent en prison mais ne se limitent pas à l'injection avec du matériel non stérile : sniff, tatouages artisanaux, scarifications, relations sexuelles non protégées et/ou non consenties, partage de matériel de coiffure

56. TOUFIK A, CADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GANDILHON M. Profils et pratiques des usagers de drogues ENa-Caarud, Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, OFDT, 2008.

57. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2008.pdf>.

ou de rasage souillé. Le séjour en prison est une période à risque du fait du manque de disponibilité de matériel d'injection, de sniff et de tatouage, contrairement au milieu libre. Dans l'enquête de l'InVS (2005), l'incarcération constitue un facteur de risque à part entière : le risque relatif de VHC est multiplié par 10 et le risque relatif de VHB multiplié par 4. Les pratiques à risque ne cessent pas toujours avec la mise en place en milieu carcéral de traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Usage de substances psychoactives, troubles psychiatriques et précarité

Données françaises

Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes, les plus récentes datant de 2003 (Mouquet, 2005). Elles proviennent essentiellement d'une enquête effectuée pour la première fois en 1997 (Mouquet, 1999), et répétée en 2003, à la demande du ministère de la Santé et portant sur l'ensemble des détenus entrants sur une période de temps donnée. L'enquête de 1997 a été réalisée auprès de 135 établissements pénitentiaires, durant une période d'un mois au cours de laquelle les données portant sur 8 728 détenus entrants ont été recueillies. Sa reconduction en 2003 auprès de 134 établissements pénitentiaires, durant une période de temps variant selon la taille de l'établissement (de 2 semaines à 3 mois), a permis de recueillir les données sur 6 087 détenus entrants. Les principales données concernant l'usage de substances psychoactives sont présentées dans le tableau 18.I. Une synthèse a été réalisée sur les données disponibles en prison en France en 2008 (Michel et coll., 2008).

Ces données montrent lors de l'entrée en détention, comparativement à l'enquête effectuée en 1997, une baisse de l'usage d'opiacés, du poly-usage de drogues et de médicaments psychotropes (surtout benzodiazépines) et à un moindre degré de cocaïne. L'usage de la voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois ou un passé d'injection sont également moins fréquents (2,6 % *versus* 6,2 % et 6,5 % *versus* 11,8 % respectivement). En revanche, la proportion de détenus substitués par TSO à l'entrée en détention augmente entre 1997 et 2003 (6,9 % et 7,5 % respectivement), bien que faiblement et surtout au profit de la méthadone (passage de 0,6 % à 1,5 % de la population de détenus entrants). Dans une enquête menée auprès de l'ensemble des détenus entrants (n=1 463) des prisons de Lyon en 2003, 11 % des détenus étaient sous traitement de substitution à leur entrée en détention, reflétant une probable plus forte proportion de sujets substitués ou relevant de traitements de substitution dans les établissements situés dans de grands centres urbains (Sahajian et coll., 2006). Lors d'une enquête effectuée par Fax auprès de l'ensemble des Ucsa (Unité de consultations et de soins ambulatoires) et

SMPR (Service médico-psychologique régional)⁵⁸, 9,52 % des détenus étaient substitués (71 % par buprénorphine haut dosage et 29 % par méthadone). Les données préliminaires de l'Inventaire portant sur les mesures de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire du programme Pri²de⁵⁹, réalisé entre novembre 2009 et mai 2010 auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français (116 établissements répondeurs sur 171, couvrant 77 % de la population pénale incarcérée), montrent que 8,64 % des détenus sont substitués dont 33 % par la méthadone et 66 % par la buprénorphine haut dosage (données en cours de publication).

Il n'existe pas en France de données récentes sur l'usage de drogues à l'intérieur des prisons. L'enquête Resscom (Bouhnik et coll., 1999), de nature qualitative, réalisée en 1998-1999 auprès de sortants de prison précarisés souligne la réalité de l'usage de substances psychoactives en prison, qu'il s'agisse de drogues illicites, moins fréquentes qu'au dehors, mais surtout de psychotropes et traitements de substitution détournés de leur usage. Le cannabis est considéré comme un « produit de confort », voire comme un médicament. Certains décrivent un usage quotidien d'héroïne par voie intraveineuse, un développement de l'inhalation de buprénorphine voire une initiation aux opiacés par la buprénorphine. Ce dernier élément est également évoqué dans le récent rapport Trend (OFDT, 2010). L'enquête Coquelicot (Jauffret-Roustide et coll., 2006) qui relève des pratiques d'injection chez 12 % des sujets interrogés ayant été incarcérés, traduit indirectement la réalité de ces consommations.

La surmortalité à la sortie de prison est en grande partie liée à l'usage de drogues (Prudhomme et coll., 2003). Pour la tranche d'âge 15-34 ans, le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 120 par rapport à la population générale française ; le risque de décès, toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était également significativement augmenté, multiplié par 3,4. Pour la tranche d'âge 35-54 ans, le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 270 par rapport à la population générale française (mais l'intervalle de confiance était très large) ; le risque de décès, toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, identique à celui de la tranche d'âge précédente (Prudhomme et coll., 2003).

58. Enquête réalisée par F. Laval, dans le cadre d'un DU de Santé Publique Pénitentiaire en juin 2008, auprès de 168 établissements dont 117 répondeurs.

59. Programme de recherche et intervention pour la réduction du risque infectieux chez les détenus, soutenu et financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, avec co-financement par Sidaction pour ce volet du programme.

Tableau 18.1 : Consommation de substances psychoactives et traitements de substitution chez les détenus entrants en prison (d'après Mouquet, 2005 ; Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees)

	1997 (%)	2003 (%)
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes ^a et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	33,3	30,9
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total^{b,c} dont :		
Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	14,4	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie ^d	14,6	10,5
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intraveineuse		
Au moins 1 fois dans la vie	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par :		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes		
Total^b dont :		
Neuroleptiques	3,5	4,5
Antidépresseurs	4,0	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	15,2	12,0

^a 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997 ; ^b Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits ; ^c Utilisation d'au moins une substance ; ^d Utilisation d'au moins deux substances ; Champ : France entière

En France, il apparaît nécessaire qu'un travail épidémiologique soit conduit, associé à une approche qualitative, afin de préciser la fréquence de l'usage de drogues et du détournement de psychotropes ou TSO en prison et leurs modalités. Il est notamment nécessaire de réactualiser les données concernant les comportements qui pourraient être associés à un risque infectieux comme les pratiques d'injection ou le sniffing.

Sur le plan psychiatrique, dans une enquête transversale effectuée auprès de 800 détenus de sexe masculin dans 23 établissements, selon un plan d'échantillonnage prenant en compte le type et la taille des établissements avec sélection aléatoire des détenus, les prévalences des troubles psychiatriques étaient considérablement plus élevées qu'en population générale (Falissard et

coll., 2006). Reprenant les critères internationaux classiques du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition) (APA, 1994), les prévalences étaient de 6,2 % pour la schizophrénie, 24 % pour le diagnostic de trouble dépressif majeur, 17,7 % pour l'anxiété généralisée et 14,6 % pour la dépendance aux drogues. Parmi les patients rencontrés, 12,6 % étaient considérés comme extrêmement malades ou parmi les plus malades et 22 % ont été signalés aux équipes de soins (Falissard et coll., 2006).

La population incarcérée est par ailleurs marquée par une importante précarité : 17 % déclarent ne pas avoir un logement stable ou être sans domicile fixe en 2003, 13,6 % ne bénéficient d'aucune couverture sociale, 17,3 % bénéficient de la couverture maladie universelle et 0,8 % de l'aide médicale État (Mouquet, 2005). Dans l'enquête effectuée auprès des détenus entrants des prisons de Lyon au cours de l'année 2003 (n=1 463), 19 % étaient sans ressource et 26,5 % bénéficiaient de prestations sociales ou d'une aide de la famille, 18 % étaient soit sans domicile fixe, soit en foyer ou hébergés par des amis. Dans cette même enquête, 53 % avaient déjà été incarcérés et 66 % avaient des antécédents judiciaires.

Données internationales

Au plan international, Fazel et coll. (2006) ont publié une revue systématique des études publiées entre 1996 et 2004, sur l'estimation des prévalences de l'abus ou dépendance aux drogues et à l'alcool (critères DSM-III ou IV) chez les détenus. Ces études portaient sur les détenus à l'entrée en détention, ou étaient de nature transversale. Seules les études portant sur plus de 500 détenus étaient retenues. La revue systématique met en évidence l'importance des problèmes d'abus ou de dépendance chez les détenus entrants (tableau 18.II), avec une prédominance masculine pour les problèmes d'alcool (17,7 % à 30 % d'abus ou dépendance) chez les entrants et une prédominance féminine pour l'usage/dépendance aux drogues (30,3 % à 60,4 %). Dans son rapport annuel 2005, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) recense les données disponibles sur l'usage de drogues en prison : la fourchette de détenus indiquant un usage de drogues en prison varie entre 8 et 60 %, et 10 à 42 % déclarent en consommer régulièrement (OEDT, 2006). Chez les sujets consommant des drogues avant l'incarcération, cet usage se pérennise souvent en détention avec cependant des prévalences et des fréquences de consommation se réduisant au fil de la détention. Certains cessent l'usage de drogues en prison, d'autres l'initient, souvent comme un moyen de réduire les tensions et faire face à la promiscuité et la violence (Jurgens et coll., 2009).

Tableau 18.II : Comparaison de l'estimation des prévalences chez les détenus entrants ou lors d'études transversales (d'après Fazel et coll., 2006)

Genre du détenu	Abus de substance ou dépendance	Estimation des prévalences chez les détenus entrants (%)	Estimation des prévalences au cours d'études transversales (%)
Homme	Alcool	17,7-30,0	2,0-14,9
	Drogue	10,0-48,0	3,6-47,2
Femme	Alcool	10,0-23,9	2,5-6,9
	Drogue	30,3-60,4	3,7-44,1

Accès aux soins en prison

Dépistage des hépatites virales et du sida

Conformément aux indications du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues⁶⁰ (actualisation de 2005⁶¹) et à la loi de santé publique de 2004, le dépistage du sida et des hépatites virales en milieu carcéral en France est organisé, soit par les Ucsa directement, soit par l'intermédiaire des Cidag (Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit), qui eux-mêmes dépendent soit d'un dispositif État, soit du Conseil général. Selon les enquêtes de pratiques (Remy, 2007), deux tiers des Ucsa proposent systématiquement ce dépistage, soit à toutes les personnes entrantes, soit de façon plus ciblée en fonction de facteurs de risque. Dans l'Inventaire des mesures de réduction des risques du programme Pri²de, effectué entre novembre 2009 et mai 2010, 91,5 % des établissements pénitentiaires ayant répondu déclaraient systématiquement proposer le dépistage du VIH, VHC et VHB aux détenus entrants. Les établissements restant étaient des établissements pour peine, accueillant des détenus provenant de maison d'arrêt ou d'autres établissements (données en cours de publication).

En pratique, tous les détenus devraient être dépistés, quelles que soient les pratiques alléguées ; dans l'étude de Macalino et coll. (2005), 66 % des détenus testés séropositifs à l'hépatite C n'avaient pas d'antécédents d'injection au premier interrogatoire.

Les consultations de rendu de résultats sont à peu près systématiques en cas de dépistage positif, moins fréquemment en cas de résultat négatif. La proposition de vaccination antivirale B qui devrait être systématique après cette phase de dépistage se heurte à des problèmes de moyens humains ; pour un

60. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de la Justice - septembre 2004.

61. Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

établissement accueillant 700 détenus, il faut un demi-équivalent temps plein infirmier pour l'organisation et le suivi de ce dépistage et de la vaccination antivirale B. Les données françaises sur le dépistage et la vaccination antivirale B sont limitées et parcellaires, issues d'études locales et de communications en congrès. La transposition des expériences étrangères est difficile car il existe des différences importantes structurelles de prise en charge (accès aux TSO, organisation du soin en prison, système d'assurance et de droits sociaux) selon les pays. Du fait des difficultés liées au milieu carcéral, les données actuelles sont essentiellement déclaratives.

Accès aux traitements et prévention

Dispositifs de prévention et de soins en France

En France, depuis 1994, l'organisation des soins aux détenus est intégralement transférée du ministère de la Justice au service public hospitalier. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, réactualisé en 2005, en précise les modalités. Il stipule notamment, dans la partie consacrée aux « principes de la prise en charge sanitaire » que : « Le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a pour objectif de leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. ». La circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 « relative à la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine en milieu pénitentiaire » détermine encore actuellement le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge sanitaire, de la préparation à la sortie et de la formation des personnels. Les actions de prévention et de soins sont confiées aux Ucsa en coordination lorsqu'ils sont présents, avec les SMPR (au nombre de 26) et/ou les CSST/Csapa en milieu pénitentiaire (au nombre de 16). En dehors des actions d'éducation pour la santé et d'information, la circulaire prévoit la mise à disposition de préservatifs et lubrifiants, d'eau de Javel à 12° chlorométrique, d'une trousse « sortant », la préparation à la sortie ainsi que la continuité des soins, une possibilité d'accès à une prophylaxie post-exposition (PPE), un dépistage et une prise en charge du VIH, des soins à destination des usagers de drogues comprenant la reconduction des traitements de substitution et la possibilité d'initier la buprénorphine haut dosage ou la méthadone lorsqu'un intervenant d'un CSST/Csapa assure une consultation. Cette limitation a été levée en 2002 lorsque la possibilité de primo-prescrire la méthadone a été étendue à l'ensemble des praticiens des établissements publics de santé, et donc à l'ensemble des praticiens intervenant en prison.

La note interministérielle du 09 août 2001 portant sur la coordination des soins en addictologie en milieu pénitentiaire fournit un cadre de fonctionnement aux intervenants sanitaires et pénitentiaires. Elle suggère en particulier l'identification pour chaque établissement pénitentiaire d'un coordonnateur

chargé de faire le « lien » et d'assurer la cohérence du dispositif entre les différents intervenants pour l'ensemble des addictions.

Traitements et suivis des détenus en France

En France, le traitement et le suivi des détenus atteints par le VIH et les hépatites virales B ou C sont possibles avec une observance et des résultats virologiques identiques au milieu libre (Remy, 2003 et 2004 ; Remy et coll., 2003, 2004, 2005, 2006a, b et c). Cela nécessite une consultation d'hépatologie et/ou d'infectiologie sur site, réalisée en pratique dans le tiers des Ucsa (Remy, 2007). L'organisation des Ucsa est variable et dépend à la fois des moyens financiers et humains alloués mais aussi de l'engagement des spécialistes concernés, essentiellement issus du service public hospitalier. L'allocation de la prime multi-sites aux praticiens hospitaliers peut être un élément moteur. Le suivi post-carcéral et le relais avec les structures extérieures restent insuffisants et aléatoires, car ils sont liés à une coopération étroite entre les Ucsa (dépendant du ministère de la Santé) et les SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation ; dépendant du ministère de la Justice) ; entre ces deux structures, il ne peut y avoir de partage d'informations couvertes par le secret médical, alors que cela est possible avec les assistants sociaux hospitaliers. Des expériences locales de temps social alloué aux Ucsa (mais non prévu dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues) ont démontré une amélioration du service rendu aux personnes atteintes⁶².

En France, les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits en détention depuis 1996 avec un élargissement de l'accès à la primo-prescription de méthadone depuis 2002 à tous les praticiens des établissements publics de santé intervenant notamment en prison. La progression de leur prescription s'est faite avec retard en prison par rapport au milieu libre. Des réticences médicales (que le monopole soignant en prison exacerbe), des réticences pénitentiaires, mais aussi le manque de formation des professionnels et d'effectifs peuvent l'expliquer (Michel et Maguet, 2003). Une enquête effectuée en 2003 pour le compte de la Commission nationale consultative des traitements de substitution a mis en évidence l'extrême hétérogénéité dans l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu pénitentiaire et les nombreuses difficultés ressenties aussi bien par les détenus que par les personnels soignants ou pénitentiaires (Michel et Maguet, 2003). La proportion d'entrants et de détenus sous traitement de substitution s'accroît progressivement pour approcher 9 % des détenus actuellement (Michel et Maguet, 2005 ; Canarelli et Obradovic, 2008 ; Laval, 2008 ; Pri²de⁶³). Une enquête réalisée en 2006 par l'OFDT montrait que dans de

62. Communications orales, Congrès de l'APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison), Bordeaux 2010.

63. Données 2009-2010, en cours de publication.

nombreux établissements pénitentiaires, il n'existait pas d'initiation de traitements par méthadone malgré l'élargissement de la primo-prescription à l'ensemble des praticiens des établissements publics de santé (Canarelli et Obradovic, 2008). Dans l'Inventaire des mesures de réduction des risques du programme Pri²de, 11 % des établissements ayant répondu au questionnaire (6 maisons d'arrêt et 6 prisons pour peine) déclarent ne jamais initier de traitement de substitution, 22 % ne jamais initier de méthadone et 23 % de buprénorphine haut dosage. Des pratiques courantes et croissantes de pilage de la buprénorphine haut dosage, voire de mise en solution, compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques et traduisent la difficulté des équipes intervenant en détention à se situer entre soin et pression sécuritaire (Michel et Maguet, 2003 ; Laval, 2008 ; Pri²de⁸). Une homogénéisation des pratiques de soin, des actions de formation et des effectifs soignants suffisants est sans doute nécessaire pour que la situation puisse progresser. Par ailleurs, il n'existe pas d'étude d'impact des TSO en prison en France. Un détournement d'usage (sniff, trafic) de la buprénorphine est fréquemment signalé de même que l'installation de primo-dépendances opiacées par cette molécule (Michel et Maguet, 2003).

Données internationales

Au plan international et notamment européen, de très importantes disparités existent dans les dispositifs de prévention et de soins en prison d'un État à l'autre et même au sein d'un même État. En Allemagne ou en Suisse par exemple, les différents länders ou cantons peuvent avoir des politiques de soin ou de prévention différentes. Par ailleurs, dans de nombreux pays, les soins sont exclusivement du ressort de l'Administration pénitentiaire. La comparaison avec le dispositif français est donc difficile.

On observe une extrême diversité de dispositifs et de prises en charge par traitement de substitution en prison (Stöver et coll., 2004), traduisant les différences de politiques nationales et locales. L'OMS considère les TSO comme une mesure essentielle dans la lutte contre les risques infectieux en prison, en particulier lorsque d'autres mesures comme les programmes d'échange de seringues sont absents (WHO, 2007a). Différents rapports soulignent l'intérêt des TSO en prison au sein de l'ensemble des stratégies de prise en charge des usagers de drogues en milieu pénitentiaire (Stöver et coll., 2008).

L'OMS souligne également la nécessité de se préoccuper des risques associés à la consommation de stimulants (en plein développement en France), avec une croissance de la consommation de crack et du recours à la voie injectable (OFDT, 2010), et de mettre en place de nouvelles stratégies de prise en charge en prison à cet effet (WHO, 2007c). L'importance d'accompagner la préparation à la sortie et de développer des alternatives thérapeutiques, éducatives et de réinsertion à la sanction pénale lors d'infractions à la législation sur les stupéfiants est mise en exergue (WHO, 2007c).

Réduction des risques en prison

En raison des particularités de la population incarcérée, caractérisée par une surreprésentation d'usagers de drogues ou d'alcool, des prévalences élevées de troubles psychiatriques, une précarité sociale marquée, et du contexte même de l'incarcération (lutte contre le stress et l'isolement, rupture des liens, tension sécuritaire), la réduction des risques en prison constitue un enjeu majeur.

Pratiques des usagers en milieu carcéral

Les pratiques des usagers en milieu carcéral sont largement recensées dans la littérature internationale et sont d'autant plus importantes que la proportion d'usagers de drogues incarcérés est élevée et qu'aucune prise en charge ne leur est proposée (WHO, 2007e).

Pratiques d'injection et partage de matériel d'injection

Les pratiques d'injection et notamment d'initiation à l'injection ont été décrites dans tous les pays les ayant recherchées, mais à des taux variables, reflétant le profil des sujets incarcérés (tableau 18.III).

Tableau 18.III : Études ayant analysé le comportement d'injection de drogues en prison (d'après Jürgens et coll., 2009)

Référence	Pays	Population d'étude (N)	Injection en prison (%)	Partage de matériel (%)
Rutter et coll., 1995	Australie (New South Wales)	7 études	31-74 ^a	70-94 ^b
Gaughwin et coll., 1991	Australie (South Wales)	50	52 ^a	60 ^b
<i>Correctional Service Canada</i> , 1996	Canada	4 285	11	-
Ford et coll., 2000	Canada	350	18,3	-
DiCenso et coll., 2003	Canada	105 femmes	19	-
Martin et coll., 2005	Canada	102	21	86
Small et coll., 2005	Canada	> 1 200	27	80
Calzavara et coll., 2003	Canada	439 hommes 158 femmes	3,3	32
Dufour et coll., 1996	Canada	450	2,4	92
Edwards et coll., 1999	Angleterre	378	11,6	73
Rotily et coll., 2001	Europe ^c	871	13	-

Référence	Pays	Population d'étude (N)	Injection en prison (%)	Partage de matériel (%)
<i>European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2005</i>	Union européenne, Norvège	-	0,2-34	-
Malliori et coll., 1998	Grèce	544	24,1	92
Koulierakis et coll., 2000	Grèce	861	20,2	83
Allwright et coll., 2000	Irlande	1 178	-	70,5
<i>Rapid Situation Assessment, 2005^d</i>	Maurice	100 hommes, 50 femmes, 50 jeunes (25 hommes, 25 femmes)	10,8 % des adultes, 2,1 % des jeunes	-
Van Haastrecht et coll., 1998	Pays-Bas	497 usagers de drogues injecteurs	3	0
Frost et Tchertkov, 2002	Russie	1 044	10	66
Dolan et coll., 2004	Russie	277	13	-
Gore et coll., 1995	Écosse	-	15,9	-
Thaisri et coll., 2003	Thaïlande	689	25	77,8
Clarke et coll., 2001	États-Unis	281 hommes, 191 femmes	31	-

Sauf mention contraire, il s'agit du pourcentage de l'ensemble des sujets incarcérés réalisant des injections et parmi ces sujets du pourcentage ayant partagé le matériel d'injection. ^a Les données en provenance d'Australie réfèrent au pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont réalisé des injections. ^b Les données en provenance d'Australie réfèrent au pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont partagé du matériel. ^c Étude transversale en France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Écosse et Suisse. ^d Pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant un passé d'incarcération et ayant utilisé des drogues illicites en prison ; presque la moitié ont fait une injection en prison.

Différentes études réalisées en Europe, bien que de méthodologies très différentes, montrent qu'entre 16 et 60 % des sujets s'injectant au dehors continuent à pratiquer l'injection en prison et qu'entre 7 et 24 % des détenus s'injectant ont commencé à s'injecter lors de leur séjour en prison (Stöver et coll., 2008). Les données disponibles montrent que la fréquence des pratiques d'injection et de partage du matériel d'injection varient considérablement d'un établissement à l'autre, qu'une grande partie de ceux pratiquant l'injection avant l'incarcération la cesse ou la réduit en prison mais la reprennent dès leur libération, que certains s'initient à l'injection en prison, et que ceux qui s'injectent en prison le font moins fréquemment qu'au dehors mais en partageant plus fréquemment leur matériel d'injection (WHO, 2007a). Il est cependant probable, malgré ces chiffres, qu'il existe une sous-déclaration des pratiques d'injection en détention car il s'agit de pratiques clandestines, stigmatisées et illégales (WHO, 2007a).

Dans ces enquêtes, le partage de matériel d'injection se situe le plus souvent entre 60 et 90 % bien qu'un grand nombre des enquêtes soit postérieur aux années 2000 et survienne dans des pays où il existe une prévention du VIH (WHO, 2007a). Le partage de matériel d'injection serait particulièrement élevé chez les femmes détenues (EMCDDA, 2002).

Des séroconversions pour le VIH et le VHC liées à des pratiques d'injection en prison ont été observées dans de nombreux pays et le partage du matériel d'injection non stérile constitue le principal facteur indépendamment associé à l'infection par le VIH (Jurgens et coll., 2009).

Concernant les pratiques d'injection en France, les données les plus récentes sont celles de l'étude Coquelicot. Elles montrent que parmi les usagers de drogues incarcérés au moins une fois dans leur parcours, 12 % ont pratiqué l'injection en détention et 1 sur 3 a partagé son matériel d'injection (Jaufret-Roustide et coll., 2006). Dans l'enquête de Rotily effectuée dans 4 prisons françaises en 1997-1998, au cours de laquelle 1 212 détenus ont répondu à un auto-questionnaire anonyme, 48 % de ceux pratiquant l'injection à l'entrée en détention continuaient à s'injecter en détention, 21 % de ceux pratiquant l'injection partageaient leur matériel en détention et 7 % de ceux pratiquant l'injection disaient s'être initiés à l'injection en prison (Rotily, 2000). Enfin, les données non encore publiées du Programme Pri² de montrent que 32 % de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête (116 ont répondu, soit 68 % de l'ensemble des établissements français) déclarent avoir dispensé des soins aux détenus pour des abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection (certains précisant l'antériorité à l'incarcération des abcès).

Rapports sexuels

La sexualité, également difficile à évaluer en prison, est néanmoins présente. Dans l'enquête européenne de Rotily et coll. (2001), entre 7 et 29 % des détenus déclaraient des rapports hétérosexuels avec pénétration en détention et moins de 2 % déclaraient des rapports homosexuels avec pénétration anale. Dans l'enquête de Rotily effectuée dans 4 prisons françaises en 1997-1998, au cours de laquelle 1 212 détenus ont répondu à un auto-questionnaire anonyme, 1 % des détenus déclaraient avoir eu des rapports homosexuels par voie anale, 8 % des rapports hétérosexuels, 1 % avoir accepté de l'argent pour des rapports sexuels en détention (Rotily, 2000). Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, seuls 20 % avaient eu recours à des préservatifs. Les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse avaient plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d'usage de drogues (15,3 % *versus* 11,6 % et 4,7 % respectivement) (Rotily et Delorme, 1999).

Une activité homosexuelle est fréquemment évoquée dans d'autres études (pour revue, WHO, 2007e). Les préservatifs étaient utilisés dans moins de 20 % des rapports sexuels. La distinction entre sexualité consentie et contrainte, voire le viol, est sans doute plus difficile à faire en prison qu'au

dehors, en raison des conditions de frustration, de dénuement et de contrainte existantes (WHO, 2007). Différentes études américaines ont mis en évidence la responsabilité des rapports homosexuels dans la contamination par le VIH en prison (WHO, 2007e).

Autres pratiques

Les pratiques de tatouage et de piercing sont plus fréquentes en prison qu'au dehors et concernent plus fréquemment des usagers de drogues (WHO, 2007e). Avoir été tatoué en prison représente un facteur de risque indépendant de séroconversion pour le VHC (Hellard et coll., 2004). Différentes études ont par ailleurs montré une association significative entre piercing et VHC (WHO, 2007e).

Dans l'enquête européenne de Rotily et coll. (2001), 43 % des détenus interrogés sur le site français avaient pratiqué le tatouage en prison. Dans l'enquête de Rotily (2000), 19 % des détenus déclaraient s'être tatoués durant une incarcération et 8,9 % au cours des trois premiers mois en prison. Ils étaient plus souvent usagers de drogues par voie intraveineuse (25 % *versus* 9 %), injecteurs actifs au cours de l'incarcération (6 % *versus* 1 %) et présentaient une prévalence du VHC plus élevée (12 % *versus* 5 %). Les usagers de drogues par voie intraveineuse étaient plus nombreux à avoir déclaré cette pratique du tatouage (39 % *versus* 18 % chez les non usagers de drogues par voie intraveineuse) (Rotily, 2000). Enfin, les données du programme Pri² de montrent que 68 % des établissements déclarent avoir prodigué des soins aux détenus pour des lésions cutanées en lien avec des pratiques de tatouage, piercing ou scarification.

Au plan international, il n'existe pas de données sur le sniff en prison, ni sur le partage de rasoirs, brosses à dents, tondeuses et sur les conséquences éventuelles de bagarres. De façon similaire, il n'existe pas de données françaises concernant le sniff en détention, bien qu'il s'agisse probablement du principal mode de mésusage de buprénorphine haut dosage par les détenus substitués.

Dispositifs de réduction des risques disponibles en prison

En dehors des TSO et des actions éducatives, les dispositifs de réduction des risques proprement dits recensés en prison en Europe sont principalement les dispositifs d'échange de seringues, l'eau de Javel et autres désinfectants et les préservatifs masculins avec lubrifiants. Dans certains pays ou établissements, il existe également une distribution de matériel renouvelable d'usage de drogues autre que les seringues (pailles, tampons alcoolisés, matériel à inhaler...), de matériel de piercing et tatouage stérile, de préservatifs féminins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de programme d'héroïne médicalisée en prison en Europe et les quelques « unités sans drogues » existantes n'ont pas fait l'objet d'études permettant de conclure sur leur capacité à réduire les risques infectieux (Stöver et coll., 2008).

On peut également mentionner la prophylaxie antirétrovirale post-exposition, qui après contact sanguin ou sexuel, permet de limiter le risque de contamination par le VIH. Les antirétroviraux (ARV) pour le VIH et les traitements de l'hépatite C, en réduisant le « réservoir viral », pourraient également être considérés comme participant à la réduction des risques infectieux, en particulier en prison où les prévalences de ces virus sont élevées.

Hormis les traitements de substitution, ce sont les programmes d'échange de seringues qui ont fait l'objet du plus grand nombre de publications et évaluations (WHO, 2007a et c). Ils sont considérés par l'OMS comme une mesure de première ligne en prison. En particulier, la mise à disposition des détenus d'eau de Javel ne remplace pas pour l'OMS la mise en place de programmes d'échange de seringues et ne doit être considérée que comme une mesure de seconde ligne (WHO, 2007a). Les autres mesures n'ont fait l'objet que de très rares études d'impact.

Traitements de substitution

Les traitements de substitution aux opiacés ont largement fait preuve de leur efficacité dans la prise en charge des usagers de drogues en réduisant significativement l'usage d'opiacés, les pratiques d'injection et le partage du matériel d'injection. Les traitements de substitution aux opiacés sont également associés à une réduction des pratiques sexuelles à risque (Gowing et coll., 2008).

Il existe peu d'études ayant systématiquement exploré l'efficacité des TSO sur les pratiques à risque vis-à-vis du VIH ou des hépatites en prison. Larney (2010) a recensé seulement 5 études dans une revue systématique des études contrôlées portant sur l'efficacité des TSO sur la réduction des comportements à risques vis-à-vis du VIH en milieu pénitentiaire. La synthèse des données de ces études permet de conclure que, comparativement aux groupes « contrôle » de détenus, ceux bénéficiant d'un traitement de substitution avaient un risque réduit de 55 à 75 % d'injecter des drogues et de 47 à 73 % de partager leur matériel d'injection. En revanche, aucune des études n'était en mesure de mettre en évidence une action sur l'incidence du VIH. Les posologies de TSO prescrites doivent cependant être suffisantes (> 60 mg/j de méthadone), s'accompagner d'une prise en charge globale et le maintien en traitement doit être suffisamment prolongé (> 6 mois) pour que le bénéfice soit significatif (Jurgens et coll., 2009). Lors d'un essai contrôlé portant sur l'évaluation à 4 ans des bénéfices de la prescription de méthadone *versus* liste d'attente en prison, Dolan et coll. (2005) ont pu mettre en évidence un effet significatif sur l'infection par le VHC. La rétention en traitement par méthadone était associée à une réduction de l'infection par le VHC alors que la brièveté des séquences de traitement méthadone (< 5 mois) était au contraire associée à un risque accru de séroconversion. La prescription de TSO en prison a par ailleurs été associée à une baisse de la mortalité, à une moindre récurrence et à moins de réincarcérations. La méthadone faciliterait également le maintien dans un circuit de soin après l'incarcération et réduirait les

troubles du comportement en détention (Jurgens et coll., 2009). L'OMS recommande donc que dans l'ensemble des États bénéficiant de traitements de substitution en milieu libre, ceux-ci soient également introduits en prison et rapidement diffusés à des posologies suffisantes et pour des périodes de temps suffisamment longues, notamment afin de permettre un maintien dans une filière de soins après l'incarcération (WHO, 2007c).

Programmes d'échange de seringues

Le premier dispositif d'échange de seringues en prison a été mis en place en Suisse en 1992 (tableau 18.IV). Depuis, l'extension progressive de leur implantation concerne une cinquantaine de prisons dans 12 pays d'Europe de l'Est ou de l'Ouest. Dans certains pays, seuls quelques établissements à forte concentration d'usagers de drogues sont concernés, dans d'autres, la diffusion est nationale (Espagne, Kirghizistan). Les dispositifs sont très variables d'un établissement à l'autre, concernant soit des distributeurs automatiques permettant une distribution anonymisée de seringues, soit une remise en main propre de seringues par des personnels soignants ou des intervenants extérieurs. En Allemagne, 6 sur 7 des programmes ouverts ont été fermés, malgré une évaluation positive, pour des raisons « politiques ». Il est à noter que les personnels pénitentiaires se sont élevés contre cette décision, défendant l'implantation de ces programmes. Des programmes pilotes sont en cours de mise en place, avec une initiation retardée, au Portugal et en Écosse. Un historique plus détaillé est présenté dans le document de synthèse de l'OMS (WHO, 2007e).

Tableau 18.IV : Pays bénéficiant de programmes d'échange de seringues en prison (d'après WHO, 2007e)

Pays	Début du programme	Nombre de prisons avec des programmes d'échange de seringues (PES) (depuis 2006)
Suisse	1992	7
Allemagne	1996	1 (6 PES ont été fermés suite à des décisions politiques)
Espagne	1997	38
République de Moldavie	1999	7
République du Kirghizistan	2002	11
Biélorussie	2003	1 (depuis 2004)
Arménie	2004	3
Luxembourg	2005	1
République islamique d'Iran	2005	1 à 6 (5 PES devant ouvrir en 2006)
Ukraine	2007	2 projets pilote devant débiter en 2007
Écosse	2007	Étude pilote menée sur 2 ans approuvée pour un démarrage début 2007
Portugal	2007-2008	Mise en place de PES en 2008

L'évaluation de ces programmes (tableau 18.V), mais aussi globalement de l'ensemble des interventions en prison, se heurte à des limites méthodologiques liées au contexte même de la prison. Il est extrêmement difficile de réaliser un essai contrôlé pour des raisons évidentes et il en existe très peu portant sur l'efficacité des mesures de réduction des risques. Dolan et coll. ont publié en 2003 une revue des données disponibles (publications, communications, rapports d'experts, données non publiées, interviews d'experts...) sur les programmes d'échange de seringues existant en prison. Sur les 19 programmes recensés en décembre 2000 (Suisse, Espagne, Allemagne), seuls 6 avaient fait l'objet d'évaluations qui démontraient la faisabilité et l'efficacité de tels programmes en prison. Aucune nouvelle contamination pour le VIH, le VHB et le VHC n'était notée dans les établissements concernés. Le partage de matériel d'injection était réduit, l'usage de drogues le plus souvent diminué ou inchangé, le recours aux soins augmenté et les overdoses réduites. Les auteurs soulignaient l'intérêt de ces programmes dans des établissements à forte proportion d'injecteurs de drogues, l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures visant la réduction des risques et de les expérimenter dans des établissements de plus grande taille (les programmes existant l'étant surtout dans de petits établissements, la plupart comportant moins de 300 détenus). Plusieurs revues rejoignent ces conclusions (Lines et coll., 2006 ; Wodak et Cooney, 2006 ; Betteridge, 2007 ; Jurgens et coll., 2009) ainsi que le Conseil National du Sida (CNS, 2009). Dans une revue portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues, Jones et coll. (2008) concluaient que seulement deux études (Nelles et coll., 1997 ; Stark et coll., 2006), non contrôlées, étaient exploitables en milieu pénitentiaire et que celles-ci mettaient en évidence une bonne faisabilité, l'absence d'effet secondaire, une réduction de l'échange de seringues et d'autres comportements à risque vis-à-vis du VIH. Dans une revue portant sur l'évaluation de l'efficacité des mesures de réduction des risques vis-à-vis du VHC, Wright et Tomkins (2006) soulignaient l'absence d'essais d'interventions en prison sur ce thème et donc la difficulté à conclure. Par ailleurs, dans une « revue des revues » sur l'évidence scientifique concernant l'efficacité des mesures de réduction des risques dans la prévention de la transmission du VHC chez les usagers de drogues, les auteurs (*Prevention Working Groups of the Advisory Council on the Misuse of Drugs and the Hepatitis C Action Plan for Scotland*) estimaient que les études recensées en prison, exclusivement observationnelles, ne permettaient pas de conclure (Palmateer et coll., 2008).

Tableau 18.V : Évaluation des programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues dans les prisons (d'après WHO, 2007e)

Prison, Pays Référence	Incidence VIH/VHC	Partage de matériel d'injection	Usage de drogue	Injection
Am Hasenberge, Allemagne Stöver et Nelles, 2003	Pas de données	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Basauri, Espagne Menoyo et coll., 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Hannöversand, Allemagne Stöver et Nelles, 2003	Pas de données	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Hindelbank, Suisse Nelles et coll., 1997	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Diminution	Pas d'augmentation
Berlin (Lehrter Strasse et Lichtenberg) Stark et coll., 2006	4 séroconversions (1 infection certaine- ment acquise en prison)	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation ^a
Lingen 1, Allemagne Stöver, 2000 ; Jacob et Stöver, 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Realta, Suisse Nelles et coll., 1999	Pas de séroconver- sion	Études de cas	Diminution	Pas d'augmentation
Vechta, Allemagne Stöver, 2000 ; Jacob et Stöver, 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Vierlande, Allemagne Heinemann et Gross, 2001	Pas de séroconver- sion	Peu de changement ou réduction	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation

^a Deux personnes qui avaient précédemment seulement inhalé de l'héroïne ont rapporté une injection de drogue à une seule occasion.

Il existe donc beaucoup de revues de la littérature pour peu d'études originales et encore moins d'études contrôlées, ceci d'autant que le champ d'évaluation se restreint à la transmission du VHC. Les revues incluant les études observationnelles portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues sont nettement en faveur de la mise en place de ces programmes en prison alors que celles ne considérant comme seul standard acceptable que les essais contrôlés ne permettent pas de trancher en l'absence d'évidence scientifique suffisante. L'OMS, considérant que « la difficulté à réaliser de telles études (contrôlées) pour évaluer les programmes de santé publique ne devrait pas être sous-estimée » (WHO, 2007e), s'est référée à d'autres critères pour évaluer si les interventions vis-à-vis du VIH et/ou VHC en prison peuvent être considérées comme scientifiquement efficaces sur la diffusion virale parmi les

détenus ou en mesure d'apporter d'autres bénéfices positifs sur le plan sanitaire. L'OMS a ajouté des arguments supplémentaires aux critères de Bradford Hill (Bradford Hill, 1965), qui permettent d'inférer un lien de causalité à des associations observées :

- absence de conséquences négatives des interventions ;
- faisabilité de la mise en place et du développement de ces programmes (dans différents environnements pénitentiaires et dans diverses conditions de sécurité) ;
- acceptabilité pour les populations cibles (détenus, soignants) ;
- constat de bénéfices supplémentaires inattendus.

Les rapports d'évaluation des programmes d'échange de seringues recensés par l'OMS (WHO, 2007e) permettent de conclure que :

- dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, le partage de matériel a cessé ou a été largement réduit ;
- aucun nouveau cas de VIH n'a été recensé ;
- aucune séroconversion n'a été enregistrée pour le VIH et le VHB et 4 ont été enregistrées pour le VHC dont une contractée avec certitude en détention ;
- d'autres bénéfices ont été recensés : une réduction des overdoses et de la mortalité ; un accroissement du recours au dispositif de soins ; une réduction des abcès ; une amélioration des échanges entre détenus et personnels ainsi qu'une meilleure connaissance de la transmission infectieuse et des comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées.

Par ailleurs, dans aucun de ces établissements n'a été observé un incident au cours duquel une seringue aurait été utilisée comme arme. La mise à disposition de seringues n'a pas entraîné un accroissement du nombre de détenus pratiquant l'injection, un accroissement de l'usage de drogues ou de sa disponibilité en prison. Une fois installés, ces dispositifs étaient parfaitement acceptés par les détenus et les personnels.

L'OMS a en conclusion formulé un certain nombre de recommandations (WHO, 2007e) :

- les autorités pénitentiaires des États expérimentant ou menacés par une diffusion épidémique du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse tels que ceux de l'Europe de l'Est devraient introduire et étendre au plus vite des programmes d'échange de seringues en prison, et ce, d'autant plus que la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés est élevée ;
- les détenus devraient bénéficier d'un accès facilité et confidentiel aux seringues et être associés à la mise en place des programmes d'échange de seringues ;
- la mise en place de programmes pilotes évalués avec attention peut faciliter la mise en place de programmes d'échange de seringues mais ne doit pas bloquer leur diffusion ;

- de nouvelles recherches concernant les programmes d'échange de seringues en prison devraient être initiées, mais ne se contentant pas de répliquer des expérimentations déjà effectuées.

En France, les programmes d'échange de seringues ne sont pas disponibles en milieu pénitentiaire, situant le pays en deçà des recommandations de l'OMS qui préconise une équivalence en prison du dispositif de prévention.

Eau de Javel

L'introduction de l'eau de Javel comme outil de décontamination dans la lutte contre le VIH chez les usagers de drogues remonte à 1986 aux États-Unis. Elle a été particulièrement développée dans des contextes où la mise en place de programmes d'échange de seringues faisait l'objet d'une forte opposition. En 1997 en Europe, l'eau de Javel était dispensée dans 50 % des systèmes pénitentiaires. Depuis, la diffusion de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants s'est étendue aux systèmes pénitentiaires de nombreux pays (WHO, 2007a).

Si l'efficacité de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection vis-à-vis du VIH a été expérimentalement démontrée (pour revue, WHO, 2005), des doutes ont été émis sur cette efficacité en situation réelle (durée de contact avec l'eau de Javel, présence de résidus organiques ou obstruction de la seringue...) (Gleghorn et coll., 1994 ; Titus et coll., 1994), conduisant l'OMS à conclure en 2005 que « l'évidence concernant l'efficacité de l'eau de Javel pour la décontamination du matériel d'injection est faible » (WHO, 2005).

Pour le VHC, l'eau de Javel apparaît encore moins efficace. Plusieurs études ont montré une absence d'effet significatif sur la séroconversion pour ce virus chez des usagers de drogues (Hagan et coll., 2001 ; Kapadia et coll., 2002 ; Hagan et Thiede, 2003), ou tout au plus une légère réduction du VHC liée aux conditions dans lesquelles la décontamination est effectuée (moindre efficacité quand les sujets ont des pratiques d'injection dans un environnement public) (Kapadia et coll., 2002).

Les évaluations portant sur la mise à disposition d'eau de Javel en prison montrent que lorsqu'elle est suffisamment accessible, celle-ci est utilisée par les détenus pour décontaminer le matériel d'injection. Cependant, le bénéfice attendu en termes de réduction des risques infectieux est compromis par les conditions de furtivité et de clandestinité dans lesquelles s'effectue son usage (WHO, 2005).

En France, l'eau de Javel est délivrée tous les 15 jours gratuitement à chaque détenu par l'Administration pénitentiaire et devrait être « cantinable »⁶⁴ dans tous les établissements à un prix accessible. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, édité par le

64. C'est-à-dire achetée sur un catalogue de fournitures de base en détention accessible à tout détenu.

ministère de la Santé et celui de la Justice (septembre 2004) prévoit que sa « distribution doit être accompagnée d'une information plus complète, de la part de l'équipe sanitaire, notamment sur le mode d'emploi permettant de réduire les risques de transmission d'infections virales par voie sanguine ». Différents rapports du Plan général d'inspection des établissements pénitentiaires ainsi que les données préliminaires de l'inventaire des mesures de réduction des risques en prison du programme Pri² de signalent une absence de distribution de l'eau de Javel par l'Administration pénitentiaire dans 8,5 % des établissements et un non respect de la distribution tous les 15 jours dans au moins 25 % des établissements. Par ailleurs, dans l'enquête Pri², les personnels sanitaires apparaissent peu impliqués dans l'aide à l'utilisation de l'eau de Javel en détention comme outil de réduction des risques malgré les recommandations du guide méthodologique, et dans 61 % des cas, l'information transmise dans cet objectif est absente ou considérée comme inintelligible pour les détenus. Dans l'enquête effectuée par l'Observatoire régional de la santé Paca en 1997, 59 % des détenus déclarant une pratique d'injection en prison l'utilisaient pour stériliser leur matériel d'injection (Rotily, 1998). Enfin, les conditions de surpopulation carcérale rendent difficile une stérilisation du matériel d'injection dans de bonnes conditions. Par ailleurs, il n'existe pas d'étude d'impact en France.

Dans leur rapport conjoint portant sur les programmes d'échange de seringues et les stratégies de décontamination en prison (WHO, 2007a), l'OMS/UNAIDS/UNODC font les recommandations suivantes :

- l'efficacité des procédés de désinfection et décontamination par l'eau de Javel hors de la prison n'est pas démontrée scientifiquement. En prison, cette efficacité a de fortes chances d'être encore réduite (type de seringue, accès à l'eau de Javel, conditions de désinfection...) ;
- la distribution d'eau de Javel ou autres désinfectants est réalisable en prison sans compromettre la sécurité ;
- en raison de son efficacité limitée, l'eau de Javel ne peut être considérée que comme une mesure de seconde ligne, après les programmes d'échange de seringues. Elle ne peut pas les remplacer. Dans les prisons où elle est accessible, l'accès doit être facile et discret, réparti en différents points de l'établissement. Une information portant sur la manière de désinfecter les seringues et sur les limites de l'efficacité de l'eau de Javel vis-à-vis du VIH et surtout du VHC, doit être dispensée. Dans les établissements dans lesquels l'eau de Javel est disponible mais pas les programmes d'échange de seringues, les praticiens de santé publique doivent continuer à plaider en faveur de leur introduction.

Autres dispositifs de réduction des risques

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, différentes études internationales ont déjà souligné l'importance de saisir l'opportunité de l'incarcération pour proposer systématiquement de vacciner une population qui est à haut risque infectieux, au dehors aussi bien qu'en détention (Hope et coll., 2007 ; Sutton et coll., 2008 ; Farrell et coll., 2010).

Le coût d'une telle politique, la brièveté des incarcérations mais aussi les hésitations dans les politiques vaccinales peuvent encore constituer un obstacle (Carrieri et coll., 2010 ; Farrell et coll., 2010). Un calendrier vaccinal accéléré (injections à J0, J7-10 et J21), apportant une couverture comparable, a été proposé dans ce contexte (Marchou et coll., 1995 ; Gilbert et coll., 2004) et son efficacité a été démontrée. En France, conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus, les Ucsa ont obligation de proposer et d'organiser la vaccination antivirale des personnes détenues.

En France, il n'existe pas de données sur les stratégies vaccinales pour le VHB. La seule donnée disponible est l'augmentation de la couverture vaccinale chez les détenus entrants qui passe de 14 % en 1997 à 31 % en 2003 (Mouquet, 2005). Les données préliminaires du programme Pri² de montrent cependant que 80 % des établissements déclarent proposer une vaccination aux détenus lorsque la sérologie est négative.

L'accès aux antirétroviraux dans les prisons françaises est décrit comme satisfaisant par le rapport conjoint d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus des ministères de la Santé et de la Justice (2001) de même que les traitements post-exposition bien que peu de données existent sur le recours effectif à ces derniers. Divers témoignages font état de délivrance de pailles pour le sniff ou ponctuellement de remise par des soignants de matériel d'injection mais aucune donnée précise n'existe.

L'activité sexuelle en prison, qu'elle soit homo- ou hétérosexuelle (de parloirs, permissions), délibérée ou subie (viols, prostitution) est une réalité. L'existence de contaminations par le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles a déjà été étayée dans différentes études en prison (WHO, 2007b). La mise à disposition de préservatifs pour les détenus est considérée comme bien acceptée, sans conséquence négative et permettant la réduction des comportements à risques (WHO, 2007b).

En France, l'accès aux préservatifs est à peu près généralisé à toutes les prisons mais les conditions d'accès restent incertaines. Dans l'enquête de l'ORS Paca (Rotily, 1998) réalisée dans 25 établissements pénitentiaires, 23 déclaraient en délivrer. Un tiers des détenus déclarait ne pas être informé d'un accès possible aux préservatifs et 29 % déclaraient que cet accès ne pouvait se faire que par formulation de la demande auprès d'un soignant. Les données récentes du programme Pri² de montrent qu'en 2010, quasiment tous les établissements mettent à disposition des détenus des préservatifs, localisés essentiellement à l'Ucsa, mais que dans seulement un établissement sur deux le lubrifiant est associé. En revanche, la mise à disposition de préservatifs féminins n'est retrouvée que dans 20 % des établissements accueillant des femmes. Il n'existe à notre connaissance pas de donnée plus détaillée et récente et aucune étude d'impact. Ceci est à mettre en écho avec la difficulté à évoquer la question de la sexualité en prison, aussi bien de la part des détenus que des soignants et des personnels pénitentiaires.

L'OMS (WHO, 2007b) recommande que :

- dans les prisons ne le proposant pas, la mise à disposition de préservatifs soit rapidement mise en place et rapidement étendue ;
- les préservatifs soient facilement et discrètement accessibles dans différents endroits de la prison, sans qu'il soit nécessaire de les demander ou de les prendre sous le regard d'autrui ;
- des lubrifiants soient également mis à la disposition des détenus ;
- les femmes détenues doivent avoir accès aux préservatifs et carrés de latex.

Qu'il s'agisse de matériel de tatouage, de petit matériel d'injection (filtres, tampons...) ou de matériel pour le sniff ou l'inhalation, des expériences sporadiques sont rapportées mais aucune évaluation n'est disponible. Une distribution de matériel de tatouage stérile existe dans plusieurs pays européens mais a priori sans dispositif d'accompagnement ou d'évaluation (Stöver et coll., 2008). En France, pour le matériel de coiffure et, conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, les Ucsa doivent valider une procédure spécifique de décontamination des instruments utilisés.

Développement des outils, dispositifs et programmes dans le milieu carcéral, et obstacles à la mise en place des programmes

La question de l'usage de drogues durant l'incarcération est un sujet politiquement sensible puisque touchant aux fondements même de la Loi de 1970 pénalisant l'usage. Tout aménagement des stratégies de réduction des risques mobilise donc des enjeux dépassant largement le seul plan sanitaire ou organisationnel alors que comme nous l'avons vu, les enjeux de santé publique sont importants. L'OMS, dans sa « Déclaration sur la santé en prison et la santé publique » de Moscou du 24 octobre 2003, stipule que : « ... il est recommandé aux responsables des systèmes de santé publique et pénitentiaire de collaborer afin que la réduction des dommages devienne le principe qui préside à la politique de prévention de l'infection à VIH et du sida et de la transmission de l'hépatite en prison. ».

Bien que différents outils de réduction des risques existent, encadrés par la circulaire DGS/DH/DP du 5 décembre 1996, les données actuellement disponibles permettent de conclure qu'il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison en France (Michel et coll., 2008). Cette question a déjà largement été abordée dans le rapport très détaillé de décembre 2000 de la mission santé-justice sur « la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral » (Stankoff et Dhérot, 2000). Dans sa conclusion générale, ce rapport indique (p. 69) : « Des insuffisances réelles sont apparues dans la mise en œuvre des mesures déjà existantes. Un défaut de mobilisation voire d'adhésion à la politique de réduction des risques a été mis en évidence. Il peut s'expliquer pour partie par le

relâchement général de l'intérêt pour le VIH depuis l'apparition des multithérapies. Mais, d'une façon générale, les éléments de contexte semblent déterminants dans cette faible implication des acteurs. Il apparaît que les conditions de détention rendent plus difficile toute approche de prévention en détention et que l'objet même de la prison et le sens de la peine diminuent fortement l'acceptabilité des mesures de réduction des risques, dès lors qu'elles entrent en contradiction avec les textes ou, d'une façon générale, les normes de référence. » « Le groupe de travail ... a été amené à proposer un certain nombre d'améliorations mais également une démarche de fond destinée à faire évoluer les représentations et les mentalités. Il a également souligné la nécessité de poursuivre la recherche de données dans le domaine. ».

Il apparaît que le défaut d'adhésion en prison à la politique de réduction des risques n'est pas le seul fait des différentes catégories d'acteurs. Il manque une volonté « politique » permettant la mise en place des mesures que l'« *Evidence Based Science* » analyse comme nécessaires.

Les expériences internationales insistent sur la nécessité de développer en prison une politique globale, associant simultanément l'ensemble des mesures de réduction des risques et de soins déjà évaluées et considérées comme efficaces dans le contexte pénitentiaire : information et éducation en particulier par les pairs, mise à disposition de préservatifs, traitement de la dépendance aux drogues en particulier par TSO pour les dépendances aux opiacés, dépistage et information sur le VIH, soins et soutien pour les sujets séropositifs pour le VIH, mise en place de programmes d'échange de seringues (Stankoff et Dhérot, 2000 ; WHO, 2007a et e).

Les carences constatées découlent des problèmes suivants : distribution d'eau de Javel malgré son inefficacité relative et le plus souvent sans guide d'utilisation ni condition de détention permettant une utilisation optimale, insuffisance d'accès aux préservatifs, non prise en compte des autres risques infectieux (sniff, tatouage...), politique vaccinale pour l'hépatite B non affirmée, hétérogénéité dans l'accès aux TSO malgré un développement progressif ces dernières années et absence de certains dispositifs existant pourtant au dehors (programmes d'échange de seringues, kits d'inhalation ou de sniff...). L'OMS soulignait dès 1993 l'importance de garantir pour chaque détenu le droit à un accès aux soins, mesures de prévention comprises, identique à celui en milieu libre. Sur le plan des mesures de réduction des risques infectieux, la France est nettement en deçà de ces recommandations.

Par ailleurs, les besoins sanitaires en consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie, addictologie...) sont importants et non satisfaits. Les équipes sont souvent en effectifs insuffisants avec des disparités importantes d'un établissement à l'autre. Des moyens supplémentaires dédiés sont nécessaires pour pouvoir avancer.

La circulaire DGS/DH/DP du 5 décembre 1996, si elle a permis de poser les bases efficaces d'un dispositif nécessaire avec l'avènement des TSO et les

progrès de la lutte contre le sida, constitue sans doute actuellement un facteur limitant. Elle ne prévoit pas une équivalence d'accès aux outils de réduction des risques avec le milieu libre (contrairement aux recommandations de l'OMS) et préconise entre autre une délivrance supervisée quotidienne de buprénorphine haut dosage au détriment d'une individualisation des soins pour les usagers de drogues (entre 8 et 10 % des détenus sont sous traitement de substitution dans de nombreuses maisons d'arrêt de grande taille). Sa révision permettrait certainement d'ouvrir un nouveau débat sur la réduction des risques en prison.

Dans de nombreux pays, l'expérience en matière de réduction des risques infectieux en prison est plus ancienne et/ou plus avancée que celle de la France, et une littérature abondante démontre l'intérêt de certaines mesures. L'OMS a par ailleurs publié de nombreuses recommandations sur cette thématique depuis 2007. Il paraît donc pertinent de mettre en place actuellement, soit directement de nouvelles mesures, soit des dispositifs de type essai d'intervention ou projet pilote reposant sur l'expérience internationale et pouvant aboutir dans la continuité à l'adoption de nouvelles mesures. Les établissements à cibler sont ceux présentant la plus forte proportion d'usagers de drogues, notamment si une dynamique préexiste. Un état des lieux préalable identifiant et explorant la réalité des comportements à risque en détention dans le contexte actuel de l'usage de drogue (réduction des pratiques d'injection, importance de la consommation de stimulant, mésusage des TSO) afin de préciser les mesures de réduction des risques adaptées, paraît nécessaire.

L'étude Prevacar qui doit démarrer en 2010 (DGS/InVS), la réédition de l'enquête Coquelicot comprenant un volet pénitentiaire qui doit également démarrer fin 2010, le programme de recherche Pri² de de l'ANRS, soutenu par Sidaction et débuté en 2009 (dont les résultats préliminaires sont présentés ici), devraient permettre d'actualiser, dans des conditions méthodologiques satisfaisantes, les données portant sur les prévalences des affections virales, de l'usage de drogue et des pratiques à risque ainsi que l'état du dispositif de prévention et de soins dans les prisons françaises.

En conclusion, malgré les données internationales et des données françaises partielles en faisant état, les pratiques d'injection en milieu carcéral continuent à faire l'objet d'une minimisation reflétant une réalité : ce sont des pratiques dissimulées, non tolérées, moins fréquentes qu'au dehors mais effectuées avec des prises de risque considérables, et surtout confrontant le système répressif de l'usage de drogues à ses limites. Si la proportion d'usagers déclarant une dépendance à l'héroïne ou des pratiques d'injection à l'entrée en détention s'est réduite entre 1997 et 2003, aucune donnée actualisée n'existe et les proportions de détenus substitués par méthadone ou buprénorphine s'accroissent, atteignant le seuil des 10 %. Une partie des sujets substitués maintient des pratiques d'injection qu'il leur est difficile de déclarer simultanément à l'entrée en prison, une autre partie prend des risques vis-à-vis du

VHC via les pratiques de sniffing notamment de buprénorphine haut dosage, et enfin, la consommation de stimulants par voie injectable est en plein développement en France avec une ré-ascension actuelle de l'héroïne (OFDT, 2010). Le dispositif actuel de réduction des risques en prison en France apparaît comme insuffisant et en deçà des standards recommandés sur le plan international notamment par l'OMS. Un ajustement est nécessaire.

La méconnaissance habituelle par les personnels intervenant en prison et les détenus dans leur globalité des enjeux sanitaires associés à l'usage de drogues conduisent à suggérer que toute action nouvelle à destination des usagers, constamment « sensibles », doit être précédée d'un travail de préparation et d'explication destiné à repérer les représentations et les modifier, et permettre l'adhésion des différentes catégories d'intervenants. Enfin, en raison de l'importance pour la communauté de la question de la santé des détenus et de la fréquence des comorbidités dans ce milieu (troubles psychiatriques, précarité sociale, conduites addictives, morbidités infectieuses...), une vaste réflexion sur la « santé en prison », le statut du détenu face au système de soin et les évolutions sociologiques conduisant à une telle concentration morbide au sein de la prison mérite d'être ouverte.

BIBLIOGRAPHIE

ALLWRIGHT S, BRADLEY F, LONG J, BARRY J, THORNTON L, PARRY JV. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal* 2000, **321** : 78-82

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th edition. Washington DC, 1994

BETTERIDGE G. Public health agency says prison needle exchanges reduce risk, do not threaten safety or security. *Hiv Aids Policy Law Rev* 2007, **12** : 20-22

BOUHNİK AD, JACOB E, MAILLARD I, TOUZE S. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison-polyconsommations-substitution : les « années cachets ». Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral-Annexes. Paris, 1999, 53-64

BRADFORD HILL A. The environment and disease: association or causation. *Procedures of the Royal Society of Medicine* 1965, **58** : 295-300

CALZAVARA LM, BURCHELL AN, SCHLOSSBERG J, MYERS T, ESCOBAR M, et coll. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003, **98** : 1257-1265

CORRECTIONAL SERVICE CANADA. 1995 National Inmate Survey: Final Report. Ottawa: CSC (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02

CANARELLI T, OBRADOVIC I. Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise

en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. OFDT, Paris, 2008

CARRIERI MP, REY D, MICHEL L. Universal HBV vaccination in French prisons: breaking down the last barriers. *Addiction* 2010, **105** : 1311-1312

CLARKE JG, STEIN MD, HANNA L, SOBOTA M, RICH JD. Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abuse* 2001, **22** : 209-216

CNS (CONSEIL NATIONAL DU SIDA). Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires. Note Valant Avis. Paris. Conseil National du SIDA, 2009

DICENSO A, DIAS G, GAHAGAN J. Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C, Toronto: Papanicolaou, 2003

DOLAN K, RUTTER S, AD WODAK. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, **98** : 153-158

DOLAN K, KITE B, BLACK E, LOWE J, AGALLOTIS M, et coll. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries, 2004

DOLAN KA, SHEARER J, WHITE B, ZHOU J, KALDOR J, WODAK AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005, **100** : 820-828

DUFOUR A, ALARY M, POULIN C, ALLARD F, NOËL L, et coll. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996, **10** : 1009-1015

EDWARDS A, CURTIS S, SHERRARD J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999, **10** : 464-466

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE ON DRUGS AND DRUG ADDICTION). Annual Report on the State of the Drugs Problems in the European Union and Norway. Office for official Publications of the European Community, Luxembourg, 2002

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE ON DRUGS AND DRUG ADDICTION). The State of the Drugs Problem in Europe. Annual Report 2005. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Community, 2005

FALISSARD B, LOZE JY, GASQUET I, DUBURC A, DE BEAUREPAIRE C, et coll. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006, **6** : 33

FARRELL M, STRANG J, STÖVER H. Hepatitis B vaccination in prisons: a much-needed targeted universal intervention. *Addiction* 2010, **105** : 189-190

FAZEL S, BAINS P, DOLL H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006, **101** : 181-191

FORD PM, PEARSON M, SANKAR-MISTRY P, STEVENSON T, BELL D, AUSTIN J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine* 2000, **93** : 113-119

FROST L, TCHERTKOV V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention* 2002, **14** (Suppl B) : 7-23

GAUGHWIN MD, DOUGLAS RM, WODAK AD. Behind bars – risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review. In : HIV/AIDS and Prisons (conference proceedings). NORBERRY J, GERULL SA, GAUGHWIN MD (eds). Australian Institute of Criminology, Canberra, 1991

GILBERT RL, COSTELLA A, PIPER M, GILL ON. Increasing hepatitis B vaccine coverage in prisons in England and Wales. *Commun Dis Public Health* 2004, **7** : 306-311

GLEGHORN AA, DOHERTY MC, VLAHOV D, CELENTANO DD, JONES TS. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, **7** : 767-772

GORE SM, BIRD AG, BURNS SM, GOLDBERG DJ, ROSS AJ, MACGREGOR J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil Prison. *British Medical Journal* 1995, **310** : 293-296

GOWING L, FARRELL M, BORNEMANN R, SULLIVAN LE, ALI R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, **3** : 85p

HAGAN H, THIEDE H, WEISS NS, HOPKINS SG, DUCHIN JS, ALEXANDER ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001, **91** : 42-46

HAGAN H, THIEDE H. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003, **14** : 628-629, author reply 629

HEINEMANN A, GROSS U. Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001, **47** : 57-65

HELLARD ME, HOCKING JS, CROFTS N. The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiol Infect* 2004, **132** : 409-415

HOPE VD, NCUBE F, HICKMAN M, JUDD A, PARRY JV. Hepatitis B vaccine uptake among injecting drug users in England 1998 to 2004: is the prison vaccination programme driving recent improvements? *J Viral Hepat* 2007, **14** : 653-660

IGSJ, IGAS. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation. Rapport conjoint de l'Inspection Générale des Services Judiciaires et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001

INVS, CPAM, CETAF. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. In V's, 2005 (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140205/rapport_analyse_descriptive.pdf)

JACOB J, STÖVER H. The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy* 2000, **11** : 325-335

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, BARIN F, EMMANUELLI J, SEMAILLE C, et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues

en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2006, **33** : 244-247

JONES L, PICKERING L, SUMNALL H, MCVEIGH J, BELLIS MA. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users. LJMUCentre for Public Health, UK, 2008, 1-203

JURGENS R, BALL A, VERSTER A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009, **9** : 57-66

KAPADIA F, VLAHOV D, DES JARLAIS DC, STRATHDEE SA, OUELLET L, et coll. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002, **13** : 738-741

KOULIERAKIS G, GNARDELLIS C, AGRAFIOTIS D, POWER KG. HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction* 2000, **95** : 1207-1216

LARNEY S. Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. *Addiction* 2010, **105** : 216-223

LAVAL F. Traitements de substitution en détention. Mémoire de DU de Santé Publique Pénitentiaire, 2008

LINES R, JURGENS R, BETTERIDGE G, STÖVER H, LATICEVSCHI D, NELLES J. L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. Canada, Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2006

MACALINO GE, DHAWAN D, RICH JD. A missed opportunity: hepatitis C screening prisoners. *Am J Public Health* 2005, **95** : 1739-1740

MALLIORI M, SYPSA V, PSICHOGIOU M, TOULOUMI G, SKOUTELIS A. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998, **93** : 243-251

MARCHOU B, EXCLER JL, BOURDERIOU C, SALAUN J, PICOT N, et coll. A 3-week hepatitis B vaccination schedule provides rapid and persistent protective immunity: a multicenter, randomized trial comparing accelerated and classic vaccination schedules. *J Infect Dis* 1995, **172** : 258-260

MARTIN RE, GOLD F, MURPHY W, REMPLE V, BERKOWITZ J, MONEY D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health* 2005, **96** : 97-101

MENOYO C, ZULAICA D, PARRAS F. Needle exchange in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000, **5** : 20-21

MICHEL L, MAGUET O. L'organisation des soins en matière de traitements de substitutions en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution, 2003

MICHEL L, MAGUET O. Guidelines for substitution treatments in prison populations. *Encephale* 2005, **31** : 92-97

MICHEL L, CARRIERI MP, WODAK A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct* 2008, **5** : 17

MOUQUET MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. *Etudes et Résultats* 1999, Drees, 4

MOUQUET MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats* 2005, Drees, 386

NELLES J, BERNASCONI S, DOBLER A. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: the Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschongrun. *International Journal of Drug Policy* 1997, 8 : 40-52

NELLES J, FUHRER A, VINCENZ I. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht. Berne. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 1999

OEDT (OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Rapport annuel 2005. OFDT, Bruxelles, 2006

OFDT (OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, OFDT, 2010

PALMATEER N, KIMBER J, HICKMAN M, HUTCHINSON S, RHODES T, GOLDBERG D. Evidence for the effectiveness of harm reduction interventions in preventing hepatitis C transmission among injecting drug users: a review of reviews. Report for the Prevention Working Groups of the Advisory Council on the Misuse of Drugs and the Hepatitis C Action Plan for Scotland. Executive summary, 2008

PRUDHOMME J, VERGER P, ROTILY M. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, second volet de l'évaluation des unités pour sortants. OFDT, Paris, 2003, 58p

RAPID SITUATION ASSESSMENT MAURITIUS. Unpublished paper on file with author, 2005

REMY AJ. Prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral : les pratiques évoluent-elles ? *Le Courrier des Addictions* 2003, 5 : 10-11

REMY AJ. Point de vue : être un hépatologue de bas seuil ou le bilan de 5 années d'activité d'une consultation d'hépatologie à la prison de Perpignan. *THS La Revue des Addictions* 2004, VI : 1153-1155

REMY AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2007, 31 : 566-568

REMY AJ, BENHAIM S, KHEMISSA F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. *Revue du Praticien* 2003, 17 : 1325-1327

REMY AJ, INVESTIGATORS. Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful: definitive data of first national french study. *Hepatology* 2004, 40 : 346A

REMY AJ, UCSA DE FRANCE. Enquête nationale de pratiques sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hépatite chronique virale B en milieu carcéral en France. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2005, 29 : 911

REMY AJ, ALLEMAND JP, MICHEL L, VASQUEZ JL. Prise en charge et accompagnement du patient atteint d'hépatite C en prison et à la sortie. *THS La revue* 2006a, VIII : 1399-1404

REMY AJ, UCSA DE FRANCE. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : Enquête comparative 2000-2003. *Presse Médicale* 2006b, **35** : 1249-1254

REMY AJ, SERRAF L, GALINIER A, HEDOUIN V, GOSSET D, et coll. Treatment for hepatitis C in jailhouses is possible and successful: data of first national french study (POPHEC). *Hepatology Reviews* 2006c, **2** : 30-32

ROTILY M. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalences des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. ORS PACA, 1998

ROTILY M. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In : Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. STANKOFF S, DHEROT J (eds). Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé, 2000

ROTILY M, DELORME C. L'usage de drogues en milieu carcéral. Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances. OFDT, 1999

ROTILY M, WEILANDT C, BIRD SM, KALL K, VAN HAASTRECHT HJA, et coll. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multi-centre pilot study. *Eur J Public Health* 2001, **11** : 243-250

RUTTER S, DOLAN K, WODAK A, HEILPERN H. Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues. Technical Report No 25. Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, 1995

SAHAJIAN F, LAMOTHE P, FABRY J. Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Santé Publique* 2006, **18** : 223-234

SMALL W, KAIN S, LALIBERTE N, SCHECHTER MT, O'SHAUGHNESSY MV, SPITAL PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use & Misuse* 2005, **40** : 831-843

STANKOFF S, DHEROT J. Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé, 2000

STARK K, HERRMANN U, EHRHARDT S, BIENZLE U. A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 2006, **134** : 814-819

STÖVER H. Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000, **5** : 60-64

STÖVER H, NELLES J. 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. *International Journal of Drug Policy* 2003, **14** : 437-444

STÖVER H, HENNEBEL L, CASSELMAN J. Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London. Cranstoun Drug Services, 2004

- STÖVER H, WEILANDT C, ZURHOLD H, HARTWI C, THANE K. Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/Analyse drug use among prisoner, European Community, 2008
- SUTTON AJ, GAY NJ, EDMUNDS WJ, GILL ON. Modelling alternative strategies for delivering hepatitis B vaccine in prisons: the impact on the vaccination coverage of the injecting drug user population. *Epidemiol Infect* 2008, **136** : 1644-1649
- THAISRI H, LERWITWORAPONG J, VONGSHEREE S, SAWANPANYALERT P, CHADBANCHACHAI C, et coll. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases* 2003, **3** : 25
- TITUS S, MARMOR M, DES JARLAIS D, KIM M, WOLFE HBS. Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, **7** : 700-704
- TOUFIK A, CADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GANDILHON M. Profils, pratiques des usagers de drogues, Ena-CAARUD. *Trend. OFDT*, 2008, 47p
- VAN HAASTRECHT H, ANNEKE JS, VAN DEN HOEK AR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998, **93** : 1417-1425
- WHO. WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneve, 1993
- WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action Technical Papers. World Health Organization, Geneva, 2005
- WHO. Needle and syringe programmes and decontaminations strategies. Evidence for Action Technical Papers. WHO-UNAIDS-UNODC, 2007a
- WHO. Prevention of sexual transmission. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007b
- WHO. Drug dependence treatments. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007c
- WHO. HIV care, treatment and support. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007d
- WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007e
- WODAK A, COONEY A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 777-813
- WRIGHT NM, TOMPKINS CN. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 27

Synthèse

Afin de minimiser le risque d'infections en lien avec l'usage de drogues, une politique de réduction des risques a été mise en place dans de nombreux pays d'Europe, en Amérique du Nord et en Australie depuis un peu plus d'une vingtaine d'années. Le concept de la réduction des risques recouvre une diversité de conceptions philosophiques et politiques et soulève de nombreux débats concernant la place de l'abstinence, de la morale et de la loi. Il a également évolué dans le temps, et les définitions peuvent varier selon les contextes d'application, et les conceptions juridiques, philosophiques, ou politiques.

Le registre sémantique utilisé pour qualifier la politique de réduction des risques est différent selon les pays : le vocable de la réduction des méfaits est plutôt utilisé au Canada, celui de la réduction des risques en France et en Suisse. L'utilisation du vocable « risques » évoque la notion de danger alors que celle de « méfaits » renvoie plus globalement aux notions de dommages, préjudices, problèmes. La question des « méfaits » ou « dommages » englobe à la fois les risques pour soi et les conséquences de l'usage de drogues pour l'environnement social dans lequel vivent les usagers de drogues et leurs relations avec le reste de la population. La réduction des dommages est plus fidèle que la réduction des risques à la dimension originelle anglo-saxonne de *harm reduction*.

La réduction des inégalités sociales et sanitaires au sein de la population des usagers de drogues peut également être posée de manière centrale dans la réduction des risques.

La réduction des risques peut donner lieu à une politique centrée exclusivement sur l'usager de drogues en tant qu'individu, s'élargir au réseau de l'usager comme appartenant à une « communauté », voire s'inscrire plus globalement dans une attention portée à l'environnement dans lequel évolue l'individu à savoir son positionnement dans la société. Pour certains, la finalité reste à terme l'objectif d'abstinence, mais obtenu de manière graduelle, pour d'autres, cet objectif n'est pas une priorité, sauf si l'usager le désire expressément. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans un continuum (et non une opposition) avec la prise en charge de la dépendance.

La politique de réduction des risques englobe des stratégies appartenant à la prévention des usages de substances psychoactives (prévention du passage à l'injection par exemple), à la réduction des risques liés à l'usage de telles substances (prévention du passage à l'injection, prévention du risque infectieux par l'accès à du matériel stérile par exemple), à la prise en charge de la

dépendance sous toutes ses formes (sevrage, psychothérapie, traitements de substitution aux opiacés, autres traitements...). Elle a également comme objectifs de favoriser l'accès, à des populations éloignées, des structures de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre des individus, et n'attendant pas que les usagers de drogues soient prêts à faire la démarche.

En France, la politique de réduction des risques est encadrée par divers décrets (Art. D. 3121-27 du Code de Santé Publique), arrêtés et circulaires adoptés progressivement depuis 1987 ainsi que par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui définit un cadre de référence pour les activités de réduction des risques (Art. D. 3121-33 du Code de Santé Publique). Les dispositifs de réduction des risques (vente libre de seringues, stéribox, traitements substitutifs, centres d'accueil, de soins, d'accompagnement à la réduction des risques...) ont fait l'objet entre 1987 et 2006 de différents textes législatifs encadrant leur diffusion.

Afin d'être réellement efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les changements des pratiques (produits et modalités de consommation), des profils des consommateurs ainsi que des contextes de consommation. Par ailleurs, les données d'observation sont utiles à l'évaluation de l'impact des politiques mises en œuvre et à leur évolution.

Données récentes sur l'usage des drogues en France

En France, le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de la population. Le tabac, également largement expérimenté, est actuellement fumé par 3 personnes sur 10 vivant en France.

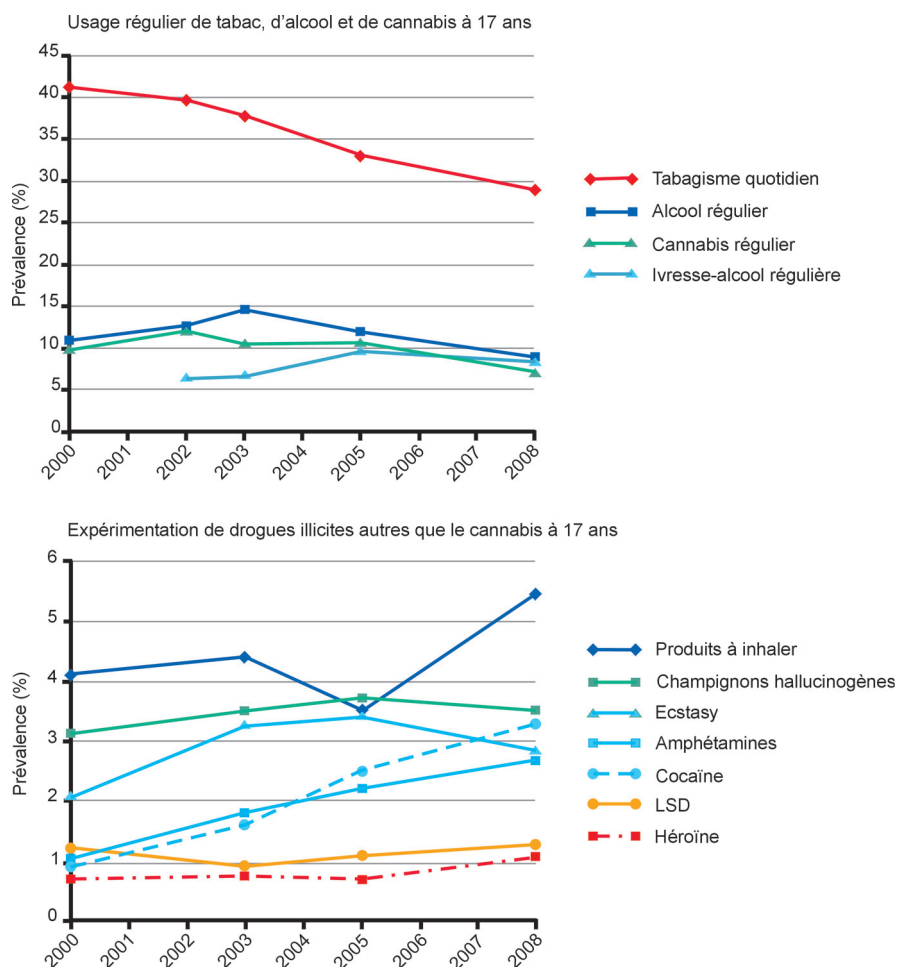
Parmi les Français âgés de 18-75 ans, 27 % ont expérimenté le cannabis dont 7 % en ont consommé dans l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régulièrement. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation de ces différents produits au cours des 12 derniers mois est encore plus rare.

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par la population générale en France sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âge étudiée. Une tendance à la baisse est constatée pour les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool.

La baisse des quantités d'alcool consommées est très ancienne. En 45 ans, la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (12,9 litres par habitant âgé de plus de 15 ans en 2006). Cette réduction résulte quasi exclusivement de la diminution de la consommation de vin. Cette baisse

continue fait perdre à la France la position si singulière de gros consommateur qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. Corrélativement à la baisse des quantités moyennes consommées, la proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a également diminué.

La tendance concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, plus complexe à établir, semble être en légère augmentation en ce qui concerne les ivresses et les épisodes de consommation excessive (plus de 5 verres en une même occasion).



Évolution des consommations de drogues chez les jeunes âgés de 17 ans entre 2000 et 2008 (d'après l'enquête Escapad, OFDT)

La baisse de la consommation de tabac est plus récente, elle date d'une vingtaine d'années. Constatée dès les années 1980 chez les hommes, cette tendance est également constatée dans les années récentes chez les femmes et chez les jeunes. Alors qu'en 1999, ils étaient parmi les plus gros consommateurs en Europe, les jeunes Français se situent aujourd'hui dans la moyenne européenne en matière de tabagisme.

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des consommations de médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs dont les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France comme l'est plus globalement la consommation de médicaments. Chez les jeunes, le niveau de ces consommations (qui ne se situent pas toujours dans le cadre d'une prescription médicale) semble récemment se stabiliser.

La consommation du cannabis est également à la hausse en population générale. Néanmoins, après une décennie (1990) de forte hausse régulière qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation puis l'amorce d'une inversion de tendance. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les hallucinogènes et les stimulants, particulièrement pour la cocaïne ; ainsi la prévalence d'expérimentation de la cocaïne à 17 ans est passée de 1 à 3,2 % entre 2000 et 2008.

La consommation de substances psychoactives est dans l'ensemble un comportement plutôt masculin (sauf pour le tabac et les médicaments psychotropes), et ceci d'autant plus si cette consommation est régulière. La consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac, de cannabis et des autres substances illicites est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite au cours de la vie. Les comportements d'usage sont souvent différenciés selon le statut socioprofessionnel et scolaire des usagers (ou de leurs parents pour les plus jeunes).

Certaines populations particulières sont fortement consommatrices de drogues illicites. Elles ne peuvent pas être décrites par les enquêtes en population générale en raison à la fois des faibles prévalences des consommations de drogues illicites autres que le cannabis et de la précarisation qui peut caractériser ces personnes et les rendre impossible à atteindre par de telles enquêtes.

En 2006 en France, on estime entre 210 000 et 250 000 le nombre d'usagers problématiques de drogues (appelés antérieurement toxicomanes). Il s'agit de consommateurs de drogues injectables ou de consommateurs de longue durée, d'utilisateurs réguliers d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Cette population est relativement jeune (autour de 35 ans) mais vieillissante, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), souffrant fréquemment de troubles psychiatriques et souvent en difficulté sociale. La moitié des consommateurs d'opiacés est concernée par des traitements médicaux de substitution.

Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2006 (d'après OFDT, 2008)

Fourchette d'estimation retenue	210 000-250 000
Taux/1 000 hab. 15-64 ans	5,4-6,4
Estimation centrale	230 000
Taux/1 000 hab. 15-64 ans	5,9
dont :	
Usagers actifs d'héroïne (mois)	74 000
Taux/1 000 hab. 15-64 ans	1,9
Usagers voie intraveineuse (vie)	145 000
Taux/1 000 hab. 15-64 ans	3,7
Usagers actifs voie intraveineuse (mois)	81 000
Taux/1 000 hab. 15-64 ans	2,1

L'usage problématique de drogues est défini par l'OEDT : « la consommation de drogues injectables ou de longue durée / utilisation régulière d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines ».

L'observation des usages et des usagers des produits illicites montre qu'au cours des dernières années, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée). En revanche, la consommation d'héroïne se stabilise après avoir diminué. D'autres consommations sont fréquemment associées, notamment l'alcool, les médicaments psychotropes et le cannabis. Dans les populations fréquentant les structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues (Caarud), l'usage de cannabis est la règle (86 % au cours du mois précédent), l'héroïne et la cocaïne constituant la base de l'éventail de produits utilisés récemment (respectivement 34 % et 40 %).

Un autre type de consommateur est représenté par des personnes familières de l'espace festif techno « alternatif » (free parties, rave parties, teknivals) ou commercial (clubs, discothèques ou soirées privées). Si beaucoup de personnes qui fréquentent ce milieu techno ne sont pas usagères de drogues, on y observe cependant des prévalences d'usage beaucoup plus élevées que chez les personnes de même âge dans la population générale. La fréquence de la consommation de cocaïne s'y élève à 35 % au cours des 30 derniers jours, celle de l'ecstasy à 32 % alors que l'usage quotidien du cannabis concerne 40 % des personnes rencontrées dans cet espace. Cette population n'est pas homogène, mais varie selon les lieux fréquentés et selon sa proximité avec la « culture techno ».

Principaux dommages associés à l'usage de drogue en France

En France, le tabac et l'alcool sont les produits psychoactifs provoquant les dommages sanitaires les plus importants sur le plan collectif. Le tabagisme était considéré comme responsable d'environ 60 000 décès pour l'année 2000,

soit plus d'un décès sur neuf. Le nombre de décès attribuables à l'alcool en France a été estimé à environ 30 000 en 2007.

À l'échelle de la population française, les dommages sanitaires liés à la consommation de drogues illicites sont quantitativement moindres que ceux évoqués pour le tabac et l'alcool en raison du caractère marginal de la consommation de drogues illicites par rapport à celle de tabac et d'alcool. Il faut toutefois noter que les caractéristiques des populations concernées sont profondément différentes, notamment du point de vue de l'âge : les dommages sanitaires liés aux drogues illicites touchent des populations bien plus jeunes que celles concernées par les produits licites.

En matière de mortalité, nous ne disposons que de données très partielles qui ne permettent pas une estimation globale du nombre de décès attribuables à la consommation de drogues illicites, comme celles établies pour l'alcool et le tabac. Néanmoins, une étude rétrospective établit que les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge ; pour les femmes, ce sur-risque est doublé. Malgré leur lacune à documenter l'ampleur réelle de la mortalité, les données de routine permettent d'en suivre l'évolution. Le nombre de décès de toxicomanes a fortement décliné depuis le milieu des années 1990 comme l'indique le nombre annuel de décès par surdose constatés par la police qui est passé de plus de 500 au milieu des années 1990 à moins de 100 à partir de 2002. Néanmoins, le nombre de décès liés aux usages de drogues enregistrés par l'Inserm (CepiDc) a augmenté de 30 % depuis l'année 2000 pour atteindre 337 en 2007. Le nombre de décès dus au sida chez les usagers de drogues par voie injectable a également fortement diminué entre 1994 et 1997 (332 cas en 1997). Cette baisse s'est poursuivie, à un rythme plus lent ensuite (69 cas en 2006).

Pour les drogues illicites, les dommages sanitaires constatés sont majoritairement liés à la consommation d'opiacés et, dans une moindre mesure, de cocaïne par utilisation intraveineuse.

Chez les usagers de drogues, l'injection intraveineuse d'héroïne était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Ce mode d'administration semble aujourd'hui globalement en régression, même si on constate sa diffusion pour quelques sous-groupes de consommateurs jeunes et marginalisés. Cependant, les dommages infectieux (en particulier l'infection chronique par le VIH et/ou le VHC) liés à des contaminations par l'utilisation de matériels d'injection souillés restent une préoccupation majeure.

Les usagers de drogues injecteurs subissent fréquemment d'autres problèmes somatiques : veines bouchées, infections bactériennes ou mycosiques, problèmes dentaires. Ces problèmes peuvent parfois entraîner des pathologies lourdes telles que : septicémies, endocardites, arthrites.

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les toxicomanes. Les troubles de la personnalité, la dépression, les troubles anxieux et les troubles

psychotiques peuvent préexister ou être consécutifs à la consommation des produits. Parmi les usagers de drogues, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique. Un patient dépendant à l'héroïne sur trois serait déprimé et la prévalence vie entière de la dépression chez ces patients se situerait entre 60 % et 90 %. De même, les comorbidités addictives sont fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques. Les prévalences les plus élevées apparaissent chez les patients schizophrènes et bipolaires. Les patients présentant un trouble bipolaire auraient 5 fois plus de risque de présenter un trouble lié à l'usage de substances.

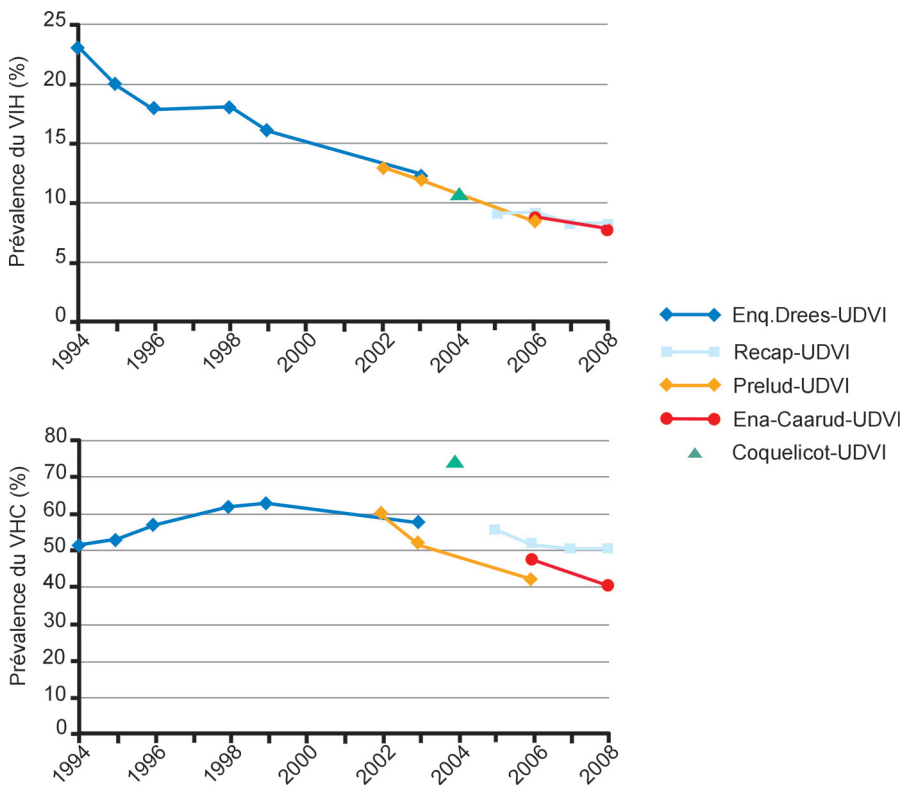
Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale. Parmi les usagers qui fréquentaient en 2008 les structures de réduction des risques, la moitié connaissait des conditions de logement instables. Un quart ne dispose d'aucun revenu licite et a recours à la mendicité, à des ressources illégales, à la prostitution et la moitié est affiliée à l'Assurance Maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle).

Les dispositifs de réduction des risques ont vu, particulièrement à partir de 2002, de nouveaux groupes de populations précaires recourir à leurs services : « jeunes errants » dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou migrants totalement démunis, notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces nouveaux usagers précaires cumulent d'autant plus de risques sanitaires qu'ils méconnaissent les pratiques de réduction des risques et qu'ils recourent fréquemment à la prostitution. En 2008, le dispositif d'observation sentinelle des tendances récentes et des nouvelles drogues (Trend) signale, parmi les groupes les plus précaires, le recours à des injections pratiquées collectivement en urgence (pour ne pas être porteur du produit et donc coupable d'une infraction) dans des conditions sanitaires dramatiques où les contaminations paraissent inévitables. Enfin, parmi les jeunes désaffiliés, la présence croissante d'une population féminine (observée également par le dispositif Trend depuis 2002) pose des questions spécifiques sur le plan socio-sanitaire : violences, infections, grossesses non désirées, prostitution.

Des difficultés judiciaires sont très fréquemment rencontrées par les usagers de drogues. En 2008, 38 % des usagers de drogues pris en charge en centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) avaient déjà connu un épisode d'incarcération. En 2008, 17,4 % des usagers qui ont fréquenté les Caarud ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année, proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées. Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psychosociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces incarcérations.

Prévalences du VHC, VIH, VHB chez les usagers de drogues

Les dommages infectieux sont d'une grande diversité chez les usagers de drogues. Ils peuvent être liés directement à la consommation de drogues (sida, hépatites virales B et C, abcès, endocardite, septicémie, ophtalmomycose, tétanos, botulisme, anthrax...) ou bien liés aux conditions de vie des usagers (tuberculose et pneumopathies, infections sexuellement transmissibles, hépatites, sida). Si les risques sanitaires infectieux chroniques (sida, hépatites virales B et C) sont privilégiés dans cette expertise, il faut considérer que les stratégies de réduction des risques sont également importantes pour les autres risques sanitaires.



Évolution de la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les établissements spécialisés (Csapa ou Caarud) entre 1994 et 2008 (d'après DREES, Enquête Novembre ; OFDT, Recap, Ena-Caarud ; InVS, Coquelicot)

En France, en 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC était inférieure à 1 % (0,84 %) en population générale, soit 367 055 personnes qui ont été en contact avec le VHC.

En 2004, les estimations de prévalence du VHC, sur des échantillons biologiques, recueillis dans l'enquête Coquelicot auprès de 1 462 usagers de drogues (dont 70 % ayant pratiqué l'injection au cours de la vie) étaient de 60 %. En 2006, cette estimation était de 42 % chez 362 personnes ayant injecté au moins une fois dans la vie en comparaison à 7 % chez 138 usagers ne s'étant jamais injecté. En 2007, parmi les personnes dépistées récentes de moins de 50 ans, celles contaminées par usage de drogue (voie intraveineuse et/ou voie nasale) représentaient 57 % des hommes et 36 % des femmes.

En France, la prévalence du VIH en population générale est difficile à estimer. Des études de séroprévalence ont été menées jusqu'en 1997, le nombre total de personnes infectées par le VIH a été estimé à 105 800 (89 000-122 000) dont 27 000 usagers de drogues par voie veineuse (26 %) en 1997. En 2003, elle était estimée à 97 000 (61 000-177 000).

En 2004, les estimations de prévalence du VIH issues de l'enquête Coquelicot menée auprès de 1 462 usagers de drogues (dont 70 % ayant pratiqué l'injection au cours de la vie) à partir des échantillons biologiques étaient de 11 %. En 2006, cette estimation était de 8,5 % chez 484 personnes dont 72 % ont injecté au moins une fois dans la vie. Le nombre de cas de sida attribués à l'usage de drogues par voie injectable a connu un maximum en 1993 (1 495 nouveaux cas) pour diminuer jusqu'à 51 en 2008.

Depuis 2003, au sein de l'Union Européenne comme en France, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH diminue. Chez les usagers de drogues injecteurs depuis moins de deux ans, la prévalence du VIH est en dessous de 10 % parmi 15 pays de l'Union Européenne (dont la France) et au dessus dans trois.

On observe une poursuite de la baisse de la prévalence du VIH entamée depuis le début des années 1990. Ce ralentissement de l'épidémie liée au VIH pourrait s'expliquer notamment par la moindre fréquence de l'injection et le développement des stratégies de réduction des risques (diffusion de matériel d'injection stérile, traitements de substitution).

En France métropolitaine, en 2004, la prévalence de l'AgHBs est de 0,65 % (280 821 personnes) en population générale. Cette prévalence est plus élevée chez l'homme (1,1 %) que chez la femme (0,21 %). Contrairement au VIH et à l'hépatite C, les usagers de drogues ne connaissent pas bien leur statut pour le VHB. En 2006, parmi 929 usagers de structures de première ligne, 8 % se déclaraient contaminés, 16 % non contaminés, 40 % vaccinés et 36 % ignoraient leur statut.

Modalités de contamination et facteurs associés

De 1995 à 2005, les modalités de contamination vraisemblables les plus fréquentes, parmi les cas déclarés de personnes diagnostiquées avec une pathologie liée au VHC, sont l'usage de drogues par voie injectable et avoir été transfusé avant 1991. Selon une étude sur des cas de VHC de pays européens diagnostiqués au cours de la période 2003-2006, la part de l'injection comme mode vraisemblable de contamination se situait entre 74 et 100 %.

Outre les facteurs de contamination possibles pour l'ensemble de la population (transfusion et produits sanguins avant 1992, exposition professionnelle, exposition nosocomiale...), certains facteurs sont spécifiques ou plus fréquents chez les usagers de drogues. Parmi ces facteurs, certains sont indiscutables. Le partage des matériels de préparation du produit ou des matériels pour la réalisation de l'injection est le principal facteur de risque de transmission du VHC des personnes ayant recours à la voie injectable. Pour les usagers de drogues non injecteurs, les taux de prévalence du VHC sont néanmoins plus élevés qu'en population générale. Pour les usagers consommant par voie nasale, l'une des hypothèses est que le partage d'outils de consommation (pailles) permet une transmission. Pour les usagers consommant du crack par voie fumée, le partage de pipes à crack en verre, cassables et transmettant facilement la chaleur, constitue également une hypothèse pour la transmission du VHC. Le VHC est en effet présent dans les mucosités nasales de personnes porteuses de VHC, dans le sang et sur les instruments servant à consommer. Une association infection VHC-tatouage est observée chez les usagers de drogues non injecteurs.

Des conditions sociales dégradées sont également facteurs de risque. Une étude canadienne a mis en évidence qu'un habitat instable augmentait le risque de contamination par le VHC chez les usagers de drogues. En France, le fait d'être bénéficiaire de la CMU et d'avoir arrêté précocement sa scolarité sont des indicateurs associés à une contamination par le VHC.

La transmission sexuelle du VHC existe mais reste beaucoup plus rare que pour le VIH ou le VHB. Elle semble particulièrement faible chez des couples sérodifférents monogames stricts. Toutefois, certains facteurs semblent favoriser cette transmission : l'infection par le VIH, la présence concomitante d'infections sexuellement transmissibles ulcéraives, des pratiques sexuelles pouvant entraîner des lésions (pénétration anale...). Des études auprès de personnes ayant de nombreux partenaires sexuels montrent une prévalence élevée du VHC. Le possible recours à la prostitution chez certains usagers de drogues les expose plus particulièrement à des contaminations sexuelles.

Par ailleurs, une contamination par d'autres usages à risques de substances psychoactives (sniffing, échange de matériel d'injection, de pipes à crack...) ou la promiscuité chez les personnes en institution (partage de rasoirs, brosse à dents...) est également à considérer.

Comme pour le virus de l'hépatite C, l'injection est certainement responsable d'une grande partie des contaminations par le VHB chez les usagers de drogues par voie injectable. Parmi les usagers de drogues non injectables, de multiples facteurs ont été évoqués tels que le partage de matériels de consommation de drogues par voie nasale ou fumée ou encore des pratiques sexuelles à risques (nombre important de partenaires sexuels, relations anales, pratiques favorisant les saignements...). La durée de l'usage de drogues apparaît être un facteur fréquemment associé à une contamination par le VHB tant chez les usagers de drogues par voie injectable que chez les usagers de drogues non injectables.

Parmi les usagers de drogues recourant à la voie injectable, c'est le partage de matériels d'injection (seringues, aiguilles, petit matériel) qui permet la contamination par le VIH. La promiscuité sexuelle pour obtenir des drogues ou de l'argent peut également entraîner une contamination. En France, selon l'InVS, 60 % des personnes découvrant leur séropositivité en 2008, ont été contaminées par des rapports hétérosexuels, 37 % par des rapports homosexuels et 2 % par l'usage de drogues injectables. Parmi les diagnostics de sida en 2008 avec un mode de contamination renseigné, il s'agit de contamination hétérosexuelle pour 64 % des cas, homosexuelle pour 24 % et d'usage de drogues injectables pour 9 %.

Les usagers de drogues présentant des troubles psychiatriques associés présentent plus de comportements à risques vis-à-vis du VIH (et du VHC), tels que le partage de matériel d'injection ou les rapports sexuels non protégés, que ceux ne présentant pas de comorbidités psychiatriques. La dépression a été identifiée comme un facteur associé au partage de seringue lors de pratiques d'injection. Une étude française l'a associée en particulier au mésusage par voie injectable de buprénorphine haut dosage, de même que les antécédents d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide.

La consommation d'alcool chez les usagers de drogues est plus fréquente et plus importante que dans la population générale. Près d'une personne usagère de drogues sur deux a une consommation d'alcool excessive. La consommation d'alcool majore la morbidité et la mortalité (hors complications somatiques des usages de drogues) : violence, conflits (couple...), accidents (de la route, domestiques, du travail), suicides, overdose... La consommation excessive d'alcool est associée à des comportements à risques accrus ; elle accroît le risque d'overdose, diminue la vigilance, facilite le passage à l'acte au niveau sexuel (violences...). En diminuant les précautions lors des injections, elle favorise la contamination virale (VIH, VHB, VHC). La consommation d'alcool modifie l'histoire naturelle des maladies infectieuses avec une évolution plus rapide de la maladie, des complications plus fréquentes et une mortalité plus élevée (VIH, VHC). Chez les usagers de drogue, la diminution de la consommation d'alcool est associée à une diminution des injections et à une diminution des comportements sexuels à risque.

Contaminations chez les fumeurs de crack

Même si le partage du matériel lié à l'injection (seringue, cuiller, filtre, eau) constitue le risque majeur de transmission du VHC dans la population des usagers de drogues, une revue de la littérature réalisée en 2006 met toutefois en évidence une prévalence du VHC beaucoup plus élevée chez les usagers de drogues non injecteurs (2 à 35 %) que dans la population générale (moins de 1 %). Ces résultats ont conduit à s'interroger sur des vecteurs de transmission liés à l'usage de drogues en dehors de la pratique d'injection (sniff, tatouage, paille...). Les observations de terrain de type ethnographique ont montré que l'utilisation et le partage des outils liés à la consommation de crack (cutter, fils électriques, pipe en verre) pouvaient provoquer des lésions des mains et de la bouche chez les fumeurs et constituer des portes d'entrée pour la transmission du VHC. Récemment, dans la littérature internationale, des articles de plus en plus nombreux se sont intéressés à l'implication du partage de la pipe à crack comme vecteur de transmission du VHC. Cette pratique à risque est particulièrement élevée et peut concerner jusqu'à 80 % des consommateurs de crack. Bien que discutée dans quelques études, cette pratique de partage de la pipe à crack semble être l'une des hypothèses les plus plausibles pour expliquer à la fois la prévalence élevée du VHC chez les consommateurs de crack non injecteurs (45 % dans l'enquête Coquelicot) et une partie des cas de VHC inexpliqués par les voies de contaminations connues.

Les données épidémiologiques de la littérature internationale valident le sur-risque de contamination par le VHC lié à l'utilisation de crack, mais ce sur-risque reste peu pris en compte dans les dispositifs de réduction des risques. Par ailleurs, la population des usagers de crack cumule les facteurs de vulnérabilité sociale, économique, sanitaire qui se renforcent mutuellement.

Le débat d'actualité sur les liens entre le VHC et la consommation de crack met en évidence la nécessité de prendre en compte l'évolution des pratiques d'usage dans la politique de réduction des risques. Les priorités des autorités dans ce domaine, en France et au niveau international, restent aujourd'hui centrées exclusivement sur la pratique de l'injection, qui constitue le vecteur majeur de la transmission du VHC et du VIH dans la population des usagers de drogues.

Depuis les années 1990, des produits tels que la cocaïne, le crack/free base et des modes de consommation tels que le recours à la voie fumée constituent des tendances fortes en Europe et en Amérique du Nord. Peu d'attention a été portée à ces nouveaux modes de consommations tels que l'usage de crack par voie fumée et aux profils de ces consommateurs.

Le Canada occupe une place innovante dans le domaine de la réduction des risques liés à la consommation de crack en mettant en œuvre des programmes de distribution de matériel spécifique. Ces programmes de distribution de « kits crack » sont l'objet de controverses, à l'instar des Programmes

d'échange de seringues (PES) au moment de leur mise en place et restent donc fragiles à implanter sur le long terme. Le matériel à destination des usagers de crack (distribué à titre expérimental) comprend un tube de pyrex, des embouts en plastique, des filtres (sous la forme de grilles métalliques), des préservatifs, des baumes à lèvres, des compresses alcoolisées, des lingettes pour les mains et de la gomme à mâcher pour saliver. L'évaluation de ces programmes de réduction des risques a mis en évidence qu'ils permettaient de diminuer les pratiques de partage de la pipe à crack et qu'ils pouvaient contribuer indirectement à la transition de la voie injectable à la voie fumée. Ces programmes permettent également de capter de nouvelles populations d'usagers de drogue qui ne fréquentaient pas les structures de première ligne, par manque de matériel adapté à leurs besoins.

Évolution des contaminations par le VIH et le VHC depuis les années 1990

L'évolution du nombre de nouvelles contaminations chaque année (incidence) par le VIH et le VHC sur une longue période peut constituer un indicateur de l'impact des programmes de réduction des risques. L'incidence peut se mesurer directement de façon prospective dans le cadre d'un suivi longitudinal d'une cohorte d'usagers de drogues séronégatifs à l'inclusion. Toutefois, ce type d'étude est difficile à conduire car le nombre de sujets perdus de vue à la fin de la période d'observation est généralement très important. De plus, le biais de représentativité est le plus difficile à éviter car les populations les plus à risque de contaminations virales sont aussi les plus difficiles à inclure dans les enquêtes épidémiologiques en raison d'une forte dépendance aux produits et de la fréquente marginalité sociale. L'incidence peut également se mesurer indirectement et de façon rétrospective à partir des données de prévalence obtenues parmi les tranches d'âge les plus jeunes.

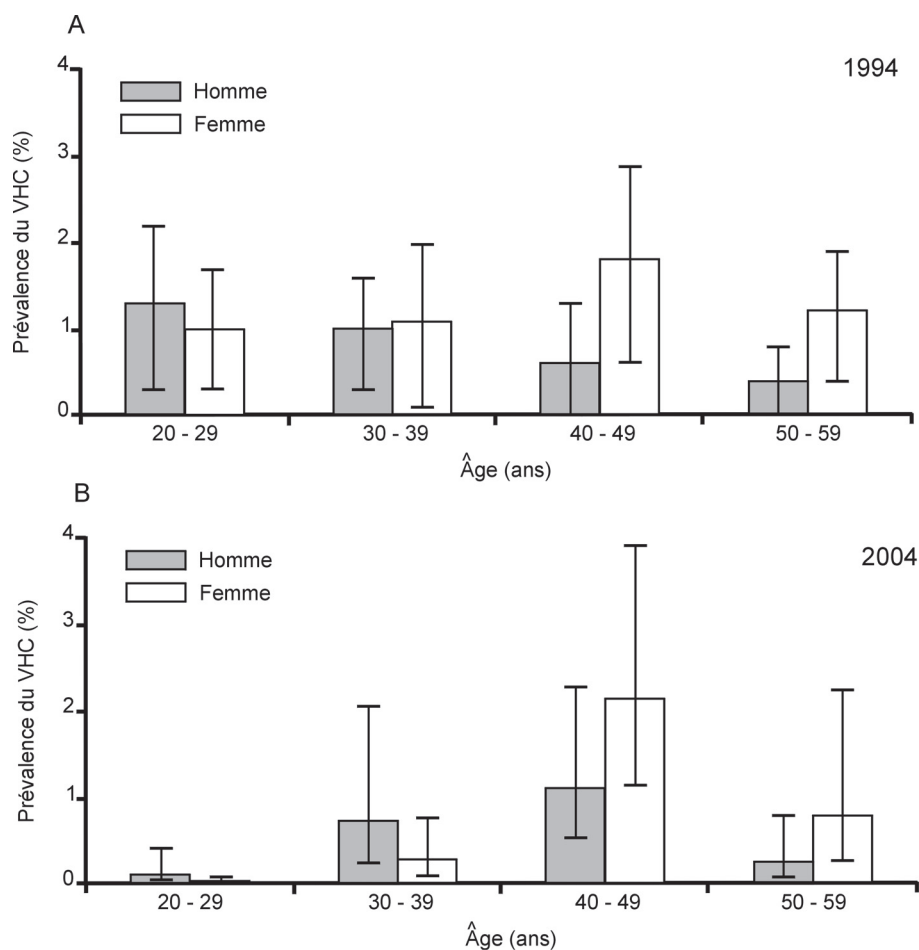
Le système de surveillance de l'InVS indique que le pic de cas de sida déclarés chez les usagers de drogue en France a été atteint en 1993. Déterminée par la méthode de rétrocalcul fondée sur le fait selon lequel le nombre de nouveaux cas de sida est la résultante des nombres de sujets précédemment infectés par le VIH après une durée d'incubation donnée, l'incidence du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse aurait atteint un pic vers 1985, suivi d'une diminution rapide pour atteindre un taux de contamination annuelle très faible dès le début des années 1990. Ainsi en 1997, les usagers de drogue VIH positifs de moins de 25 ans, donc vraisemblablement contaminés après 1990 représentaient 2,5 % de l'ensemble des usagers de drogue VIH positifs, soit environ 700 sujets. En 2008, avec 70 cas estimés, les personnes infectées par usage de drogue par voie intraveineuse représentaient 1 % des nouvelles contaminations.

Une modélisation de l'épidémie du VHC dans la population générale avait suggéré le chiffre d'environ 15 000 cas incidents de contaminations non transfusionnelles pour l'année 1990 dont environ 70 % auraient été secondaires à un usage de drogue. Une étude longitudinale d'incidence de l'infection par le VHC dans la population des usagers de drogue entre 1999 et 2001, menée dans le Nord et l'Est de la France, a mesuré cette incidence à 9 pour 100 personnes-années et à 11 pour 100 personnes-années parmi les usagers de drogues actifs, c'est-à-dire ayant injecté au moins une fois dans l'année précédant l'inclusion dans l'étude. Une extrapolation de ces résultats aux usagers de drogues injecteurs actifs présumés VHC négatifs estimait à cette époque que de 2 700 à 4 400 nouveaux cas de contamination parmi les usagers de drogues survenaient en France chaque année. Cette estimation indiquerait donc une réduction significative de l'incidence annuelle du VHC parmi les usagers de drogue actifs entre 1990 et 2000.

Plusieurs sources émanant d'enquêtes menées en population générale mais aussi parmi les usagers fréquentant les centres de soins ou les cabinets de médecine générale ou les structures de première ligne semblent indiquer une poursuite de la décroissance de l'incidence du VHC depuis l'année 2000. L'enquête nationale de prévalence du VHC dans la population de 18-80 ans de France métropolitaine réalisée en 2004 (InVS), indique une prévalence du VHC chez les 20-29 ans de moins de 0,1 % (0,08 %). Comparée à la prévalence de plus de 1 % observée en 1994, on peut conclure en faveur d'une baisse de l'incidence de l'infection entre 1994 et 2004 parmi les jeunes adultes chez qui l'usage de drogue est le principal mode de contamination.

Toutefois, en apparence contradiction avec les résultats précédents, la plupart des études transversales menées entre 1991 et 2004 chez les usagers de drogue a retrouvé une prévalence du VHC de l'ordre de 50 à 80 %. La stabilité à des niveaux élevés de cette prévalence en dépit d'une diminution nette de l'incidence s'expliquerait par un renouvellement très limité de la population des usagers de drogue suivis en centre de soins. À titre d'exemple, dans l'étude Coquelicot menée en 2004, 75 % de l'effectif global et 90 % des sujets VHC positifs étaient nés avant 1975.

Si l'incidence du VHC chez les usagers de drogue semble avoir diminué de façon nette entre 1990 et 2000, les tendances évolutives entre 2000 et aujourd'hui sont plus difficiles à préciser en l'absence d'études longitudinales récentes. Toutefois, un faisceau d'études concordantes semble indiquer une baisse de plus de 50 % entre 2000 et 2010. Ceci conduirait à une estimation grossière d'environ 1 500 contaminations annuelles par usage de drogue. À ces estimations, s'ajouterait un nombre difficile à préciser de sujets VHC positifs appartenant à des populations migrantes originaires pour bon nombre d'Europe de l'Est et du Caucase.



Prévalence des anticorps anti-VHC selon le sexe et la classe d'âge dans les deux études transversales (InVS) menées en France en 1994 (haut) et 2004 (bas) (d'après Delarocque-Astagneau et coll., 2009)

Le constat d'une baisse de l'incidence du VHC parmi les usagers de drogue au cours des vingt dernières années s'il est confirmé par des études longitudinales constitue un encouragement à poursuivre les efforts de prévention et de dépistage des nouvelles contaminations dans le cadre de la politique de réduction des risques.

Prévention du passage à l'injection et transitions vers d'autres modes d'administration

Dans la littérature, principalement anglo-saxonne, les thèmes de la prévention du passage à l'injection et des transitions vers d'autres modes

d'administration se sont développés au début des années 1990 autour des enjeux de l'épidémie du VIH.

L'analyse des facteurs de risque de passage à l'injection indique que la dépendance (polyconsommations, intensité des usages) et la précocité des consommations (< 18 ans) sont deux facteurs fortement associés à l'entrée dans l'injection. Cependant, des travaux indiquent également des proportions importantes d'usagers (notamment d'héroïne) consommant dès la première fois par injection ou encore des usagers dont la consommation d'héroïne par inhalation conduira à développer une dépendance sans jamais passer à l'injection. Les femmes sont généralement considérées comme moins susceptibles de passer à l'injection que les hommes. La précarité et l'inscription dans un mode de vie marginal sont des indicateurs souvent associés à l'injection, les usagers insérés par l'emploi étant moins enclins à s'initier à l'injection. De nombreux travaux montrent par ailleurs que la survenue de comportements « déviants » (absentéisme scolaires, fugues, démêlés avec la justice...) ou d'évènements traumatisants (violences sexuelles, traumatismes psychiques ou physiques, institutionnalisation forcée) tôt dans l'adolescence est plus fréquente chez les jeunes injecteurs que chez les non injecteurs.

Parmi les facteurs examinés dans les études, la présence constante de la drogue dans l'entourage et l'influence du réseau social sont deux facteurs qui ressortent comme déterminants de l'initiation à l'injection. Avoir des amis, un membre de la famille ou un partenaire sexuel qui s'injecte semble influencer de différentes manières l'entrée dans l'injection. La première injection est un évènement qui se pratique rarement dans l'isolement, il revêt des formes de rituel. Du point de vue des usagers, le plaisir, la quête d'un effet plus important et la curiosité de goûter au « flash » sont parmi les motivations les plus fréquemment rapportées. La disponibilité, la qualité ainsi que les variations de coût des produits sur le marché semblent également orienter certains usagers vers l'injection.

L'identification et l'étude de tous ces facteurs sont importantes à prendre en considération dans l'élaboration de programmes de prévention. Les programmes d'intervention peuvent être regroupés autour de deux stratégies. La première stratégie vise à prévenir l'initiation à l'injection parmi les non injecteurs soit par des interventions auprès des non injecteurs pour limiter les risques de passage à l'injection, soit par des actions auprès des injecteurs (initiateurs potentiels) pour tenter de réduire leur influence sur les non injecteurs. La seconde stratégie vise la promotion des techniques et procédures d'injection à moindres risques ou encore la promotion de modes d'administration alternatifs à l'injection jugés à moindres risques.

Les programmes mis en place et répondant à ces deux stratégies sont de deux types. Il s'agit d'une part d'interventions d'information, d'éducation et communication (répondant au sigle IEC) et d'autre part des interventions brèves.

L'IEC comprend un éventail d'approches et d'activités dont les plus connues sont probablement les informations sur supports papier (brochures, affiches, flyers...), les vidéos, les groupes de paroles, les plates-formes web, les campagnes médias, et autres matériels didactiques. En dépit de leur étendue, il existe peu de travaux de recherche sur l'efficacité de ces programmes. Néanmoins, un certain consensus se dégage pour dire que la seule délivrance d'informations n'est pas suffisante pour faire évoluer les comportements.

Les interventions brèves sont fondées sur des modèles dérivés des théories psychosociales explicatives des comportements liés à la santé. Elles restent encore peu appliquées à la réduction des risques infectieux, notamment en lien avec la problématique de l'injection de drogues et du VHC. Concernant leur efficacité, des résultats positifs se traduisant en modification de comportements ont été observés dans la très grande majorité des projets évalués. Plus précisément, les études montrent une réduction du nombre d'initiations, du nombre d'injections et des pratiques à risque lors de la préparation de l'injection. Ces interventions remportent une forte adhésion des usagers souvent peu intéressés pour s'engager dans un suivi à long terme.

Parmi les programmes d'intervention brèves, citons le programme *Break the cycle* (BTC) qui présente la particularité de se focaliser sur les aspects individuels et sociaux de l'injection de produits, notamment au cours de la période d'initiation (augmenter chez les pairs la capacité à résister aux demandes d'initiation, ou répondre de manière éducative concernant les conséquences physiques, morales, psychologiques, sociales et légales...). Malgré le peu de données d'évaluation disponibles, l'approche pragmatique de ce type de programme en fait un outil prometteur au sein de la réduction des risques.

Au regard de la prévention et de la réduction des risques liés au VHC, la littérature dégage des caractéristiques communes aux interventions efficaces auprès des usagers de drogues par injection : les approches interdisciplinaires ou misant sur la complémentarité et le recours à des modèles théoriques pour structurer la démarche des interventions. Pour être efficaces, les approches, messages et outils se doivent d'être dynamiques, adaptés aux circonstances et aux pratiques individuelles, et prendre en compte les contextes sociaux et les modes de vie des usagers de drogues par injection.

Traitements de substitution aux opiacés par la méthadone et la buprénorphine (BHD)

En France, il existe actuellement deux principales options thérapeutiques pour la dépendance aux opiacés : les traitements par la méthadone et la buprénorphine haut dosage (ou Subutex®). Ces deux molécules sont incluses par l'OMS dans la liste des « médicaments essentiels ».

La méthadone comme traitement pour la dépendance aux opiacés existe depuis plus de 40 ans et depuis 1965, elle est devenue, dans le monde, la principale alternative thérapeutique au sevrage proposée aux usagers de ces drogues. En France, elle n'a été introduite à grande échelle qu'à partir de 1995. La primo-prescription est effectuée en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), ou en établissements de santé, avec un relais possible en médecine de ville après stabilisation des dosages. La répartition géographique des centres hospitaliers et Csapa n'est pas uniforme et un certain nombre d'aires géographiques sont dépourvues de ces structures. Une expérimentation étudie actuellement la faisabilité de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville. De cette façon, la méthadone pourrait devenir un traitement de première intention ce qui permettrait d'augmenter l'accès à la substitution des patients nécessitant ce type de traitement.

Un traitement par la méthadone a comme objectif la diminution de la consommation d'opiacés mais également la réduction et l'abandon des conduites à risques infectieux associées, la réinsertion sociale, et l'amélioration de la qualité de vie.

Si l'impact de la méthadone sur la réduction du risque de transmission du VIH est aujourd'hui admis, peu d'études ont montré l'impact de la méthadone sur les risques de transmission du virus de l'hépatite B ou C.

Une étude menée sur une cohorte d'usagers de drogues d'Amsterdam a pu mettre en évidence que l'accès à la méthadone est associé à une réduction du risque de séroconversion au VHC lorsqu'elle est combinée à l'accès à un programme d'échange de seringues. En milieu pénitentiaire, une approche combinée de traitements de substitution aux opiacés et de programme d'échange de seringues et d'éducation par les pairs a montré son efficacité sur la baisse de l'incidence du VIH et également de VHC. Ces résultats confirment que les traitements de substitution peuvent jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre l'épidémie à VIH et à VHC s'ils sont associés à d'autres outils de réduction des risques.

La portée des traitements sur les comportements à risques reste limitée chez certains groupes d'usagers plus vulnérables, notamment ceux ayant des problèmes d'alcool, indépendamment de leur statut VIH et ceux consommant de la cocaïne.

Chez les patients infectés par le VIH, la substitution par la méthadone facilite l'initiation d'une multithérapie et augmente aussi l'observance aux traitements antirétroviraux. Elle améliore également l'accès et l'observance aux traitements contre la tuberculose.

En général, la littérature scientifique confirme une amélioration de l'état de santé et de la situation sociale des usagers de drogues substitués par la méthadone. Il est notamment observé une diminution significative de la criminalité et une augmentation du taux d'emploi.

Selon plusieurs études, la durée du traitement par la méthadone joue un rôle crucial dans la réduction des pratiques d'injection et l'amélioration des conditions sociales. En particulier, l'efficacité de la méthadone sur différents critères de jugement d'efficacité ne serait pas objectivable pour une durée de traitement inférieure à 90 jours. Une étude longitudinale a montré que la poursuite du traitement, même en présence d'interruptions, influence la survie des patients débutant un traitement. Le taux de mortalité serait multiplié par 8 après un arrêt prématuré du traitement.

La méthadone induit un risque non négligeable de surdoses, particulièrement pendant la phase d'initiation du traitement, la majorité des décès survenant pendant les deux premières semaines. La consommation simultanée d'alcool ou d'autres substances psychotropes peut entraîner des effets nocifs.

La France a été le premier pays à introduire la buprénorphine haut dosage (BHD) pour le traitement de la dépendance aux opiacés et possède actuellement l'expérience la plus longue dans ce domaine. Celle-ci a permis de montrer les premiers bénéfices individuels et en santé publique de l'accès élargi à la BHD, en particulier à travers la médecine générale. L'impact le plus significatif concerne la baisse des overdoses d'héroïne.

Sur la base de plusieurs critères d'efficacité, la BHD apparaît comparable à la méthadone à l'exception du maintien en traitement pour lequel la méthadone apparaît supérieure à la BHD, en particulier pour les patients présentant une dépendance plus sévère.

La revue *Cochrane* publiée en 2008 qui a réalisé une méta-analyse sur le rôle des traitements de substitution aux opiacés sur le risque infectieux, confirme l'impact positif de la BHD comme de la méthadone sur la séroconversion VIH, la fréquence d'injection et les comportements à risque de transmission du VIH et VHC.

Deux études françaises, l'une basée sur un suivi de deux ans et l'autre sur des données recueillies de façon rétrospective, montrent également, pendant le traitement par la buprénorphine, une diminution générale des pratiques d'injection, une amélioration des conditions sociales et une diminution des activités délictueuses.

Le « détournement » de la BHD est très vite apparu comme un des problèmes associés au traitement, de la même façon que les surdoses le sont pour la méthadone. Il peut s'agir d'un détournement vers le marché noir (trafic) ; d'un usage ne répondant pas aux recommandations du médecin prescripteur (injection ou sniffing ou co-usage non recommandé d'autres substances actives) ; d'un mésusage ou utilisation « non médicale » de la BHD non prescrite (par voie sublinguale, par injection ou sniffing).

L'utilisation détournée de BHD par injection concerne environ 15 % des patients qui sont en traitement. Les études montrent qu'il s'agit d'une population ayant une dépendance plus sévère, polyconsommatrice de produits, souvent dépendante à l'alcool, affectée par des comorbidités psychiatriques et

percevant la posologie comme inadéquate. L'injection de BHD en France (chez les sujets sous traitements et d'autres) est considérée comme une pratique responsable de contaminations par le VHC. Par ailleurs, des complications liées aux excipients contenus dans les comprimés de BHD peuvent apparaître autour du site d'injection : abcès, nécrose tissulaire, dégradation massive du réseau veineux, œdèmes lymphatiques indurés des avant-bras et des mains appelés « syndrome de Popeye ». Il peut s'agir également de conséquences sanitaires plus graves pour l'usager comme une hépatite aiguë, une hypertension ou une embolie pulmonaire.

Pour une population sans domicile fixe, un dispositif mobile, comme celui des Bus Méthadone à Paris et Marseille et de Médecins du Monde, a montré son efficacité dans plusieurs contextes socioculturels. Ces dispositifs permettent à la fois une délivrance quasi-quotidienne supervisée de méthadone ou de buprénorphine haut dosage accompagnée d'une prise en charge des comorbidités, de *counseling* et de la distribution de matériel d'injection à usage unique.

Traitement à l'héroïne médicalisée et autres traitements

Dans le contexte d'essais cliniques randomisés menés dans quelques pays, l'héroïne médicalisée apparaît comme une option thérapeutique destinée à des personnes dépendantes aux opiacés et « réfractaires » aux traitements classiques, donc à des personnes qui souffrent d'une dépendance sévère et qui ont subi plusieurs échecs thérapeutiques lors de traitements par méthadone ou BHD.

Le traitement de la dépendance aux opiacés par l'héroïne médicalisée est actuellement disponible dans plusieurs pays (Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Canada). Les résultats des études randomisées qui comparent l'héroïne médicalisée à un TSO classique (comme la méthadone) montrent de façon récurrente la supériorité de l'héroïne médicalisée à différents niveaux : réduction de l'usage d'héroïne de rue et de l'usage de benzodiazépines, amélioration de l'état de santé, de la réinsertion sociale et supériorité du rapport coût-efficacité.

Le principe du traitement à l'héroïne médicalisée est présenté de manière suivante : chez les personnes présentant une dépendance sévère aux opiacés, il vaut mieux procéder par étapes pour obtenir progressivement des changements. En effet, les usagers de drogues avec une dépendance sévère et de multiples échecs thérapeutiques ont des difficultés à passer d'un produit à action courte (héroïne) à un produit à action longue (TSO), ou à remplacer une substance injectable par une substance orale. Jusqu'à présent, les recherches menées montrent que ces patients arrivent plus facilement à rester en

traitement avec l'héroïne médicalisée qu'avec d'autres traitements de substitution aux opiacés, à améliorer leurs situations sanitaire et sociale et à diminuer leurs activités délictuelles liées aux drogues.

Le cadre thérapeutique de l'héroïne médicalisée consiste en une complète surveillance du traitement dans des structures spécialisées où le patient passe 2 à 3 fois par jour pour pratiquer l'injection de sa dose d'héroïne. La surveillance permet de garantir plusieurs fonctions : l'utilisation de posologies efficaces, la prévention du détournement du médicament et la sécurité (en cas d'intoxication), l'installation et/ou le maintien d'un lien avec les soignants. Les programmes de traitement par l'héroïne médicalisée proposent souvent une prise en charge psychosociale associée.

L'ensemble des résultats positifs des dernières études a conduit l'OMS à adopter une position favorable quant à l'introduction de l'héroïne médicalisée comme option thérapeutique d'une dépendance sévère. Cette position par rapport à l'héroïne médicalisée peut se résumer ainsi :

- il s'agit d'un programme médicalement réalisable qui est sûr, cliniquement responsable et acceptable pour la communauté ;
- les patients traités ont montré une amélioration de leur état de santé, du fonctionnement social et une diminution de l'activité délictuelle.

L'efficacité est jugée sur des critères tels que la rétention durant le traitement, la diminution de l'utilisation de drogues illicites, des pratiques à risque et de la séroconversion VIH-VHB-VHC ainsi qu'une amélioration de la santé et de l'insertion sociale.

Des travaux testent actuellement d'autres formulations de BHD (injectable ou inhalable) pour leur efficacité et sécurité chez différents types d'usagers de drogues (injecteurs de buprénorphine, patients en échec avec la méthadone, polyconsommateurs...) et évaluent également des traitements pour la dépendance aux psychostimulants pour leur impact sur les comportements à risque de transmission du VIH et du VHC. Enfin, l'identification des modes de prescription du sulfate de morphine pour la dépendance aux opiacés et des patients concernés pourrait être envisagée afin de mettre en place un nouveau cadre de prise en charge.

Programmes d'échange de seringues

Les programmes d'échange de seringues (PES) mettent à disposition des usagers, gratuitement ou non, du matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection. Selon les pays, ces programmes s'intègrent dans un dispositif cohérent de réduction des risques ou apparaissent comme un ensemble de programmes régionaux ou locaux. L'organisation et le mode de fonctionnement de ces programmes peuvent être très divers en termes de localisation (communauté, service spécifique, service dans

une institution de traitement, pharmacies, structure fixe ou mobile, automates de distribution...), d'accessibilité et de services offerts.

Les programmes d'échange de seringues ont vu le jour au milieu des années 1980 en Europe, sous la pression de l'épidémie de VIH/sida, les premiers programmes en 1984 en Allemagne et aux Pays-Bas. En 1990, 15 pays européens disposaient de ces programmes et en 2009 il s'agit de tous les pays de l'Union Européenne. La plupart des premiers programmes ont été financés par des fonds privés, avant d'obtenir un financement public. En Australie, ils ont également été initiés dans les années 1980 tandis qu'aux États-Unis, ils ont mis plus de temps à se développer du fait de l'interdiction gouvernementale, promulguée en 1988, d'utiliser des fonds fédéraux à cet effet, interdiction levée en décembre 2009. Progressivement, les PES se sont développés aux États-Unis avec l'attribution des fonds publics (villes, Comtés et États). En 2007, il y avait 185 PES dans 36 États.

Plusieurs revues, une dizaine de méta-analyses et des articles récents portent sur l'évaluation de ces programmes. Les évaluations ont mesuré l'évolution de différents indicateurs de résultats et d'impact. Ces indicateurs représentent la cascade d'effets potentiels des programmes, des plus proximaux (effets directs de l'intervention mesurés par les changements de comportements des usagers des PES) aux plus distaux (effet final sur l'incidence du VIH et du VHC chez les usagers des PES).

Il faut souligner d'emblée les difficultés pratiques et méthodologiques des évaluations : les usagers, en particulier les plus marginalisés d'entre eux (et à haut risque), représentent une population difficile à recruter et à maintenir dans des études à long terme avec un protocole rigoureux ; les PES coexistent avec d'autres mesures de réduction des risques (vente de seringues en pharmacie, programmes de conseil aux usagers, traitements de substitution...), ce qui rend difficile l'attribution de liens de causalité ; l'incidence faible du VIH et du VHC est une difficulté supplémentaire dans l'obtention de données probantes. De fait, l'essentiel de la preuve accumulée est fondé sur des études observationnelles, aucune étude expérimentale n'ayant été conduite.

Concernant les comportements à risque (partage de matériel d'injection et fréquence d'injection), toutes les études concluent que la participation à un PES réduit les comportements à risque liés à l'injection, particulièrement le partage auto-rapporté de matériel mais également la réutilisation de matériel et améliore l'élimination sans risque de matériel usagé. Certaines études font état d'une baisse de la fréquence de l'injection et d'une augmentation de l'usage de désinfectants. L'accès au matériel d'injection auprès des pharmacies apporte un bénéfice supplémentaire et spécifique aux PES. Le peu d'études menées sur les comportements sexuels, qui ne sont pas la cible principale des PES, ne permet pas de conclure sur leur impact.

Effets potentiels des PES (d'après Tilson et coll., 2006)

Comportement relatif à l'usage de drogue	Comportement sexuel
Diminution de la fréquence de l'usage (+)	Nombre de partenaires sexuels (?)
Diminution de la fréquence d'injection (+)	Fréquence des rapports non protégés (?)
Diminution de la fréquence de partage de matériel (++)	Commerce du sexe pour de la drogue ou de l'argent (?)
Augmentation de l'usage de désinfectants (+)	Liens entre services de santé et services sociaux
Effets indésirables ?	Orientation vers les services généraux et spécifiques (+)
Attraction de nouveaux UDI : Non	Etendue de l'utilisation de services (+)
Augmentation du matériel jeté de façon inappropriée : Non	Incidence/prévalence
Augmentation de la prévalence de l'usage ou de la fréquence de l'injection : Non	VIH (+/+)
Découragement de l'entrée en traitement : Non	VHC (?/+) et effet positif sur l'incidence en association avec les TSO, suggéré par données récentes

+ /++ : Preuves existantes ; ? : Preuve (encore) insuffisante

Les revues ne montrent pas d'effets secondaires non désirés tels que l'augmentation de la fréquence d'injection, de l'usage de drogue, du prêt de seringues à d'autres usagers ou des seringues jetées. Il n'y a pas non plus d'attraction de nouveaux usagers, de baisse de motivation à la réduction de l'usage ou d'augmentation de la transition non injection à injection ou encore d'augmentation des délits liés à l'acquisition de drogue. Par ailleurs, l'orientation vers les services de santé et les services sociaux est améliorée, et le recours des usagers des PES à d'autres services, généraux et spécifiques, semble augmenter.

Dans une revue effectuée en 2004, les auteurs concluaient à une « preuve solide d'efficacité, de sécurité et d'avantages économiques » concernant l'effet des PES sur la transmission du VIH. Des études écologiques récentes et convergentes indiquent un effet modeste sur la prévalence du VIH et un effet limité et non définitif sur l'incidence.

Les effets des PES sur l'incidence et la prévalence du VHC sont plus difficiles à établir. Les auteurs d'une revue réalisée en 2008 concluent qu'il n'y a pas encore de preuves suffisantes pour affirmer ou écarter l'hypothèse d'efficacité des PES sur l'incidence du VHC. Par ailleurs, des études de type écologique ont montré des taux de prévalence stables ou en diminution, associés aux PES. Les résultats d'études de modélisation dynamique vont dans le même sens.

En 2009, plusieurs travaux apportent un éclairage complémentaire sur les effets des PES sur la transmission du VIH ou du VHC. Une étude menée dans 7 villes des États-Unis entre 1994 et 2004 montre une absence de relation significative entre l'existence de PES et la probabilité de séroconversion du VHC, mais souligne un effet sur les comportements à risque. La corrélation entre comportements à risque et transmission du VIH/VHC suggère donc un effet indirect. Une étude de modélisation de l'effet des PES sur la transmission du VIH et du VHC menée en Australie conclut que les PES peuvent avoir un effet sur l'incidence du VIH mais pas sur celle du VHC, qui demanderait une couverture d'intervention plus grande. Enfin, comme signalé précédemment

d'après les données d'une étude menée sur une cohorte d'usagers de drogues d'Amsterdam, il existe une « preuve positive émergente » d'un effet de la combinaison des PES et des traitements de substitution aux opiacés sur l'incidence du VHC.

Même si les preuves d'efficacité des PES sur la transmission du VIH et du VHC d'après les revues récentes sont de niveau plus faible que celles issues des études ou revues antérieures, les auteurs soulignent que cela ne signifie en aucun cas l'absence d'efficacité des PES ou l'existence d'alternatives plus efficaces. Des preuves de haut niveau seront difficiles à obtenir et celles existantes sont suffisantes pour recommander une implantation ou une extension des PES là où cela est possible et pertinent.

Mesures complémentaires répondant à des besoins spécifiques : les centres d'injection supervisés

Les centres d'injection supervisés (CIS) sont des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié. Historiquement, les centres d'injection supervisés ont vu le jour sous la pression de plusieurs phénomènes : l'amplification de la consommation de drogues par injection (héroïne ou cocaïne), l'arrivée de l'épidémie de VIH (et de VHC), la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues par injection, dans l'espace public.

Actuellement, il existe des centres d'injection supervisés dans 8 pays : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse. Ces centres poursuivent des objectifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et pour la communauté, dans les domaines de la santé publique et de l'ordre public.

Objectifs des CIS et effets (d'après Hedrich et coll., 2010)

Assurer une couverture et un fonctionnement adéquats

Atteindre les usagers injecteurs à haut risque (++)

Assurer une injection plus sûre (++)

Améliorer l'état de santé des usagers injecteurs

Diminuer les comportements à risque (+)

Réduire la morbidité : VIH/VHC (?), abcès (+)

Réduire la mortalité (indirect, via les overdoses mortelles évitées) (+)

Améliorer l'accès aux soins (de base, généraux ou spécifiques) (++)

Réduire les impacts négatifs sur l'ordre public

Réduire la consommation dans les lieux publics et les nuisances associées (+)

Améliorer les perceptions de la population (+/-)

Ne pas augmenter les délits liés à la consommation (+)

L'analyse critique de la littérature, qui comprend plusieurs revues approfondies, permet de dégager des éléments sur les effets des CIS, en regard de leurs objectifs.

Concernant la capacité à atteindre les usagers à hauts risques, les études montrent que les CIS sont capables d'attirer des usagers injecteurs très vulnérables et cumulant les risques (sans domicile fixe, injection fréquente et/ou sur la voie publique, antécédents d'overdose récente, porteurs de maladies infectieuses, échec de traitement de la dépendance...), mais également des usagers en situation moins précaire. Les enquêtes de satisfaction auprès des usagers montrent que les CIS répondent à leurs besoins. Les CIS sont très fréquentés, lorsqu'ils sont situés dans des emplacements adéquats (proches des lieux de rencontres des usagers et des lieux de *deal*) et qu'ils offrent une bonne couverture horaire.

Tous les CIS évalués ont fait la preuve de leur capacité à assurer un fonctionnement stable, garantissant de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité pour les usagers et le personnel.

Les CIS ont fait leurs preuves sur la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux overdoses. Ils permettent une intervention rapide et efficace en cas d'overdose. Aucune overdose mortelle n'a été enregistrée dans un CIS, malgré des millions d'injections pratiquées, et plusieurs estimations du nombre d'overdoses fatales évitées ont pu être réalisées.

Les CIS assurent une promotion de l'hygiène de l'injection (lavage des mains, désinfection), la mise à disposition de matériel stérile et également une supervision de l'injection, parfois l'enseignement de techniques plus sûres. Les études démontrent clairement une diminution des abcès et autres maladies liées à l'injection, une diminution des comportements à risque de transmission du VIH/VHC (partage de matériel usagé ou de matériel servant à la préparation de l'injection) chez les usagers, avec une probable influence sur la communauté des usagers. On ne peut tirer de conclusions sur un impact spécifique des CIS sur l'incidence du VIH ou du VHC. Ceci est essentiellement dû à un manque d'études du fait des difficultés méthodologiques (couverture de la population, faible incidence...). Par ailleurs, ce n'est pas le but principal des CIS.

En plus des soins de base fournis sur place, les intervenants dans les CIS peuvent orienter les usagers vers des structures de soins généraux ou de traitement de la dépendance, ainsi que vers l'aide sociale. Même si une partie non négligeable des usagers sont ou ont déjà été en traitement, certaines études montrent une augmentation du nombre d'usagers entrant en traitement pour leur dépendance. Les résultats des études suggèrent donc une complémentarité entre CIS et traitement de la dépendance.

Il n'existe pas de preuve que la présence de CIS augmente ou diminue la consommation de drogues chez les usagers ou dans la communauté ou bien qu'elle augmente les rechutes chez les usagers de drogues en traitement.

Les études font état d'une diminution rapportée de l'injection en public ainsi que d'une diminution du matériel d'injection et des déchets abandonnés dans l'espace public, pour autant que les CIS couvrent les besoins (places disponibles, heures d'ouverture). Deux études ont exploré l'impact de CIS sur les délits liés à l'acquisition de drogues dans les zones où ils sont implantés et ont conclu à une absence d'effet (positif ou négatif). L'existence sporadique de nuisances telles que rassemblements de consommateurs ou *deal* aux alentours de CIS a été rapportée.

Dans plusieurs pays, des sondages d'opinion ont montré un accueil favorable aux CIS. Toutefois, la mise en place des CIS a presque toujours donné lieu à des débats et souvent à des oppositions, particulièrement de la part de commerçants, de riverains ou de la police. Dans la plupart des cas, ces problèmes s'atténuent avec le temps et sont moindres si la préparation de l'ouverture et le suivi des CIS font l'objet d'une vaste concertation.

Les coûts d'implantation et d'exploitation des CIS sont importants. Cependant, deux analyses économiques menées sur les CIS de Vancouver et Sydney ont conclu au fait que l'ouverture des CIS – par leur effet sur les overdoses mortelles évitées et sur la transmission du VIH – peut contribuer à réduire la charge financière à venir pour la société. Ils constituent un investissement potentiellement rentable.

Au regard de tous ces éléments, les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection. Ils constituent un lieu de refuge (sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques) et d'accès à des soins de base et un trait d'union vers d'autres services, pour les usagers à très hauts risques. Ils sont également utilisés par des usagers en traitement qui n'ont pas (encore) pu abandonner l'injection. Les attentes face aux CIS doivent donc être réalistes et tenir compte de cette spécificité et complémentarité.

Il faut rappeler que les CIS existants opèrent dans des environnements avec une offre de services et un fonctionnement variables. Pour que les CIS soient efficaces, il est nécessaire qu'ils répondent à des besoins identifiés qui peuvent varier selon le contexte : importance de l'injection en public, nombre d'usagers injecteurs sans contact ou en rupture avec des structures de soin, nombre d'overdoses mortelles, existence de problèmes de santé liés à l'injection... Leur intégration dans un dispositif plus large de services, avec une bonne communication entre les services, est également un élément de leur réussite. Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation devrait reposer sur un consensus entre les acteurs locaux : acteurs de santé, police, autorités politiques et administratives, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément très important du processus d'acceptation des CIS.

Parcours de soins des usagers de drogues

La mortalité et la morbidité liées aux infections virales chroniques (VIH, VHC, VHB) diminuent en cas de prise en charge précoce, justifiant l'importance d'un dépistage précoce, notamment pour agir sur les facteurs de comorbidité, en premier lieu la consommation d'alcool. Pour les hépatites virales, le traitement des hépatites récentes est efficace, d'où l'intérêt de re-dépister les sujets séronégatifs. Les contaminations apparaissent très tôt dans le parcours de l'usager de drogues et augmentent avec la durée de l'usage de drogues. De plus, les pratiques à risque ne cessent pas avec la mise en place d'un TSO et/ou l'incarcération. Les périodes à « risques » à surveiller particulièrement sont le début de consommation(s), la reprise de consommation(s) (sortie de prison), et le manque de matériel (en prison, grande précarité). L'adhésion et la réponse aux traitements sont identiques à celles des malades traités non usagers de drogues. La re-contamination après guérison peut être également traitée. Les données sont insuffisantes pour évaluer le nombre de patients infectés suivis dans des structures de soins dédiées : seul un tiers des Csapa et des Ucsa (Unité de consultations et de soins ambulatoires) disposent d'une consultation d'hépatologie ou de maladies infectieuses. Le dépistage est proposé dans 3/4 de ces structures et les refus sont peu nombreux.

Le dépistage des infections virales chroniques fait appel à une sérologie classique, de préférence couplée avec un dosage simultané des acides nucléiques et des enzymes hépatiques afin de limiter le nombre de prélèvements sanguins. Dans cette population, se pose l'intérêt de l'utilisation des tests salivaires ou de la méthode du buvard ou des Quick-Test pour le VIH. Il s'agit plus de méthodes de sensibilisation que d'un véritable dépistage. Pour certaines méthodes, la validation n'est pas encore acquise. Il est essentiel de standardiser les bilans biologiques pour éviter des prélèvements multiples après un premier test positif chez des sujets au capital veineux limité. Pour l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique, les tests physiques (fibroscan®) ou biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) existent et pourraient être privilégiés, là aussi de préférence sur le même site.

La prise en charge peut se faire lors de toute consultation en médecine généraliste et spécialiste, en particulier lors de la prescription de TSO, car l'accès aux TSO augmente l'accès au dépistage, à l'évaluation et au traitement des hépatites virales. Elle peut se faire également dans les lieux d'accès aux soins non dédiés initialement à la prise en charge du sida et des hépatites.

L'importance de la consommation d'alcool chez les usagers de drogues est constatée : 16 à 40 % des patients VHC positifs seraient alcoolodépendants et inversement 5 à 15 % des patients alcoolodépendants seraient VHC positifs. L'alcool entraîne une levée d'inhibition qui augmente les prises de risque et les polyconsommations (dont l'importance est en pratique mal connue). L'alcool aggrave la fibrose, diminuerait l'adhésion aux traitements voire la réponse aux traitements. En cas d'hépatite virale B ou C, il n'y a pas de

consommation d'alcool démontrée sans risque. Il est cependant observé une diminution de la consommation d'alcool après le diagnostic de l'hépatite C. Les populations particulièrement vulnérables sont les sujets en grande précarité, les migrants, les détenus, les femmes, les prostitué(e)s, les malades psychiatriques, les jeunes lors des périodes d'initiation ou en milieu festif.

Un parcours de soins, du dépistage au traitement, est possible et réalisable pour les usagers de drogues dans différents lieux de contact (Caarud, Csapa, Ucsa, SAU⁶⁵, médecin généraliste, lieux associatifs...). Les intervenants (médecins, infirmiers, acteurs sociaux et associatifs...) doivent être à même de proposer un dépistage classique ou « rapide », avec des méthodes de prélèvement classique ou par auto-prélèvement ou par voie capillaire. En fonction du résultat, ils peuvent encourager à une prévention comme la vaccination antivirale B ou orienter vers une consultation spécialisée (de préférence sur le même site). Les comorbidités, fréquentes (infectieuses, addictions, syndrome métabolique, surpoids, maladies psychiatriques...), sont également à prendre en charge.

Coût-efficacité des dispositifs de réduction des risques

Le virus de l'hépatite C est la cause d'un coût économique certain et conséquent pour les économies nationales. En France pour l'année 2003, les coûts directs de santé liés aux pathologies du VHC attribuables à l'usage de drogues ont été estimés entre 239 et 249 millions d'euros ; un même ordre de grandeur était indiqué pour le VIH.

Du fait du nombre important de contaminations dans la population usagère de drogues et du coût que cette épidémie représente pour les collectivités, il est attendu des dispositifs de réduction des risques de diminuer le nombre de transmissions et de permettre une prise en charge effective des usagers de drogues infectés par le virus. La prévention du VHC et la prise en charge des usagers de drogues infectés permises par des dispositifs comme les programmes d'échange de seringues, la délivrance de substituts aux opiacés ou encore par la mise en place de « centres d'injection supervisés » sont économiquement évaluées dans les expériences internationales.

Les études de coût-efficacité ne considèrent que le point de vue des financeurs directs des dispositifs et non pas le point de vue sociétal quand il s'agit de prendre en compte les coûts générés par le VHC : du fait de la probable importance du coût social du VHC, tous les dispositifs évalués seraient probablement très coût-efficaces en raison de l'épargne économique qu'ils produiraient.

D'après la revue de littérature internationale sur le sujet, les dispositifs de réduction des risques évalués peuvent être arbitrairement regroupés en trois types : les dispositifs « médicaux », c'est-à-dire ceux qui procèdent du dépistage et du traitement du VHC ; les dispositifs de « terrain » comme les programmes d'échange de seringues ou encore les centres d'injection supervisés ; les dispositifs de réduction des risques à destination de populations captives, à l'instar des détenus en milieu carcéral.

Il est d'emblée important de préciser que le traitement en tant que tel du VHC a été coût-évalué pour des populations usagères de drogues. Sous des contraintes d'adhésion au traitement, de tolérance et de risque de réinfection, l'analyse suggère qu'un traitement antiviral chez les anciens ou actuels injecteurs de drogues se révèle être coût-efficace : ces thérapies réduisant fortement les risques de développement de complication au niveau du foie, étendant l'espérance de vie et améliorant sa qualité. Il a par ailleurs été montré que ce coût-efficacité des traitements VHC était d'autant plus fort que les individus étaient stabilisés dans leur traitement de substitution aux opiacés.

D'une manière générale, les dispositifs « médicaux » de la politique de réduction des risques se révèlent être coût-efficaces pour lutter contre l'épidémie du VHC chez les usagers de drogues. Plus précisément, les analyses de coût-efficacité des actions de dépistage et de traitement des individus se trouvant être infectés menées aussi bien au Canada, en Italie, en Angleterre ou en France concluent sur le rapport coût-efficacité de ces mesures. Le coût-efficacité du dispositif de dépistage et de mise en place d'un traitement le cas échéant varie toutefois en fonction du génotype du virus et du taux d'acceptation de la biopsie du foie. Ce dernier point est aujourd'hui hors de propos grâce aux moyens non invasifs de diagnostic tandis que le premier fait explicitement cas de la difficulté à traiter les génotypes 1 et 4, ce qui rend *in fine*, le coût-efficacité du dispositif en question encore meilleur concernant ces derniers (car engendrant des coûts de santé supérieurs).

Les programmes d'échange de seringues ainsi que les centres d'injection supervisés n'apparaissent pas être des dispositifs vraiment coût-efficaces dans la lutte contre le VHC. Notons cependant que ces études, réalisées dans différents pays, concluent sur l'indéniable coût-efficacité de ces dispositifs à lutter contre les contaminations par le VIH. Alors même que ces dispositifs de réduction des risques contribuent fortement à diminuer le taux de partage des seringues, le coût d'une infection évitée par le VHC grâce à ces dispositifs est nettement plus élevé que celui attribuable au VIH : la plus grande capacité infectieuse du VHC par rapport au VIH explique cette différence. Ajoutons toutefois, concernant les centres d'injection supervisés, qu'en contribuant à diminuer les nuisances publiques liées à la consommation de drogues, elles deviennent des mesures coût-efficaces.

Il est également difficile de conclure sur le coût-efficacité des politiques de réduction des risques visant à dépister et traiter, pour le virus de l'hépatite C, les usagers de drogues incarcérés. La durée de détention est un facteur clé de

l'efficacité de la mesure (les traitements pour le VHC nécessitant du temps), mais un autre facteur déterminant est la possibilité pour le détenu de pouvoir pratiquer un ou plusieurs dépistages au cours de sa détention et non pas uniquement à son entrée.

Au final, alors que le coût-efficacité de la politique de réduction des risques dans la lutte contre le VIH est prouvé, un bilan mitigé peut être fait concernant la lutte contre le VHC. Deux raisons peuvent être avancées pour expliquer cette différence. La première raison est liée à la très grande infectiosité du VHC. Il en découle que les moyens mis en œuvre qui ont contribué à une baisse du taux de partage des seringues et à une diminution des contaminations par le VIH ne suffisent pas pour lutter contre l'épidémie de VHC. Redynamiser cette baisse du taux de partage autorisant un quelconque effet sur l'épidémie de VHC nécessiterait alors des moyens qui seraient certainement économiquement exagérés. La seconde raison est que les coûts les plus importants attribuables aux pathologies du VHC, comme la nécessité d'une greffe de foie par exemple, n'interviennent que très tardivement dans l'histoire de l'individu infecté, et ne sont donc que peu valorisés par les simulations markoviennes : le financeur ayant une forte préférence pour le court terme.

Accès aux dispositifs de réduction des risques en France

Le dispositif de réduction des risques est bâti à la fois sur des structures, des programmes et des actions complémentaires. Il a pour objectif la prévention du risque infectieux par la mise à disposition de matériel d'injection stérile, la diffusion de messages préventifs, l'accès au dépistage pour une population à haut risque, la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et l'appui aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle.

Les dispositifs suivants participent à ces actions : la médecine de ville, les pharmacies, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les Caarud (services de première ligne) en complémentarité avec les Csapa (services spécialisés), des acteurs associatifs en dehors du champ médico-social et des dispositifs municipaux.

Les lieux d'intervention sont divers : en officine, en cabinet médical, dans un centre d'accueil, dans un bus, dans la rue, les espaces verts, les gares, les squats, en détention ou en milieu festif (grands événements, clubs...). Les modes d'intervention sont également variés : point de contact fixe, équipe mobile, équipe de rue, équipe en milieu festif ou équipe qui intervient en prison. Plus éloignées de l'utilisateur de drogues, diverses institutions sont cependant impliquées dans le domaine de l'information (Inpes, cellule nationale d'alerte) ou de l'évaluation des dispositifs (OFDT, InVS).

Concernant le dispositif officinal, les données de 2003 indiquent que 85 % des pharmaciens reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine, pour des demandes de matériel (seringues ou trousse de prévention) ou des demandes de TSO. Ils étaient 54 % en 1999. Cette activité reste néanmoins limitée aux fonctions de base de distribution de seringues et/ou médicaments de substitution. Près de 60 % des pharmaciens ne sont pas prêts à s'engager dans un programme d'échange de seringues.

En 2008, un peu moins des deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année ; cette proportion est nettement orientée à la hausse ces dernières années. Les médecins voient en moyenne 1,8 usager dépendant aux opiacés par mois, ce qui donne une estimation de 110 000 patients vus en moyenne par mois pour un traitement de substitution aux opiacés (sans tenir compte du fait que le patient peut être suivi par plusieurs médecins).

En 2007, environ 130 000 personnes en France ont reçu un médicament de substitution aux opiacés dont la BHD représente 75 à 80 % de l'ensemble. En 2007 comme en 2006, un peu plus de 60 % des patients suivaient un traitement régulier. Le reste des patients reçoit des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière ou encore se fait prescrire ces traitements le plus souvent dans un but de revente. On note cependant, une évolution à la baisse des différents indicateurs prédictifs d'un potentiel détournement ou mésusage des médicaments de substitution, principalement de la BHD. Ainsi, la part des personnes bénéficiant d'une dose quotidienne supérieure à 32 mg/jour a baissé ces dernières années.

Il persiste aujourd'hui encore en France un différentiel d'accès important entre la buprénorphine haut dosage qui peut être proposée en primo-prescription par un médecin généraliste et la méthadone dont la primo-prescription relève des praticiens des centres spécialisés ou des établissements de santé. Les structures qui la délivrent ne sont pas équitablement réparties sur le territoire national et peuvent également se trouver saturées.

D'après différentes sources d'information traitant des matériels d'injection, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues. Si on rapporte cette donnée aux 81 000 utilisateurs injecteurs récents, on obtient un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager. En l'absence d'évaluation fiable des besoins d'une part et compte tenu des disparités géographiques probables d'autre part (zones rurales notamment), cette estimation reste difficile à interpréter.

Malgré une baisse ces dernières années, les ventes des seringues aux usagers de drogues en pharmacie constituent la principale source d'approvisionnement. Les Caarud contribuent actuellement pour un peu moins d'un quart de l'ensemble des seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues. La baisse du nombre de seringues diffusées auprès des usagers de drogues au cours des dix dernières années pourrait être mise en relation avec la diminution de

la part des injecteurs dans les populations d'usagers de drogues, à l'exception cependant de certains groupes spécifiques, ou bien comme la reprise des comportements de partage et de la réutilisation des seringues qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

Bien que distribuant un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France, les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® permettent d'atteindre une population différente de celle des autres dispositifs grâce à la bonne accessibilité du matériel d'injection (anonymat et accès 24h/24). En 2007, on dénombrait 255 points de distribution de trousse de prévention et 224 points de collecte de seringues, répartis dans 56 départements. Un peu plus de 40 % des départements français en sont donc dépourvus. Ce dispositif est fragile car un quart des appareils sont vieillissants ou en mauvais état.

Estimation du nombre de seringues vendues ou distribuées par différents dispositifs

2008	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : à l'unité	4,3
Pharmacie : en Stéribox®	5,2
Caarud : à l'unité	2,3
Caarud : en Stéribox®	1,0
Automates	1,0*
Total	13,8

* Données 2007

En 2007, 97 % des Caarud, établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale proposent un accueil fixe, 57 % ont des équipes de rue dont 68 % interviennent en squat et 33 % ont des équipes mobiles, 36 % travaillent en milieu festif et 20 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent à la diffusion de matériels d'injection propres (3,3 millions de seringues en 2007) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...). Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence. L'aide à l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et aux soins en général est une des missions importantes des Caarud : 83 % des Caarud déclarent mettre en place des actions d'accès aux traitements (orientation ou suivi).

En 2008, les Caarud ont vu 48 000 personnes. La file active est en moyenne d'environ 200 personnes par structure mais avec des réalités très disparates : 41 structures ont une file active de moins de 200 personnes alors que seuls 11 Caarud comptabilisent plus de 1 000 personnes. Récemment, plus de femmes

et de jeunes parmi les nouvelles générations sont vues par les Caarud. Un certain nombre d'associations qui ne sont pas labellisées Caarud opèrent notamment en milieu festif et occupent, dans cet espace, un rôle central dans la réduction des risques. Le rôle des Csapa dans la réduction des risques, qui est une de leurs missions, ne peut être précisé en l'absence de données en raison de la jeunesse du dispositif. Les centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits (Cidag), au nombre de 307 en 2006 auxquels il faut ajouter 76 antennes de Cidag en prison, sont un dispositif clef dans le dépistage des infections virales chez les usagers de drogues.

Si le dispositif de réduction des risques couvre la majeure partie du territoire français, 25 départements ne disposent pas de Caarud, dont 2 qui n'ont ni Caarud ni Csapa. Par ailleurs, on ne dispose pas d'éléments pour se prononcer sur la pertinence de leur implantation, à savoir, près des lieux de vie des usagers de drogues. Sur le plan de l'accompagnement social et en particulier de l'accès au logement, un des besoins majeurs des usagers de drogues, la réponse proposée ne semble pas être à la hauteur de la demande d'une population très largement et profondément précarisée.

L'adéquation des dispositifs aux besoins des usagers de drogues et des publics non couverts est un élément clef à prendre en considération pour aborder la question de l'élargissement de la palette des réponses proposées en matière de réduction des risques en France.

Conditions de mise en place des actions de réduction des risques en France

Les actions et programmes de réduction des risques pour fonctionner de manière optimale nécessitent un accès sûr pour les usagers, des coopérations entre les acteurs amenés à participer à leur fonctionnement, la compréhension des populations avoisinantes.

La présence policière et les risques encourus par les usagers liés à la détention de matériel de réduction des risques se révèlent être un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques. La présence policière accroît elle-même les prises de risques (consommation rapide, rejet du matériel dans l'espace public...). Les usagers les plus marginalisés sont les plus exposés au regard policier, ce qui les conduit à prendre davantage de risques. La possibilité ou impossibilité de consommer dans des lieux privés apparaît discriminant dans la prise de risque.

La discrétion des dispositifs est évoquée dans plusieurs documents comme favorisant leur utilisation par les usagers et garantissant leur anonymat. Elle recouvre plusieurs dimensions, telles une couverture horaire large, l'intégration à l'environnement, le non regroupement devant l'outil.

Outre l'accessibilité et les attentes des usagers, les coopérations entre acteurs (notamment relevant du secteur socio-sanitaire) et l'existence de réseaux de prise en charge apparaissent comme des facteurs de réussite des programmes offrant un meilleur accès des usagers aux soins et à la prévention des maladies infectieuses.

La réduction des risques est pratiquée, notamment en France, par des acteurs variés. Les principaux sont : les associations de lutte contre le sida, les associations ou structures spécialisées dans la prise en charge des addictions, les groupes dits d'auto-support, les acteurs sanitaires (pharmaciens, médecins libéraux, services hospitaliers généraux et spécialisés), certains acteurs du champ pénal et les services sociaux. L'un des enjeux pour accéder à une information aussi précise que possible (compte tenu des connaissances disponibles) sur les usages de drogues, ainsi que les risques associés, est la formation initiale et continue de ces acteurs. Il faut distinguer les formations générales destinées à des acteurs non spécialisés et les formations destinées à des acteurs potentiellement au contact des usagers (pharmaciens, médecins libéraux...). D'après quelques études, ces actions de formation (et d'accompagnement), menées dans certaines villes, donnent de bons résultats concernant l'amélioration de la perception des usagers de drogues.

Les travaux portant sur les coopérations entre les acteurs du champ pénal et du champ sanitaire, notamment sur les sites où sont implantés les outils de réduction des risques (Caarud, automates...) prouvent que les coopérations facilitent grandement la mise en œuvre et le développement des mesures, l'accès aux soins des usagers de drogues, et la tenue d'un discours cohérent face à de potentiels détracteurs.

Deux enquêtes récentes menées, l'une à Marseille, l'autre à Québec, montrent que les représentations des usagers sont très variables parmi les enquêtés. Plus les enquêtés considèrent l'usage de drogue comme un problème relevant d'une responsabilité sociale et collective, plus ils tolèrent la réduction des risques. Inversement, plus les enquêtés définissent l'usage de drogues comme relevant de la responsabilité individuelle du consommateur, plus la réduction des risques est critiquée, d'autres approches sont préférées (enfermement, obligation de soins, prévention primaire). Au niveau national, lorsque les enquêtés sont questionnés sur l'opportunité de la politique de réduction des risques, en général, ils émettent une opinion favorable. Cependant, la proximité géographique des outils de réduction des risques n'est pas forcément facteur de meilleure acceptation.

En France, les actions menées en direction des riverains sont le plus souvent conçues après la mise en place des dispositifs et visent à faire face aux contestations, voire tenter d'y mettre un terme. Plusieurs études décrivent ces actions et essaient de mettre en avant les variables qui permettent de passer de la contestation à la concertation. Les contestations décrites sont souvent extrêmement violentes (plaintes répétées, dégradations, violences, plus rarement actions en justice) et conduisent à l'engagement des acteurs politiques

(soit pour défendre, soit pour contester aux côtés des riverains). Face à des contestations riveraines durables ou récurrentes, les types de médiations proposées sont relativement variés (travail de rue, réunions publiques, participation à des comités techniques sur sites). Il n'existe pas de guide de bonnes pratiques.

Variables susceptibles de permettre le succès d'une implantation d'un outil

Des représentations du problème proches de la réalité

L'engagement des élus locaux et du niveau politique local (en particulier municipal)

Un discours cohérent tenu par les différents intervenants (élus, travailleurs de rue, policiers, cantonniers...)

La fréquence des rencontres et explicitations (ne pas tenir la tolérance pour acquise une fois pour toute)

La mise en commun des savoirs (savoirs des riverains et savoirs des acteurs de la réduction des risques) plutôt que des approches descendantes d'explicitation des professionnels vers les riverains

La mixité des équipes amenées à rencontrer des riverains mécontents (mixité des professions et couverture du territoire, discours similaire tenu par les différents intervenants)

La discrétion des outils et dispositifs

Initialement destiné aux usagers les plus marginalisés, le travail de rue ou intervention de proximité fait également partie des outils de médiation. Il a été, en effet, étendu au fil des années aux riverains contestataires. Les résultats de ces actions ont été peu évalués, mais les rares enquêtes disponibles mettent en avant leur nécessité sur les sites d'implantation où les contestations sont vives, voire violentes. Les enquêtes précisent également que ces métiers reposent sur des compétences identifiables et transmissibles. Les comités techniques ou tables rondes sont des lieux de mise en relation et de mise en commun des savoirs entre riverains et acteurs de la réduction des risques. Ils semblent produire de meilleurs résultats que les réunions publiques ponctuelles. À moyen et long terme, le problème de la participation continue des riverains se pose, comme dans d'autres cas de procédures de démocratie délibérative. La qualité de l'échange (impression ou non d'être entendu) apparaît déterminante dans la durée de participation des riverains et leur bonne volonté.

Dispositif de réduction des risques adapté aux femmes

D'après les données « Eurosurveillance », un tiers des usagers d'opiacés au niveau européen sont des femmes. Dans certains pays européens et aux États-Unis, les femmes représenteraient environ 40 % des usagers de drogues et 20 % en Europe de l'Est. En France, les données des centres de soins spécialisés (Csapa) hors usagers de cannabis font état de 22 % de femmes en 2007 et une femme pour quatre hommes dans les Caarud. Environ un quart des remboursements de traitements de substitution aux opiacés a concerné des femmes. Les enquêtes nationales périnatales n'interrogent pas les femmes venant d'accoucher sur leur consommation de produits illicites ou de traitements par opiacés ou benzodiazépines. Les hommes et les femmes apparaissent

différents dans leurs trajectoires de consommation et dans la prévalence des comorbidités psychiatriques. Par ailleurs, il ne semble pas qu'il y ait d'égalité d'accès aux soins, ni que les besoins spécifiques des femmes soient pris en compte dans la plupart des pays européens.

Les femmes sont décrites comme ayant des comportements sexuels qui les exposent davantage au VIH. À Baltimore, une enquête a montré que l'incidence du VIH parmi les injectrices est plus que doublée pour celles ayant un partenaire sexuel injecteur. Il est fréquent que les femmes échangent des services sexuels contre des drogues, la promesse d'une protection, de la nourriture ou un hébergement. Elles ont plus souvent un partenaire sexuel usager de drogues. Dans tous les pays, les enquêtes montrent que les femmes rapportent plus de conduites à risques que les hommes du fait d'un partenaire sexuel habituel injecteur, ou de multiples partenaires occasionnels. De plus, les femmes sont souvent initiées par les hommes aux pratiques d'injection dans le cadre des relations intimes, en particulier à l'adolescence. En France, dans l'enquête Coquelicot menée en 2004-2006, les auteurs rapportent ces mêmes observations relatives au cumul des prises de risque en lien avec l'usage et la sexualité. À New-York, sur plus de 300 nouveaux injecteurs, la proportion de femmes initiées par un homme est de 62 % contre 19 % par une femme.

Les femmes non seulement partagent le matériel d'injection avec leur partenaire sexuel, mais présentent plus de risques que l'injection soit faite par autrui, en particulier par leur conjoint. Cette pratique qui exprime domination et perte d'indépendance pour les femmes est plus à risque de blessures, de douleur et d'implications psychologiques que l'auto-injection. Un suivi de cohorte à Vancouver, portant sur plus de 1 000 personnes séronégatives a montré un taux d'incidence du VIH doublé parmi celles qui ont sollicité une aide pour leur injection. Ces personnes étaient trois fois plus souvent des femmes.

La prostitution, la violence et l'errance sont reconnues comme des facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles, du VIH et des hépatites. Le risque est bien supérieur pour les femmes à la rue ou sans domicile. Les femmes déclarent beaucoup plus que les hommes se procurer de l'argent ou de la drogue contre des services sexuels.

D'après des estimations européennes, parmi les femmes usagères à problèmes, 6,5 à 11 % seraient enceintes chaque année, soit 30 000 usagères d'opiacés, qui risquent de transmettre le sida ou les hépatites à leur enfant. En France, les données de l'Audipog portent sur la toxicomanie pendant la grossesse, intra-veineuse ou autre et donnent une estimation de 2 400 à 5 000 naissances concernées. Le nombre de femmes enceintes usagères de traitements de substitution aux opiacés peut quant à lui être estimé à environ 3 500. S'y ajoutent d'autres consommations non évaluées et environ 1 600 femmes consommant plus de trois verres d'alcool par jour pendant la grossesse (Audipog).

Les taux de fausses couches ou de prématurité sont élevés. Des anomalies fœtales, des retards de croissance intra-utérine et des syndromes de sevrage des nouveau-nés figurent parmi les conséquences les plus fréquentes, outre les effets de l'alcool sur le fœtus et particulièrement le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un arrêt brutal de la consommation pendant la grossesse, en particulier des opiacés, peut provoquer un manque chez les fœtus et un syndrome de sevrage dont l'intensité peut provoquer la mort fœtale. Pour cette raison, les recommandations actuelles sont de ne jamais tenter un sevrage d'opiacés en cours de grossesse mais de proposer un traitement de substitution.

Les interventions visant à une meilleure surveillance médicale de la grossesse chez les femmes usagères de drogues doivent prévenir les risques de transmission verticale des maladies infectieuses et/ou permettre une prise en charge immédiate des nouveau-nés. Le risque de transmission vertical est majeur pour l'hépatite B et existe pour l'hépatite C pendant la grossesse et à la naissance, mais non avec l'allaitement.

Un traitement de substitution pendant la grossesse présente l'intérêt majeur d'inscrire la mère dans un suivi obstétrical et de son addiction. Cependant, d'autres aspects méritent d'être approfondis comme le risque de grossesses non désirées sous Subutex, du fait de la reprise des cycles après l'arrêt de l'héroïne et qui nécessiterait une consultation systématique sur la contraception. Par ailleurs, les débats sur la diminution de la posologie chez une femme enceinte existent encore, en particulier parmi les usagères, alors que le consensus médical serait plutôt en faveur d'une augmentation des doses pour tenir compte du métabolisme de la mère et en particulier de sa prise de poids. Peu de liens ayant été prouvés entre la posologie du traitement de substitution aux opiacés et la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau-né, les inconvénients d'une baisse de posologie paraissent supérieurs, notamment parce qu'il existe un risque que la mère trouve un équilibre par une consommation de produits plus tératogènes, en particulier l'alcool.

Le syndrome de sevrage du nouveau-né est le risque majeur suite à une exposition aux opiacés, aux benzodiazépines et dans une moindre mesure au tabac, cannabis ou alcool. Il se manifeste quelques heures ou quelques jours après la naissance par un ensemble de symptômes non spécifiques, renseignés par un score de gravité. Dans les cas les plus sévères, les enfants doivent recevoir un traitement médicamenteux, souvent du chlorhydrate de morphine, pendant quelques jours à quelques semaines. Les syndromes modérés sont traités par des techniques de nursing et le contact prolongé avec la mère, parfois par l'allaitement. Le syndrome est plus fréquent sous buprénorphine haut dosage que sous méthadone mais atteint dans les deux cas au moins la moitié des enfants.

Comme autre risque pour les enfants, il faut citer l'exposition passive aux produits (tabac, cocaïne...) mais également les accidents d'ingestion de substances licites ou illicites détenues par les parents. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer les risques de négligence ou de maltraitance des enfants dans un

contexte de toxicomanie et du mode de vie qui lui est associé. Aux États-Unis, on a pu estimer que 40 à 80 % des familles prises en charge par les services de l'enfance ont des problèmes d'usage d'alcool ou de drogues.

Une politique de réduction des risques visant les femmes s'appuie sur des travaux qui mettent en évidence que les addictions ont des causes et des conséquences spécifiques aux femmes. Les approches punitives vis-à-vis des femmes qui consomment pendant la grossesse ont été pendant longtemps les plus nombreuses. Très récemment, sont apparus des programmes de réduction des risques centrés sur les mères et les femmes enceintes pour leur offrir des services spécifiques. Les précurseurs de ces services ont été les Anglais dès 1995 avec les sages-femmes de liaison drogues.

Les recherches montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux de soins. La principale raison serait que l'usage illicite de stupéfiants peut constituer une base légale pour le retrait de la garde des enfants. Mais par ailleurs, conserver la garde de leurs enfants, ou les protéger, serait une motivation majeure pour les mères à entrer dans un programme de soins et la présence d'enfants est un soutien essentiel pour l'inscription dans le soin des mères. Pour ces raisons, les femmes tendent à ne pas fréquenter les centres de soins spécialisés et à se tourner vers leur généraliste, voire à préférer se débrouiller seules, sans cure ni traitement. Le partenaire, lui-même usager de drogues, est généralement décrit comme un obstacle à un traitement, car le couple s'est construit sur le rapport au produit.

Il existe très peu de lieux d'accueil mère-enfant en France quand il y a une problématique d'addictions chez les femmes. Ces lieux sont notoirement insuffisants en région parisienne. Le manque est encore plus criant concernant des services de santé de la reproduction destinés aux usagers de drogues. Dans la littérature internationale, à défaut de lieux de soins spécifiques, les programmes proposent des horaires dédiés aux femmes, adaptés à la vie familiale, avec des services de garde des enfants ou de consultations orientées vers le suivi contraceptif ou de grossesses, des aides à domicile, ou un service de transport du domicile au lieu de soins. Des programmes intégrés de prise en charge globale des femmes, proposant tout à la fois le soin des addictions, les traitements somatiques et de santé mentale et des services sociaux existent, mais en se focalisant trop sur la période de grossesse ne sont pas toujours adaptés à une prise en charge dans la durée des femmes et de leurs enfants.

Dispositif de réduction des risques en milieu carcéral

L'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager de drogues. Les données (2004) de l'enquête Coquelicot montrent que jusqu'à 61 % des usagers de drogues (ayant sniffé ou s'étant injecté au moins une fois dans leur vie) fréquentant les structures spécialisées ont été incarcérés au moins une

fois. Les données d'une enquête réalisée auprès des « usagers » des Caarud en 2008, établissent que près d'un usager sur 5 dit avoir été incarcéré dans l'année. Une autre enquête, réalisée en 2008 auprès des sujets fréquentant les Csapas, montre que 38 % de ceux consommateurs d'héroïne, cocaïne et autres substances ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie, et près de 60 % d'entre eux, 2 fois ou plus.

Différentes études réalisées en Europe montrent qu'entre 16 et 60 % des sujets injecteurs continuent à pratiquer l'injection en prison. Ils le font moins fréquemment qu'au dehors mais en prenant plus de risques. Au plan international, les prévalences d'usage de drogues varient d'une étude et d'un pays à l'autre, mais sont élevées à l'entrée en détention, surtout chez les femmes. Les données concernant l'usage de drogues en détention sont plus rares. Lorsqu'elles existent, elles montrent des pratiques de consommation de drogues fréquentes (surtout cannabis).

Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes, les plus récentes datant de 2003. Elles montrent à l'entrée en détention, comparativement à une même enquête effectuée en 1997, une baisse de l'usage d'opiacés, du poly-usage de drogues et de psychotropes, et à un moindre degré, de cocaïne. L'usage de la voie intraveineuse ou un passé d'injection sont également moins fréquents. En revanche, la proportion de détenus substitués par TSO à l'entrée en détention augmente. Il n'existe pas de données récentes sur l'usage de drogues au sein de la détention en dehors de celles de l'étude Coquelicot montrant l'existence fréquente de pratiques d'injection et du partage du matériel d'injection.

Des pratiques d'injection et notamment d'initiation à l'injection en prison ont été décrites dans tous les pays les ayant recherchées, mais à des taux variables, reflétant le profil des sujets incarcérés. En France, les données de l'étude Coquelicot montrant que parmi l'ensemble des usagers de drogues rencontrés dans des structures accueillant les usagers en milieu ouvert, 12 % des 61 % incarcérés à un moment ou à un autre de leur parcours ont pratiqué l'injection en détention et 30 % ont déclaré avoir partagé au moins une fois leur matériel d'injection, lors de ces injections pratiquées en détention. Il n'existe pas de données françaises concernant le sniffing en détention (bien que ce soit probablement le principal mode de mésusage des détenus substitués par buprénorphine haut dosage).

Malgré les données françaises et internationales en faisant état, les pratiques d'injection continuent à faire l'objet d'une minimisation reflétant une réalité : ce sont des pratiques dissimulées, non tolérées, moins fréquentes qu'au dehors mais effectuées avec des prises de risques considérables.

La prison est un lieu à haut risque infectieux, concentrant une population précarisée, fréquemment concernée par l'usage de drogues, présentant des prévalences élevées du VIH-VHC-VHB et faisant des allers-retours fréquents

avec le milieu libre. Le principal facteur associé à l'observation de séroconversions pour le VIH et le VHC en détention reste l'usage de drogue. Les pratiques de tatouage et de piercing sont également plus fréquentes chez les détenus usagers de drogues. Dans l'enquête nationale de prévalence du VHC, VHB (2004), l'incarcération constitue un facteur de risque à part entière : le risque relatif VHC est multiplié par 10 et le risque relatif VHB est multiplié par 4.

Les données internationales et françaises montrent que la prévalence du sida et des hépatites virales est plus élevée en milieu carcéral qu'en milieu libre, quel que soit le pays étudié. En France, la prévalence de l'hépatite C parmi la population détenue est voisine de 7 %, celle de l'hépatite B de 3 %, du VIH supérieure à 1 %. L'incidence de nouvelles contaminations n'est pas évaluée.

Le dépistage du sida et des hépatites virales en milieu carcéral en France est organisé, soit par les Ucsa directement, soit par l'intermédiaire des Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag), qui eux-mêmes dépendent soit de l'État, soit du département (Conseil général). Selon les enquêtes de pratiques, 2/3 des Ucsa proposent systématiquement ce dépistage quelles que soient les pratiques alléguées. Les consultations de rendu de résultats sont à peu près systématiques en cas de dépistage positif, moins fréquemment en cas de résultat négatif. La proposition de vaccination antivirale B devrait être systématique.

Depuis 1994, l'organisation des soins aux détenus est intégralement transférée du ministère de la Justice au Service public hospitalier. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, réactualisé en septembre 2004, stipule que : « Le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a pour objectif de leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. ». La circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 « relative à la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine en milieu pénitentiaire » détermine encore actuellement le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge sanitaire, de la préparation à la sortie et de la formation des personnels. Les actions de prévention et de soins sont confiées aux Ucsa en coordination lorsqu'ils sont présents, avec les SMPR (services médico-psychologiques régionaux, au nombre de 26) et/ou les CSST/Csapa en milieu pénitentiaire (au nombre de 16). Le traitement et le suivi de l'infection à VIH et des hépatites virales B et C nécessitent une consultation d'hépatologie et/ou d'infectiologie sur site, réalisée en pratique dans 1/3 des Ucsa. Le suivi post-carcéral reste insuffisant.

En France, les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits en détention depuis 1996. Depuis 2002, la primo-prescription de méthadone a été étendue à tous les praticiens des établissements publics de santé intervenant en prison. Si la proportion de détenus substitués s'accroît progressivement, il existe encore une importante hétérogénéité d'un établissement à l'autre dans l'accès aux TSO, liée à une insuffisance de moyens, des carences de formation

et des réticences médicales du personnel soignant de la prison. Des pratiques inadaptées (pilage de la BHD, mise en solution...) compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques et traduisent la difficulté des équipes intervenant en détention à se situer entre soin et pression sécuritaire.

L'OMS considère les TSO comme une mesure de première ligne en détention et souligne leur place essentielle dans la stratégie de réduction des risques infectieux. Ces traitements ont montré leur efficacité à réduire l'usage de drogue, l'injection, la mortalité, la contamination par le VHC et le VIH, ainsi que la récurrence, mais de manière moins constante dans ce dernier cas. Différentes études soulignent l'importance de posologies suffisantes de TSO, de la durée du traitement et d'une prise en charge globale pour que les bénéfices émergent significativement. L'importance de développer des stratégies de prise en charge pour les usagers de stimulants, d'accompagner la préparation à la sortie et de développer des alternatives thérapeutiques, éducatives et de réinsertion à la sanction pénale lors d'infractions à la législation sur les stupéfiants est soulignée.

En dehors des TSO et des actions éducatives, les dispositifs de réduction des risques proprement dits recensés en prison en Europe sont : les dispositifs d'échange de seringues, la distribution de matériel renouvelable d'usage de drogues autre que les seringues (pailles, cotons, matériel à inhaler...), l'eau de Javel et autres désinfectants, le matériel de piercing et tatouage stériles, les préservatifs, carrés de latex et lubrifiants. Il n'existe pas à l'heure actuelle de programme d'héroïne médicalisée en prison en Europe et les quelques « unités sans drogues » existantes n'ont pas fait l'objet d'études permettant de conclure sur leur capacité à réduire les risques infectieux.

La distribution d'eau de Javel est recensée par l'OMS comme une mesure de seconde ligne face notamment aux dispositifs d'échange de seringues, ne devant pas pouvoir être considérée comme pouvant remplacer ceux-ci. Son efficacité dans le contexte de la détention est par ailleurs remise en cause dans la prévention de la contamination par le VIH et encore plus en ce qui concerne le VHC. En France, l'eau de Javel est délivrée tous les 15 jours à chaque détenu par l'administration pénitentiaire. Ce rythme de délivrance n'est pas souvent observé et aucun mode d'emploi clair n'est associé la plupart du temps.

L'accès aux préservatifs est à peu près généralisé à toutes les prisons françaises mais les conditions d'accès restent insatisfaisantes (informations aux détenus, confidentialité, discrétion, accès souvent unique en lieu de soin). Divers témoignages font état de délivrance de pailles pour le sniffing ou ponctuellement de remise, par des soignants, de matériel d'injection hors de tout protocole. Les programmes d'échange de seringues ne sont pas disponibles en France.

Enfin, les traitements antirétroviraux pour le VIH et les traitements de l'hépatite C, en réduisant le « réservoir viral », peuvent être considérés comme

participant à la réduction des risques infectieux en prison où les prévalences de ces virus sont élevées. L'accès à ces traitements est décrit comme satisfaisant de même que les traitements post-expositions bien que peu de données existent sur le recours effectif à ces derniers.

Cependant, les besoins sanitaires en consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie, addictologie...) sont importants et restent imparfaitement satisfaits. Les équipes de soins sont souvent en effectifs insuffisants avec des disparités importantes d'un établissement à l'autre. Des moyens supplémentaires dédiés sont nécessaires pour pouvoir avancer.

Le principal constat est que si différents outils de réduction des risques existent actuellement, encadrés par la circulaire de 1996, il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison en France. L'expérience en matière de réduction des risques infectieux en prison est plus ancienne et/ou plus avancée que la nôtre dans de nombreux pays et une littérature abondante démontre l'intérêt de certaines mesures. Par ailleurs, le principe d'une équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et prison, recommandé dès 1993 par l'OMS, n'est pas observé en France.

Recommandations

La politique de réduction des risques chez les usagers de drogues fondée en France sur la mise en place d'un accès élargi au matériel d'injection, aux traitements de substitution aux opiacés, au dépistage du VIH et aux traitements antirétroviraux, a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, la baisse des décès liés aux usages de drogues et l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Mais, les résultats insuffisants sur l'infection par le VHC, l'émergence de nouvelles populations non couvertes par les dispositifs existants, le développement de nouvelles pratiques à risque ou le recours à l'injection par certains groupes d'usagers, ainsi que la hausse récente du nombre de décès liés aux usages de drogues, mettent en lumière les limites atteintes par cette stratégie.

Les risques et les dommages liés aux usages de drogues, notamment le risque de transmission du VIH, du VHC et VHB et d'autres maladies infectieuses, sont déterminés par plusieurs facteurs :

- des facteurs épidémiologiques (charge virale VIH, VHB ou VHC, modalités de partage de matériel, susceptibilité individuelle) ;
- des facteurs psychosociaux (connaissances et attitudes par rapport à la prise de risques, *craving*, intoxication), consommation d'alcool, troubles psychiatriques ;
- des facteurs environnementaux (usage « pressé » dans des lieux publics surtout dans le cas de pression policière, absence d'accès au matériel stérile, prisons).

L'injection d'opioïdes (héroïne, morphine, buprénorphine) ou de cocaïne qui entraîne des prises fréquentes, la persistance d'autres pratiques à risque comme le sniffing, le tatouage et le piercing et la surconsommation de stimulants et d'alcool qui facilite une prise de risque en particulier sexuelle, contribuent de façon significative à la transmission du VIH, VHC et VHB.

Il est essentiel de documenter l'impact des programmes disponibles en France sur des indicateurs de risques et de dommages liés aux usages de drogues et d'évaluer si d'autres stratégies thérapeutiques et politiques sanitaires en matière de réduction des risques mises en place à l'étranger ou à l'étude peuvent être envisagées afin de les réduire.

La politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils, elle doit s'intégrer dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé.

Dans cet objectif, une culture commune doit être recherchée pour tous les acteurs qui interviennent dans le champ de la toxicomanie : professionnels de

santé (médecins libéraux, pharmaciens, médecins hospitaliers...); associations; acteurs du champ médico-social et social. Les « acteurs généralistes » effectuent un travail de fond en assurant un accès aux soins et aux droits alors que des « intervenants spécialisés » interviennent sur des aspects spécifiques pour des populations particulières.

Définir un cadre pour faire évoluer les actions de réduction des risques

DÉVELOPPER UN VOLET SANITAIRE ET SOCIAL DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Les évolutions des usages et des dommages confortent la nécessité d'adapter en permanence la réponse sociétale à des comportements « à risques » bien identifiés. Les stratégies de réduction des risques, non entravées par une politique répressive inappropriée, permettent d'assurer un accompagnement social des usagers et une prise en charge de leur santé. En ce sens, le développement récent des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) a été une étape importante, de même le rappel des missions de réduction des risques pour les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). L'implication d'associations ou d'acteurs militants qui assurent des interventions de proximité au plus proche des lieux de vie et des besoins des usagers est importante pour venir en aide aux populations les plus vulnérables telles que les mineurs en errance, les migrants, les femmes, les personnes détenues... La prise en charge des problèmes de santé des usagers de drogues ne peut être isolée de celle des problèmes sociaux.

Le groupe d'experts recommande de promouvoir cohérence et articulation des différentes politiques publiques sanitaires, sociales et pénales pour rendre efficace toute la stratégie de réduction des risques liés à l'usage de drogues. L'approche collective de la réduction des risques doit pouvoir faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues par une réponse individualisée de la part de chaque soignant. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans une logique de continuum et non d'opposition avec les stratégies de prise en charge de la dépendance.

PROMOUVOIR UNE EGALITÉ D'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR L'ENSEMBLE DES USAGERS DE DROGUES

Le dispositif de réduction des risques est bâti à la fois sur des structures, des programmes et des actions complémentaires. Il a pour objectif la prévention du risque infectieux par la mise à disposition de matériel d'injection stérile, la

diffusion de messages préventifs, l'accès au dépistage parmi une population à haut risque, la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et l'appui aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle.

Les TSO, très majoritairement prescrits en France avec un faible seuil d'exigence par la médecine de ville, représentent un dispositif majeur de la réduction des risques. Environ 130 000 personnes ont reçu en 2007 un médicament de substitution aux opiacés dont la buprénorphine haut dosage (BHD) représente 75 à 80 % de l'ensemble.

La mobilisation des pharmaciens dans la vente libre des seringues a été forte mais des réticences persistent. Seulement une minorité d'entre eux ont accepté l'installation de distributeurs de Stéribox® sur la devanture de leur officine. L'accessibilité des seringues et des kits d'injection devrait être effective dans 100 % des pharmacies françaises.

Des automates, distributeurs, récupérateurs et échangeurs de trousse de prévention sont actuellement répartis sur le territoire. Installés sur la voie publique, gérés par le milieu associatif et/ou certaines municipalités, ces systèmes automatiques de récupération et d'échange permettent l'accès au matériel 24h/24. Fin 2006, il existait 255 points de distribution de trousse de type Stéribox® et 224 points de collecte de seringues dans 56 départements. Ce nombre est insuffisant, un tiers sont obsolètes et ont besoin d'être modernisés.

Les structures d'accueil de première ligne (boutiques, Caarud, bus...) sont des lieux de contact situés au plus près des usagers. Elles s'adressent aux usagers de drogues actifs, certains en grande précarité, et leur proposent des prestations diverses : petite restauration, soins infirmiers de première urgence, possibilité de se doucher et de laver son linge, échange de matériel de prévention des risques infectieux. Elles ne couvrent pas le territoire et sont en particulier absentes en périphérie des villes de province et en milieu rural. Les Caarud sont absents dans 25 départements et 2 départements n'ont ni Caarud ni Csapà. Le dispositif est essentiellement développé à Paris.

Le groupe d'experts recommande d'instaurer l'égalité d'accès des programmes existants à l'ensemble des usagers de drogues et en particulier les plus marginalisés par le déploiement du dispositif au niveau territorial. Il préconise en particulier le renforcement et la modernisation du réseau d'automates en étudiant la possibilité d'y associer plusieurs types de distribution (préservatifs, seringues...). Il serait également judicieux d'intégrer au dispositif de nouveaux outils adaptés à l'évolution des pratiques dès leur validation.

ADAPTER LE DISPOSITIF DE LA RÉDUCTION DES RISQUES À LA SPÉCIFICITÉ DES POPULATIONS

Les dispositifs d'observation permettent d'identifier régulièrement des évolutions dans les profils et pratiques des usagers, les produits consommés ainsi que

les dommages associés. Une nouvelle population d'usagers (jeunes, 16-25 ans) de psychostimulants (cocaïne, « free base » ou crack, amphétamines...) émerge en milieu festif et dans les quartiers populaires et les banlieues. Si la population est encore majoritairement masculine, la part des femmes augmente et notamment des très jeunes en grande précarité sociale. La banalisation du poly-usage dont l'alcool tend à favoriser l'expérimentation de nouveaux produits.

Depuis quelques années, un accroissement de l'usage de la cocaïne par injection est rapporté dans l'espace urbain. L'injection peut entraîner la prise compulsive et des problèmes sanitaires dus au surdosage sont de plus en plus visibles : accidents cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, atteintes pulmonaires, troubles psychiatriques, sans oublier les risques de transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC...). De plus, la demande de soin chez ces consommateurs ne se fait que très tardivement.

Des populations socialement précaires (certains groupes de migrants, jeunes en errance...) vivant dans des squats collectifs, ayant des pratiques variées d'usage de drogues, sont particulièrement difficiles à prendre en charge : situation illégale, problèmes linguistiques... Des associations effectuent « un travail de rue » qui vise à instaurer un dialogue avec ces usagers les plus marginalisés, afin de les mettre en confiance et les accompagner vers des structures de soins ou d'autres lieux d'accueil. Ces associations doivent être soutenues.

Le groupe d'experts recommande de prendre en considération les caractéristiques des populations d'usagers pour définir et adapter le dispositif de réduction des risques en particulier vis-à-vis des très jeunes, des migrants très marginalisés, des usagers ayant des troubles psychiatriques. Il convient de s'appuyer sur le savoir-faire des équipes de médiation qui vont à la rencontre de ces populations et les rendent plus visibles. Elles aident ainsi à l'adaptation du dispositif aux besoins identifiés, transmettent des messages de prévention et renforcent les liens avec les professionnels du champ sanitaire et social : éducateurs spécialisés, assistant(e)s sociaux, médecins ou infirmier(e)s.

ADAPTER LES OUTILS ET APPROCHES DE RÉDUCTION DES RISQUES À L'ÉVOLUTION DES SUBSTANCES ET NOUVELLES MODALITÉS DE CONSOMMATION

La politique de réduction des risques doit s'adapter à l'évolution des nouvelles modalités de consommation. Au cours des dernières années, l'inhalation de crack, l'injection de buprénorphine constituent de nouvelles sources de contaminations infectieuses par le VHC en particulier et entraînent d'autres effets sur la santé. De plus, ces consommations concernent une population souvent marginalisée et fortement dépendante. Les outils de réduction des risques doivent donc en permanence s'adapter à ces évolutions dans des populations cibles.

Les observations de terrains permettent d'identifier des sources de contaminations par le VHC liées à l'usage de drogues. Pour fumer le crack, les usagers utilisent des pipes très artisanales (doseur à alcool utilisé dans les cafés, canettes de soda transformées, filtres réalisés à partir de fils électriques). La pipe est habituellement utilisée plusieurs fois. Les problèmes rapportés par les usagers sont des brûlures et blessures des lèvres et des mains. Des travaux nombreux ont documenté l'implication du partage de la pipe à crack comme vecteur de transmission du VHC. Or, il existe un outil de prévention composé d'un doseur en pyrex, d'embouts, de filtres et de crèmes cicatrisantes. Ces kits spécifiques liés à l'usage du crack (voie fumée) sont en cours d'évaluation.

L'injection de buprénorphine (BHD), détournée de son usage comme traitement de substitution, est le fait d'une population ayant une dépendance sévère, polyconsommatrice de produits, souvent dépendante de l'alcool, présentant des syndromes dépressifs et sans domicile fixe. À cause des excipients des comprimés de BHD, l'injection peut s'accompagner de complications autour du site d'injection : abcès, nécrose tissulaire, œdèmes indurés des bras et des mains mais aussi des conséquences sanitaires graves : hépatite aiguë, hypertension, embolie pulmonaire... L'utilisation de filtres à usage unique permet d'éliminer en particulier les particules responsables des événements sanitaires fatals et de minimiser les risques associés à cette pratique. Ces outils sont donc à considérer dans la panoplie de mesures de réduction des risques disponibles pour les usagers de drogues qu'ils soient substitués ou non.

Le groupe d'experts recommande de prendre en compte l'évolution des pratiques d'usage et de consommation de substances pour améliorer les mesures déjà existantes et diffuser de nouveaux outils (kits d'injection, filtre à usage unique, kits d'inhalation pour le crack...).

ÉLARGIR LA PALETTE DES MESURES ET DES APPROCHES DANS UN DISPOSITIF COHÉRENT D'OFFRES DE SERVICES

Les programmes d'échange de seringues (PES) et les distributeurs constituent une mesure de réduction des risques qui a fait ses preuves en termes de réduction des comportements à risque avec une répercussion sur le risque infectieux (VIH, VHC). Des structures mettent à disposition des usagers du matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection, gratuitement ou non, avec comme objectifs la diminution du partage ou de la réutilisation des seringues, la réduction du nombre des seringues usagées abandonnées sur les lieux publics. Des études indiquent un impact majoré sur la réduction du risque infectieux par la combinaison des programmes d'échange de seringues et de traitements de substitution.

Par ailleurs, des centres d'injection supervisés (CIS) ont été expérimentés dans plusieurs pays et ont fait leur preuve sur la réduction des risques liés à l'injection (injections dans l'espace public, abcès, partage de seringues, overdose mortelle...) et l'accès aux soins.

Le groupe d'experts recommande de renforcer les liens entre différents programmes (PES, TSO, CIS le cas échéant...) dans un dispositif cohérent. Le groupe d'experts recommande de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un CIS afin de définir les objectifs spécifiques de ce dispositif (diminuer les overdoses mortelles, diminuer le nombre d'abcès, attirer des injecteurs à haut risque pour les (re)mettre en contact avec des structures de traitement...). La mise en place d'un CIS ne peut être envisagée que si ce dispositif répond à des besoins parfaitement identifiés tenant compte des évolutions de modalités d'usage de drogues qui peuvent varier d'un endroit à un autre : importance de l'injection en public, du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse sans contact ou en rupture avec des structures de soin ; du nombre d'overdoses mortelles, des complications liées à l'acte d'injection (abcès). Ces centres, s'ils sont proposés, doivent être en mesure de couvrir ces besoins. Leur intégration dans un dispositif plus large, avec une bonne communication entre les services, est également indispensable. Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation doit reposer sur un consensus entre tous les acteurs locaux : santé, police, autorités politiques et administratives, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Ceci demande une phase de préparation, d'explication, et de communication compte tenu des représentations souvent négatives qui prévalent pour ce type de dispositif. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément important du processus d'acceptation des CIS.

PROPOSER UN PROJET THÉRAPEUTIQUE LE MIEUX ADAPTÉ AU BESOIN INDIVIDUEL IDENTIFIÉ

La relation au médecin constitue le principal support des différentes étapes du traitement de substitution et de tout autre traitement nécessaire à l'usager. Elle doit satisfaire les attentes et surmonter les difficultés dans le parcours de substitution. Fortement investie par les usagers, cette relation se présente comme un espace de négociations, d'ajustements du traitement et de l'attention portée à la personne dans ses difficultés au quotidien.

Pour le médecin, la mise en place du traitement de substitution peut viser la stabilisation de la santé et de la situation sociale de l'usager, l'arrêt des consommations, l'insertion sociale et professionnelle... La relation soignant-soigné s'adapte à la diversité et l'instabilité des situations des usagers au cours du traitement de substitution.

Pour l'usager, le traitement de substitution n'est pas un traitement au long cours comme les autres. Pour faire face aux aléas qui jalonnent sa vie et ses tentatives de s'en sortir, l'usager doit bénéficier d'un traitement régulièrement réajusté en particulier en ce qui concerne les dosages.

Le groupe d'experts recommande une plus grande prise en compte de la dimension chronique de la dépendance, de la durée de son traitement et des étapes de cette prise en charge à travers la mise en place d'un véritable projet

thérapeutique. Une actualisation régulière de la situation des personnes et des objectifs du traitement doit être effectuée au cours du dialogue avec le médecin, afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter les « mésusages ».

ÉLARGIR LA PALETTE DES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES EN PARTICULIER POUR LES POPULATIONS PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE SÉVÈRE

La méthadone et la buprénorphine sont inscrites dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS. La France a été le premier pays à introduire le traitement à la buprénorphine haut dosage (BHD) de façon massive grâce à la médecine de ville. Actuellement, le traitement par la méthadone ne peut pas être initié par les médecins généralistes en France.

Dans plusieurs pays, la prescription de haut dosage de buprénorphine (pouvant aller jusqu'à 32 mg/jour) est effectuée pour les usagers ayant une dépendance sévère et pour lesquels une prescription de méthadone n'est pas possible (interactions médicamenteuses).

Certains usagers présentant une dépendance sévère et ayant subi de multiples échecs thérapeutiques ont des difficultés à passer d'un produit à action courte (héroïne) à un produit à action longue (traitement de substitution). Ils éprouvent également des difficultés à remplacer une substance injectable par une substance orale. Quelques pays ont montré l'efficacité de « l'héroïne médicalisée » par injection comme option thérapeutique pour des usagers dont les traitements de substitution ont échoué.

Le groupe d'experts recommande d'adapter le traitement de la dépendance aux besoins identifiés du patient et pour cela de pouvoir diversifier les options thérapeutiques. Tout d'abord, il recommande de développer l'accès à la méthadone dans tous les départements. En fonction des résultats de l'essai Méthaville, la primo-prescription de la méthadone pourrait être assurée en médecine de ville par des médecins volontaires, formés et habilités à cette prescription. Pour les patients avec une dépendance sévère, les plus à risque de transmission du VIH, VHC, VHB et qui ne peuvent pas être traités par la méthadone pour des raisons médicales, le groupe d'experts préconise d'envisager (après évaluation) dans un cadre médical strict, d'autres options thérapeutiques : dosages supérieurs de buprénorphine, d'autres formulations de médicaments de substitution déjà utilisées ailleurs (inhalation), et également l'héroïne médicalisée pour disposer d'une option de traitement par injection.

DÉVELOPPER DES STRATÉGIES DE SUIVI MÉDICAL ET SOCIAL DES USAGERS

La promotion et l'accessibilité au dépistage du VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogue, injecteurs ou non, sont à intégrer dans la stratégie de réduction des risques. La mise à disposition de kits de dépistage rapide pour le VIH, le micro-prélèvement pour le VHC, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et la proposition d'une vaccination contre l'hépatite B

sont autant de propositions qui favorisent l'entrée de l'utilisateur dans le parcours de soins.

Outre les infections virales chroniques (VHC, VIH, VHB, VHD), la consommation d'alcool, de tabac, les maladies psychiatriques, les infections notamment cutanées sont des comorbidités, fréquentes dans la population des usagers de drogues et leur repérage doit être considéré comme une priorité. Une mesure non invasive de la fibrose du foie peut maintenant être effectuée par le FibroScan et cette mesure peut également constituer une incitation à entrer dans un parcours de soins.

Le groupe d'experts préconise de proposer systématiquement un dépistage (et re-dépister au moins une fois par an) du VIH, VHC, VHB à tous les usagers de drogues dans les dispositifs de première ligne ainsi que dans tous les lieux fréquentés par les usagers (et en particulier lors de la prescription de TSO). Les équipes doivent être sensibilisées au dépistage des affections virales et être formées à l'évaluation des typologies générales des pathologies psychiatriques et des situations nécessitant une orientation en psychiatrie.

Le groupe d'experts recommande des prises en charge adaptées, concomitantes et multidisciplinaires. Pour se rapprocher de l'utilisateur, il préconise de mettre en place dans chaque département un centre de consultations ambulatoires « tout compris » intégré au Csapa, offrant des prestations allant du dépistage au traitement des hépatites virales et de l'infection à VIH avec la possibilité de vaccination antivirale B.

Le groupe d'experts rappelle que le traitement s'inscrit dans une prise en charge globale somatique, psychologique et sociale afin d'améliorer le fonctionnement personnel, social et familial du patient. L'accompagnement psychosocial doit être considéré comme un aspect supplémentaire et nécessaire de tout traitement.

PRÉVENIR LE PASSAGE À L'INJECTION ET PROMOUVOIR DES MODES D'ADMINISTRATION À MOINDRE RISQUE

Les données de la littérature indiquent que les contaminations par le VIH/VHC surviennent tôt dans les trajectoires des usagers, probablement au cours des deux premières années d'injections. En France, on observe un rajeunissement de l'âge à la première injection qui s'accompagne d'une diversification des caractéristiques sociodémographiques, des profils de consommation et des modes d'entrée dans l'injection parmi les jeunes usagers. L'initiation constitue une période particulièrement sensible et critique dans la mesure où la façon dont une personne est initiée influence sa pratique et ses prises de risques ultérieures.

Compte tenu de la plus forte contagiosité du VHC, le développement de stratégies visant à réduire la fréquence d'injection, prévenir ou différer son initiation, faire en sorte qu'elle se déroule dans des contextes moins risqués

devrait permettre de soutenir une politique de lutte contre le VHC. La prévention du passage à l'injection et la promotion de modes d'administration à moindres risques constituent des approches complémentaires dans le dispositif existant.

Dans cette perspective, plusieurs pays ont expérimenté une approche fondée sur une intervention dite brève. Les résultats positifs observés se traduisent par une modification de comportements (réduction du nombre d'initiations, réduction du nombre d'injections, diminution des pratiques à risque lors de la préparation de l'injection).

En compléments des approches classiques d'information, d'éducation et de communication, le groupe d'experts recommande de développer des interventions brèves avec pour objectifs la prévention du passage à l'injection, la réduction des risques liés à l'injection ou la transition vers d'autres modes d'administration jugés à moindres risques. Pour être efficaces, ces stratégies d'intervention doivent être adaptées et appropriées aux circonstances et aux pratiques individuelles et prendre en compte l'environnement social des usagers.

SPÉCIFIER UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES FEMMES

Les populations féminines usagères de drogues présentent des risques particuliers : violence, prostitution, risques sexuels, grossesse. Le nombre de jeunes consommatrices de moins de 25 ans est en augmentation dans les structures de première ligne. Cependant, les femmes qui ont des enfants se présentent moins souvent que les hommes dans les lieux de soins, elles craignent le retrait de la garde des enfants et préfèrent « se débrouiller » seules sans cure ni traitement. Le placement des enfants dont la mère consomme des substances se traduit, en l'absence d'accompagnement spécifique, par la rupture pure et simple du lien entre la mère et l'enfant.

Tous les produits sont potentiellement dangereux pendant la grossesse et les polyconsommations accroissent les dangers pour le fœtus. Les conséquences périnatales sont particulièrement graves : prématurité, souffrance fœtale, mort *in utero*, syndrome de sevrage néonatal, mort subite du nourrisson, troubles de la relation mère-enfant. Cependant, un arrêt brutal, en particulier d'opiacés, peut être fatal pour le fœtus. Il est donc recommandé de proposer un traitement de substitution adapté qui favorise un meilleur suivi de la grossesse et de l'addiction. Diminuer ou interrompre ce traitement risque d'entraîner la prise de substances plus dangereuses pour le fœtus comme l'alcool (le syndrome d'alcoolisation fœtale). Déjà en 2004, une Conférence de consensus avait recommandé de ne pas réduire ou stopper les traitements lors de la grossesse : « Les femmes doivent être bien équilibrées en fin de grossesse et dans la période du post-partum, quitte à augmenter la posologie. Une posologie insuffisante du traitement de substitution favorise la consommation d'autres produits psychotropes, et tout particulièrement d'alcool et de

tabac. De plus, la modification de la pharmacocinétique de la méthadone en fin de grossesse peut nécessiter une augmentation transitoire de posologie, en s'aidant si nécessaire des résultats de dosages plasmatiques ».

Le groupe d'experts recommande que les besoins des femmes soient reconnus dans les dispositifs de première ligne et centres de soins pour toxicomanes, de façon à leur offrir des services prenant en compte leurs risques spécifiques comme les grossesses non désirées, la perte de la garde de leurs enfants, les violences conjugales et les risques infectieux ainsi que les risques spécifiques pour l'enfant à naître en cas de grossesse. Il préconise de développer des programmes de prise en charge globale médico-sociale s'inscrivant dans la durée au-delà de la période de grossesse et des lieux d'accueil mère-enfant.

DÉFINIR UNE POLITIQUE DE SOINS ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire doit être considérée comme un enjeu important de santé publique. L'OMS soulignait dès 1993 l'importance de garantir pour chaque détenu le droit à un accès aux soins et à la prévention, identique à celui en milieu libre. En France, depuis 1994, l'organisation des soins aux détenus est intégralement transférée du ministère de la Justice au service public hospitalier. La circulaire de 1996 a permis en France de poser en milieu pénitentiaire les bases d'un dispositif de réduction des risques avec l'avènement des traitements de substitution aux opiacés et les progrès de la lutte contre le sida. Cependant, la question se pose de savoir si ce dispositif tel qu'il fonctionne actuellement est suffisant.

Considérés comme une mesure essentielle dans la lutte contre les risques infectieux en prison, les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits en détention en France depuis 1996. Les études menées en prison ont montré un effet des traitements illustré par la diminution de la pratique d'injection et du partage du matériel, la baisse de la mortalité, la baisse du nombre d'incarcérations, le maintien dans un parcours de soins, après l'incarcération et une réduction des troubles du comportement en détention.

On constate une très grande hétérogénéité dans la dispensation des traitements de substitution. La proportion d'entrants et de détenus sous traitement de substitution, en augmentation, atteint 10 % des détenus actuellement. Dans de nombreux établissements pénitentiaires, il n'existe pas d'initiation de traitements de substitution aux opiacés ni par buprénorphine haut dosage (BHD) ni par méthadone malgré l'élargissement de la primo-prescription de méthadone à l'ensemble des praticiens des établissements publics de santé. Des pratiques courantes et croissantes de pilage, voire de mise en solution, de la buprénorphine haut dosage, compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques et traduisent la difficulté des équipes intervenant en détention à se

situer entre soin et pression sécuritaire. Le groupe d'experts insiste sur l'importance de l'initiation des traitements à l'entrée en détention et de leur dispensation sans rupture au cours de la détention. Il préconise de définir pour chaque détenu pris en charge un projet thérapeutique adapté à la sévérité de sa dépendance avec des posologies suffisantes et des durées de traitement suffisamment longues afin de permettre un maintien dans une filière de soins après l'incarcération. Il recommande des actions de formation pour le personnel soignant et des effectifs suffisants pour aboutir à une plus grande homogénéité des traitements en milieu carcéral.

Les traitements antirétroviraux pour le VIH et les traitements de l'hépatite C, en réduisant le réservoir viral, peuvent également être considérés comme participant à la réduction des risques infectieux puisque les prévalences de ces virus sont élevées en prison. Le dépistage des affections virales reste encore limité en milieu pénitentiaire, les consultations spécialisées insuffisantes dans beaucoup d'établissements (hépatologie, infectiologie, addictologie...). Le groupe d'experts insiste pour que les stratégies de dépistage du VIH, VHB, VHC et des infections sexuellement transmissibles soient améliorées, qu'il soit possible de réitérer facilement ce dépistage en cours de détention, en particulier avant la sortie et que la vaccination contre l'hépatite B pour les entrants non protégés soit proposée selon un calendrier vaccinal accéléré.

Les données récentes de l'étude Coquelicot (2006) montrent que des pratiques à risques infectieux perdurent en détention. Parmi les usagers de drogues incarcérés au moins une fois dans leur parcours, 12 % ont pratiqué l'injection en détention et 1 sur 3 a partagé son matériel d'injection. Par ailleurs, les pratiques de tatouage et de piercing sont fréquentes en prison parmi les usagers de drogues. La distribution d'eau de Javel, d'autres désinfectants et de préservatifs masculins avec lubrifiants est effectuée de manière partielle dans la plupart des prisons mais le plus souvent sans information à visée de réduction des risques. Une cinquantaine de prisons (établissements à forte concentration d'usagers de drogues) dans 12 pays d'Europe de l'Est ou de l'Ouest ont expérimenté une mise à disposition de seringues (accès anonyme ou remise en main propre par des personnels soignants ou des intervenants extérieurs). Dans certains pays ou établissements, il existe également une distribution de matériel renouvelable d'usage de drogues autre que les seringues (pailles, tampons alcoolisés, matériel à inhaler...), de matériel de piercing et tatouage stérile, de préservatifs féminins.

Le groupe d'experts recommande en premier lieu que conformément aux recommandations de l'OMS, le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué. Il recommande par ailleurs, après un état des lieux des pratiques à risques en milieu carcéral, de pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel sans guide d'utilisation, insuffisance d'accès aux préservatifs, non prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements

fréquents en milieu pénitentiaire (sniff, tatouage, injections...), absence d'accès au matériel stérile.

La méconnaissance par les personnels intervenant en prison et par les détenus des enjeux sanitaires associés à certaines pratiques à risques conduit à suggérer que toute action nouvelle de réduction des risques en milieu carcéral soit précédée d'un travail de préparation et d'explication destiné à repérer les représentations et les modifier, et permettre l'adhésion des différentes catégories d'intervenants. Des actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels intervenant en détention devraient également permettre leur adhésion à une approche plus globale de la réduction des risques.

SENSIBILISER, FORMER ET COORDONNER LES DIFFÉRENTS ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'inscription territoriale de la mise en place d'un dispositif visant à réduire les risques liés à l'usage de drogues ne se fait pas sans susciter un débat entre ceux qui mettent en place l'action publique et les riverains de ce dispositif. Par ailleurs, les forces de police qui interviennent sur le territoire d'implantation d'un dispositif, souvent mal informées, peuvent entraver l'accès des usagers. Les intervenants de rue (agents de proximité, animateurs de prévention, travailleurs de rue) sont des acteurs-relais chargés d'entrer en contact avec des usagers exclus du système de soins, afin de les réinscrire, à terme, dans le système de droit commun. Dans le même temps, ils doivent instaurer de bonnes relations avec le voisinage et les autres professionnels intervenant auprès des usagers de drogues à l'échelle du quartier.

Des formations communes des différents acteurs des champs sanitaire, social et judiciaire doivent être organisées au niveau territorial. Une des missions des agences régionales de santé publique (ARS) est de définir et financer des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies. Dans le cadre de la réduction des risques, la formation des forces de police, magistrats et employés des services judiciaires doit être organisée car, comme l'ont montré les études, un renforcement de la répression s'accompagne chez les usagers de drogues d'une augmentation des comportements nocifs. Les ARS doivent assurer une répartition territoriale de l'offre de soins permettant de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre un schéma d'organisation médico-sociale. Il serait important qu'une animation régionale inter-professionnelle ait lieu dans le champ des addictions ; dans des sessions de formation, seraient abordées les connaissances sur l'évolution des produits, des usages (aspects internationaux, nationaux, régionaux), les stratégies de prévention, de réduction des risques et de soin. L'objectif principal est de donner une culture commune en diffusant des données validées et d'éviter les cloisonnements et la mise en œuvre d'actions inappropriées (inutiles ou dangereuses) fondées sur des opinions subjectives.

Le groupe d'experts recommande de coordonner les acteurs en France, susceptibles d'intervenir dans ce champ : répertoire des réseaux, connaissance et agrément des médecins généralistes et pharmaciens, liste des associations... Il recommande également de prévoir des missions de médiation auprès des habitants des quartiers pour faciliter l'installation et l'acceptation des structures et des actions entreprises.

Développer des recherches

PÉRENNISER ET AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE EXISTANT

La France s'est dotée depuis une quinzaine d'années d'un ensemble d'outils de surveillance des consommations de drogues parmi les plus performants en Europe : Baromètre Santé (Inpes) ; enquête Escapad (OFDT) ; enquête Espad (OFDT/Inserm) ; enquête Recap (OFDT) ; Ena-Caarud (OFDT) ; Trend-Sintes (OFDT) ; Coquelicot (InVS). Cet ensemble permet de documenter actuellement les grandes évolutions des usages de drogues et de certaines conséquences sanitaires et sociales.

Cependant, la plupart de ces enquêtes concernent l'évolution des produits consommés et très peu l'évolution des modalités d'usages. Par ailleurs, ce dispositif de surveillance n'offre que très peu de données sur les nouveaux injecteurs et sur les maladies infectieuses autres que celles fournies par les déclarations des usagers eux-mêmes.

Le groupe d'experts recommande de pérenniser les moyens nécessaires au maintien des dispositifs nationaux existants. Il préconise que les nouvelles études et enquêtes permettent de connaître le nombre de nouveaux injecteurs (ayant initié cette pratique depuis moins de deux ans) ou d'injecteurs âgés de moins de 25 ans (selon les normes des enquêtes de l'OECD).

Afin d'obtenir un suivi rigoureux de la prévalence des maladies infectieuses en particulier du VHC, le groupe d'experts recommande d'intégrer dans les dispositifs de surveillance nationaux la détermination de cette prévalence par des marqueurs biologiques. La consommation d'alcool ayant des conséquences sanitaires importantes en ce qui concerne les hépatites, le groupe d'experts recommande de systématiser le questionnement sur les consommations d'alcool dans les enquêtes et études chez les usagers de drogues.

Les comparaisons entre différentes études et l'établissement de tendances évolutives des épidémies de VIH et de VHC dans la population des usagers de drogues sont rendues difficiles en raison de la diversité des périodes d'étude, de l'origine géographique, des populations étudiées, des modalités d'enquête, de la méthode d'analyse statistique et également des modalités de présentations des résultats. Le groupe d'experts recommande l'utilisation de standards conceptuels et méthodologiques européens dans tout projet d'étude en

France. Il préconise une concertation des organismes producteurs de données et la mise à disposition (sur Internet) des données produites avec des indicateurs communs validés.

CONDUIRE DES TRAVAUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Il n'existe pas de données récentes sur l'usage de drogues en milieu carcéral. L'étude Resscom de 1998-1999, réalisée auprès des sortants de prisons, souligne la réalité de l'usage de substances psychoactives en détention : consommation de drogues illicites (moins fréquente qu'en milieu libre) et surtout de médicaments psychotropes et de traitements de substitution aux opiacés (TSO) détournés de leur usage. Dans l'étude Coquelicot (2004), 12 % des sujets interrogés, ayant été incarcérés, révèlent des pratiques d'injection pendant la détention. Dans le cadre de l'étude Pri²de, 32 % des établissements déclarent avoir fourni des soins pour des abcès liés à des pratiques d'injection (pouvant néanmoins être antérieurs à l'incarcération).

Si la prévalence du VIH et du VHC est plus élevée en milieu carcéral qu'en milieu libre, l'incidence de nouvelles contaminations n'est pas connue. De nombreuses pratiques à risque infectieux existent en prison et ne se limitent pas à l'injection. L'incarcération constitue un facteur de risque à part entière : le risque relatif de VHC est multiplié par 10 et le risque relatif de VHB multiplié par 4.

L'ancienneté des données épidémiologiques, les écueils méthodologiques dans leur recueil (auto-déclaration, données agrégées, échantillons limités) ainsi que le peu de connaissance de la réalité des pratiques à risque en détention conduisent le groupe d'experts à recommander des travaux épidémiologiques réguliers et méthodologiquement fiables portant sur l'usage de substances psychoactives à l'entrée et en détention ainsi que sur les prévalences et incidences des infections virales et sexuellement transmissibles.

Sur un plan qualitatif, il conviendrait d'identifier les pratiques à risque en détention en interrogeant les détenus mais également les professionnels exerçant en prison. Il n'existe pas de données concernant le sniffing en détention (bien que ce soit probablement le principal mode de mésusage des détenus substitués par la buprénorphine haut dosage). Le groupe d'experts préconise de réaliser un état des lieux identifiant et explorant la réalité des comportements à risque en détention afin d'expérimenter des interventions adaptées à ces pratiques à risque.

MIEUX CONNAÎTRE PAR DES ÉTUDES DE TERRAIN LES BESOINS DES USAGERS DE DROGUES POUR ADAPTER LES OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES

Des études montrent que certaines populations d'usagers de drogues sont particulièrement exposées au risque infectieux et confrontées à des problèmes spécifiques. Il s'agit, par exemple, des femmes confrontées à leur partenaire

également usager de drogues, des détenus n'ayant pas accès aux outils de réduction des risques, des populations précaires ou migrantes sans logement, des personnes avec des comorbidités psychiatriques ou encore des primo-injecteurs. Ces populations sont difficiles à identifier ou à joindre car elles sont peu en contact avec les dispositifs de réduction des risques et de soins. Elles ont souvent des difficultés linguistiques ou de compréhension et des conditions de vie mal connues.

Par exemple, les besoins des femmes toxicomanes enceintes et avec enfants sont peu explorés dans le contexte français. Des recherches prenant en compte la parole des femmes et explorant leur trajectoire de vie, non seulement en termes d'addiction ou de risques, mais également comme femmes ou mères sont à promouvoir. La parentalité de manière générale chez les usagers de drogues, tant hommes que femmes, gagnerait à être mieux connue, afin d'évaluer les besoins qui en découlent et les prises en charge les plus adaptées.

Le groupe d'experts propose de privilégier des recherches articulant approches quantitative et qualitative permettant d'aborder les contextes d'existence, les modes et parcours de vie des usagers afin de cerner leurs besoins et d'y répondre par des interventions adaptées. Il préconise de développer des recherches-actions qui s'appuient sur l'expérience et le savoir des acteurs de terrains, des associations intervenant dans le champ, celles représentatives d'usagers. La mise en réseau avec des équipes de recherche académique s'avère indispensable pour aboutir à l'évaluation d'outils et de stratégies de réduction des risques adaptés aux évolutions.

ÉVALUER LES NOUVEAUX OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES

Afin d'être efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les évolutions des pratiques (produits, modalités de consommations) et des profils des consommateurs ainsi que l'évolution des contextes de consommations.

Au cours des dernières années, la consommation de cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamine a augmenté quel que soit le mode d'usage (injecté, sniffé, fumé). Les consommations sont fréquemment associées et l'usage de cannabis presque toujours présent. Cette diversité des consommations s'observe également dans l'espace festif, en particulier l'espace festif techno « alternatif ». Dans la population des usagers de drogues non injecteurs, la prévalence du VHC est plus élevée que dans la population générale. Ceci conduit à s'interroger sur des vecteurs de transmission en dehors de la pratique d'injection. Par exemple, le partage de la pipe à crack et les étapes de préparations (fabrication du filtre) sont suspectés comme des voies possibles de contamination.

Des outils de réduction des risques adaptés à ces nouvelles pratiques s'avèrent donc indispensables. Le groupe d'experts recommande d'évaluer de nouveaux

outils avec une approche scientifique. Cette évaluation doit porter en particulier sur la composition de kits pour réduire les risques liés à l'inhalation de crack.

L'utilisation détournée de buprénorphine (BHD) sous forme d'injection concerne 15 % des patients qui sont sous traitement et également d'autres usagers. Cette pratique peut conduire à des complications sanitaires graves liées aux excipients injectés. L'utilisation de filtres à usage unique permet d'éliminer en particulier les particules responsables de ces événements sanitaires fatals et de minimiser les risques associés à cette pratique. Ces outils sont donc à évaluer dans la panoplie de mesures de réduction des risques disponibles pour les usagers qu'ils soient substitués ou non.

Diverses interventions concernant l'accompagnement à l'injection ou l'éducation aux risques liés à l'injection doivent faire l'objet également d'une évaluation. Ces interventions s'inscrivent dans une démarche d'évaluation participative et de mutualisation des savoirs, favorisant la responsabilité des individus concernés et l'implication des pouvoirs publics.

MENER DES ÉTUDES PERMETTANT D'ÉVALUER DES DISPOSITIFS INCLUANT UN ENSEMBLE D'OUTILS VALIDÉS

Les programmes de réduction des risques (programme d'échange de seringues, traitements de substitution aux opiacés) évalués de manière isolée présentent une efficacité certaine sur des paramètres proximaux (comportements à risque) et beaucoup plus modeste sur les paramètres distaux (incidence/prévalence VIH ou VHC). Les études ont montré que l'efficacité est renforcée lorsque plusieurs programmes sont associés. Ainsi récemment, pour la première fois l'étude sur la cohorte d'Amsterdam a pu mettre en évidence que la combinaison des programmes d'échange de seringues avec les traitements de substitution aux opiacés avait un effet sur l'incidence du VHC.

Les interventions préconisant une transition vers des modes d'administration de drogues à moindres risques sont également à intégrer dans le dispositif et à évaluer comme aide complémentaire. Depuis une dizaine d'années se sont développées des interventions dites « brèves » ciblant à la fois les individus et les contextes sociaux à travers le développement de compétences psychosociales spécifiques. Ces interventions montrent des résultats positifs en termes de changements de comportements (réduction du nombre d'injections et d'initiations, transition vers des pratiques à moindre risque). Le programme anglais *Break the cycle* se focalise sur les aspects psychosociaux de l'injection, notamment au cours de la période d'initiation. Initialement développé dans le cadre d'une intervention structurée en face à face, ce programme est aisément modulable, notamment en vue d'une approche en groupe ou par les pairs. Il propose par exemple aux usagers de drogues par injection de travailler auprès de leurs pairs non injecteurs en vue de les dissuader de commencer à s'injecter.

Le groupe d'experts recommande d'évaluer différents dispositifs intégrant plusieurs programmes en recherchant la meilleure combinaison de services afin de répondre au mieux aux besoins des usagers et aux évolutions de leur trajectoire.

Pour le décideur public, l'argument économique peut représenter un point fort pour la mise en place de dispositifs de santé. Le groupe d'experts recommande que les études d'évaluation des outils et des dispositifs de réduction des risques intègrent un volet économique quand leur méthodologie le permet. Il est ainsi attendu que les outils et dispositifs de réduction des risques fassent l'objet d'analyses de coût-efficacité, de coût-utilité ou de coût-bénéfice dans le but d'appréhender leur bien-fondé économique.

ÉVALUER DES PROGRAMMES DE MÉDIATION

Les contestations face à la mise en place d'actions de réduction des risques sont souvent extrêmement violentes (plaintes répétées, dégradations, violences, plus rarement actions en justice) et conduisent à l'engagement des acteurs politiques (soit pour défendre, soit pour contester aux côtés des riverains). Face à des contestations riveraines durables ou récurrentes, les types de médiations proposées sont relativement variés (travail de rue, réunions publiques, participation à des comités techniques sur sites) mais il n'existe pas de guide de bonnes pratiques.

Pourtant, il serait nécessaire d'identifier et de répertorier les différentes formes de médiation mises en place en France et en Europe face à des contestations d'actions de réduction des risques par exemple par la comparaison de plusieurs quartiers ayant connu des conflits d'usage ou d'implantation ou par des enquêtes approfondies qui iraient de l'identification de l'émergence de conflits jusqu'à leur mode de règlement éventuel.

Le groupe d'experts recommande d'évaluer des programmes de médiation afin que les actions menées en direction des riverains ou de l'environnement visent l'acceptabilité.

DÉVELOPPER DES RECHERCHES CONCERNANT LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE LA DÉPENDANCE SÉVÈRE

En France, il existe principalement deux options thérapeutiques pour la dépendance aux opiacés : le traitement par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage (Subutex). D'autres options thérapeutiques s'avèrent indispensables pour la dépendance aux stimulants ainsi que pour les dépendances sévères aux opiacés résistantes aux traitements classiques.

Le groupe d'experts recommande de poursuivre les recherches sur les traitements pharmacologiques pour la dépendance aux stimulants (cocaïne, amphétamines, crack), et de mettre en place des recherches cliniques et

thérapeutiques pour les co-dépendances. Il préconise d'évaluer la mise en œuvre d'autres traitements non encore disponibles en France tels que la buprénorphine et/ou la méthadone injectable ou inhalable ou encore de comparer, dans des essais randomisés, l'héroïne médicalisée à la méthadone orale et à la buprénorphine haut dosage afin d'élargir la palette d'options thérapeutiques pour les usagers présentant des dépendances sévères.

PROMOUVOIR UNE RECHERCHE COORDONNÉE EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS ET DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

À ce jour, les recherches dans le domaine des addictions et de la réduction des risques effectuées en France sont éclatées, non coordonnées et manquent de financement dédié. La France ne dispose pas, à l'instar d'autres pays (Royaume-Uni, Australie, États-Unis...), d'une institution en mesure de susciter, initier, coordonner et financer des projets de recherche dans ce domaine.

Le groupe d'experts préconise la création d'une coordination des différentes équipes (secteur académique et acteurs de terrain) travaillant dans le champ des addictions et de la réduction des risques. Ceci permettrait d'évaluer les besoins de recherche dans ce domaine des addictions et de la réduction des risques liés à toutes les formes de dépendances (alcool, tabac, drogues licites et illicites, jeu...), d'ouvrir des appels d'offres cohérents en épidémiologie, sciences humaines et sociales, en clinique et recherche fondamentale. Le groupe d'experts recommande que le budget alloué aux actions et structures dans le champ des addictions comprenne une part réservée à l'évaluation et à la recherche prenant en compte le point de vue des associations opérant dans ce champ et celui des associations représentatives des usagers.

Communications

Usage de drogue et réduction des risques en Europe

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) collecte et analyse des données provenant des 27 États membres de l'Union Européenne (UE), ainsi que de deux pays candidats (Croatie et Turquie) et de la Norvège. Des points focaux nationaux – comme l'OFDT en France – transmettent chaque année à l'OEDT des données standardisées ainsi que des informations plus qualitatives portant sur cinq indicateurs clefs épidémiologiques⁶⁶, sur les interventions et politiques mises en place par les États européens pour répondre aux problèmes liés à la drogue, ainsi que sur le marché des substances illégales. L'ensemble de ces informations est synthétisé et publié dans le rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe (EMCDDA, 2009a), ainsi que dans différentes autres publications accessibles sur le site Internet de l'OEDT⁶⁷.

Les données présentées dans cette communication tracent un bref aperçu de la situation européenne dans quatre domaines :

- l'usage de drogue ;
- l'usage problématique de drogue tel que défini par l'OEDT⁶⁸ ;
- la mortalité et la morbidité liées à la drogue ;
- la réduction des risques.

Des sources de données différentes sont mises à contribution pour chacun de ces thèmes. Ainsi, la description de l'usage de drogue s'appuie sur les grandes enquêtes en population générale ou scolaire, ainsi que sur certaines données relatives au marché des drogues. L'usage problématique de drogue est décrit à l'aide des estimations indirectes de la prévalence de ce type d'usage ainsi que de données provenant des centres de traitement. La mortalité et la morbidité peuvent s'analyser à l'aide de registres de décès et de maladies, d'enquêtes de prévalence ou encore au travers d'études longitudinales, même si celles-ci restent rares en Europe. Finalement, les données concernant la réduction des risques s'appuient sur des collectes de données quantitatives et qualitatives sur le type et la quantité de mesures mises en place dans les pays européens. Le Bulletin Statistique de l'OEDT permet un accès direct à la majorité des

66. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.

67. <http://www.emcdda.europa.eu/>.

68. L'usage de drogue par injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines.

L'OEDT estime qu'aujourd'hui 13 millions d'Européens (3,9 %) ont déjà pris de la cocaïne et que 4 millions (1,2 %) l'ont fait durant la dernière année. L'essentiel de ces consommateurs (3 millions) se trouve ici aussi chez les jeunes gens âgés entre 15 et 34 ans où la prévalence annuelle atteint 2,2 %.

Environ 1,5 million de jeunes européens âgés entre 15 et 34 ans (1,1 %) ont consommé des amphétamines durant la dernière année et environ 2 millions d'entre eux (1,6 %) ont consommé de l'ecstasy. Ces chiffres sont stables ou en légère baisse depuis quelques années mais il est possible que cette situation reflète le remplacement de ces substances par d'autres (cocaïne, 1-benzylpipérazine ou BZP) et ne constitue donc pas en soi une baisse de la consommation de stimulants.

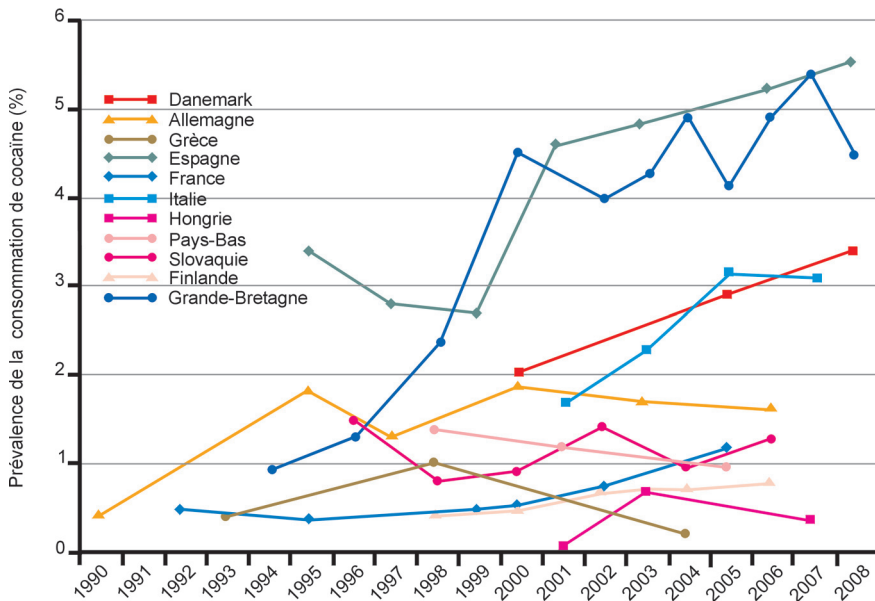


Figure 2 : Tendances de la consommation de cocaïne durant la dernière année chez les jeunes âgés entre 15 et 34 ans (uniquement les pays avec trois enquêtes successives ou plus)

Le marché des drogues a aussi connu des transformations ces dernières années, notamment au travers du développement de commerces sur Internet proposant des substances présentées comme alternatives légales à certaines drogues existantes. Une simple recherche par mots-clefs a ainsi permis d'identifier en Europe 115 de ces commerces en ligne proposant plusieurs centaines de produits différents. Parmi ceux-ci figurent aussi des mélanges d'herbes comme *Spice*, un produit qui a été identifié dans 21 pays européens et dont certains échantillons contenaient des cannabinoïdes de synthèse (EMCDDA, 2009b). Ce développement reflète la volonté et la capacité technologique des producteurs et vendeurs de développer des produits qui ciblent les habitudes des

consommateurs tout en tentant d'échapper aux mesures de contrôle. Il n'existe pas encore de données fiables sur la consommation ou la vente de ce type de produits, mais leur prix compétitif, la qualité du marketing (emballages, sites Internet) et le nombre de revendeurs pourraient indiquer que le marché n'est pas négligeable.

Usage problématique de drogue

L'usage problématique de drogues se définit comme l'usage de drogues par injection et/ou l'usage régulier sur une longue période d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Une majorité de pays européens ont produit récemment, à partir de différentes méthodes (capture-recapture, multiplicateurs...), des estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes. Sur la base de ces données, il est possible d'estimer que la prévalence au niveau européen se situe entre 3,6 et 4,6 cas pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 64 ans, soit entre 1,2 et 1,5 million d'usagers d'opiacés à problèmes au total. Certains groupes, principalement les usagers de drogue incarcérés, sont toutefois sous-estimés dans ce nombre.

Les estimations indirectes de la prévalence de la consommation de drogues par voie intraveineuse sont malheureusement moins nombreuses. Sur la base des études récentes disponibles (figure 3), on peut estimer que la prévalence au niveau européen se situe entre 2,2 et 3 cas pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 64 ans, soit environ entre 750 000 et un million d'usagers de drogue par injection, toutes drogues confondues (EMCDDA, 2010a). Ici aussi, les usagers incarcérés sont sous-représentés.

Les estimations de prévalence, en raison de leur faible fréquence et des différences de méthodes, ne permettent qu'une analyse rudimentaire des tendances de l'usage d'opiacés et de l'injection de drogue. C'est pourquoi l'OEDT a aussi recours à d'autres indicateurs qui permettent d'aborder cette question de manière indirecte.

Les données relatives à l'usage d'opiacés montrent depuis 2003-2004, une inversion de tendance avec désormais une stabilisation ou une hausse de la plupart des indicateurs. Ceux-ci incluent le nombre et la proportion d'usagers d'héroïne parmi les personnes entrant en traitement pour la première fois (figure 4), le nombre de décès par overdose (dont la grande majorité sont liés à l'usage d'opiacés), le nombre de saisies d'héroïne, ainsi que les interpellations liées à cette substance. Cette convergence de différents indicateurs a conduit l'OEDT à inviter les États européens à la vigilance et à ne pas réduire leurs efforts pour lutter contre les problèmes liés aux opiacés. Ces derniers constituent toujours la majeure partie des problèmes de drogue en Europe.

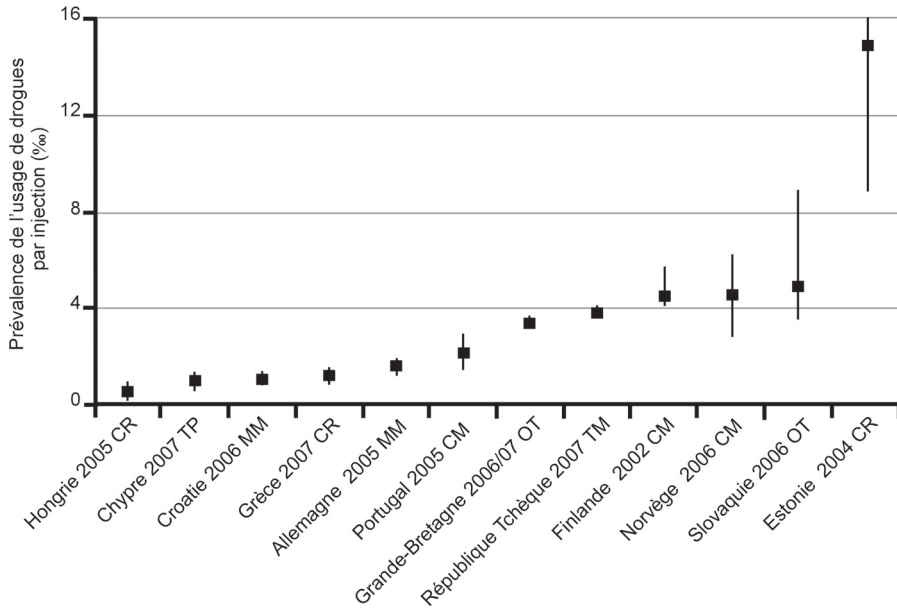


Figure 3 : Estimations de la prévalence de l'usage de drogue par injection (taux pour 1 000 âgés entre 15 et 64 ans), 2002 à 2007 (dernière étude disponible)

Le symbole indique une estimation de pourcentage; un trait indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95%, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standard ont été utilisées dans les études émanant de la Finlande (15-54 ans) et de Malte (12-64 ans). Pour l'Allemagne, l'intervalle représente la limite inférieure de toutes les estimations existantes et la limite supérieure de celles-ci, et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit : CR=capture-recapture ; MT=multiplicateur de traitement ; IM=indicateur multivariables ; PT=poisson tronqué ; MM=multiplicateur de mortalité ; MC=méthodes combinées ; AM = autres méthodes

La situation concernant l'usage de drogue par injection est quelque peu différente. Ici, les données provenant des centres de traitement spécialisés indiquent une baisse ou une stabilisation de la proportion des usagers de drogue par injection parmi les usagers d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines qui entrent pour la première fois en traitement (figure 5). Toutefois, la hausse de l'usage d'opiacés mentionnée ci-dessus implique aussi que, dans certains pays, le nombre absolu d'usagers d'opiacés par injection entrant en traitement pour la première fois est en réalité stable ou en hausse.

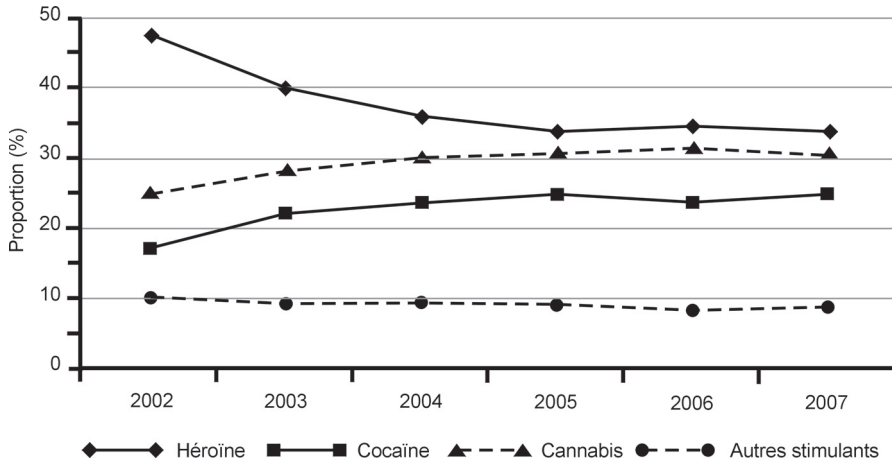


Figure 4 : Tendances chez les personnes entrant en traitement pour la première fois (2002 à 2007) (distribution par drogue principale)

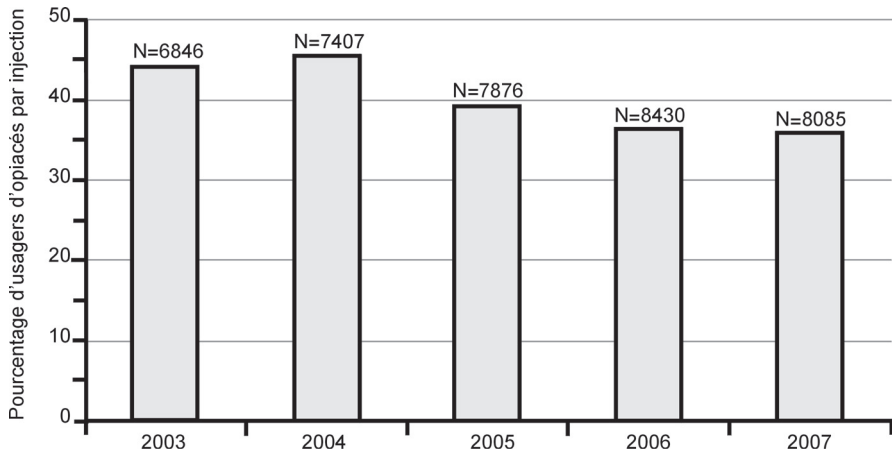


Figure 5 : Proportion d'injecteurs parmi les usagers d'opiacés entrant pour la première fois en traitement ambulatoire (données 2003 à 2007 pour 13 pays européens)

Des estimations de l'usage problématique de cocaïne, d'amphétamines et de méthamphétamines n'ont été faites que dans de rares pays et elles ne permettent pas de faire des extrapolations au niveau européen. Toutefois, l'usage de ces stimulants constitue un élément central de l'usage problématique de drogue dans certains pays. C'est par exemple le cas pour la consommation d'amphétamines en Suède et en Finlande, pour la consommation de méthamphétamines en République Tchèque et en République Slovaque, ou encore pour l'usage de cocaïne en Espagne, aux Pays-Bas, en Italie, en Irlande et au Royaume-Uni. L'usage de crack a quant à lui été principalement rapporté au

Royaume-Uni, mais aussi dans différentes villes européennes incluant Francfort, Paris et Dublin.

Le cannabis ne fait pas partie de la définition utilisée par l'OEDT pour aborder l'usage problématique de drogue mais il est possible de présenter une estimation de l'usage fréquent ou intensif de cette substance. Sur la base de différentes estimations nationales, il y a environ 4 millions d'utilisateurs de cannabis en Europe qui consomment tous les jours ou presque, dont 3 millions sont des jeunes gens âgés entre 15 et 34 ans. Cela représente entre 2 et 2,5 % des individus de cette tranche d'âge.

Mortalité et morbidité

Cette section porte spécifiquement sur la mortalité et les maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue. D'autres types de morbidité (accidents, blessures, autres problèmes de santé mentale...) ne sont pas abordés ou le sont seulement indirectement, notamment en raison de l'insuffisance des données standardisées qui les concernent.

Environ 7 000 à 8 000 décès par overdose sont rapportés chaque année à l'OEDT et des traces d'opiacés sont relevées dans 80 % des cas. Ces décès par overdose représentent environ 4 % de l'ensemble des décès chez les 15-39 ans en Europe. La grande majorité des personnes décédées sont des hommes et leur moyenne d'âge a augmenté au fil des ans.

En termes de tendances, le nombre d'overdoses, après avoir diminué au début des années 2000, affiche depuis 2003 une tendance à la hausse (figure 6), qui pourrait être expliquée par différents facteurs incluant le vieillissement d'une population de consommateurs de longue date et une hausse de la polyconsommation. Différentes études ont aussi montré que les usagers de drogue sortant de prison et ceux interrompant un traitement ont un risque particulièrement élevé de décès (Davoli et coll., 2007 ; Farrell et coll., 2008).

Des études longitudinales de cohorte en Europe ont également montré que les décès par overdose pouvaient représenter entre un cinquième et la moitié de la mortalité totale chez les consommateurs de drogue. Dans les pays avec un taux de prévalence élevé du VIH/sida chez les usagers de drogue, la proportion de la mortalité représentée par les overdoses est souvent la plus faible⁷⁰. S'agissant des autres causes de décès, la littérature indique que les accidents, violences et suicides sont aussi susceptibles d'être responsables d'une fraction importante de la mortalité. Les suicides représentaient ainsi 6 % à 11 % des décès dans certaines études de cohorte récentes.

70. On estime que 2 100 décès liés au VIH/sida imputables à l'usage de drogue par injection ont eu lieu en 2006 en Europe.

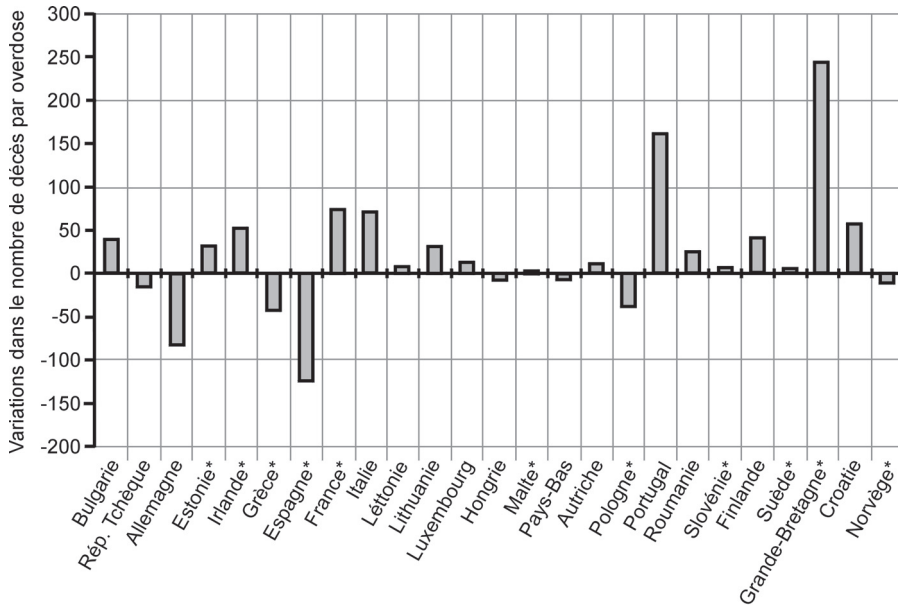


Figure 6 : Changements dans le nombre de décès par overdose entre 2003 et 2006-2007 dans différents pays européens

* Pays avec données de 2006

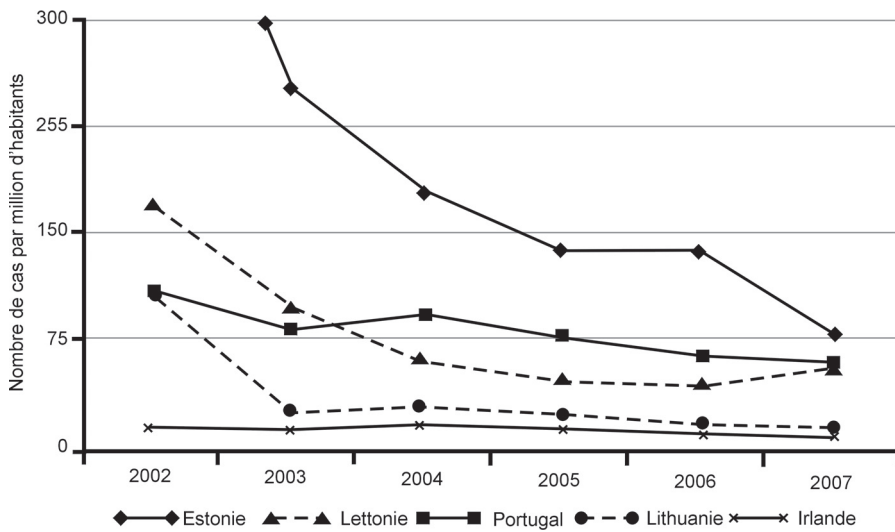


Figure 7 : Tendances dans les nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez des usagers de drogue par injection (taux par million d'habitants) (cinq pays ayant rapporté les taux les plus élevés dans l'UE)

* En Estonie, le taux par million en 2002 était 516

La mortalité totale chez les usagers de drogue à problèmes est généralement de l'ordre de 1 % à 2 %, avec des fluctuations selon la population étudiée. Une étude internationale dans sept zones urbaines en Europe a montré que 10 % à 23 % de la mortalité chez les 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli et coll., 2005).

Environ 3 000 nouveaux cas d'infections par le VIH imputables à l'usage de drogue par injection sont rapportés chaque année (Wiessing et coll., 2009) et on estime qu'il y a environ cent à deux cent mille (ex-)consommateurs de drogue qui sont porteurs du virus dans l'Union Européenne. Depuis quelques années, le nombre de nouvelles infections est en baisse, notamment dans les pays rapportant les nombres et taux de contamination par le VIH les plus élevés (figure 7), et les enquêtes de prévalence chez les usagers de drogues par injection montrent également une situation stable ou en baisse. À l'inverse, la situation dans certains pays frontaliers de l'Union Européenne, comme la Fédération de Russie (11 161 nouveaux cas d'infection rapportées chez des consommateurs de drogue par injection en 2006) et l'Ukraine (7 087 cas en 2007), reste très préoccupante.

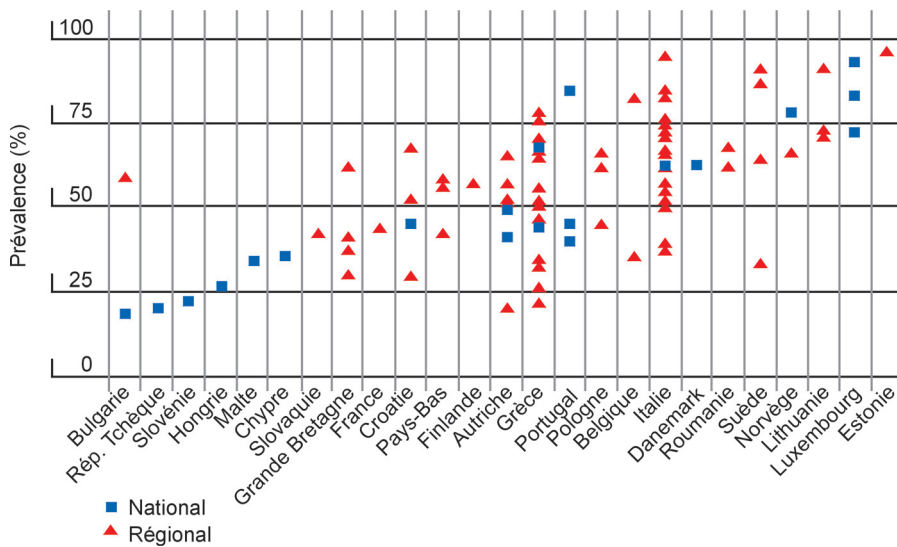


Figure 8 : Estimations de la prévalence des anticorps au VHC chez les injecteurs de drogue (études menées entre 2006 et 2007 avec une couverture nationale ou régionale)

Les enquêtes de prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez des usagers de drogue par injection rapportent des taux variant entre 18 % et 95 % selon les pays ; les taux sont supérieurs à 40 % pour la moitié de ces pays (figure 8). Comme les données provenant des registres des maladies infectieuses sont de qualité inférieure à celles concernant le VIH, il est

difficile d'estimer quelle est la tendance dans ce domaine. Ces données suggèrent toutefois que les usagers de drogue par injection sont, parmi ceux dont les facteurs de risque sont connus, le groupe avec l'incidence la plus élevée du VHC (Wiessing et coll., 2008).

Réduction des risques en Europe

La réduction des risques a fait l'objet d'une recommandation du Conseil de l'Union Européenne⁷¹ invitant les États Membres à se doter d'objectifs et de mesures dans ce domaine. L'actuel plan d'action « drogue » de l'Union Européenne (2009-2012) comporte également un objectif spécifique⁷² et plusieurs actions visant à renforcer la réduction des risques en Europe. Au niveau national, la réduction des risques est aujourd'hui devenue une partie constitutive de la plupart des politiques de lutte contre la drogue, sous la forme d'un pilier spécifique ou d'un ensemble de mesures (Hedrich et coll., 2008).

Les principales mesures de réduction des risques en Europe sont l'échange de seringues, ainsi que les traitements de substitution aux opiacés. D'autres mesures visant les usagers de drogue à problèmes ou les usagers de drogue en milieu festif ont aussi été mises en place mais avec des taux de couverture plus variables. La monographie sur la réduction des risques publiée par l'OEDT au début de l'année 2010 revient en détail sur l'ensemble de ces interventions (EMCDDA, 2010b).

Des programmes d'échange de seringues existent dans tous les États de l'Union Européenne, en Croatie et en Norvège, et le nombre de seringues distribuées par ces programmes continue de croître dans la majorité des pays. Le nombre total de points d'échange et de seringues distribuées varie cependant fortement d'un pays à l'autre. Des comparaisons entre le nombre de seringues distribuées par des programmes spécialisés et le nombre estimé d'usagers de drogue par injection dans le pays indiquent que cela peut varier de moins de 50 seringues par individu à plus de 300 (Norvège). Dans quelques pays européens, les programmes d'échange de seringues ont été complétés par la mise en place de locaux de consommation supervisés (Allemagne, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège)⁷³.

Les traitements de substitution aux opiacés constituent une mesure qui peut avoir, simultanément ou successivement, un objectif de réduction des risques et un objectif thérapeutique. Comme pour l'échange de seringues, cette

71. Recommandation 2003/488/CE du Conseil, du 18 juin 2003, relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie.

72. Garantir l'accès aux services de réduction des dommages, afin d'endiguer la propagation du VIH/ sida, de l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses transmissibles par le sang liées à la consommation de drogue, et réduire le nombre de décès.

73. La Suisse, qui n'est pas membre de l'OEDT et ne fait donc pas partie des pays étudiés ici, a été la première à introduire ce type d'intervention au milieu des années 1980.

mesure est désormais disponible dans tous les États de l'Union Européenne, en Croatie et en Norvège, et elle a connu une rapide expansion depuis le milieu des années 1980 (figure 9). On estime qu'environ 670 000 consommateurs d'opiacés ont été en traitement de substitution en 2008, un nombre environ sept fois supérieur à celui estimé en 1993. La plupart des pays continuent d'ailleurs de reporter des hausses du nombre de ces traitements. Les substances prescrites sont avant tout la méthadone (environ 70 % des traitements) et la buprénorphine à haut dosage⁷⁴ (20 %), mais aussi la morphine à libération lente, la codéine et l'héroïne. Cette dernière est prescrite dans des cliniques spécialisées en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni⁷⁵.

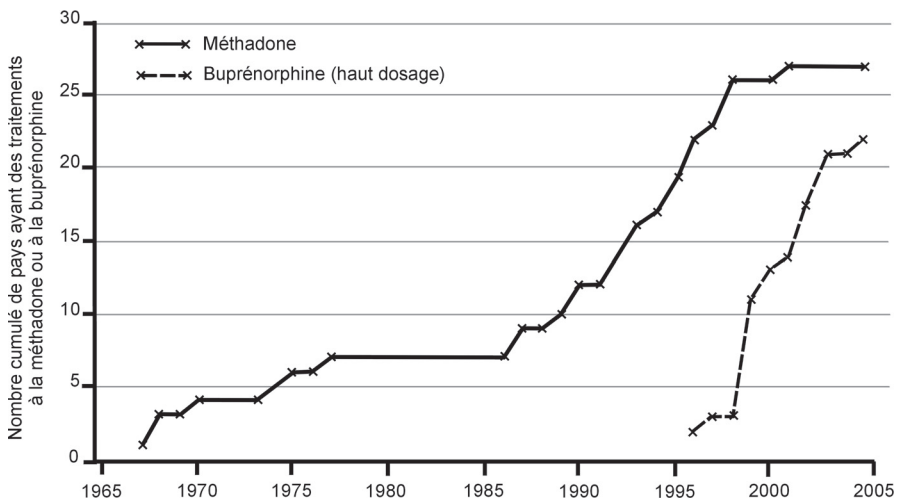


Figure 9 : Année de l'introduction des traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage dans 26 pays de l'UE et en Norvège

La grande majorité des traitements de substitution sont prescrits dans les pays du Sud et de l'Ouest de l'Europe et ce type de traitement reste encore limité dans la plupart des pays d'Europe orientale. En termes de couverture, on peut estimer que plus de 40 % des usagers d'opiacés à problèmes en Europe ont recours à ce type de traitement, mais avec d'importantes différences nationales puisque, pour les pays disposant de données, cette proportion varie de 5 % à plus de 50 % (figure 10). De manière générale, la prescription de ces

74. Environ deux tiers des traitements utilisant la buprénorphine sont effectués en France.

75. Trois autres pays de l'Union Européenne (Danemark, Luxembourg, Belgique) ont fait état de travaux préparatoires pour la mise en œuvre de cette forme de traitement. Comme pour les locaux d'injection, la Suisse a été la première à mettre en œuvre la prescription d'héroïne telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui alors que le Royaume-Uni le faisait déjà auparavant mais sous une autre forme.

traitements par les médecins généralistes semble souvent associée à un plus haut taux de couverture.

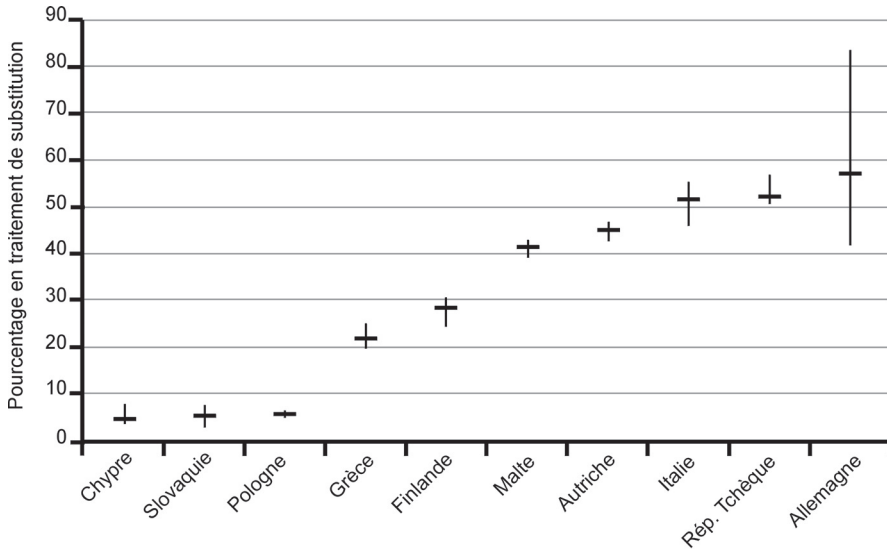


Figure 10 : Proportion estimée des usagers problématiques d’opiacés qui sont en traitement de substitution (2007 ou dernière année disponible)

Les mesures de réduction des risques restent très limitées en milieu carcéral. Seuls 13 pays rapportent que des traitements de substitution sont mis en œuvre dans la plupart de leurs prisons, alors que la distribution de seringues existe, le plus souvent à très petite échelle, dans cinq États Membres de l’Union Européenne (Allemagne, Espagne, Roumanie, Portugal, Luxembourg). Des études ont pourtant montré que la consommation de drogue et même l’usage de drogue par injection existaient en milieu carcéral, parfois avec des prévalences élevées. C’est pourquoi le dernier plan d’action drogue européen (2009-2012) prévoit de « Concevoir et mettre en place des services préventifs, thérapeutiques, de réduction des dommages et de réadaptation à l’intention des détenus, qui soient équivalents aux services offerts en dehors des prisons. »

En conclusion, cette rapide vue d’ensemble de la consommation et des problèmes liés à la drogue en Europe, ainsi que de la mise en œuvre de la réduction des risques dans cette région, est loin d’être exhaustive mais elle permet de spécifier certains éléments importants qui permettent de comprendre la situation actuelle. La consommation de drogue en Europe est aujourd’hui dans une phase de stabilisation avec toutefois des niveaux de prévalence qui sont historiquement élevés. Ceci est la résultante de hausses successives de la consommation de substances comme le cannabis ou la cocaïne, mais aussi de développements antérieurs comme la diffusion de l’héroïne ou de l’ecstasy.

L'usage problématique de drogue, tel que défini par l'OEDT, n'échappe pas à ce constat d'une prévalence relativement élevée mais plutôt stable. Une analyse plus fine suggère toutefois que de multiples phénomènes s'entrecroisent : baisse relative de l'usage de drogue par injection, stabilisation ou légère hausse de l'usage des opiacés, diffusion de la polyconsommation (EMCDDA, 2009c), vieillissement et fragilisation de certaines catégories d'usagers. Ces différentes tendances pourraient en fait, malgré une situation en apparence stable, être synonymes d'une hausse globale des risques associés à la consommation de drogue en Europe. Les tendances préoccupantes observées pour le nombre de décès par overdose pourraient en être un reflet.

La réduction des risques est désormais largement mise en œuvre en Europe et son implantation peut être directement rattachée, durant les années 1980 et 1990, au développement de l'épidémie du VIH/sida au sein d'une population croissante d'usagers de drogue par injection. Aujourd'hui, les principales mesures de réduction des risques – échange de seringues et traitement de substitution aux opiacés – ont fait la preuve de leur faisabilité mais aussi de leur efficacité. La substitution a généralement obtenu de meilleurs résultats que les autres types de traitement chez les usagers d'opiacés⁷⁶ alors que l'échange de seringues a permis de réduire certains comportements à risque. Ceci a sans doute contribué, au côté d'autres facteurs, à la progressive baisse du nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH liés à l'usage de drogue par injection en Europe.

La mise en œuvre de la réduction des risques se fait toutefois à des degrés très divers en Europe. Dans certains pays, elle est devenue une composante très importante de la lutte contre les problèmes liés à la drogue. Dans ce cas, le catalogue des mesures est souvent plus vaste, par exemple en incluant des mesures comme les locaux d'injection supervisés ou la prescription d'héroïne. Dans d'autres pays, la réduction des risques est vue comme un élément transitoire qui se justifie parce que certains problèmes, notamment la transmission des maladies infectieuses, peuvent être difficilement abordés avec la prévention et les traitements requérant l'abstinence. Dans ce cas, la réduction des risques est souvent limitée en taille et en diversité. En pratique, la plupart des pays européens se situent aujourd'hui entre ces deux pôles : la réduction des risques y est devenue un élément constitutif des politiques de lutte contre la drogue où elle côtoie désormais la prévention, les traitements et la réduction de l'offre⁷⁷.

Frank Zobel

*Rédacteur scientifique et analyste des politiques drogue
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), Lisbonne*

76. <http://www.cdag.cochrane.org/en/index.html>.

77. L'auteur souhaite remercier les points focaux nationaux du réseau Reitox, qui fournissent des données à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, ainsi que ses collègues à l'OEDT qui développent les instruments de collecte de données et analysent la situation Européenne.

BIBLIOGRAPHIE

- BARGAGLI AM, HICKMAN M, DAVOLI M. Drug related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health* 2005, **16** : 198-202
- DAVOLI M, BARGAGLI AM, PERUCCI CA. Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 2007, **102** : 1954-1959
- EMCDDA. Rapport annuel 2009: L'Etat du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg, Office des publications de l'Union Européenne, 2009a
- EMCDDA. Understanding the 'Spice' phenomenon. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2009b
- EMCDDA. Polydrug use : Patterns and responses. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2009c
- EMCDDA. Trends in injecting drug use in Europe. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2010a
- EMCDDA. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. RHODES T, HEDRICH D (eds). Monograph 10, Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2010b
- HEDRICH D, PIRONA A, WIESSING L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2008, **15** : 503-517
- FARRELL M, MARSDEN J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008, **103** : 251-255
- WIESSING L, LIKATAVICIUS G, KLEMPOVA D, HEDRICH D, NARDONE A, GRIFFITHS P. Associations Between Availability and Coverage of HIV-Prevention Measures and Subsequent Incidence of Diagnosed HIV Infection Among Injection Drug Users. *American Journal of Public Health* 2009, **99** : 1049-1052
- WIESSING L, GUARITA B, GIRAUDON I, BRUMMER-KORVENKONTIO H, SALMINEN M, COWAN SA. European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability. *Euro Surveill* 2008, **13** : 18884
(Available online:<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18884>)

Eléments d'histoire sur la politique de réduction des risques en France

Au Canada et en Suisse, on parle de réduction des méfaits, en France de réduction des risques. La France s'est centrée sur une réduction des risques infectieux et a promu une vision médicalisée de la réduction des risques. La réduction des méfaits englobe l'approche des risques sanitaires tels que les infections virales mais aussi les conséquences sociales de l'usage de drogues.

Il apparaît donc plus juste de parler de réduction des méfaits ou dommages que de réduction des risques. Le risque pris n'entraîne pas inéluctablement un dommage effectif. Les risques ne sont pas seulement sanitaires, ils sont aussi sociaux (violence, accidents, ruptures familiales ou sociales, perte d'emploi...).

Le concept de réduction des dommages suppose qu'il est acquis que le comportement qui entraîne les dommages ne peut être radicalement supprimé. Dès lors qu'un consensus existe sur ce point, mettre en place une politique publique qui a pour objectif de réduire autant que possible ces dommages relève du simple bon sens. Si cette question a fait débat en France mais aussi dans de nombreux autres pays, c'est qu'aucun consensus n'existait sur le caractère irréaliste d'une éradication totale de la consommation de drogues.

La prohibition reste en effet, et sans doute pour longtemps, le cadre législatif international sans d'ailleurs que les critères d'interdiction soient précisément définis : « est stupéfiant, tout produit classé stupéfiant » disent les conventions que la France a ratifié comme la plupart des pays du monde. En 1998, l'assemblée générale de l'Onu a adopté une résolution visant à réduire de façon substantielle, voire à « éliminer » avant 2008, la production, le trafic et l'abus des drogues. Malgré l'échec évident de cette politique éradicatrice, le discours a peu changé.

Dans un tel contexte, la politique de réduction des dommages a été vécue comme une manière de baisser les bras alors qu'elle n'est nullement contradictoire avec une politique déterminée visant à réduire le nombre des consommateurs et l'intensité de leur consommation.

Le risque ou le dommage n'est pas seulement pour le consommateur lui-même mais aussi pour autrui : risque de contamination mais aussi risque lié à certains comportements associés à la prise de produits (accidents de la route, violences ou agressions). Ainsi, l'interdiction de la consommation d'alcool au volant est

une politique de réduction des risques. De même, le développement des programmes de substitution a entraîné entre autres effets bénéfiques une baisse très significative de la délinquance associée.

Le dommage peut être indirect : on peut calculer le coût pour la solidarité nationale de la consommation de drogues (personnel mobilisé, prestations versées...) ⁷⁸. Toute diminution de ce coût peut être considéré comme un bien pour la collectivité publique.

Système Français : un terrain peu propice à la réduction des risques

La France est caractérisée par une faible culture de santé publique et une approche plus individuelle que collective et plus curative que préventive. Pour notre système de santé, qu'il s'agisse des structures ou des acteurs, il était donc difficile d'imaginer des réponses préventives et collectives et non immédiatement curatives.

S'ajoute à cette première difficulté, une approche très moralisante de la politique de lutte contre les addictions qu'on pourrait résumer ainsi : chacun est responsable de sa consommation et de ses abus. Il est donc normal qu'il en subisse les conséquences.

Le terrain était donc peu propice à la mise en place rapide d'une politique de réduction des risques. Cette observation est d'ailleurs corroborée par les comparaisons internationales.

Deux catégories de pays se dégagent :

- les pays ayant une tradition de santé publique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suisse, pays nordiques). Dès l'apparition du sida, les mesures de réduction des risques se sont rapidement imposées aux professionnels de manière évidente et pragmatique et ont été mises en œuvre à partir de 1985 ;
- les autres pays (notamment France et États-Unis) qui n'ont pas de tradition de santé publique et une approche moralisante des questions d'addiction. Dans ces pays, ce sont les associations et les militants qui ont imposé la mise en œuvre des mesures de réduction des risques.

Bref rappel historique

L'histoire des politiques de lutte contre les drogues en France explique en grande partie cette situation.

Lorsque, au début des années 1970, le problème de la consommation des drogues a commencé à émerger comme un problème majeur de société, les

418 78. Voir les travaux de Pierre Kopp sur le coût social des drogues licites et illicites.

pouvoirs publics n'avaient aucun savoir-faire. Ils ont donc fait confiance à quelques psychiatres, conduits par Claude Olievenstein, qui commençaient à s'intéresser aux usagers d'héroïne et ont été à l'origine de la création des premiers centres : Marmottan et l'Abbaye à Paris.

C'est ainsi que les pouvoirs publics se sont laissés convaincre que la toxicomanie était une pathologie spécifique qui nécessitait un dispositif de soins spécifique, totalement distinct de celui qui existait déjà pour les alcoolodépendants. C'est sur cette base que s'est construit un système de prise en charge entièrement financé par l'État et garantissant des soins anonymes et gratuits à tous ceux qui en faisaient la demande. L'action des centres de soins créés à partir des années 1970 reposait sur une approche essentiellement psychologique et psychanalytique fondée sur la recherche très exigeante de l'abstinence. Cette période a été marquée par le rejet absolu de toute autre forme de prise en charge (étaient exclus notamment les communautés thérapeutiques ou l'approche cognitivo-comportementale).

La culture professionnelle des intervenants en toxicomanie était forte et homogène. Dans la mouvance de l'anti-psychiatrie, elle cultivait également une certaine marginalité tant à l'égard de la psychiatrie traditionnelle que des intervenants sociaux.

Cette situation est assez singulière, si on la compare à celle d'autres pays européens : cloisons étanches entre les structures et intervenants en toxicomanie et tous les autres intervenants sociaux ou médicaux ; choix et défense d'un seul modèle de prise en charge pour les usagers de drogues illicites.

Histoire d'un aveuglement

Au début des années 1980, le système est conforté aussi bien par les pouvoirs publics qui font confiance aux experts que par les médias. Personne ne voit que de nombreux usagers échappent au système de soins, soit parce qu'ils sont trop pauvres, soit parce qu'ils vont trop mal pour formuler une demande, soit parce qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas devenir abstinentes.

On ne voit donc rien venir. Pourtant, plusieurs éléments auraient du alerter. D'abord l'évolution du profil des usagers : ce n'était plus les rebelles des années 1970 mais de plus en plus, des exclus du système social en situation de grande précarité. Ensuite, on a vu arriver dans les hôpitaux et les prisons des usagers de drogues qui n'avaient jamais rencontré le système de soins⁷⁹.

Le modèle a explosé à la fin des années 1990 avec la catastrophe sanitaire qu'a représentée l'épidémie de sida. C'est à cette époque que sont arrivés dans les hôpitaux de nombreux héroïnomanes déjà malades et qui n'avaient jamais été pris en charge. Une partie des professionnels a alors pris conscience qu'il était urgent d'offrir aux usagers qui ne pouvaient ou ne voulaient pas devenir

79. Étude Ingold dans les prisons, 2006.

abstinents des programmes de prévention et de prise en charge à bas seuil d'exigence (des lieux d'accueil apportant aux usagers en grande difficulté une aide à la vie quotidienne, un accès au matériel stérile d'injection et une possibilité d'orientation sanitaire et sociale). Le milieu des intervenants en toxicomanie, jusque là assez homogène, s'est profondément et douloureusement clivé autour de ces orientations. Celles-ci se sont heurtées par ailleurs à de lourdes résistances dans tous les milieux : résistance des décideurs politiques qui craignaient qu'elles soient interprétées comme un encouragement à la consommation ; résistance de la police et de la justice qui estimaient que ces mesures étaient en contradiction avec la loi ; résistance enfin de certains intervenants en toxicomanie qui étaient convaincus que les usagers de drogues ne se serviraient pas des mesures proposées.

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics ont pris les premières mesures de réduction des risques. Un décret de 1987 a autorisé la vente libre des seringues en pharmacie, abrogeant ainsi un décret qui limitait l'accès aux seringues et qui avait été adopté en 1972 sous l'impulsion de Claude Olievenstein. Des programmes d'échange de seringues et des structures d'accueil à bas seuil d'exigence ont été développés, de manière expérimentale et relativement inégale sur le territoire.

La suite est connue. Elle a largement donné tort aux sceptiques. D'une part, les usagers se sont immédiatement emparés de ces mesures de prévention. D'autre part, celles-ci n'ont entraîné aucune augmentation de la consommation.

Développement chaotique des traitements de substitution

Dans le même temps, et au nom des mêmes croyances, les traitements de substitution ont rencontré l'opposition d'une partie des intervenants en toxicomanie et d'une partie du corps médical. Ces derniers estimaient en effet qu'on ne pouvait sérieusement soigner en substituant un produit à un autre et sans demande explicite d'abstinence de la part du patient.

Pourtant dès 1987, plusieurs études étrangères démontraient sans ambiguïté l'intérêt et l'efficacité des programmes de substitution. Le premier projet en France, celui de la clinique Liberté porté par Didier Thouzeau débute en 1989 mais il faut attendre 1992 pour que la Direction générale de la santé sollicite les structures de soins (CSST) afin qu'elles mettent en place des « programmes méthadone ». Le développement de ces programmes, fondé sur le volontariat est inégal et limité, malgré la décision de la Direction générale de la santé d'assouplir les contraintes, à partir de 1994. À titre d'exemple, en Seine-Saint-Denis, département marqué par une surreprésentation d'usagers d'héroïne en grande précarité, il n'y avait toujours en 1996 aucun « programme méthadone ».

La lenteur du développement des « programmes méthadone » a conduit, dans le même temps, un certain nombre de médecins généralistes militants à

prescrire de la buprénorphine faiblement dosée (Temgesic) en dehors des indications usuelles de prescription. Un laboratoire pharmaceutique s'est rapidement saisi de cette opportunité et a développé un produit de substitution à base de buprénorphine fortement dosé, le Subutex. C'est grâce à ce produit, mais surtout grâce au militantisme des médecins pionniers que les traitements de substitution ont concerné rapidement la très grande majorité des héroïnomanes.

Aujourd'hui, le bénéfice du développement des traitements de substitution, qui a changé durablement la vie des usagers d'héroïne, n'est plus contesté.

Réduction des risques : des mesures d'aménagement à la marge plus qu'une politique publique

Les résultats des mesures de réduction des risques ont été spectaculaires : baisse des overdoses, amélioration de l'état de santé des usagers, baisse de la délinquance associée, diminution de la contamination par le VIH...

Cependant, si quelques responsables politiques ont porté ces mesures, ils étaient à l'exception des Verts, assez marginaux dans leur formation. Dans l'ensemble, elles sont restées mal comprises des non spécialistes et n'ont pas fait l'objet du large consensus qu'on aurait pu attendre au regard des résultats.

Les réticences et oppositions qui ont entravé le début du développement des mesures de réduction des risques ont marqué durablement l'organisation du système. Ces mesures sont restées des mesures d'aménagement isolées, à la marge, liées dans l'imaginaire collectif à un certain militantisme. Elles ne se sont pas intégrées dans le système de santé publique, de prévention et de soins de droit commun, qui n'en a donc pas été durablement modifié.

Quelques exemples

En 1986, une circulaire du ministère de la Santé recommande de ne pas prendre en charge les soins liés au VIH sur les crédits toxicomanie. Elle précise que le « traitement du sida et la prise en charge des toxicomanes sont deux objectifs de santé publique distincts ».

Dans le même temps, la plupart des intervenants en toxicomanie refusent d'intégrer les programmes de réduction des risques dans les CSST (Centres de soins aux toxicomanes), préférant les laisser à la marge du dispositif de soins, sans que les pouvoirs publics ne songent à imposer quoi que ce soit.

Les lieux d'accueil à bas seuil reposent pendant longtemps sur le militantisme de quelques uns sans bénéficier de la programmation et des moyens habituellement consacrés à des programmes de santé publique.

Les médecins qui ne veulent pas prescrire de traitement de substitution revendiquent l'application d'une « clause de conscience » sans que personne ne songe à le contester.

Les expériences de coopération avec la police pour éviter les interpellations à proximité des dispositifs de réduction des risques sont restées expérimentales et discrètes alors justement qu'elles auraient dû faire l'objet d'un engagement fort des pouvoirs publics.

Plan triennal de lutte contre les drogues et la toxicomanie de 1999 : une reconnaissance institutionnelle de la politique de réduction des risques

Le plan triennal de 1999 que j'ai préparé lorsque j'étais présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt) a tenté d'intégrer la politique de réduction des risques dans une politique interministérielle plus globale. Il était fondé sur les principes suivants :

- les programmes de réduction des risques se sont mis en place « à bas bruit » sans faire l'objet d'un soutien politique affirmé. Il est donc essentiel de les intégrer clairement dans la politique publique de prévention et de soins aux usagers de drogues ;
- il faut élargir la notion de réduction des dommages au-delà du risque infectieux et envisager tous les dommages liés à la consommation de tous les produits (notamment l'alcool et les psychotropes), ce qui implique de s'intéresser aux violences liées à la consommation de produits ou à l'insécurité routière ;
- les usagers les plus marginalisés ne demandent rien et ne sont pas connus du système de soins. Il faut donc aller au devant de ces usagers en leur offrant des services à bas seuil d'exigence.

L'approche « réduction des risques » doit être intégrée dans tous les lieux fréquentés par les usagers de drogue : médecins généralistes, structures de soins, hôpitaux, prisons... C'est donc plus une « approche », une « méthode » qui doit irriguer tous les acteurs qu'un dispositif.

La politique pénale de lutte contre le trafic et la détention de stupéfiants doit être compatible avec les exigences de la réduction des risques. Une circulaire du ministère de la Justice de juin 1999 a demandé aux parquets d'éviter les interpellations à proximité des lieux d'accueil des usagers et de ne pas retenir le port d'une seringue comme une présomption d'usage.

Les usagers doivent être consultés sur les politiques qui les concernent et associés aux messages de prévention.

Cette approche n'a pas été réellement remise en cause par les deux plans suivants et la réduction des risques est aujourd'hui un acquis consacré par la loi. Les programmes en résultant restent cependant accessoires à la politique de soins et ne sont pas totalement intégrés à la politique globale de santé publique.

En conclusion, le développement rapide d'une politique de réduction des risques dépend en grande partie de l'environnement : existence ou non d'une politique de santé publique ; existence ou non d'un consensus sur les politiques de lutte contre les drogues ; existence ou non d'une politique de prévention.

La législation n'est pas le principal obstacle à la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques. D'abord parce que, compte tenu des conventions internationales, la marge de manœuvre législative est limitée. Ensuite et surtout parce que les procureurs de la république ont la possibilité de faire une application de la loi qui privilégie l'approche de santé publique pour les usagers et réserve les poursuites pénales aux faits de trafic. Si ce n'est pas le cas aujourd'hui, c'est plus parce qu'il n'existe pas de consensus autour d'une telle politique que parce que la loi ne l'autorise pas. C'est aussi pour des raisons qui ont peu de liens avec la politique publique de lutte contre les drogues et notamment parce que la pression statistique qui pèse sur les services de police les conduit à multiplier les interpellations d'usagers.

Plus la culture de santé publique est développée, plus les mesures prises prennent du sens et sont donc efficaces. Les programmes de réduction des risques ne peuvent être conçus dans un ghetto.

C'est parce qu'elle avait des réflexes de santé publique que la Grande-Bretagne a développé dès 1985 des mesures de réduction des risques. Dès 1987, cette politique a d'ailleurs été portée politiquement puisque le Premier Ministre déclarait « le sida est plus dangereux que l'usage de drogues ». Une telle déclaration était impensable en France.

Plus la culture de prévention est développée, plus le consensus autour des mesures prises est fort. Or, en France la prévention primaire autour des questions d'éducation à la santé, de citoyenneté et d'usage des substances psychoactives reste embryonnaire. Les Pays-Bas ou les pays scandinaves qui développent une prévention systématique et continue dès la maternelle ont de bien meilleurs résultats que la France en terme de prévention de l'usage nocif et même de l'usage simple (les jeunes néerlandais consomment moins de cannabis que les jeunes français).

La transparence et la fiabilité des informations contribuent à la construction des consensus. Elle permet à chacun de se réapproprier rapidement les messages de réduction des risques. En France, la méfiance reste encore grande à l'égard des messages émis par les pouvoirs publics faute d'un effort de communication cohérent et continu qui se poursuit au-delà des alternances politiques.

On ne peut pas mener de politique de réduction des risques efficaces à l'égard des usagers sans les écouter, dialoguer avec eux et les associer aux mesures prises. En France, nous avons tardé à le comprendre alors que les néerlandais avaient encouragé une représentation des « junkies » dès 1985.

Il est nécessaire d'aller au devant des usagers les plus fragiles sans attendre qu'ils fassent une demande. Même si cette idée a progressé dans les dix dernières années, elle n'a pas encore transformé l'organisation de la prévention et des soins autant que nous aurions pu l'espérer. Et cette question ne concerne pas seulement les usagers de drogues mais d'une manière générale les populations les plus démunies qui ne bénéficient d'aucune mesure de prévention et ne sollicitent des soins qu'en urgence lorsqu'ils sont gravement malades.

Il est indispensable d'articuler les politiques sanitaires avec les politiques sociales. Un individu ne se résume pas à sa consommation de produits : il a des problèmes de logement, de ressources, de travail, de délinquance... Sa consommation n'a pas que des conséquences sanitaires. Elle a aussi des conséquences sociales. Or, cette articulation est faible en France. La mise en place des Agences Régionales de Santé risque d'accroître encore le cloisonnement entre le social et le sanitaire.

Enfin, de telles politiques pour être durablement efficaces ne peuvent reposer que sur un consensus large, au-delà des clivages politiques. Elles ne peuvent pas être remises en cause à chaque alternance au risque d'entraîner méfiance, scepticisme et désengagement.

Nicole Maestracci

*Présidente de la Fédération nationale des associations d'accueil
et de réinsertion sociale*

*Magistrat, Présidente de la chambre à la Cour d'appel de Paris
Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue
et la toxicomanie de 1998 à 2002*

Situation de la politique de réduction des risques en France⁸⁰

L'usage des drogues devient un problème social, repéré et identifié comme tel au XIX^e siècle sous le prisme de l'une de ses figures particulières : la toxicomanie. À tel point que la prise de stupéfiants et la toxicomanie vont être durablement perçues sinon comme des synonymes, du moins comme liées dans une relation nécessaire de cause à effet. Les premières tentatives de médicalisation des usages compulsifs et dépendants de drogues sont réalisées dans le dernier quart du XIX^e siècle... Il faudra attendre le début des années 1910 pour que les vocables de toxicomane et toxicomanie soient finement élaborés et que cette dernière soit conçue comme un concept englobant toutes les manies à base de substances (morphinomanie, cocaïnomanie...) dans un même ensemble... La toxicomanie reste longtemps une entité nosologique aux frontières incertaines oscillant entre intoxication et démence dans l'ombre d'un contrôle judiciaire et policier dominant. Jusqu'à ce que dans les années 1960 et plus certainement 1970 les lois de certains pays reconnaissent au toxicomane plus ou moins explicitement le double statut de délinquant et de malade et prévoient la possibilité de mesures thérapeutiques alternatives à une condamnation ou parties intégrantes d'une condamnation... Des politiques sanitaires et des dispositifs de soins spécialisés ou intégrés aux hôpitaux se développent... Le choix des options curatives fut essentiellement déterminé par des variables politiques et culturelles, en ce que les solutions de soins retenues durent être compatibles avec les valeurs politiques et les normes culturelles des États qui les décident et les mettent en œuvre.

Sanitarisation du problème des drogues

Les États occidentaux ont initialement opté pour une politique principalement curative de traitement des toxicomanes : de même qu'il faut extirper du corps social le fléau qui menace la collectivité, il faut traiter les corps malades et s'attaquer, dans le cadre de la clinique des toxicomanies, aux causes individuelles du mal même si certains États, comme les Pays-Bas, ont agrémenté

80. Texte extrait de : BERGERON H. Sociologie de la drogue. Édition La Découverte, Collection Repères, Paris, 2009.

leur offre thérapeutique de services de traitement des conséquences liées à l'usage (hépatite C puis VIH, septicémie...).

La majeure partie des pays a également mis en œuvre une politique de diversité en matière d'offre de soins, combinant différentes options thérapeutiques. Mais certains d'entre eux, au premier rang desquels les États-Unis, ont préféré investir massivement sur la distribution de méthadone, dès les années 1970. La France a choisi une option particulière : les années 1970 et 1980 sont marquées par une psychologisation quasi exclusive des soins aux toxicomanes et le rejet concomitant d'alternatives thérapeutiques (communautés thérapeutiques, pratiques de substitution, soins des conséquences de la toxicomanie) en d'autres lieux parfaitement acceptables.

Si les pays occidentaux adoptent des modèles différents de traitement des problèmes de drogues, l'irruption du sida au milieu des années 1980 va bouleverser considérablement le paysage qui s'était stabilisé pendant près de vingt ans : le seul traitement curatif de la toxicomanie, et en particulier la recherche parfois forcenée de l'abstinence, ne peut plus être le pilier essentiel des stratégies sanitaires. Militent ainsi, un peu partout dans les pays occidentaux, des « coalitions de cause » (Kübler, 2000), des réseaux de politiques publiques, regroupant des acteurs d'origines diverses mais dont les croyances sont convergentes (médecins humanitaires, associations d'usagers, professionnels du sida...) et pour lesquels il convient de réorganiser la hiérarchie des objectifs des politiques sanitaires. S'il est louable de vouloir traiter les causes de la toxicomanie et de prévenir les usages, il est urgent, argument-ils, en ces temps de menace planétaire pour la santé publique, de traiter les conséquences des usages et de prévenir les risques qui leur sont associés. C'est ainsi que le modèle dit de la « réduction des risques », développé originellement aux Pays-Bas (Boekout Van Solinge, 2004), se trouve inscrit sur l'agenda politique. Profitant de la médiatisation sans précédent et de l'importance politique qu'a prise le problème du sida (Fabre, 1992) bénéficiant du soutien décisif des militants anti-sida qui ont acquis des positions clefs d'influence politique, les défenseurs de la réduction des risques vont réussir, partout en Europe, à imposer cette politique qui prévoit la mise en place de lieux de soins de première urgence, la distribution de matériel d'injection stérile et la fourniture extensive des produits de substitution. La méthadone est en effet réputée favoriser l'arrêt de l'injection intraveineuse d'héroïne et permettre au toxicomane de ne plus être prisonnier d'un mode de vie où la recherche du produit et des moyens de l'obtenir peuvent devenir une activité à plein temps. La méthadone fut ainsi conçue comme un instrument permettant non seulement de limiter la diffusion des virus du sida et de l'hépatite C mais aussi de favoriser une réinsertion sociale et sanitaire, jugée de plus en plus nécessaire pour certains toxicomanes toujours plus désocialisés et dans des situations médicales de plus en plus désastreuses (hépatite C, maladies opportunistes du sida...).

Les principes, priorités, outils et pratiques s'inscrivant dans le cadre de la « réduction des risques » ont ainsi « déferlé » en Europe comme autant de normes, solutions cognitives et professionnelles « appropriées » (au sens du néo-institutionnalisme sociologique) à la gestion des problèmes sanitaires et sociaux, que les différents experts nationaux s'accordent désormais à définir de manière relativement comparable. Au point qu'une recommandation du conseil de l'Union Européenne datant du 18 juin 2003 reconnaît politiquement, à l'unanimité des États membres (y compris la Suède, pays réputé le plus longtemps hostile à ce type d'approche ; Tham, 1995), la valeur et l'importance de cette politique et de certaines interventions qui la composent (certaines mesures comme la distribution contrôlée d'héroïne restent cependant sujettes à controverse entre États membres et ne font pas partie des mesures visées par cette recommandation). Certains auteurs affirment ainsi que se dessine une tendance à la convergence des réponses sanitaires dans tous les pays de l'Union, tendance que la Commission européenne aurait amplement favorisée (Grange, 2005 ; Bergeron, 2005). Le Canada, le Brésil et l'Australie ont également adopté ce modèle. Seuls les États-Unis, en particulier à l'initiative des administrations Bush (père et fils), résistent à la mise en œuvre de ce qu'ils considèrent être une forme de renoncement moral et une porte ouverte à d'occultes manœuvres visant la levée de l'interdiction.

Ces mesures composent une politique qui suppose une reconnaissance, plus ou moins assumée politiquement selon les États, de l'usage de stupéfiants comme d'un fait anthropologique commun aux sociétés occidentales : il n'est plus cette poussée de fièvre que l'on pensait pouvoir étouffer dans les années 1970. L'utilisation des vocables « usage » et « usager », qui tendent à remplacer ceux de consommation, de consommateur ou de drogué, si elle procède de la progressive domination du vocabulaire des classifications internationales des maladies (CIM : Classification internationale des maladies ; DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), signerait, en outre, l'avènement de la représentation d'un individu capable de rationalité, non tout entier dominé par des causes psychiques qui court-circuitent son entendement, prompt à développer des stratégies de prise en charge de sa santé tout autant que de gestion de ses usages. Arguments de militants et résultats d'une certaine recherche sociologique entrent ainsi en résonance dans le combat politique en faveur de la réduction des risques. La montée de la réduction des risques marque donc une réelle sanitarisation des politiques des drogues. Elle s'inscrit dans le cadre de transformations de plus grande ampleur (qui dépassent le seul champ de la drogue et de la toxicomanie), qui témoignent du passage de ce que Goffman appelait le « schéma de réparation » (visant principalement la correction des défaillances ou des dysfonctionnements pathologiques) à un « schéma de croissance » dans lequel il s'agit, pour l'essentiel, de préserver sa santé et de prévenir les risques qui peuvent peser sur elle avant qu'ils ne surviennent (Castel, 1993). Dans ce contexte, l'usage risqué de drogues risquées serait le propre d'individus mal socialisés aux

normes et techniques d'optimisation du « capital santé », d'individus déviants à l'ordre sanitaire nouveau et à sa médecine de surveillance (Armstrong, 1995).

La France a connu un destin resté longtemps singulier au regard de ces évolutions d'ensemble. En 1994, la politique publique française est encore principalement orientée vers des objectifs curatifs d'abstinence. On dénombre ainsi alors quelques 9 500 places pour le traitement par la méthadone en Espagne ; 17 000 en Grande-Bretagne ; 15 650 en Italie ; 10 300 en Suisse ; 8 400 aux Pays-Bas. À la même époque, le dispositif français ne comptait, lui que 77 places. Il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour qu'une telle politique soit mise en œuvre et que la méthadone soit introduite de manière extensive en France. Comment comprendre pareille singularité ? On explique souvent que la majorité des acteurs qui ont longtemps présidé aux destinées de la politique française ont progressivement constitué un paradigme particulier – mélange de considérations contre-asilaires et psychanalytiques – comme grille de lecture principale du phénomène de la toxicomanie, et que ce paradigme n'était guère favorable à une politique préventive et palliative et à l'introduction de la méthadone. La toxicomanie y était en effet interprétée comme le symptôme d'une souffrance psychique profonde née de traumatismes subis dans la plus tendre enfance, et l'usage de méthadone était par conséquent perçu comme un simple remplacement d'un produit addictif par un autre. Telle a été, en effet et en substance, l'argumentation principale développée par la communauté soignante et les représentants de l'État français pour motiver leur refus des produits de substitution pendant tant d'années. Mais comment est-on parvenu à une telle uniformité des opinions et de l'expertise ?

À partir d'une étude historique inscrite dans la tradition d'étude des politiques publiques, Bergeron (1999) a cherché à identifier quels ont été les groupes d'acteurs qui ont progressivement exercé une influence déterminante dans la définition de ce que devait être la politique publique de soins aux toxicomanes. Il conclut qu'une « communauté de politique », composée d'acteurs d'origines diverses mais partageant des opinions convergentes concernant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre, s'est lentement constituée. Au sein de la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé, un petit nombre de fonctionnaires nouent ainsi des alliances durables avec les représentants professionnels les plus influents du secteur spécialisé (en majorité des psychiatres), qui ont su s'imposer comme les seuls interlocuteurs légitimes du champ spécialisé. Ce couple d'acteurs s'est progressivement autonomisé vis-à-vis des autres instances administratives et politiques, qui auraient pu pourtant émettre un avis sur le contenu de la politique de soins. Comme l'ont montré Jobert et Muller (1987) en analysant d'autres politiques publiques, on assiste pendant les années 1970 et 1980 au développement simultané d'un double leadership, professionnel et administratif, chacun ayant su s'octroyer la représentation légitime du segment concerné. Mais

la seule mise en lumière de l'existence d'un couple d'acteurs autonomes et aux opinions convergentes ainsi que l'analyse des systèmes d'interdépendances durables qui ont lié ces acteurs laissent une question importante sans réponse : comment pareilles opinions collectives ont-elles pu se maintenir dominantes aussi longtemps en France ? Cette question a porté Bergeron à considérer en particulier les problèmes ayant trait à la formation, au maintien puis à la transformation des croyances des acteurs et à mobiliser le modèle « cognitiviste » d'analyse des croyances collectives développé par Boudon (1986, 1990). Nous montrons ainsi que l'adoption d'une doctrine thérapeutique aux origines composites comme *corpus* cognitif d'interprétation majoritaire dans le champ de la toxicomanie peut s'expliquer comme le résultat d'actions individuelles qui s'appuient sur de « bonnes raisons », compréhensibles (au sens de Weber) quand on les rapporte au contexte socio-historique et culturel dans lequel elles sont situées. En particulier, l'auteur montre que les acteurs en question ne voyaient qu'une frange particulière de toxicomanes (effet de position), qui ne présentait guère les caractéristiques (désocialisation extrême et situation sanitaire très dégradée) sur lesquelles s'échafaude précisément l'argumentation en faveur du développement de la méthadone dans les autres pays ; et que quand ils en rencontraient en effet, les théories qu'ils avaient progressivement faites leurs et qui s'étaient installées en « cadres cognitifs » (effet de disposition) induisaient une interprétation singulière guère favorable à la politique de la réduction des risques. Le modèle cognitiviste focalise donc l'attention sur le fait que le maintien d'une croyance (en l'espèce, le rejet de la méthadone) ne tient pas tant à un respect aveugle de certaines doctrines qu'au fait que l'acteur idéal-typique a des raisons solides de croire que le paradigme adopté et le dispositif institutionnel s'en inspirant sont adaptés à la population qu'il traite.

La survenue du sida a donc été l'événement déclencheur majeur d'un phénomène de sanitarisaiton (et de médicalisation pour la distribution de médicaments de substitution) dans l'approche du problème de l'usage, qui est de plus en plus saisi en termes de santé publique qu'en termes de violation des lois, d'atteinte à l'ordre public, d'aliénation mentale ou de déchéance sociale. Deux distinctions fondamentales s'opèrent à cette occasion :

- la distinction entre des usages présentant des risques variés et, en particulier, entre usage simple, abus (DSM III) ou usages nocifs (CIM-10) et dépendance ;
- la distinction, ensuite, entre les drogues : le vocable « drogue » perd peu à peu son caractère générique pour laisser apparaître des drogues plus ou moins risquées et plus ou moins dangereuses pour la santé, même si les droits de beaucoup de pays européens ne prennent pas acte de ces distinctions médicales et scientifiques.

Dans les deux cas, comme il en est de nombreux autres sujets (Borraz, 2008), le risque est devenu l'unité à l'aune de laquelle se distinguent, se hiérarchisent et se classent les drogues. L'usage de drogue fait désormais partie de ce vaste

continent des « conduites à risques », dont les déterminants sont, malgré les précautions prises, souvent présentés comme essentiellement individuels et que l'on isole, souvent à tort, du contexte social dans lequel ils s'expriment et qui peut en modifier singulièrement l'efficacité (Perreti-Watel, 2004). Les usagers de drogues « rentrent dans le rang » : ils sont conçus, dans cette perspective, comme des individus autonomes, capables d'estimer les risques qui pèsent sur leur vie future, à l'image de l'homme moderne analysé par Giddens.

Sanitarisation et naissance de l'addictologie

Cette sanitarisation de l'approche des drogues, à la fois cause et conséquence de la mise en œuvre d'une politique extensive de réduction des risques, pourrait être renforcée par la naissance récente de l'addictologie et par la volonté politique croissante de penser (au moins dans le champ sanitaire) les usages de drogues illicites, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac comme tous susceptibles de conduire à des usages risqués, voire à la dépendance. Pour une part toujours plus grande de la communauté savante et des experts, le terme générique d'addiction doit désormais, en effet, subsumer les concepts d'alcoolisme, de toxicomanie ou de tabagisme : « addictologie », « addiction » et « pratiques addictives » sont ainsi les termes qu'il convient aujourd'hui d'utiliser dans les arènes professionnelles et politiques constituées autour des problèmes de drogues (Bergeron, 2003). Au fondement de ce mouvement, la percée, sur le marché scientifique comme en politique, des explications neurobiologiques des phénomènes d'addiction : théories qui montreraient l'existence de voies communes neurobiologiques à l'ensemble des pratiques addictives. La montée des explications d'ordre neurobiologique, qui fondent autant l'avènement de l'addictologie comme discipline clef de l'offre clinique que les orientations nouvelles des politiques publiques (Bergeron, 2003), accentue ainsi la médicalisation et la sanitarisation que nous évoquions plus haut. Trois arguments principaux peuvent être avancés pour soutenir cette hypothèse (Bergeron, 2006) :

- le regroupement des divers produits en une seule classe, celle des produits psychoactifs pouvant conduire à des pratiques addictives (plus ou moins risquées) est une opération cognitive qui gomme ou dilue l'épaisseur sociale et culturelle qui différencie encore symboliquement ces mêmes substances et la consommation ;
- en considérant, de plus, l'addiction comme la conséquence de dysfonctionnements neurobiologiques chroniques (qu'ils se réalisent sur la base d'une vulnérabilité innée ou acquise), la recherche en addictologie pointe désormais la possible découverte de médicaments ou de vaccins (comme pour la cocaïne), comme horizon raisonnable souhaitable ;

- enfin, les politiques publiques sectorielles qui se sont longtemps focalisées sur le versant curatif de l'intervention thérapeutique, en s'adressant principalement aux toxicomanes avérés, se transforment en des politiques qui visent tous les comportements de consommation, de l'usage simple à la dépendance. Autrement dit, ce qui relevait autrefois essentiellement d'une régulation morale et d'un contrôle juridique (l'abus et l'usage simple) tombe désormais également dans la juridiction d'une politique de santé publique globale.

Ces trois mouvements contribuent à inscrire la légitimité des politiques de contrôle et de régulation de l'usage dans des nécessités plus proprement sanitaires et médicales.

Finalement, c'est au moment de l'histoire des politiques de drogues où la compréhension biomédicale des déterminants de leurs usages (et en particulier de la dépendance) semble progresser que la réponse coercitive, dans certains États, trouve les conditions de son plus grand épanouissement. Comme l'indique Pharo (2006), l'addiction est devenue la seule maladie dont on punit les conséquences (c'est-à-dire l'usage).

Sanitarisation et rapprochement des politiques européennes de stratégie anti-drogues

Le contrôle des usages et bien sûr du commerce des drogues sont longtemps restés principalement d'ordre judiciaire et policier, même si les toxicomanes se sont vite vu offrir des traitements de toutes sortes. Progressivement, et de manière plus évidente dans le dernier quart du XX^e siècle, les problèmes liés aux drogues ont été toutefois de plus en plus manifestement définis en référence à une grammaire sanitaire et aux conséquences pour la santé publique qui pouvaient leur être liées.

Longtemps, les politiques publiques ont paru se définir dans le cadre de logiques et de spécificités essentiellement nationales : elles semblaient être marquées par les particularismes sociaux, institutionnels et culturels de chacun des États. Cattacin et Lucas (1999) distinguaient ainsi, en Europe, trois types d'États-providence constitués dans les différents pays européens. L'on peut se demander aujourd'hui si la médicalisation et la sanitarisation des problèmes de drogues n'ont pas contribué à effacer les différences les plus saillantes entre pays européens. Ce progressif rapprochement des politiques européennes doit certainement beaucoup à la reconnaissance croissante du caractère fondamental de la réduction des risques dans les stratégies anti-drogues, tout autant qu'au refus de considérer la prison comme la peine devant sanctionner l'usage simple. Il est remarquable qu'il s'agisse là de deux pommes de discorde qui divisaient profondément les États membres il y a encore dix ans, et qui sont aujourd'hui des sujets suscitant sinon un froid consensus, du moins des discussions plus techniques et moins passionnées. Il

est, bien sûr, trop tôt pour affirmer que les politiques des États européens connaissent des trajectoires parfaitement convergentes, mais l'on peut toutefois légitimement se demander si un modèle européen de politique des drogues n'est pas en train d'émerger, sur un sujet où l'Union européenne n'a pourtant guère de compétences communautaires. Les ressorts précis des dynamiques présidant à ce supposé processus de convergence politique restent encore à explorer, même si certains auteurs forment déjà quelques hypothèses sur le rôle clef de la Commission européenne et de certaines de ses institutions (Grange, 2005 ; Bergeron, 2005).

Phénomène de juxtaposition de l'État social et de l'État pénal en Europe

On remarquera également avec intérêt que les politiques européennes se distinguent de celles menées aux États-Unis, où l'État pénal aurait, d'après certains auteurs (Wacquant, 1998), remplacé l'État social. Ce que l'on pourrait appeler le « modèle de la fonction inverse » et qui suppose que la réponse pénale s'accroît à mesure que l'offre sociale décline ne s'applique guère à la situation européenne : contrairement à ce qu'avance Wacquant pour les États-Unis (et en le paraphrasant), le traitement pénal sévère (par l'emprisonnement en particulier) de l'usage simple de drogues a progressivement, en Europe, été doté d'une charge symbolique négative, tandis que l'approche médicale et sociale (donc par le *welfare*) s'est vue gagner progressivement une connotation positive. Toutefois, si l'État pénal, décrit par Wacquant, cet État qui enferme plutôt qu'il ne traite (ou qui traite en enfermant), ne s'est pas épanoui en Europe, l'on ne peut manquer de relever l'augmentation des interpellations massives pour usage dans un grand nombre de pays, les tentatives de maximisation de la réponse judiciaire à l'usage, dans un certain nombre d'autres, et le maintien généralisé du principe de la prohibition. Ainsi est-il plus juste de constater l'existence d'un phénomène de juxtaposition de l'État social et de l'État pénal en Europe, que d'avancer l'hypothèse d'une relation de compensation.

En conclusion, on ne peut s'empêcher de pointer l'existence d'une tendance à réprimer les « atteintes au bon agencement des relations en public » (Wacquant, 1998) : législation sur la drogue au volant, mesures de lutte contre les nuisances publiques (en particulier en Irlande, aux Pays-Bas, en Belgique et en Grande-Bretagne), interdiction des rassemblements de jeunes qui boivent de l'alcool dans les lieux publics (Espagne), dispositions réglementaires encadrant l'organisation de *rave parties* et leur isolement dans des espaces fermés, ou encore tentations grandissantes de contrôle de la consommation sur le lieu de travail et du développement consécutif de l'utilisation des tests (Crespin, 2004)... Voilà autant de mesures, diverses certes, mais qui cherchent la « civilisation » de conduites nuisibles pour la collectivité, leur maintien à distance

de l'espace partagé ou tout bonnement leur interdiction (Bergeron, 2009). Il n'est pas déraisonnable de vouloir y discerner une volonté de protection de l'espace public et de la collectivité, protection qui était un des arguments clefs de la campagne de promotion de la réduction des risques. À n'en pas douter, comme dans le cas de la formation d'autres politiques publiques, les associations de « victimes » de ces usages et usagers auront un rôle plus important dans l'élaboration de l'action publique si pareille tendance venait à s'affirmer, comme ce fut le cas en France lors du vote de la loi sur les stupéfiants au volant en 2003 (loi dite Marilou, du nom de l'association créée par les parents d'une victime d'un accident de la route où le conducteur d'un des véhicules avait été testé positif au cannabis). Médicalisation, souci de sécurité sanitaire et contrôle de l'espace public, voilà les trois axes de développement de la régulation politique et du contrôle social de l'usage de drogues.

Henri Bergeron

*Centre de sociologie des organisations, Institut de Sciences politiques, CNRS
Paris*

BIBLIOGRAPHIE

ARMSTRONG D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness* 1995, 17 : 393-404

BERGERON H. L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. PUF, Sociologies, Paris, 1999

BERGERON H. Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions. OFDT, Collection Rapport de Recherches, Paris, 2003

BERGERON H. Europeanisation of drug policies: from objective convergence to mutual agreement. *In* : Health Governance and Theories. STEFFEN M (Dir.). Routledge, Londres, 2005

BERGERON H. Les politiques publiques en Europe: de l'ordre à la santé publique. *In* : Médecine et addictions. REYNAUD M (Dir.). Éditions Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006

BERGERON H. Sociologie de la drogue. Éditions La Découverte, Collection Repères, 2009

BOEKOUT VAN SOLINGE T. Dealing with drugs in Europe. An investigation of European Drug Control Experiences: France, the Netherlands and Sweden. Bju Legal Publishers, La Haye, 2004

BORRAZ O. Les politiques du risque. Presses de Sciences Po, Gouvernances, Paris, 2008

BOUDON R. L'idéologie ou l'origine des idées reçues. Le Seuil, Points, Paris, 1986

- BOUDON R. L'art de se persuader, des idées douteuses, fragiles ou fausses. Fayard, Paris, 1990
- CASTEL R. Une préoccupation en inflation. *Informations sociales* 1993, **26** : 87-96
- CATTACIN S, LUCAS B. Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau. Les transformations de l'État social en Europe. Les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales. *Revue française des sciences politiques* 1999, **49** : 379-398
- CRESPIN R. De la prévention à la répression : le parcours social des tests de dépistage des drogues. Une étude comparative France-États-Unis. Rapport pour la Mildt, 2004
- FAVRE P (DIR). Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987). L'Harmattan, Dossiers sciences humaines et sociales, Paris, 1992
- GRANGE A. L'Europe des drogues. L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie. L'Harmattan, Logiques politiques, Paris, 2005
- JOBERT B, MULLER P. L'État en action. Politiques publiques et corporatisme. PUF, Recherches politiques, Paris, 1987
- KÜBLER D. Politique de la drogue dans les villes suisses. Entre ordre et santé. L'Harmattan, Logiques politiques, Paris, 2000
- PERETTI-WATEL P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie* 2004, **45** : 103-132
- PHARO P. Plaisir et intempérance : anthropologie morale de l'addiction. Rapport de recherche Mildt, 2006
- THAM H. Drug control as a national project: the case of Sweden. *The Journal of Drug Issues* 1995, **25** : 113-128
- WACQUANT L. L'ascension de l'État pénal en Amérique. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1998, **124** : 7-26

Approche judiciaire française

En matière de politique anti-drogue, l'approche judiciaire française insiste sur la coordination des stratégies pénales, sanitaires et sociales, ainsi que sur le primat accordé à la prévention et aux soins.

Encadré par un dispositif légal spécifique et fondé sur la nécessité d'une politique partenariale, le système français apporte une réponse judiciaire systématique adaptée et diversifiée à l'usage de produits stupéfiants.

Cadre légal propice à un traitement effectif

Devant les nouveaux enjeux de santé publique auxquels doivent désormais répondre les pouvoirs publics, la loi du 31 décembre 1970 qui constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues a dû évoluer.

Loi du 31 décembre 1970

La loi du 31 décembre 1970 a posé le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie et a introduit l'article L 3421-1 du Code de la Santé Publique qui sanctionne l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Par la suite, cette loi a été complétée par plusieurs circulaires, qui ont constamment mis l'accent sur la prévention sanitaire. En effet, il apparaît nécessaire pour la justice de tenir sa place au carrefour des politiques sanitaires et sociales d'une part, et répressives d'autre part.

Opportunité des poursuites

En outre, le cadre procédural, en consacrant le principe de l'opportunité des poursuites, permet une prise en charge plus efficace de la toxicomanie. En effet, aux termes de l'article 40-2 du Code de Procédure Pénal, lorsque le Procureur de la République territorialement compétent estime que les faits qui ont été portés à sa connaissance constituent une infraction commise par une personne, celui-ci décide s'il est opportun, soit d'engager des poursuites, soit de mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites.

Réponse judiciaire systématique adaptée et diversifiée

Le système judiciaire français a su développer une politique spécifique de prise en charge des usagers de stupéfiants. Celle-ci est avant tout axée sur la coordination des autorités répressives et sanitaires, et privilégie la prévention et le soin (figure 1). Le but est, d'une part, de prendre en considération la relation qu'entretient la personne avec le produit, et, d'autre part, de donner la priorité à l'intervention des professionnels du réseau sanitaire.

Mesures alternatives aux poursuites

Le recours aux mesures alternatives aux poursuites a pris une place grandissante dans la politique pénale. Plusieurs critères interviennent lors du choix de la mesure alternative. Tout d'abord, il s'agit de prendre en compte la personnalité de l'intéressé. Par ailleurs, il convient de s'intéresser au mode de consommation de ce dernier. Enfin, le contexte général dans lequel il évolue (famille, activité professionnelle, domicile...) doit également être analysé.

Il existe plusieurs types de mesures alternatives aux poursuites :

- les rappels à la loi : ils sont effectués, soit par l'officier de police judiciaire ou par le délégué du procureur de la République, soit par courrier. Cette approche est pertinente dans le cadre d'un usage occasionnel de cannabis ;
- les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants : ils ont été créés en application de la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007. Ces stages visent à faire prendre conscience aux usagers de produits stupéfiants des dommages sanitaires et des incidences sociales causés par leur consommation. Il s'agit également de modifier, sur un mode collectif, les habitudes d'usage des stagiaires. Au-delà de ce travail de sensibilisation, le stage représente également une sanction pédagogique pécuniaire à la charge de l'usager, en ce qu'il lui coûte 100 euros ;
- les classements avec orientation : ils s'adressent à des consommateurs souvent non dépendants et sans problèmes socio-familiaux ou psychologiques notables. Ils consistent en une obligation, pour l'auteur des faits, de se rendre à la structure qui lui est indiquée par le délégué du procureur de la République. La structure ainsi désignée assume une triple mission. Il s'agit d'abord d'effectuer un bilan de la situation de l'intéressé, puis d'évaluer les démarches nécessaires en termes d'accès aux services médico-sociaux, et enfin d'organiser la prise en charge de ces démarches ;
- les injonctions thérapeutiques : elles constituent un instrument essentiel de traitement des personnes en état de dépendance avérée, ce type de mesure associant soins et coercition. La situation des personnes considérées, se traduisant souvent par des difficultés d'insertion sociale, les modalités de mise en œuvre des injonctions thérapeutiques et leur suivi doivent contribuer à favoriser la réussite d'un processus de réinsertion construit sur la durée.

Poursuites

Si les exigences posées par les mesures alternatives ne sont pas respectées, l'usager de produits stupéfiants sera poursuivi devant le tribunal correctionnel. Néanmoins, la prise en charge sanitaire demeure la préoccupation principale. Ainsi, la plupart des condamnations sont des peines d'emprisonnement assorties d'un sursis, avec mise à l'épreuve consistant en une obligation de soins suivie par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

Par ailleurs, il est important de noter que, même dans les cas d'emprisonnement ferme, l'usager ne doit pas se trouver privé d'une prise en charge sanitaire adaptée lors de sa détention. Il existe ainsi des centres de soins spécialisés en toxicomanie en milieu pénitentiaire.

Nécessaire politique partenariale

La prise en charge sanitaire de l'usager de drogues reste la préoccupation principale des services judiciaires. Pour qu'elle soit effective, il est nécessaire qu'un partenariat efficace s'installe entre les autorités judiciaires, sanitaires et sociales.

Conventions Départementales d'Objectifs Justice/Santé

Actuellement, la majorité des décisions prises par le ministère public c'est-à-dire par l'ensemble des magistrats chargés de défendre les intérêts de la collectivité nationale en requérant l'application de la loi, est mise en œuvre par le biais des Conventions Départementales d'Objectifs Justice-Santé.

Les conventions départementales d'objectifs (CDO) ont été créées par la circulaire interministérielle du 14 janvier 1993. Elles définissent localement les priorités de la politique judiciaire à l'égard des usagers de substances psychoactives (drogues illicites, alcool, polyconsommations) et proposent des réponses adaptées aux besoins identifiés dans les départements. Elles appuient financièrement les structures socio-sanitaires susceptibles d'accueillir les publics orientés par les instances judiciaires.

Chef de projet départemental

La Préfecture de Paris met en œuvre des politiques gouvernementales en matière de répression de l'usage des drogues illicites et un chef de projet départemental « drogues et dépendances » anime le réseau des services déconcentrés de l'État chargés de mettre en œuvre ces politiques. Sous l'autorité du Préfet, il coordonne les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues. Il élabore un programme départemental pluriannuel et interministériel fixant les axes prioritaires destinés à améliorer la prise en

charge sanitaire et sociale des toxicomanes placés sous main de justice et à mieux prévenir la récidive. Une délégation annuelle de crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) lui permet ensuite de financer l'application des orientations envisagées.

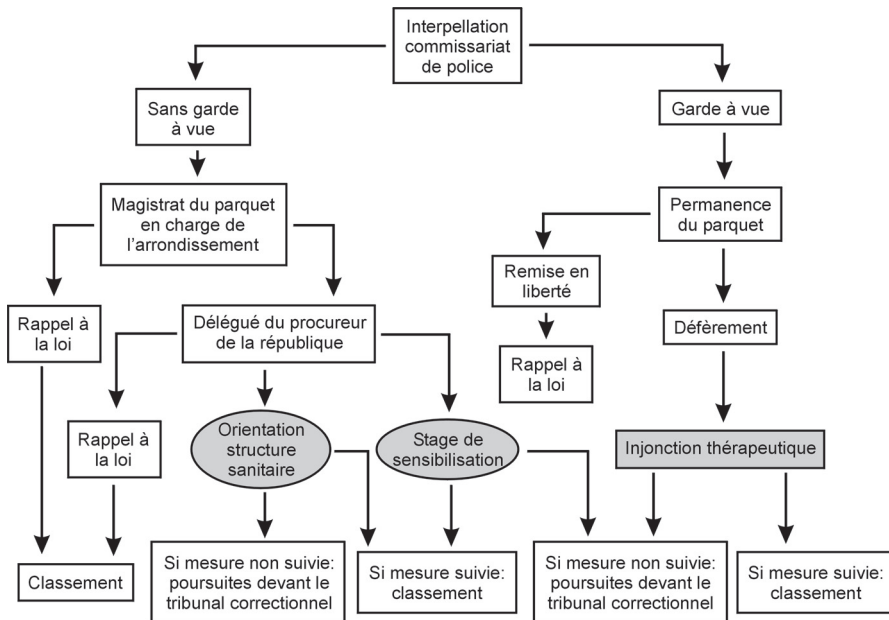


Figure 1 : Coordination des autorités répressives et sanitaires pour la prise en charge des usagers de stupéfiants

En conclusion, la loi du 31 décembre 1970, qui réprime le simple usage d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an, est toujours en vigueur, il n'y a pas légalisation ni dépénalisation. La réponse judiciaire doit participer à la lutte contre la récidive en évitant l'engrenage de la délinquance et l'exclusion des toxicomanes mais elle doit aussi orienter les usagers de drogues vers un interlocuteur compétent dans le champ sanitaire et social. Action de la justice et action sanitaire et sociale sont articulées par des conventions entre les services de soins et les procureurs de la République afin que tous les usagers en difficulté avec les substances psychoactives, puissent bénéficier de prévention et soins.

Françoise Guyot
Vice-Procureure

Chargée de mission au cabinet du Procureur de Paris

Rôle des associations dans la politique de réduction des risques en France

Cette contribution reprend pour l'essentiel la synthèse présentée lors de l'audition du 8 juin 2009. Trois questions m'avaient été posées :

- Quel rôle les associations ont-elles joué dans l'initiation et la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques en France ? Quels ont été les obstacles ? Comment ont-ils été surmontés ?
- Quelle est leur situation aujourd'hui ? Quels sont les grands objectifs à atteindre ?
- Comment se situe la France par rapport aux autres pays ?

Le diagnostic que je pose ici est partiel. Il repose sur mes différentes pratiques : pratiques de militante associative, pratique de terrain, pratique de recherche. Aussi est-il inégal selon les questions posées. Si je me sens tout à fait à l'aise en ce qui concerne l'origine du dispositif, il n'en est de même de l'état des lieux du dispositif actuel. Je connais indirectement la situation en Île-de-France, mais pour ce qui concerne le territoire national, j'ai fait un premier diagnostic en 2004 à partir d'une recherche initiée par le Dr Pierre Goisset pour l'AFR. La mise en commun de nos données avec l'association Safe a abouti à un rapport qui ne peut prétendre à un état des lieux rigoureux, compte tenu des conditions de recueil et de traitement des données, mais il reflète les difficultés auxquelles le dispositif était confronté en 2004⁸¹. Ma dernière pratique de recherche remonte à 2006. Elle porte sur la diffusion de l'usage de stimulants par de jeunes habitants des cités populaires en banlieue parisienne⁸². Ce travail a été effectué sur la base d'un double constat : la plupart des équipes, y compris les mieux implantées, ne parviennent pas à nouer des relations avec les nouvelles générations d'usagers de drogues. Pour ce qui concerne les banlieues en Île-de-France, la difficulté est redoublée : personne ne parvient à savoir ce qui se passe exactement. La répression et la stigmatisation ont rompu les liens entre les générations d'usagers.

Je ne suis pas en mesure de faire un état des lieux systématique quant à la position de la France. J'ai toutefois participé à une recherche sur les politiques

81. COPPEL A, DUPLESSY C. Les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif national de RDR. Une mise en perspective à partir de trois sources de données. Projet européen « Rezolat », 2004. Voir le site Internet de l'AFR et www.annecoppel.fr.

82. COPPEL A. Consommation de stimulants et jeunes des cités : nouvelles représentations, nouvelles pratiques. Rapport remis à la Direction Générale de la Santé, Décembre 2006.

menées dans différentes villes européennes, impulsées souvent à partir des problèmes soulevés dans le voisinage des scènes ouvertes. Je n'ai pas développé ici cette approche, très différente de la politique nationale française de réduction des risques, politique strictement sanitaire. Je me suis contentée d'une rapide synthèse de ce travail qui se traduit en recommandations pour le développement du partenariat avec les élus locaux⁸³.

Je n'ai pas référencé les nombreux travaux que je cite ni donné les références de tous les textes réglementaires ou rapports officiels. Chaque phrase ou presque aurait exigé une ou plusieurs références bibliographiques. Le plus souvent, je me suis contentée de renvoyer aux revues de la littérature que j'ai effectuées. J'ai ajouté quelques notes, en particulier lorsqu'il s'agit de publications qui ne sont pas citées dans la bibliographie de cette expertise. Tous les textes que j'ai rédigés sont accessibles sur le site www.annecoppel.fr.

À l'origine du dispositif, la mobilisation des associations

Émergence de nouveaux acteurs de terrain

Avant d'être une politique, la réduction des risques a été un ensemble de pratiques d'acteurs qui se sont engagés, pour les uns dans la prévention du sida pour les autres dans les soins somatiques ou même dans la recherche de traitement de la toxicomanie⁸⁴. Les premières initiatives ont été peu nombreuses, elles ont été impulsées par des acteurs isolés, à l'extérieur du système de soin ou à ses marges. La toute première action remonte à 1986, elle a été mise en œuvre par Aides. C'est une brochure de prévention du sida dont Daniel Defer, Président de Aides, avait voulu qu'elle soit réalisée avec des usagers de drogues. Jusqu'en 1989, c'est la seule action de terrain, mais entre 1989 et 1990, une première série d'initiatives est mise en œuvre :

- programme d'échange de seringues (PES) de Médecins du Monde (MDM) ;
- test VIH et prévention du sida auprès des toxicomanes par une équipe de rue d'ex-toxicomanes de Seine-Saint-Denis par l'association Arcades, qui héritera du premier programme d'échange de seringues en Seine-Saint-Denis ;
- prévention du sida auprès des femmes prostituées avec le Bus des Femmes (Centre collaborateur OMS-Sida) ;
- prévention du sida auprès des prostitués transsexuels (Aides) ;
- programme méthadone-insertion au Centre Pierre Nicole (12 places expérimentales) ;

83. COPPEL A. Usage de drogues, services de 1^{res} lignes et politiques locales, guide pour les élus locaux. Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU), Programme Démocratie, Villes & Drogues, février 2008.

84. Sur l'histoire du dispositif, voir : COPPEL A. Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte, Prologue 2002 : 7-52.

- sensibilisation de pharmaciens et premières expérimentations du stéribox (centre municipal de santé Ivry) ;
- premières réunions d'usagers de drogues actifs (Appart).

L'année 1989 est l'année de la création de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) dont une des missions était le développement d'actions auprès des groupes particulièrement exposés au risque de contamination. Cette nouvelle mission marque un tournant : désormais la démarche de santé communautaire est encouragée. Jusqu'en 1989-1990, les actions spécifiques étaient suspectes de « communautarisme ». C'est la raison pour laquelle la seule mesure prise en direction des usagers de drogues pendant cette première période est la mise en vente libre des seringues en 1987, mais au niveau international, les actions de prévention du sida auprès des usagers de drogues ont fait la preuve de leur efficacité dès la fin des années 1980. Sous la pression d'organisations internationales (OMS, Lutte contre le sida), le ministère de la Santé veut impulser des actions expérimentales ; encore faut-il trouver des volontaires. Lorsque MDM propose son projet de PES, la DGS, inquiète du risque de disqualification du système de soin traditionnel, s'efforce de convaincre les spécialistes. Elle parvient à négocier deux programmes rattachés au système de soin, l'un à Marseille, l'autre en Seine-Saint-Denis, mais aucun de ces programmes ne parvient à échanger une seule seringue. Les spécialistes ne connaissent qu'une seule pratique, la cure de désintoxication. Il faut changer les façons de faire, changer les façons de penser et pour le moment, il n'en est pas question⁸⁵. Tous ceux qui s'engagent dans ces premières expérimentations avaient commencé à nouer des liens avec des usagers hors institution : Aides dans ses accueils, MDM dans ses consultations précarité, le médecin généraliste dans sa consultation du centre santé. Arcades et le Centre Pierre Nicole sont les seuls acteurs issus du système de soins spécialisés ; leur engagement est lié en partie aux liens tissés antérieurement avec le terrain⁸⁶ mais pour ce qui concerne l'expérimentation du programme méthadone, les Dr Charles-Nicolas et Didier Touzeau étaient tous deux attentifs aux résultats obtenus au niveau international.

Expérience française et influences internationales

Tous ces acteurs sont en lien avec des organisations internationales soit par leur participation aux conférences internationales de lutte contre le sida soit

85. COPPEL A. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. Vivre avec les drogues. Le Seuil, Communications n°166, 1996 : 75-108.

86. Trois sites ont donné lieu à une recherche-action : le Forum des Halles, le XVIII^e (EGO) et Orly en Île-de-France. Voir : COPPEL A. Pour une réponse communautaire au défi de la drogue, 1989, Centre Pierre Nicole, Comité départemental de la Croix-Rouge, DRASS Île-de-France, Sous-Direction de l'action sanitaire et sociale de la CRAMIF, 1989. Voir aussi le colloque « Politique locale et toxicomanie » FIRST, 1990. Voir également « ARCADES, une action communautaire en Seine St Denis », Chapitre 10, *In* : Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques. COPPEL A. La Découverte, Prologue 2002.

par des recherches subventionnées par l'OMS (Arcades, le Bus des Femmes), mais l'influence internationale s'exerce d'abord de façon limitée. Dans les conférences internationales, les Français constatent la participation de groupes minoritaires, mais ils considèrent que cette démarche, fondée sur la notion de « groupe à risque », serait propre au monde anglo-saxon. Dès 1986, lors de la seconde Conférence internationale de lutte contre le sida organisée à Paris, une recherche menée à New York par l'équipe de Don Des Jarlais démontre le changement de comportement des toxicomanes, mais l'information est inaudible⁸⁷. À l'exception de quelques chercheurs, le refus de cette information est général. Ainsi la plupart des médecins qui, en France, expérimentent la prescription d'opiacés ignorent la littérature internationale sur la méthadone. Ils savent qu'ailleurs, ces traitements sont prescrits, mais a priori, les recherches ne sont pas plus crédibles que celles de psychiatres russes justifiant la médicalisation d'opposants politiques.

Dans un premier temps, l'information est minimale, elle peut seulement inspirer ou conforter les premiers engagements : « À l'étranger, il y a des associations d'usagers de drogue ». Ou bien, « des distributions de seringues sont organisées ». L'information internationale jouera un rôle majeur à chaque étape du développement du dispositif, mais les acteurs ne seront en mesure de la solliciter qu'à partir du moment où cette information leur sera directement utile. Pour que les acteurs se saisissent de l'information internationale, il faut qu'elle corresponde ou qu'elle éclaire l'expérience de terrain.

Des prescriptions médicales sauvages à la notion de traitement

S'il n'y a pas eu d'actions menées sur le terrain entre 1986 et 1989, quelques médecins ont commencé à prescrire des médicaments substitutifs. Leur rôle va être déterminant à la fois dans le changement des croyances et dans les résultats. Le médicament le plus souvent prescrit est le Temgésic (buprénorphine), un antalgique qui, au contraire des morphiniques, n'exige pas l'utilisation du carnet à souche. La toxicomanie étant considérée comme le symptôme d'une souffrance psychique, ces prescriptions n'ont pas le statut de traitement de la toxicomanie ni d'un point de vue de leur statut officiel ni pour le médecin qui les prescrit ni même pour les usagers qui les réclament. Ces prescriptions se veulent ponctuelles, par exemple le temps d'une hospitalisation ou pour traiter une maladie somatique. Ces médicaments sont aussi demandés par les usagers « pour décrocher progressivement » disent-ils. Malgré les mises en garde, quelques médecins acceptent de répondre à la demande, mais ils se gardent bien de revendiquer ces prescriptions sauvages. Les médecins prescripteurs ne se connaissent pas entre eux, même s'il s'agit

87. DESJARLAIS DC. 1989, cité dans la revue de la littérature que j'ai effectuée en 1993 dans « Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes », Sida, Toxicomanie, Une Lecture documentaire, Le Crips/Toxibase, novembre 1993 : 95-105.

souvent de médecins relevant des réseaux ville-hôpital, mis en place dès 1986 dans la lutte contre le sida.

Ces prescriptions sont régulièrement dénoncées par les spécialistes. Au 1^{er} septembre 1992, après deux années de débat, la commission des stupéfiants impose le recours au carnet à souches pour la prescription du Temgésic avec les mêmes contraintes que les morphiniques. La plupart des médecins renoncent à ces prescriptions, et les usagers en manque se bousculent dans les rares cabinets des médecins qui acceptent d'utiliser leur carnet à souche. C'est aussi le moment d'une prise de conscience : l'arrêt brutal des prescriptions médicales a des conséquences graves (retour à une vie de galère, dépression, suicides, overdoses observées par quelques médecins). Ces prescriptions protègent la santé de ces nouveaux patients, il s'agit bien d'un traitement.

Ouverture du débat public et développement des premiers réseaux

Le 9 septembre 1992, un appel aux médecins généralistes est publié dans le Monde, signé par les premiers prescripteurs, médecins généralistes pour la plupart, mais également les spécialistes du premier programme méthadone créé en 1990⁸⁸. Si l'article est publié dans le Monde, c'est qu'aucun journal médical n'avait accepté de le publier. Pour s'engager dans le débat public, il nous a fallu prendre conscience à la fois de la gravité de la situation et des réponses qui permettaient d'y faire face. La Conférence de lutte contre le sida de juillet 1992 à Amsterdam a été un moment clé de cette prise conscience. Une trentaine de Français engagés dans les premières expérimentations y participaient. Chacun de son côté développait des pratiques dont nous apprenons qu'elles relèvent d'une politique de santé publique dite de « réduction des risques » ou plus précisément des dommages « *harm reduction* ».

Jusqu'alors, nous pensions qu'en France, les réponses nécessaires allaient se développer progressivement, mais lorsque la porte entrouverte par les prescriptions sauvages se referme brutalement, la gravité de la situation nous contraint à rompre le silence. Impensable jusque-là, le débat s'enflamme. Le consensus français sur le *statu quo* tenait au silence, il vole brutalement en éclats. Une à une, les croyances collectives sont remises en cause : il y a bien une situation d'urgence, les usagers doivent pouvoir protéger leur santé même s'ils consomment des drogues. Protéger la santé de tous, c'est précisément la mission de la santé publique.

Tandis que les médecins prescripteurs créent un réseau, le Repsud, les échanges entre les différents acteurs se multiplient. En octobre 1992, Kouchner, ministre de la Santé, s'engage à ouvrir 250 places pour un traitement par la méthadone et à développer des PES. Il ne parvient pas à convaincre son gouvernement qui, avec Paul Quilès au ministère de l'Intérieur, déclare « la

88. Le repère du toxicomane. Le Monde, 9 septembre 1992, Texte collectif, Appel adressé aux médecins généralistes rédigé après le passage du Temgésic sur carnet à souche.

guerre à la drogue ». Le plan de lutte contre la drogue qu'il élabore en décembre 1992 sera poursuivi par Pasqua, ministre de l'Intérieur du gouvernement suivant. Les interpellations se multiplient. La situation des usagers s'aggrave de jour en jour, mais contrairement aux années 1980, où des milliers d'usagers sont morts dans le silence, désormais il y a des témoins de cette « catastrophe sanitaire », diagnostic que posera la commission Henrion en 1994⁸⁹. Avec le développement des prescriptions médicales en médecine de ville, les patients de plus en plus nombreux surgissent dans les hôpitaux. Durant l'hiver 1993, de nouveaux acteurs se mobilisent dans plusieurs villes de province. Lorsqu'ils sont trop isolés pour créer leurs propres projets, ils rejoignent les associations nationales, Aides ou Médecins du Monde, qui acceptent de porter ces nouveaux projets.

Usagers de drogues, acteurs de terrain et médecins : la confrontation des expériences dans « Limiter la casse »

En avril 1993, à l'initiative d'Arnault Marty Lavauzelle, Président de Aides, avec Asud et moi-même, nous regroupons tous les acteurs dont nous savons qu'ils sont engagés sur le terrain, militants associatifs, médecins, psychiatres ou intervenants en toxicomanie. Des journalistes et des chercheurs s'impliquent également, sans compter de simples citoyens, proches, étudiants, ou philosophes. Le pluriel ne doit pas faire illusion : l'engagement est individuel, mais chacun va diffuser ce qu'il vient de comprendre dans son champ propre. Pour la première fois, les usagers de drogues sont au cœur de ce regroupement : il leur appartient de définir leurs besoins. Ils vont démontrer l'utilité des prescriptions médicales de substitut qui, a priori, étaient loin de faire consensus. Manifestement, il faut se faire entendre, mais l'enjeu ne se limite pas au débat public. Que faut-il demander au juste ? Comment évaluer les besoins ? Faute de recherches, on ne dispose d'aucun outil d'évaluation. Au-delà de la santé, le débat porte sur la politique des drogues : faut-il changer la loi ? Faut-il arrêter la prohibition ? L'association « Limiter la casse » devient un lieu de débat théorique et politique, mais elle est aussi un lieu d'expérimentation : quelles relations entre les usagers de drogues et leur environnement ? Que faut-il accepter ? Quelles limites se donner ? Les nouveaux savoir-faire se bricolent au jour le jour dans le plus grand empirisme, ils se diffusent dans les réseaux relationnels, portés par l'exaltation des temps d'expérimentation.

Mise en place d'un dispositif expérimental

Le 23 septembre 1993, le Conseil National du Sida préconise des mesures de prévention du sida auprès des usagers de drogues, mais le plan gouvernemental

444 89. Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Commission présidée par le Pr. Roger Henrion, 1994. La Documentation Française.

de lutte contre la drogue et la toxicomanie, présenté le même jour s'attache pour l'essentiel à renforcer le dispositif existant, dont la création de 1 000 lits de cure de désintoxication. Simone Veil, ministre des Affaires sociales et de la santé, alertée par des experts, prend rapidement conscience que la santé publique n'est nullement un prétexte : le scandale du sang contaminé prouve qu'elle doit être prise au sérieux. Pour Simone Veil, l'obstacle est d'abord d'ordre législatif : on ne peut à la fois distribuer des seringues et en interdire l'usage. C'est la raison pour laquelle elle crée la commission présidée par le Pr. Henrion qu'elle charge de répondre à une question : « Faut-il changer la loi ? ». La commission ne parvient pas à un consensus sur la dépénalisation. En revanche, au fur et à mesure des auditions, l'urgence de santé publique ne fait plus de doute. En 1993, la toxicomanie est devenue la première cause de la mortalité des 18-44 ans en Île-de-France, avec deux indicateurs, la mortalité due au sida et les overdoses mortelles, c'est-à-dire uniquement celles qui sont identifiées sur la voie publique par la police, autrement dit avec une toute petite part de la mortalité effective⁹⁰.

Le 21 juillet 1994, Simone Veil rend public la mise en place du dispositif expérimental de réduction des risques infectieux. Elle n'a pas perdu de temps. Le programme est déjà en partie réalisé. Dix huit PES sont déjà créés sur les 25 financés par le dispositif expérimental. Ce dispositif mobilise les médecins dans 12 réseaux ville-hôpital et les pharmaciens qu'il dote d'une trousse de prévention, le stéribox. À chaque fois, les financements viennent en complément de la mobilisation bénévole. En revanche, dans les programmes méthadone, les places sont subventionnées une à une. Durant l'hiver 1994, 13 programmes méthadone ont été ouverts. Chacun de ces projets a été négocié un à un et Simone Veil a veillé personnellement à ce que tous les obstacles administratifs soient surmontés. En juillet, 1 647 places méthadone sont financées. Nous sommes très au delà des 250 places promises en octobre 1992, puis en septembre 1993. Et pourtant, une nouvelle question se pose : est-ce suffisant ?

Changement de pratiques, changement de croyances

Les nouvelles pratiques vont peu à peu ébranler le système de croyances, car le changement des pratiques précède le changement des croyances. Encore faut-il pouvoir se référer à un nouveau cadre d'interprétation. « Le traitement de la toxicomanie » n'est pas encore devenu le traitement de la dépendance, mais les médecins savent que leurs prescriptions sont justifiées et ils les revendiquent. Reste une question non résolue : les patients en médecine de ville seraient plus d'une dizaine de milliers. Que vont-ils devenir ? Les contraintes de la prescription de méthadone interdisent d'espérer qu'ils puissent tous être intégrés dans des programmes. La mobilisation de la médecine

90. BEH n°35, 29 août 1994.

de ville est précieuse à plus d'un titre. Eux seuls sont en mesure de traiter en même temps les pathologies somatiques. Comment tirer profit de l'expérience qu'ils ont acquise en prescrivant de la buprénorphine ?

Plutôt que d'élargir le cadre de prescription de la méthadone, Simone Veil se décide à expérimenter un nouveau médicament, le Subutex. En 1995, ce nouveau médicament obtient son autorisation de mise sur le marché. Il peut être prescrit par n'importe quel médecin et le cadre est particulièrement libéral. L'usager dépendant est devenu un patient comme les autres. En moins de trois ans, on comptabilise près de 90 000 patients. La France est devenue le pays le plus prescripteur en Europe. C'est aussi celui où les résultats de cette nouvelle politique ont été les plus tangibles⁹¹.

Obstacles au développement de la réduction des risques

Éthique du soin aux valeurs universelles

Dans la plupart des pays, la politique de réduction des risques s'oppose aux partisans de la répression, mais un apparent consensus réunit ceux qui traditionnellement s'opposent à la répression des usagers de drogues et ceux qui la réclament. Cet étrange consensus invoque des valeurs consensuelles : la lutte contre le sida ne doit pas tomber dans le piège du communautarisme. Le sida « concerne tout le monde » affirme la première campagne de prévention du sida. Il n'en reste pas moins qu'une information généraliste ne suffit pas ; certains – pour ne pas dire de « groupe à risque », formulation considérée comme stigmatisante – étant plus exposés que d'autres. Pour le milieu homosexuel, inconnu des services sanitaires et sociaux, le développement de nouvelles associations est indispensable, mais pour les toxicomanes, la prise en charge par les soignants est à l'évidence la plus légitime. L'éthique du soin se réclame de valeurs universelles : « Libertés, droits de l'Homme et démocratie ». Les intervenants en toxicomanie dénoncent l'enfermement des toxicomanes, les traitements soi-disant médicaux qui répondent à une fonction de normalisation sociale et enfin le risque de ghettoïsation avec les mesures spécifiques.

Santé publique « outil de contrôle social »

« Le toxicomane n'est pas un malade », « la toxicomanie n'est pas un problème de santé publique » répétaient à l'envi les spécialistes. Voilà des assertions pour le moins paradoxales pour des soignants. Pour les comprendre, il

91. Ch. 17, « Genèse d'un médicament » et Ch. 18 « Médecins ou dealers en blouse blanche » p237-262. In : Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques. COPPEL A. La Découverte, Prologue 2002.

faut revenir aux origines du dispositif de soin créé par la loi de 1970. Ces années-là, l'usage de drogue est considéré comme une forme de contestation. La menace qui pèse sur la santé publique est agitée pour justifier la sévérité de la loi, mais les débats parlementaires ne laissent aucun doute : l'objectif premier est de restaurer l'autorité de l'État⁹². C'est là un enjeu politique que les experts médicaux se gardent de discuter, mais ils s'inquiètent des conséquences néfastes de la pénalisation de l'usage. La prison n'est pas la bonne réponse pour ces jeunes en pleine crise d'adolescence. L'injonction thérapeutique, alternative à l'incarcération, est négociée entre justice et santé. Elle offre une porte de sortie à ceux qui, acceptant de se considérer comme des malades, renoncent à consommer des drogues, mais elle pose un redoutable problème au médecin : ces usagers relèvent-ils d'un traitement ?

La hantise du Dr Olievenstein, chef de file de l'école française, c'est l'imposition de traitements médicaux à des gens qui ne sont pas des malades. Les traitements de l'homosexualité ou de la masturbation ou pire encore les traitements psychiatriques imposés aux opposants politiques servent de repoussoir. Le Centre Marmottan a beau être le premier dispositif de soin prévu par la loi, il ne répond pas aux impératifs de la loi : le centre accueillera les toxicomanes qui demandent de l'aide et seulement ceux-là.

Le système de soin est le produit d'une contradiction non résolue entre médecine et justice. Aujourd'hui, avec l'addictologie, la médecine a développé ses propres concepts qui opposent l'usage à la dépendance, qui seule relève du traitement médical, mais en 1970, le terme « toxicomanie », laisse penser que médecine et justice ont la même définition de la toxicomanie. Ce n'est pas le cas, mais faute d'avoir pu se faire entendre, les experts médicaux se contentent de délimiter leur territoire.

Système construit pour se protéger des menaces extérieures

La médecine ne doit pas être au service de la justice ou se soumettre à la demande sociale ; elle ne doit obéir qu'à elle-même. Aussi le système de soin a-t-il été construit comme une véritable citadelle qui doit résister aux différentes formes de pression qui pèsent aussi bien sur le toxicomane que sur ses soignants :

- contre les contrôles judiciaires : avec l'anonymat, exigé par les experts du ministère de la Santé, la justice n'a pas les moyens de contrôler ni l'effectivité du traitement ni ses résultats ;
- contre la médicalisation de la toxicomanie : que l'usage de drogues soit considéré comme une déviance ou comme le symptôme d'une souffrance psychique, le traitement médical n'a pas de justification. On ne guérit pas de

92. Sur la loi de 1970, voir : BERNAT de CELIS J. *Drogue : consommation interdite*. L'Harmattan, 1996. Voir aussi : EHRENBERG A. *L'Individu incertain*, Calmann-Lévy, 1995 : 102-106.

la toxicomanie par une cure et encore moins par la prescription de drogues comme la méthadone ;

- contre les traitements coercitifs : le soin ne doit pas avoir pour objectif la normalisation des comportements ; il doit faire appel à la liberté de choix ;
- contre la demande sociale : la famille, l'environnement, l'opinion publique, tous réclament des cures, qu'ils imaginent urgentes. Le médecin ne doit prendre en compte que la demande du patient. « Il n'y a pas d'urgence en toxicomanie », affirment-ils ;
- contre la demande sécuritaire : les élus locaux peuvent être tentés d'adopter des mesures purement répressives. Aussi le système de soin est-il mis sous la protection de l'État.

En acceptant d'ouvrir le Centre Marmottan, le Dr Olievenstein se veut le garant de la liberté du toxicomane ; il veille personnellement à ce qu'aucun traitement qui ne respecte pas la liberté du sujet ne puisse se développer. Sont ainsi boutées hors de France, toutes les thérapies qui veulent « normaliser les comportements », que ce soit au nom de la science en référence à la biologie ou au comportementalisme ou bien au nom de la morale et de la religion comme les communautés thérapeutiques. Le système de soins a beau se prétendre « diversifié », l'offre de soin est essentiellement psychologique en référence plus ou moins revendiquée à la psychanalyse⁹³.

Jusqu'au milieu des années 1980, cette analyse fait consensus aussi bien dans la classe politique que dans l'élite intellectuelle. Quant au corps médical, il se garde de toute intrusion dans ce champ spécialisé. Les toxicomanes ont mauvaise réputation, les médecins se contentent d'orienter ces patients difficiles dans les centres spécialisés. Ils le font d'autant plus volontiers que ces intervenants prennent à cœur leur travail, dans le respect de l'éthique médicale. Tout au plus, ces derniers sont-ils suspects d'une trop grande proximité avec leurs patients.

Remise en cause des institutions

Si le système de soin a été mis en place pour garantir la protection des toxicomanes, c'est bientôt le système lui-même qui doit se protéger.

Il se protège d'abord contre ses propres patients. Les héroïnomanes des années 1980, plus violents et moins fascinants que la génération contre-culturelle, n'ont, semble-t-il, rien d'autre à dire que la souffrance du manque. Le fossé se creuse entre des usagers de plus en plus dépendants et une offre de soins de plus en plus psychologique. Des règlements intérieurs sont institués : les usagers doivent démontrer leur motivation, ceux qui rechutent sont systématiquement exclus. Le soin est réservé aux plus méritants.

Le dispositif de soin se protège surtout contre la montée de la demande sécuritaire. Tandis que la consommation d'héroïne se diffuse dans les quartiers

populaires, le sentiment d'insécurité ne cesse de progresser. À l'exception de l'extrême-droite, la classe politique fait front ; elle résiste d'abord par le silence, mais en 1986, pour la première fois, le système de soin est officiellement remis en cause : la toxicomanie étant définie par la perte de la volonté, il serait absurde d'exiger une demande volontaire. De gré ou de force, les toxicomanes doivent être punis ou soignés. C'est d'ailleurs ce que prévoit la loi de 1979 que le ministre de la Justice, Alain Chalonon, entreprend d'appliquer à la lettre. Des services psychiatriques fermés doivent prendre la relève d'un système de soin défaillant. Cette tentative de réforme échoue, mais le système de soin se referme sur lui-même, il interdit toute critique. Désormais, les ennemis du système de soin sont les ennemis de la liberté.

Contre l'amalgame « toxicomanie-sida »

En 1986, les spécialistes ont résisté à la demande sociale de traitements obligatoires, mais les années suivantes, ils s'efforcent de reconstruire le consensus qui a protégé le système de soin. Ce consensus se construit sur le refus de l'amalgame « toxicomanie-sida »⁹⁴. En affirmant que « La lutte contre le sida ne doit pas servir de prétexte à l'abandon de la lutte contre la toxicomanie », les spécialistes rassurent tous ceux qui sont convaincus que la répression de l'usage est la seule prévention efficace. 1986, c'est l'année où la Grande-Bretagne adopte cette nouvelle politique de santé qui prône la distribution de seringues et la prescription de méthadone. Toutes ces mesures sont interprétées à l'aune du débat français construit sur l'opposition « laxisme ou répression ». Pour les Français, nos voisins ont cédé à la panique. Face à la menace du sida, ils ont « baissé les bras ». Le compromis entre positions libérales et positions répressives se construit sur le *statu quo*. Le système de soin français serait « le meilleur au monde », argumentent les intervenants en toxicomanie, précisément parce qu'il a su préserver la liberté du toxicomane sans renoncer à la lutte contre la toxicomanie. C'est ce que s'efforce de démontrer le rapport Trautmann, deuxième rapport officiel sur la lutte contre la drogue et la toxicomanie, publié en 1989. Trois pages sont consacrées au sida : la lutte contre le sida et la lutte contre la toxicomanie relèvent de services soigneusement cloisonnés. La DGS-sida et la DGS-toxicomanie ont chacune leurs missions propres. La lutte contre le sida ne doit pas être menée aux dépens de l'éthique du soin : il faut résister à la tentation de « la médicalisation de la toxicomanie », qui, pour le système de soin, reste le danger principal – puisque « la toxicomanie n'est pas une maladie ».

94. COPPEL A. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. Vivre avec les drogues. Le Seuil, Communications n°166, 1996.

Contre la dramatisation, le refus de l'évaluation

Dans le domaine de la toxicomanie, ni les spécialistes en toxicomanie ni les médecins chargés de mission de santé publique ne prennent au sérieux la menace qui pèse sur la santé publique. En 1978, le rapport Pelletier, premier rapport officiel sur la loi de 1970, avait abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas véritablement de problème de santé publique, du moins, avait précisé Monique Pelletier, « tant qu'il n'y aurait pas au moins 100 000 grands toxicomanes ». La progression de la consommation d'héroïne reste invisible dans les rares enquêtes quantitatives menées par l'Inserm. Ces résultats sont utilisés pour répondre au sentiment d'insécurité mais en 1986, le ministre de la Justice, Alain Chalandon, rompt le consensus de la classe politique : il y aurait au moins 500 000 toxicomanes, affirme-t-il, refusant, conformément à la loi, de distinguer cannabis et héroïne. Faire peur ou rassurer, telle semble être l'unique fonction des recherches que personne ne prend véritablement au sérieux, comme le démontre un rapport publié en 1992. L'évaluation répond à une demande de contrôle qui provoque des résistances d'autant plus vives que l'expertise fait défaut. Quels sont les résultats des traitements ? Dans les pays anglo-saxons, des études ont été menées, mais les spécialistes français ne veulent pas en entendre parler : évaluer le traitement suppose qu'il y a maladie. Il faudrait d'abord lever les ambiguïtés sur lesquelles repose le système de soin. Il faudrait aussi reconnaître les résultats catastrophiques des cures de sevrage : plus de 80 % de rechute selon les études anglo-saxonnes. Voilà qui risque de condamner à une maladie mortelle des usagers qui, même s'ils le veulent, ne parviennent pas à « sortir de la toxicomanie ». Les spécialistes affirment : « Nous avons une obligation de moyens, pas de résultats ». À défaut de convaincre, certains n'hésitent pas à avancer les chiffres les plus fantaisistes, persuadés qu'on peut faire dire tout ce qu'on veut aux chiffres, des « foutaises bureaucratiques » selon le Dr Olievenstein.

Leviers du changement

Croyances collectives et réalités de terrain : une confrontation difficile

Si la réduction des risques a eu tant de mal à se développer, c'est que les premiers acteurs ont dû se confronter à leurs propres croyances. Toutes les premières initiatives commencent par solliciter le Dr Olievenstein : Aides dès 1986, Médecins du Monde l'année suivante, et c'est également le cas de nombre de petits projets. L'exclusion des soins est un des premiers constats de terrain qui va contribuer à ébranler certaines certitudes, sans pour autant que les acteurs soient en mesure de remettre en cause la logique d'ensemble. Il faut comprendre les logiques d'exclusion et déconstruire l'argumentaire qui le justifie : « Il n'y a pas d'urgence en toxicomanie », « il faut apprendre à dire non, il ne faut pas se laisser manipuler », « Il faut entendre la souffrance et

non pas l'écraser avec une camisole chimique », « Il ne faut se focaliser sur les produits », « Il ne faut pas enfermer les toxicomanes dans leur toxicomanie ». Tel acteur a pu constater qu'il y a bien des usagers en situation d'urgence, mais il n'y a aucun outil pour évaluer l'ampleur des problèmes. La mort est un puissant tabou qui conjugue le déni, la culpabilité ou le jugement moral et enfin la crainte d'alimenter la demande sécuritaire, la pudeur. Sans Act-Up, nous n'aurions jamais osé écrire « Des toxicomanes meurent tous les jours. Ces morts peuvent être évités »⁹⁵.

Alliance avec les usagers de drogues

L'alliance entre les usagers de drogues est le premier levier du changement. Elle se construit sur le terrain. Pour constater l'exclusion des soins, il faut accepter de recevoir ces patients difficiles, que ce soit dans l'accueil des précaires de MDM ou dans les cabinets de médecine générale. Tous s'affrontent à un consensus qui encourage le refus de soin : « Il faut savoir dire non ! », répète la presse médicale alors même qu'elle traite de la prise en charge des patients VIH en médecine de ville. Si la lutte contre le sida bouleverse ce système de représentation, c'est qu'elle rappelle que le soin est toujours fondé sur une alliance entre le médecin et son patient. C'est dans le cadre de cette alliance que vont s'expérimenter les premières prescriptions médicales de substitut.

Au-delà des relations patient-médecin, la lutte contre le sida est à l'origine d'un changement de représentations plus radical : parce qu'elle fait appel à la responsabilité individuelle, la prévention du sida fait de chacun l'acteur de la protection de sa santé, l'usager de drogue au même titre que n'importe qui. C'est là une évidence : seul l'usager peut décider s'il utilise ou non une seringue stérile, s'il met ou non un préservatif mais dans le domaine de la toxicomanie, les messages de prévention ont toujours fait appel à la peur et à la menace de sanction plutôt qu'à la responsabilité. Au contraire, la lutte contre le sida a développé tous les outils qui peuvent contribuer à l'appropriation des comportements de prévention. Premier de ces outils, les associations dites d'auto-support (aide par les pairs ou *peer support, self help*) qui regroupent des usagers qui n'ont pas renoncé à la consommation de drogues. Ces associations se développent rapidement. En 1994, Asud recense 14 associations. Toutes sont subventionnées, et pourtant le dispositif officiel de la réduction des risques se garde bien de les revendiquer : le dispositif d'urgence se réclame de l'autorité médicale et non de la responsabilité des toxicomanes.

À défaut d'une auto-organisation spontanée, que la marginalisation sociale et la répression rendent difficiles, d'autres modalités sont expérimentées dans le cadre d'équipes qui associent militants associatifs ou professionnels et usagers de drogues. Ces équipes de rue ou de proximité se donnent pour mission

95. Appel pour « Limiter la casse », Octobre 1993.

d'entrer en relation avec des usagers hors du cadre institutionnel⁹⁶. L'alliance est nécessaire pour pénétrer un milieu fermé sur lui-même. Lorsque ces liens auront été noués, le contact s'avéra aisé et les difficultés initiales seront oubliées mais il aura fallu passer au crible toutes les croyances collectives : on pensait que le toxicomane, « maniaque du toxique », devait nécessairement être suicidaire ou souffrir d'une pathologie mentale. Acteur de sa santé, il devient « un usager de drogue », qui se veut citoyen comme les autres. Le changement d'identité s'accompagne d'un changement de comportement des héroïnomanes mais plus encore d'une nouvelle génération d'usagers de drogue qui revendique un usage festif, en rupture avec l'usage « toxicomaniaque »⁹⁷.

Élaboration et diffusion de nouveaux savoirs et savoir-faire

Les nouveaux savoir-faire s'élaborent dans la confrontation des expériences personnelles et professionnelles. La connaissance des usages de drogues est directement issue des expériences personnelles que les usagers apprennent à confronter entre eux. L'évaluation des risques exige la confrontation des pratiques de l'usage avec des savoirs scientifiques sur les types de risques selon les usages et les produits. Chercheurs, praticiens et usagers de drogues doivent confronter expériences et connaissances. Des liens se tissent entre des militants associatifs et le milieu médical, avec l'accompagnement des malades ou le soutien des familles. Autre bouleversement, les professionnels socio-sanitaires sont également conduits à confronter les pratiques propres à chaque spécialité. Médecins hospitaliers, médecins de ville et pharmaciens vont apprendre à collaborer. Ces nouveaux savoirs et savoir-faire se diffusent dans les réseaux qui contribuent à les enrichir.

Résultats tangibles

Les réseaux se développent rapidement parce que les acteurs qui s'y impliquent constatent par eux-mêmes que les actions sont à la fois faisables et utiles. En traitement de substitution, les usagers d'héroïne se stabilisent, leur comportement se modifie, les relations changent. Aucun des premiers acteurs n'imaginait obtenir la baisse de la mortalité que démontre l'évaluation nationale dès 1999, mais l'amélioration de la santé est immédiate. C'est aussi ce que constatent les intervenants en toxicomanie au fur et à mesure qu'ils acceptent de prescrire ces traitements. L'amélioration de leurs relations avec leurs patients est le premier de ces constats : les usagers sous traitement ne sont pas devenus des esclaves, ils ont beaucoup de choses à dire, et les spécialistes beaucoup à apprendre.

96. COPPEL A. L'outreach, l'art difficile de toucher les exclus. *Peddro*, numéro spécial, UNESCO et ONU-Sida, décembre 2001 : 98-99.

97. Ch. 22, Usagers de drogue ou patients ? p297-310. *In* : Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques. COPPEL A. *La Découverte*, Prologue 2002.

Mobilisation collective

L'évaluation a porté sur les outils de la réduction des risques, mais elle n'a pas pris en compte la mobilisation des acteurs. Or, ces résultats tangibles sont le résultat d'une mobilisation collective. La mobilisation des usagers des drogues a déterminé la baisse spectaculaire des nouveaux cas de sida. Des études internationales ont démontré que les changements de comportements se diffusent d'usager à usager. L'expérience française montre que le soutien de l'environnement proche peut y contribuer. La baisse de la mortalité atteste de la mobilisation des acteurs de santé et cette mobilisation est elle aussi interactionnelle. Avec des accompagnements individualisés, médecins généralistes et militants associatifs ont ouvert les portes de l'hôpital. Les résultats des traitements de substitution sont eux aussi dus à cette mobilisation collective⁹⁸. Si nos partenaires étrangers se sont montrés sceptiques devant nos résultats, c'est que la prescription de buprénorphine avait donné des résultats catastrophiques, par exemple en Écosse. Le traitement par le Subutex n'aurait pu obtenir de tels résultats, sans la diffusion des bonnes pratiques médicales dans les réseaux. Dans les premiers temps, les réunions, les formations, les échanges d'information de personne à personne se multiplient. Il ne faut pas oublier non plus le soutien du laboratoire, que ce nouveau médicament a d'abord inquiété, en termes de soutien individuel aux médecins, d'outils de formation, de recherches et de participation aux conférences internationales. Les médias vont rendre compte de cette mobilisation inattendue, contribuant à conforter cette mobilisation collective. Le rôle de l'État enfin devient rapidement déterminant. Les pratiques de réduction des risques s'inscrivent désormais dans un dispositif expérimental tandis que méthadone et Subutex obtiennent leur AMM en 1995. La réduction des risques est bien devenue une politique publique, même si cette politique reste curieusement quasi-clandestine⁹⁹.

Appropriation de l'information internationale

L'information se diffuse au fur et à mesure que nous la sollicitons. Je connaissais les travaux de recherche en sciences sociales. Entre 1991 et 1992, je découvre son développement sur les prises de risques. Je découvre aussi que les évaluations internationales ont tranché le débat sur les résultats des traitements méthadone : les bonnes pratiques donnent de bons résultats¹⁰⁰. Ces

98. COPPEL A. Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France et comment notre pays se situe-t-il par rapport aux pays comparables ? Conférence de consensus sur les traitements de substitution, Alcoologie, addictologie, décembre 2004, Tome 26 supplément au n°4, p17-26.

99. COPPEL A. Politiques des drogues : peut-on changer de politique sans le dire ? Cosmopolitiques, République cherche démocratie et plus si affinités, Editions de l'Aube, n°3, 2003, p53-68.

100. COPPEL A. L'efficacité des programmes méthadone mesurée par l'évaluation des expériences étrangères. Journal du sida, n°46, janvier 1993.

recherches vont nourrir le débat, mais peu de Français lisent l'Anglais et ces articles n'ont jamais été traduits. De plus, au-delà du champ des drogues, l'appropriation de l'information internationale implique l'appropriation d'une culture de santé publique, elle implique aussi une autre conception des relations sociales qui repose sur la reconnaissance des groupes en présence. Cette nouvelle conception de la citoyenneté s'introduit en France par le biais du militantisme. Dès sa création, Act-Up avait rompu le silence de bon aloi que les associations de lutte contre le sida s'imposaient : les homosexuels revendiquent haut et fort leur identité. Indirectement, ils ont contribué à la mobilisation des usagers de drogues, qui n'ont plus honte de s'affirmer pour ce qu'ils sont.

Entre 1992 et 1993, nous participons à de nombreuses conférences internationales et à partir de janvier 1993, nous commençons à solliciter les experts que nous avons identifiés dans des rencontres et conférences internationales. Dans le champ du soin, les experts suisses et belges ont joué un rôle déterminant de médiateur parce qu'eux-mêmes se sont affrontés à l'idéologie française¹⁰¹. Dans les médias, les journalistes se mobilisent à leur tour. En janvier 1993, *Le Monde* inaugure une série de reportages sur les politiques de drogues en Europe. D'autres enquêtes vont suivre : le tabou imposait le silence, cette fois le débat public s'ouvre largement.

Nouvelle culture de santé publique

Le déficit de santé publique n'était pas limité au domaine de la toxicomanie, il est général en France¹⁰². Le sida fait émerger ce nouveau domaine d'expertise. Dans l'opinion, il contribue à une sensibilisation nouvelle des menaces qui pèsent sur la santé. Cette nouvelle culture de santé publique va bouleverser la conception de la lutte contre la toxicomanie et la drogue. Il faut tout revoir, redéfinir les concepts, évaluer la réalité des risques selon les usages et les produits. En 2000, la Mildt en prend acte et met en place un dispositif de recherche, comprenant l'ensemble des outils. Il s'agit d'améliorer les statistiques issues des services, de mener régulièrement les enquêtes quantitatives qui sont au reste exigées par l'Europe. De plus, un nouveau dispositif est créé : le dispositif Trend. On sait désormais que les nouvelles tendances en matière de consommation échappent aux enquêtes quantitatives. En liaison avec les équipes qui interviennent sur le terrain, le dispositif est chargé de recueillir une information qualitative qui permette d'éviter que la catastrophe sanitaire des années 1980 se répète.

101. MINO A, ARSEVER S. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués ?* Calmann-Lévy, 1996.

454 102. MORELLE A. *La Défaite de la santé publique*. Flammarion, 1996.

Institutionnalisation du dispositif de réduction des risques

Contexte de l'institutionnalisation

En 2003, la décision de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques est prise dans un contexte de remise en cause du dispositif. En décembre 2002, une commission d'enquête du Sénat s'était proposée « d'y voir plus clair dans la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre les drogues illicites et surtout de relever ses carences »¹⁰³. La politique de réduction des risques a ceci de particulier qu'elle n'a jamais été discutée par les parlementaires. Les débats qu'elle a suscités sont restés en grande part limités au milieu professionnel. Si la distribution de seringues, justifiée par la menace du sida, a été acceptée par l'opinion, la plupart des outils de la réduction des risques vont à l'encontre des croyances collectives, ils vont aussi à l'encontre du dispositif de lutte contre la drogue puisqu'ils impliquent que l'usage de drogues soit reconnu comme un fait, autrement dit toléré.

Lorsque Simone Veil donne au dispositif un statut expérimental, elle est persuadée que son officialisation exigerait le changement de la loi de 1970. Compte tenu de ses résultats, la réduction des risques est officiellement intégrée au dispositif de lutte contre les toxicomanies en 1999. Cette logique de santé publique conduit à intégrer également l'alcool et le tabac au dispositif de lutte contre les toxicomanies, mais le gouvernement refuse le débat parlementaire sur le cadre législatif. En 2003, les sénateurs s'attachent à résoudre la contradiction : si le dispositif est justifié, il doit acquérir un statut légal. Rapidement, les rapporteurs découvrent qu'aucun expert ne conteste les résultats de cette politique, comme la baisse de 80 % des overdoses mortelles¹⁰⁴. Ils découvrent également qu'il n'y a plus de spécialistes qui s'opposent publiquement aux traitements de substitution. Les experts médicaux sont unanimes pour défendre cette politique de santé. Les critiques n'en sont pas moins nombreuses : des médicaments sont détournés de leur usage, injectés ou revendus sur le marché noir. Les actions menées en milieu festif sont particulièrement remises en cause : les brochures d'information sur le sniff à moindre risque, sur les mélanges ou pire le *testing* qui permet de savoir si le produit est effectivement de l'ecstasy (ou MDMA), tous ces outils sont suspects d'incitation à l'usage de drogue. En prenant acte du dispositif, la loi de santé publique de 2004 lui assigne des objectifs purement sanitaires : baisse des overdoses mortelles, lutte contre les maladies infectieuses, prise en compte des conséquences sociales. L'institutionnalisation doit « donner un cadre aux

103. Drogue, L'autre cancer. Les rapports du Sénat, Olin N. Présidente et Plasait B. Rapporteur, commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, n°321, 2002-2003.

104. Sur les résultats nationaux, voir : Évaluation de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie à travers le système SIAMOIS <http://www.invs.sante.fr/publications/journees/2/emmanuelli/index.html>.

pratiques à travers un référentiel national », ce qui doit permettre d'éviter des dérives qu'avait dénoncées avec véhémence le rapport « La Drogue, L'autre cancer »¹⁰⁵.

Normalisation souhaitable

Intégré dans le champ des établissements médico-sociaux, le dispositif de réduction des risques perd son caractère d'exception qui contribue indirectement à l'exclusion des usagers de drogue des services de droit commun. L'usager de drogue devient un patient comme les autres, ce qu'ont demandé tous les acteurs de la réduction des risques.

L'institutionnalisation du dispositif en permet la survie. Issu de la mobilisation de la lutte contre le sida, le dispositif est fragilisé par la démobilisation de militants associatifs bénévoles, à l'origine de nombreuses initiatives. Les militants associatifs ont obtenu que la réduction des risques devienne une politique, ceux qui refusent de devenir de nouveaux spécialistes considèrent que désormais, il appartient aux services publics de prendre la relève. Avec l'institutionnalisation, le dispositif de réduction des risques répond désormais à des missions de service public. Il échappe ainsi à l'emprise de politiques qui pourraient être tentés par des mesures démagogiques. L'institutionnalisation offre au dispositif les garanties qui sont celles de tous les services sanitaires et sociaux : les missions sont définies, les règles de fonctionnements sont explicites, le contrôle administratif peut s'exercer. Pour les acteurs de terrain, l'institutionnalisation offre l'avantage de garantir la pérennité des financements, dont ont souffert en particulier toutes les petites associations. Une première question reste en suspens : les moyens attribués au dispositif sont-ils à la mesure des objectifs qui lui sont assignés ? En 2004, l'État s'était engagé à maintenir son engagement antérieur, mais il n'est pas question de relayer le bénévolat qui avait fait la remarquable efficacité du dispositif. Les actions les moins professionnalisées, qui s'étaient fragilisées au cours des deux ou trois dernières années, se retrouvent de fait exclues du dispositif institutionnel.

Entrer en relation avec des usagers hors institution : une mission négligée

Les actions de réduction des risques ont pour objectif premier de donner aux usagers qui ne sont pas en relation avec les institutions les moyens de mieux protéger leur santé, puisque ce sont précisément ceux qui sont exposés au risque de contamination par le VIH. Voilà qui n'est pas pris en compte dans la définition institutionnelle du dispositif.

105. Circulaire N°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) et à leur financement par l'Assurance maladie.

Le dispositif institutionnel s'inscrit dans des centres d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogues (Caarud). La normalisation administrative se fait sur le modèle des centres d'accueils. Quant aux actions menées sur le terrain hors institution, elles relèvent de « l'accompagnement ». De quoi s'agit-il exactement ? Le terme est suffisamment général pour intégrer toutes les pratiques de terrain, mais quand la logique institutionnelle l'emporte, l'action de terrain tend à se limiter à l'accompagnement des usagers vers les services. L'objectif n'est pas seulement l'institutionnalisation des services, c'est aussi celle des usagers qui, grâce à l'accompagnement, doivent accéder aux services¹⁰⁶.

Logiques institutionnelles et santé communautaire

Les actions de réduction des risques relèvent d'une démarche de santé communautaire qui associe les personnes concernées à la protection de leur santé. La définition des « personnes concernées » varie en fonction des projets ; au-delà de l'usage, elle peut inclure l'environnement, défini par l'appartenance à une même culture ou à un même territoire. Les projets sont différents selon les modalités d'association :

- les associations d'auto-support (aide par les pairs, *peer-support*) regroupent des acteurs qui ont une expérience de l'usage de drogue. Des professionnels peuvent être recrutés sur des compétences techniques particulières, mais les usagers ont la responsabilité de l'organisation ;
- quelques projets associent professionnels socio-sanitaires et « personnes concernées » ;
- selon des modalités formalisées qui doivent garantir une participation égale dans le choix des orientations, l'organisation et la mise en œuvre de l'action et enfin dans l'évaluation des résultats. Certains projets associent professionnels et bénévoles tandis que d'autres constituent des équipes salariées mixtes¹⁰⁷ ;
- le plus souvent, les équipes de réduction des risques sont constituées essentiellement de professionnels socio-sanitaires tout en intégrant individuellement des acteurs qui ont l'expérience de l'usage de drogues. Ces acteurs peuvent être recrutés à plusieurs titres, par exemple « accueillant », « animateur », « médiateur de santé », « adultes relais »... Ils peuvent être recrutés ponctuellement sur des actions précises.

106. COPPEL A. De l'usager de drogue à l'usager des services socio-sanitaires, l'action de proximité face aux logiques de services. *Sciences sociales et santé*, Mars 2005, Vol 23 n°1, revue trimestrielle, pp. 69-77.

107. Sur la démarche de santé communautaire associant à parité professionnels diplômés et acteurs issus du terrain dans la prostitution, voir : Prostitution et santé communautaire, Essai critique sur la parité. WELZER D, SCHUTZ SAMSON M. 1999, Cabiria, Lyon, Le Drong Lune Edition.

La démarche relève plus ou moins de la santé communautaire selon le statut donné aux compétences issues de l'expérience ou savoir profane, soit essentiellement les connaissances suivantes :

- connaissance des populations d'usagers de drogues, du contexte de l'usage, des groupes en présence et au-delà de l'usage, du milieu d'appartenance ;
- connaissance des pratiques d'usage et des prises de risques ;
- savoir-faire relationnel, savoir entrer en relation, savoir soutenir les changements de comportement ;
- savoir-faire de médiation et de négociation ; savoir-faire de mobilisation et de participation.

Dans les services, ces savoirs et savoir-faire peuvent être appréciés, mais il s'agit de qualités personnelles qui ne correspondent à aucune qualification. Quelle que soit la bonne volonté des acteurs, ces nouvelles compétences se heurtent aux logiques institutionnelles :

- les professionnels doivent être diplômés : les professionnels sont recrutés sur la base de leur statut et au mieux de leurs motivations ; les acteurs en mesure de nouer des alliances hors institution ne sont recrutés qu'à la marge, avec des statuts précaires ;
- les accueils doivent répondre à des normes administratives précises : la logique institutionnelle impose d'entrée de jeu des moyens suffisants, ce qui limite l'émergence de nouvelles modalités d'accueils expérimentées dans les différents contextes de vie ;
- l'institution doit programmer ses actions : l'adaptation de l'offre de service au fur et à mesure de l'évolution des besoins n'est pas prévue. L'expérimentation n'est pas intégrée aux pratiques quotidiennes, elle exige l'élaboration de projets spécifiques. Or, c'est souvent à partir de pratiques expérimentées au quotidien que s'élaborent de nouvelles stratégies d'intervention ;
- le contrôle des procédures fait office d'évaluation : il ne permet pas de savoir si le service est adapté aux besoins actuels. Faute d'une prise en compte du contexte de l'offre de service, les résultats ne sont pas connus, les effets et les impacts ne sont pas pris en compte.

Fonctionnement institutionnel et réductions budgétaires

De façon paradoxale, le dispositif de réduction des risques a été institutionnalisé sur un modèle dont les dysfonctionnements sont connus : les institutions sont fermées sur elles-mêmes, les services offerts sont inadaptés à l'évolution des besoins. Les normes de standardisation ne prennent pas en compte la diversité des besoins, elles contribuent à l'exclusion de tous les groupes dont les besoins sont spécifiques. Ces dysfonctionnements ont bien été identifiés en particulier dans la sociologie des organisations, mais ces nombreux travaux n'ont pas abouti à un changement profond des modes de fonctionnement des services. Faute de parvenir à les réformer, les pouvoirs publics se contentent de réduire progressivement leurs budgets.

Les conséquences de ces réductions budgétaires sont nombreuses :

- définis à minima sur la base des normes administratives, ces budgets limitent la qualité de l'offre de service. Ainsi, dans les accueils, les professionnels ont rarement les moyens d'accompagner individuellement les usagers hors institution. Aussi, les relations à l'utilisateur sont-elles moins satisfaisantes. La motivation des professionnels en souffre ;
- mis en demeure de justifier leurs budgets, les services ont tendance à dissimuler leurs difficultés ;
- le contrôle administratif porte sur des données quantitatives telles que le nombre de clients et le nombre d'actes ; les services vont privilégier le plus grand nombre au détriment de groupes minoritaires. La chronicisation de la population est un des effets de cette contrainte : il est plus facile de recevoir ceux que l'on connaît déjà ;
- une des fonctions des services de première ligne est d'identifier les obstacles des usagers hors institution dans l'accès aux services de droit commun. Dans un contexte de remise en cause des services, identifier les fonctionnements et les pratiques inadéquates est nécessairement mal vécu par des services en question et ne favorise pas le partenariat.

Limites du dispositif actuel

Les usagers ont tendance à s'installer dans une maladie de longue durée sans espoir d'amélioration : la moyenne d'âge est élevée ; faute de nouveaux recrutements, les files actives sont stables, voire ont tendance à diminuer. Près de 60 % des usagers sont en traitement de substitution ; autrement dit, il s'agit d'utilisateurs déjà pris en charge.

Les usagers relèvent très souvent de la grande exclusion, mais il n'est pas prévu de réponses spécifiques aux différents problèmes pourtant bien identifiés : précarité de l'hébergement ; importance des troubles psychiatriques ; situation au regard de la justice (casiers judiciaires, sortants de prison) ; état de santé précaire dont particulièrement la fatigue (hépatites) ; ressources liées à des pratiques déviantes ou délinquantes (emploi au noir, prostitution, recel, revente de drogues et de médicaments...) ; isolement, qui peut être lié aux situations familiales, au genre, à l'appartenance à des groupes minoritaires, à une maîtrise insuffisante du Français...

L'articulation avec les services de droit commun est prônée, mais elle n'est pas dotée de moyens spécifiques.

Nombre de territoires sont inexplorés : c'est le cas des périphéries des zones urbaines et jusqu'aux campagnes où il n'y a pas de Caarud. Même lorsqu'ils existent, les Caarud n'ont pas toujours les moyens de pénétrer dans certains milieux ou certains sites. En banlieue parisienne, par exemple, nombre de cités restent impénétrables, y compris des équipes les mieux implantées. La

diversification de milieux où les produits psychotropes sont consommés exigeraient des dispositifs spécifiques, avec à chaque fois une offre de service qui corresponde à une demande.

Les jeunes générations échappent en grande part au dispositif : on a toutes les raisons de penser que l'usage de drogues, loin de se concentrer dans la grande exclusion, s'est développé dans toutes les classes sociales, des plus privilégiées aux petites classes moyennes.

Le dispositif n'est pas en mesure de remplir pleinement sa fonction d'alerte : au-delà du milieu festif techno, les nouveaux usagers ne sont connus que par des études statistiques. Les limites de ces études, bien identifiées, sont d'ailleurs à l'origine de la mise en place du dispositif Trend. Or ce dispositif dépend étroitement des données recueillies par les équipes. Au milieu des années 1990, les alliances avec le mouvement techno ont permis de recueillir des données validées par la bonne implantation des équipes. Ainsi, on a pu constater :

- la progression des consommations de stimulants dont particulièrement la cocaïne ;
- l'émergence de nouveaux injecteurs ;
- la consommation d'opiacés (dont l'héroïne) lors de la descente après la prise de stimulants.

Dans le milieu festif techno, l'injection et la consommation d'héroïne sont des phénomènes marginaux. Quant à la progression de la consommation de cocaïne, elle est très loin de se limiter à ce milieu. Qu'en est-il ailleurs ? Aujourd'hui, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer :

- les processus de diffusion et l'ampleur de ces trois phénomènes hors milieu festif techno ;
- le statut et la signification de ces usages ; le type de réseaux relationnels entre usagers et avec les autres modes d'usage ;
- les prises de risques spécifiques à ces nouveaux usages ; les produits associés, dont particulièrement l'alcool.

La connaissance des nouvelles tendances en matière d'usage se heurte aujourd'hui à des obstacles redoublés par :

- la diversification des milieux où les produits psychotropes sont consommés : s'il existe des usagers qui circulent d'un milieu festif à l'autre, d'autres témoignages attestent de petits réseaux de consommateurs beaucoup plus hermétiques ;
- la stigmatisation et la répression accrues de l'usage : avec le mouvement techno, l'usage festif a été revendiqué ; aujourd'hui, même l'usage de cannabis peut être dissimulé ;
- la rapidité des évolutions : les phases de diffusion sont connues en fonction des produits, mais la rapidité des évolutions tient en partie à l'évolution du contexte propre aux produits (offre, stigmatisation et répression, offre de service comme les traitements de substitution). Elle tient aussi au contexte

général économique, social, culturel. Il y a tout lieu de penser que la crise économique actuelle va profondément modifier les modes de consommation.

Villes européennes face aux drogues : des réponses associant la prise en compte de la santé et de la sécurité

En France, la réduction des risques répond à des objectifs purement sanitaires, définis dans le cadre d'une politique nationale. Aussi, les réponses sociales telles que l'hébergement ne participent pas du dispositif ; tout au plus ces réponses sont-elles bricolées à la marge des services. Désormais les équipes sont chargées de veiller aux troubles de voisinage. C'est d'ailleurs la principale mission de la plupart des équipes de rue associées aux accueils, mais leurs moyens se limitent à la médiation. Au contraire, dans les autres pays d'Europe du Nord, les collectivités locales sont à l'origine de véritables politiques locales en matière à la fois de drogue et de toxicomanie¹⁰⁸. C'est ainsi que les élus locaux y ont des compétences larges aussi bien en termes de prévention qu'en termes de soin ou de répression. À Berlin, comme à Rotterdam ou Londres, les élus locaux ne doivent pas appliquer une politique, ils doivent résoudre les problèmes qui se posent sur le terrain. L'insécurité est plus souvent leur première préoccupation, elle n'en a pas moins abouti à des politiques locales négociées entre les acteurs concernés, habitants et élus, services sanitaires et sociaux et services répressifs. Ainsi, les villes allemandes ou suisses ont-elles surmonté les problèmes posés par les scènes ouvertes en offrant toute la gamme des services nécessaires, dans le champ des drogues avec des équipes de rue, des salles de consommation, des programmes expérimentaux de prescriptions médicalisées d'héroïne ainsi que toute la gamme des réponses de traitement plus classiques comme les post-cures et les communautés thérapeutiques. De plus, des réponses systématiques d'hébergement ont été offertes, quelquefois associées à des réponses d'insertion par le travail.

Ces dispositifs associent les services répressifs, police et justice, avec un échange d'information entre tous les partenaires, par exemple avec l'utilisation d'un système informatique nominatif généré par les municipalités. Cet échange d'information est inacceptable en France. Il ne peut s'envisager qu'avec un changement des pratiques de tous les acteurs concernés. Signalons toutefois que ces nouvelles stratégies ne contribuent pas seulement à la paix sociale, elles peuvent aussi contribuer à améliorer la santé et l'insertion des usagers concernés. À Rotterdam, par exemple, les élus locaux se sont interrogés sur la pérennité de la scène ouverte malgré le développement de réponses. Une recherche a identifié nominativement 700 usagers particulièrement problématiques à l'origine des troubles. Ces usagers chroniques souffraient également de graves troubles psychiatriques ; les antécédents judiciaires étaient

108. Voir COPPEL A. Usage de drogues, services de 1^{res} lignes et politiques locales, guide pour les élus locaux. Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU), Programme Démocratie, Villes & Drogues, février 2008.

presque systématiques. Aussi a-t-il été possible de faire appel aux compétences de professionnels issus de chacun des champs. Je ne connais pas les résultats obtenus dans le cadre de ce projet, qui a été initié en 2006, mais c'est un exemple d'une démarche expérimentale et négociée qui peut inspirer la politique française. Une recherche évaluative menée en Seine-Saint-Denis a déjà mis en évidence l'importance du soutien des élus locaux dans l'implantation et les résultats¹⁰⁹. Sans leur implication, il est illusoire d'espérer un développement du dispositif à la mesure des besoins.

Objectifs à atteindre

En l'absence d'une hiérarchisation des objectifs

Il y a quelques priorités de santé publique qui s'imposent à l'évidence, mais au sein même de ces priorités, la hiérarchisation des objectifs à atteindre impliquerait des outils d'évaluation, qui en partie font défaut. Nous retiendrons ici les axes d'intervention suivants.

Lutte contre les hépatites

La prévention et l'accès au traitement des hépatites font partie de ces priorités indiscutables dont témoignent les quelques 4 000 décès par an. De l'information aux salles de consommation, les différents outils sont bien identifiés¹¹⁰, mais il faut rappeler que :

- l'efficacité de chacun de ces outils tient à leur inscription dans le cadre d'une mobilisation de tous les acteurs : ainsi, l'expérimentation de salles d'injection peut témoigner de l'engagement des pouvoirs publics, elle a valeur d'exemple, mais à elle seule ne peut prétendre à une réelle diminution de l'incidence ;
- en termes de prévention, il serait nécessaire de mieux connaître les contextes actuels de contamination, ce qui implique d'entrer en relation avec les jeunes exposés au risque en associant action et recherche qualitative ;
- en termes d'accès au traitement : l'accès au logement ou à un hébergement stable est un pré-requis indispensable. Pour les usagers les plus marginaux, la réponse aux besoins sociaux est souvent prioritaire.

Lutte contre la mortalité et la morbidité liées aux drogues

À l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'une évaluation précise ni de la mortalité ni de la morbidité liées aux drogues. Les médecins savent désormais

109. BARRE MD, BENECH-LE ROUX. Approches sociologiques des acteurs de première ligne travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. CESDIP (Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales). 2004, n°95.

110. Le plan Hépatites 2009-2012, Mais où sont les actions de terrains ? Voir le site Internet de l'AFR : www.a-f-r.org.

diagnostiquer les pathologies liées à l'injection ou encore celles qui sont liées à la précarité mais ni les prévalences ni leur incidence ne sont connues. Il est impossible, par exemple, d'évaluer l'impact de l'abus des stimulants sur les maladies cardiaques.

Santé mentale

Dans le dispositif de réduction des risques, tous les acteurs témoignent de l'augmentation inquiétante des usagers souffrant de troubles mentaux. Sans doute, ces usagers utilisent-ils les accueils de première ligne à défaut d'une offre mieux adaptée à leurs troubles. La prison fait aussi office de refuge, mais c'est un refuge dangereux ce dont témoigne le taux de suicides. La prise en compte des troubles psychiques est une priorité nationale à laquelle le dispositif de réduction des risques pourrait contribuer.

Réduction des risques en prison

Les usagers incarcérés doivent pouvoir protéger leur santé. Mais au-delà du droit, les actions menées dans ce cadre permettent d'entrer en relation avec des usagers qui ne sont pas en relation avec les dispositifs actuels de soin et de réduction des risques. Il reste que ce qui se passe avant et après l'incarcération est sans doute tout aussi prioritaire en termes de protection de la santé. On sait en effet que :

- la clandestinité augmente la prise de risques ;
- les risques sont démultipliés à la sortie de prison.

L'impact des casiers judiciaires sur les processus d'insertion n'a pas été étudié. Ce qui a été démontré en revanche, dans des études menées aux États-Unis comme aux Pays-Bas, c'est que plus la répression est systématique, plus les usagers sont enfermés dans des carrières délinquantes, plus les comportements sont violents, sans que pour autant ni les niveaux de consommation de drogue ni le trafic soient mieux contrôlés¹¹¹. En Europe, nous avons jusqu'à présent évité les conséquences graves de la consommation de crack, contrairement aux États-Unis, parce qu'il restait des opportunités d'insertion dont les usagers pouvaient se saisir. Qu'en sera-t-il demain, alors que la crise économique va nécessairement réduire encore ces portes de sorties ? L'efficacité de la démarche de réduction des risques tient à ce qu'elle pose les problèmes sur la table, dont le constat de la prise de risques en prison – autrement dit de la circulation de drogues – est symbolique.

Élaborer un guide de bonnes pratiques

Il s'agit là d'une priorité ; ce guide de bonnes pratiques devrait aboutir à des formations qualifiantes des équipes, que les acteurs soient ou non diplômés. Il

111. The Beckley foundation drug policy programme, an overview http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_drugrelatedharms.pdf. Pour une comparaison USA/Pays-Bas, REINARMANN C, COHEN P, KAAL H. The Limited Relevance of Drug Policy, American Journal of Public Healthl May 2004, Vol 94, No5.

devrait également permettre de construire des outils d'évaluation qualitative. Au niveau international, il existe déjà des guides de bonnes pratiques recommandées par l'OMS¹¹². L'adaptation de ces guides au contexte français doit s'élaborer dans la pratique, sans se contenter des acquis actuels. Il serait inopérant de prôner une démarche de réduction des risques que nous ne pourrions mettre en œuvre.

C'est pourquoi j'ai choisi de développer deux objectifs pouvant illustrer la démarche d'expérimentation et de négociation sur laquelle est fondée la réduction des risques liés à l'usage de drogues :

- entrer en relation avec les nouvelles générations d'usagers de drogue ;
- lutter contre les processus d'exclusion.

Ces objectifs devraient participer de pratiques habituelles. Manifestement, il faut impulser une nouvelle dynamique, mobiliser de nouveaux acteurs et donc mobiliser de nouveaux moyens en s'attachant aux résultats. Les projets doivent avoir un statut expérimental. Ils doivent être associés à une recherche qualitative qui aide les acteurs à objectiver leurs pratiques et contribue ainsi à un pilotage de l'action. Les partenaires doivent être associés à cette démarche de recherche participative, et contribuer à la mobilisation des services existants.

Ces pratiques expérimentales doivent aboutir à l'élaboration de standards de bonnes pratiques, en identifiant également les moyens humains, matériels et financiers nécessaires.

Création d'équipes d'*outreach* expérimentales à la rencontre des nouvelles générations d'usagers de drogues

La création d'une dizaine d'équipes expérimentales permettrait d'explorer les nouveaux modes de consommation des plus jeunes dans différents contextes (urbain, périphérie, petites villes et campagnes) ainsi qu'auprès de populations spécifiques (squatters, jeunes en errance, étudiants, migrants, gitans...). Le statut expérimental de ces projets permettrait d'associer intervenants de terrain et recherche qualitative afin d'aboutir d'une part à un diagnostic précis des nouveaux usages, des prises de risques associées et d'autre part à l'expérimentation d'outils et de messages adaptés à ces différents contextes. Ces projets contribueraient à l'émergence d'une nouvelle génération d'acteurs de réduction des risques liés à l'usage en associant les acteurs actuellement en lien avec ces jeunes. Ces projets expérimentaux pourraient également contribuer à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques.

112. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009. La définition de la RDR donnée par l'OMS est reprise pour la première fois par le secrétariat de l'ONU et l'ONU-Sida, Lettre du 21 Août 2009.

Aussi convient-il :

- d'identifier les différents sites et les différentes populations à explorer dans les milieux festifs et urbains, les acteurs en relation avec ces jeunes ainsi que les associations de jeunes qui peuvent être partenaires ;
- de constituer des équipes mixtes avec différents profils, de l'expérience de l'usage aux compétences sanitaires, sociales, éducatives ;
- de donner une formation commune à tous les membres de l'équipe sur les fondamentaux de la réduction des risques ;
- d'associer à chacun des projets une recherche qualitative avec une fonction d'évaluation des prises de risques et des pratiques d'intervention.

Les équipes doivent être en mesure de :

- intervenir à la demande dans différents contextes : par exemple, lors d'hospitalisation d'urgence, dans des sites où les relations entre jeunes et adultes posent problème...
- offrir un service qui réponde à la demande des jeunes dans le domaine de l'usage de drogues : à cet égard, l'utilisation du *testing* dans un cadre contrôlé pourrait être expérimentée. Au-delà de l'usage de drogue, les besoins sanitaires et sociaux émergeant en cours d'expérimentation doivent être pris en compte en partenariat avec les différents services concernés ;
- élaborer au fur et à mesure un matériel de prévention et de réduction des risques adapté, en associant les publics cibles à leur élaboration.

Les équipes expérimentales doivent être en mesure de confronter régulièrement leurs résultats, par exemple dans un séminaire trimestriel. Une dizaine de projets pourraient être impulsés en même temps au niveau national.

Les projets peuvent être construits à partir des pratiques déjà en cours en donnant à des acteurs déjà mobilisés les moyens nécessaires à un diagnostic (par exemple dans le milieu des squatters, auprès de jeunes en errance...). Il serait souhaitable que les acteurs qui portent ces projets soient issus de différents champs d'intervention : dispositif de réduction des risques, clubs de prévention, associations culturelles et sportives, souffrances psychiques, suivi judiciaire, précarité¹¹³...)

Certains projets doivent être spécifiques à une population, ou encore à un contexte institutionnel, par exemple, service d'urgence hospitalière, Samu, sortants de prison ou suivis judiciaires... Des associations de jeunes doivent être associées à la démarche.

Prise en compte des processus d'exclusion

Les accueils ne doivent pas se contenter d'accueillir des usagers en grande exclusion ; ils doivent devenir un lieu d'identification des processus d'exclusion, et de mobilisation des partenaires concernés. Les différentes problématiques doivent être identifiées : usagers souffrant de troubles psychiatriques ;

113. À titre d'exemple, citons, pour la précarité le blog <http://sanschezsoi.sante.gouv.fr/>.

jeunes femmes isolées ; jeunes en errance, en particulier d'origine étrangère ; usagers non stabilisés par leur traitement de substitution ; sortants de prison.

Dans chacune des problématiques, le diagnostic doit associer les partenaires concernés : services psychiatriques, protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, ainsi que les associations intervenant sur les violences faites aux femmes ; associations culturelles ou ethniques, Csapa (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et médecins généralistes, administration pénitentiaire...

Dans une démarche d'expérimentation, il serait utile d'identifier les acteurs déjà mobilisés sur ces différentes problématiques, par exemple les équipes de rue expérimentées aujourd'hui en psychiatrie.

Ces projets expérimentaux doivent aboutir à de nouveaux projets qui peuvent prendre différentes formes, par exemple : doubles prises en charge ; offre de service dans le contexte de vie ; projets « passerelles » associant des acteurs issus de chaque champ concernés (par exemple, lits dans l'hébergement social, lits hospitaliers...)

Implication nécessaire des élus locaux

L'implication des collectivités locales doit être recherchée : cette implication est indispensable pour le développement d'un dispositif à la mesure des moyens.

Elle est nécessaire pour articuler le dispositif avec les différentes politiques locales, santé, insertion, sécurité.

Les problèmes liés aux troubles de voisinage doivent être pris en compte. Il ne s'agit pas seulement de rassurer l'opinion, il faut aussi que les habitants et leurs élus soient associés à la recherche de réponses. Ce sera le cas, si par exemple, certains des projets expérimentaux répondent à une demande sociale.

Anne Coppel

*Présidente d'honneur de l'Association française pour la réduction des risques (AFR),
Paris*

Prévention de la délinquance et réduction des risques et dommages sociaux au Canada

Poser la question de l'articulation des stratégies de prévention de la délinquance et de la réduction des dommages sociaux liés aux usages de drogues au Canada, c'est soulever une série d'enjeux infiniment complexes, à commencer par la définition de chacun des termes de la question. Quelle prévention ? Pour quelles formes de délinquance ? Quelle définition de la réduction des risques ? Ou des dommages sociaux ?

S'agissant du Canada, la question est d'autant plus complexe, comme on le verra, que les responsabilités sont réparties entre les trois ordres de gouvernement, local, provincial et fédéral, répartition qui, on s'en doute, ne se fait pas sans chevauchements ni parfois aussi contradictions.

Parler de l'articulation entre ces domaines de politique publique, c'est aussi prendre le risque de chercher une cohérence entre ces domaines, voire au sein même de chacun d'eux, cohérence qui demeure souvent un objectif davantage qu'une réalité.

Afin de mettre en contexte la discussion sur leur possible articulation, il conviendra d'abord de décrire quelques développements récents des cadres de politique et d'intervention en matière de délinquance et de drogues au Canada, précisant au passage les compétences des paliers de gouvernement et brossant un tableau des évolutions des phénomènes. La seconde partie examinera certains lieux de convergence.

Répartition des pouvoirs et responsabilités

Les acteurs du domaine des drogues et tout particulièrement de la réduction des risques auront certainement entendu parler du site d'injection supervisé *Insite* à Vancouver. Ouvert en 1983, ce programme accueille des consommateurs de drogues injectables qui, pour la vaste majorité, ont déjà une longue trajectoire d'utilisation d'héroïne, ont souvent un passé criminalisé ou de maladie mentale ou les deux, et ont résisté à d'autres formes de traitement. Ce programme est issu de la conjonction de divers facteurs :

- la concentration depuis au moins une vingtaine d'années de sans-abris injecteurs de drogue et de prostituées de rue, dans un quartier central de la

ville de Vancouver, le *Downtown EastSide* ; le nombre élevé de morts par overdose en Colombie-Britannique, et tout particulièrement à Vancouver même, qui dépassait la centaine par année à la fin des années 1990 et qui avait mené à un rapport cinglant du médecin chef de santé publique de la province en 2001 ;

- l'élaboration en 2001, par la ville de Vancouver, d'une politique dite « des quatre piliers » constituée de l'application de la loi, la réduction des risques, la prévention et le traitement.

Partiellement financé à titre de projet pilote par Santé Canada (en collaboration avec la ville et le ministère de la Santé de la province de la Colombie-Britannique), *Insite* est loin d'avoir fait l'unanimité dès le départ. Certaines autorités policières dont la Gendarmerie royale du Canada notamment (la police fédérale), des intervenants du domaine médical et de la prévention des addictions, voire certains acteurs même au sein du ministère fédéral de la Santé, s'y opposaient soit pour des raisons idéologiques soit par crainte de voir une augmentation des usages et trafics de drogue dans un quartier déjà vulnérabilisé.

Or, le statut du financement de *Insite* fait présentement l'objet d'un litige judiciaire entre le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral, ce qui est tout à fait révélateur de la complexité de la répartition des pouvoirs au Canada et des difficultés qui balisent le champ des drogues.

Selon la constitution canadienne, les domaines de la santé, de l'éducation, de l'administration de la justice notamment, sont de responsabilité provinciale, tandis que le transport, les communications, les affaires étrangères ou la défense sont de responsabilité fédérale. La simplicité apparente de cette répartition s'arrête là. Ainsi, en matière de justice pénale, l'adoption des lois criminelles dans le Code criminel est de responsabilité fédérale, et le gouvernement fédéral est responsable de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), des pénitenciers fédéraux (pour l'incarcération des contrevenants condamnés à des sentences d'emprisonnement de deux ans et plus), des libérations conditionnelles des détenus sous responsabilité fédérale, et plus généralement des politiques de remise en liberté, en plus d'avoir la responsabilité de nommer les juges de la Cour suprême du Canada et des tribunaux d'appel dans les provinces. Les provinces ont la responsabilité de l'administration de la justice incluant les tribunaux, des prisons provinciales (pour les contrevenants qui ont des sentences de deux ans moins un jour), des politiques et organes de remise en liberté de ces contrevenants, et de la police provinciale (qui, dans certains cas est exercée par le GRC). Quant aux villes, qui sont, au Canada, des créations des provinces, elles ont la responsabilité de la police municipale (qui a tous les pouvoirs de police autant que la GRC ou les polices provinciales)... et d'accueillir sur leur territoire les détenus remis en liberté, y compris en prévoyant l'installation de maisons de transition et autres centres d'hébergement sans qu'elles n'aient grand-chose à y dire. On voit un peu le casse-tête.

En matière de santé, les choses sont un peu plus claires : les provinces ont toute responsabilité pour l'établissement et la gestion de l'ensemble des soins de santé. Ou presque. Premièrement, une exception : les populations autochtones (environ 2 % de la population canadienne) qui relèvent du gouvernement fédéral. Deuxièmement, la Loi sur la Santé au Canada qui a créé le régime universel de soins de santé au pays prévoit notamment des standards minima à travers le pays et un co-financement du régime entre le fédéral (dont la portion a diminué depuis les quinze dernières années à hauteur d'environ 20 % présentement), ce qui donne déjà un rôle régulateur important au fédéral. Troisièmement, en matière de santé publique, les trois paliers de gouvernement ont un mot à dire, mais pas de façon égale : certaines villes ont des établissements de santé publique (c'est le cas à Vancouver) mais pas toutes, les provinces ont toutes des organismes de santé publique, et le fédéral a aussi le sien propre.

S'agissant des politiques en matière de drogues, surtout lorsqu'il est question de drogues illicites, en raison des obligations internationales qui viennent se superposer aux lois et politiques nationales, on imagine les complexités et ambiguïtés qui résultent de cette répartition des pouvoirs. Le Code criminel canadien interdit la production, la détention, le trafic, et l'importation de stupéfiants. La politique nationale anti-drogue, qui sera décrite plus loin, est aussi de juridiction fédérale. En revanche, les politiques de santé publique, notamment pour la réduction des maladies infectieuses, sont principalement de portée et d'application provinciale.

Pour ce qui concerne des approches novatrices comme *Insite*, il doit donc obligatoirement y avoir dérogation aux dispositions du Code criminel, voire à certains traités dont le Canada est signataire, dans la mesure où l'organisme local doit pouvoir permettre l'utilisation sur place de doses d'héroïne, de même que leur stockage sous contrôle médical. Cette décision de surseoir aux obligations juridiques est du ressort du gouvernement fédéral. En revanche, la gestion de la santé publique et de ses conséquences, y compris financières, sur les hôpitaux, est du ressort de la province. Et la ville, qui a peu de pouvoirs, doit néanmoins faire face aux conséquences de la présence, dans les lieux publics, de toxicomanes voire de scènes ouvertes de drogues, et est confrontée aux plaintes des citoyens qui sont eux-mêmes aux prises chaque jour avec les manifestations les plus dérangeantes de ces phénomènes.

Dès le départ, l'articulation des politiques et stratégies entre les paliers de gouvernement n'est donc pas chose facile. Ainsi, dans le cas d'*Insite*, atypique puisqu'unique au Canada, mais non moins révélateur de cette complexité, les uns soutiennent que le gouvernement fédéral peut, de son propre chef, couper les vivres à l'organisme et le faire fermer, tandis que les autres affirment que la santé étant de ressort provincial, la province peut décider si ce genre d'organisme doit ou non faire partie de la gamme des services de santé offerts.

On trouve une complexité semblable sur d'autres aspects connexes. Ainsi par exemple, à l'instar des États-Unis et de nombreux autres pays anglo-saxons, le

Canada met à l'essai, depuis bientôt six ans, les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Ce programme pilote existe dans 6 villes canadiennes, sous l'égide du ministère fédéral de la Justice. Pourtant, comme il a été souligné plus haut, l'administration de la justice est du ressort des provinces. Que se passera-t-il si le gouvernement fédéral retirait les vivres à ces tribunaux de traitement dont certaines évaluations donnent à penser qu'ils sont efficaces pour réduire la récidive et contribuer à des sorties d'addiction ? Les provinces, qui ne sont pas à l'origine de la décision de piloter ces tribunaux de traitement, devront-elles assumer les coûts de leur pérennisation si leur efficacité est démontrée ?

S'agissant des programmes de traitement des addictions, il n'y a pas pour l'instant de standards minima au Canada, et chaque province peut définir l'offre et le contenu des programmes de traitement. Or, non seulement l'offre de traitement est très faible par rapport à la demande – certains l'évaluant à moins de 10 % de couverture – mais elle est de qualité extrêmement variable d'une juridiction à l'autre.

Évolutions récentes de la criminalité

Comme partout ailleurs, la mesure des phénomènes de drogues et de délinquance présente une série de défis qui n'ont d'ailleurs pas été résolus au Canada mieux qu'ailleurs, moins bien peut-être lorsqu'il est question des drogues, mieux en matière de délinquance.

La mesure de la délinquance révélée au Canada est globalement plutôt fiable et plutôt bien traitée par Statistiques Canada. Procédant des délits signalés à la police (ou par la police elle-même lorsqu'il s'agit de délits dits « sans victimes » comme c'est le cas en matière de drogues illicites), la base statistique est uniformisée à travers le pays et sujette à une série de paliers de contrôles pour assurer la validité et la fiabilité des données. Évidemment, les données ne seront jamais meilleures que ce que les policiers, dans l'exercice de leurs fonctions quotidiennes, enregistreront et de la manière dont ils procéderont à l'enregistrement. Les données sont annualisées et rapportées par le Centre canadien de la statistique juridique.

À la différence d'autres pays, dont l'Angleterre et les États-Unis, le Canada ne procède pas à une enquête annuelle de victimisation. Plutôt, il collecte des données sur la victimisation à la fréquence d'environ tous les cinq ans à travers l'Enquête sociale générale. La dernière remonte à 2006.

Les données les plus récentes indiquent que la criminalité toutes formes confondues a diminué de quelque 35 % au Canada dans son ensemble depuis 1991, et la victimisation de 20 %. Entre 1998 et 2008, la diminution tous délits confondus est de l'ordre de 17 %.

Plus significatif encore, l'indice de gravité des délits, mesuré par Statistiques Canada à partir d'un panier de délits pondérés notamment en fonction de la sévérité des sentences qui leur ont été accordées par les tribunaux, montre aussi une diminution importante de quelque 20 % sur la même période de 10 ans (tableau I).

Tableau I : Évolution des indices de gravité des délits de 1998 à 2007

Année	Total des délits				Violence			
	Indice de gravité	Variation (%)	Taux de criminalité	Variation (%)	Indice de gravité	Variation (%)	Taux de criminalité	Variation (%)
1998	118,8		8,092		97,8		1,345	
1999	111,2	-6	7,694	-5	99,4	2	1,440	7
2000	106,7	-4	7,607	-1	97,8	-2	1,494	4
2001	105,3	-1	7,586	0	97,2	-1	1,473	-1
2002	104,1	-1	7,508	-1	96,2	-1	1,440	-2
2003	106,8	3	7,761	3	97,6	1	1,433	0
2004	104,1	-3	7,587	-2	96,0	-2	1,402	-2
2005	101,3	-3	7,310	-4	98,5	3	1,386	-1
2006	100,0	-1	7,228	-1	100,0	2	1,383	0
2007	95,2	-5	6,899	-5	97,7	-2	1,352	-2

Toutefois, ces diminutions globales cachent des variations importantes. La diminution est nettement plus marquée pour ce qui a trait aux délits contre la propriété (-40 % sur la décennie) que pour ce qui concerne les délits contre la personne (-1 % sur la même période). En revanche, pour ce qui concerne les délits relatifs aux drogues, ils sont en augmentation très nette, notamment chez les mineurs de moins de 18 ans, dont les taux ont doublé au cours de la décennie 1998-2008.

Les diminutions globales ne s'expriment pas non plus de la même manière selon les régions du pays. Les provinces de l'Ouest (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) et les trois territoires du Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), bien que moins peuplés et moins densément, ont des taux de criminalité généralement beaucoup plus élevés que dans les autres provinces, notamment l'Ontario et le Québec plus peuplés : on recense quelques 14 000 délits pour 100 000 habitants en Saskatchewan, à peine plus de 5 000 au Québec. À bassins de population semblables, Winnipeg a un taux de 8 000, Québec de 4 000.

On observe aussi des variations importantes selon les populations. Les jeunes âgés de plus de 12 ans (l'âge minimal de la responsabilité pénale au Canada est fixé à 12 ans) et de moins de 18 ans, qui sont traités en vertu du système de justice des mineurs, comptent pour une proportion plus importante qu'auparavant des contrevenants signalés ce qui s'expliquera notamment par la chute

moins importante de délits pour cette classe d'âge sur la décennie 1998-2008 : -4 %. De surcroît, au cours de cette période, les délits de violence ont augmenté de quelque 12 % chez les jeunes. De même, les autochtones ont des taux de violence nettement plus élevés que les populations non autochtones, ce qui expliquera aussi pour partie le niveau de criminalité plus élevé dans les provinces de l'Ouest où les autochtones sont plus nombreux.

Évolutions récentes des phénomènes de drogues

L'appareillage de mesure des consommations et usages de drogues au Canada n'est globalement pas aussi sophistiqué que ce que l'on peut trouver aux États-Unis, en Angleterre ou en France. Les enquêtes en population générale sont peu fréquentes, suivant un cycle à peu près quinquennal : 1989, 1994, 1999, 2004 et 2008, la toute première ayant été menée par la Commission d'enquête LeDain en 1970. L'usage du cannabis est en hausse entre 1999 et 2004 mais en baisse entre 2004 et 2008 (14,1% *versus* 11,4%), tandis que l'usage de l'héroïne est en baisse et que celui des autres drogues est en dents de scie.

Les enquêtes en population étudiante sont aussi menées à intervalles irréguliers et ne sont pas réalisées dans toutes les provinces. La meilleure, comparable en qualité et en régularité à l'enquête américaine *Monitoring the Future*, est réalisée en Ontario auprès de quelque 4 000 étudiants âgés entre 12 et 16 ans dans les écoles secondaires. Les données montrent des baisses importantes de l'usage de toutes les drogues, tabac et alcool inclus, surtout par rapport aux pics de 1979 et 1999. En 2007, 26 % des étudiants ont utilisé du cannabis au cours de la dernière année, 14 % plus de 6 fois. Les auteurs de l'enquête estiment que quelque 10 % des usagers manifesteraient des signes de dépendance.

La production de certaines drogues illicites, notamment le cannabis, l'ecstasy et les métamphétamines serait en nette augmentation au Canada au cours de la dernière décennie. D'ailleurs, le Canada est un exportateur net de chacune de ces trois substances. Le nombre et la quantité des saisies par les corps policiers et les douaniers n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années. Conséquence ou non d'une action policière renforcée et de la disponibilité, les phénomènes de guerre de gangs, notamment sur la côte ouest et dans certaines villes des Prairies, ont pris une ampleur qui inquiète la population et les gouvernements.

Évolutions récentes des politiques publiques

Deux principales politiques publiques balisent le champ de la délinquance et des drogues au niveau du gouvernement fédéral : la Stratégie nationale sur la

prévention du crime (SNPC) et la Stratégie nationale anti-drogues (SNAD). De manière et avec une portée différente, chacune entend se décliner au niveau des provinces et au niveau local. On verra cependant que ce n'est rien d'immédiat ni de simple.

Stratégie de prévention du crime

La Stratégie nationale sur la prévention du crime prend ses racines dans le rapport d'un comité parlementaire (dit rapport Horner) déposé en 1993 qui recommandait au gouvernement fédéral de créer un centre de responsabilité chargé de la mise en œuvre de programmes de prévention du crime, et qui serait doté à terme d'un budget équivalent à 5 % des dépenses de justice pénale (police, tribunaux et pénitenciers). Le gouvernement donnait suite au rapport en créant le Conseil national de prévention du crime qui, de 1994 à 1996, a consulté les experts et intervenants, recensé la littérature scientifique et mené ses propres études, pour proposer au gouvernement l'adoption d'une politique de prévention fondée sur le développement social. En 1998, le gouvernement créait, au sein du ministère de la Justice, le Centre national de prévention du crime (CNPC), chargé d'appliquer cette politique de prévention par le développement social. D'abord doté d'un fonds annuel de 3,5 M \$ pour soutenir des projets de prévention dans les collectivités locales, le CNPC a vu son budget augmenter exponentiellement à 35 M \$ dès 2001, puis à 63 M \$ en 2004.

De même que tous les programmes gouvernementaux qui ne sont pas issus d'une loi votée par le Parlement doivent être revus tous les cinq ans pour en déterminer la pertinence et les orientations, la SNPC a été réexaminée en 2008 et reconduite avec des orientations plus pointues. Elle ne repose plus sur une approche de prévention universelle par le développement social mais plutôt sur une prévention secondaire sélective et indiquée auprès des personnes qui présentent des facteurs de risque. Plusieurs études établissent en effet que l'accumulation de certains facteurs de risque prédispose certaines personnes à s'inscrire dans une trajectoire de délinquance au long cours. Ainsi par exemple, les enfants qui présentent des manifestations d'agressivité précoce (vers les 4-5 ans), des difficultés d'apprentissage avec troubles de comportement (hyperactivité) en milieu scolaire, l'usage prématuré (avant l'âge moyen d'initiation) de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites), des contacts en bas âge avec la police (dès les 7-9 ans), et qui de surcroît proviennent d'un milieu familial dysfonctionnel (discipline incohérente ou excessive, violence intrafamiliale) et fréquentent des pairs délinquants, sont significativement plus à risque de commettre des délits, d'être arrêtés par la police et condamnés et, si rien n'est fait en amont, de développer une trajectoire de délinquance prolongée.

En ce sens, les priorités de la SNPC sont d'intervenir auprès des enfants (6-11 ans), des jeunes (12-17 ans), des jeunes adultes (18-24 ans), qui présentent ces facteurs de risque en soutenant la mise en œuvre de projets

d'interventions de nature psychosociale dans les collectivités locales. La SNPC a aussi pour priorité de cibler certains types de délits jugés prioritaires, notamment la violence des gangs de rue ainsi que les délits reliés aux drogues illicites. Cette dernière priorité provient en droite ligne de la Stratégie nationale anti-drogues.

Stratégie nationale anti-drogues (SNAD)

La première stratégie canadienne sur les drogues remonte à 1987. Elle portait alors sur l'alcool aussi bien que sur les drogues illicites et reposait sur quatre piliers : réduction des risques, prévention, intervention et traitement. Elle était gouvernée par le ministère de la Santé fédéral.

En 2007, le gouvernement fédéral a adopté un nouveau cadre de politique publique en matière de drogues illicites, qui est gouverné par le ministère de la Justice. Les politiques sur l'alcool et le tabac continuent d'être gouvernées par le ministère de la Santé. La Stratégie nationale anti-drogues a pour objectifs la réduction de la demande de drogues illicites, la réduction des effets par la prévention et le traitement, et la réduction de l'offre. Le budget total de la SNAD sur cinq ans est de 576 M \$. À ce montant, il faudrait encore ajouter les budgets de police et de douane pour les activités de réduction de l'offre, budgets qui sont éminemment difficiles à préciser dans la mesure où la part des drogues dans l'ensemble de l'activité de police demeure inconnue.

Les trois principaux acteurs des volets prévention et traitement de la SNAD sont les ministères de la Justice, de la Santé et de la Sécurité publique.

Le ministère de la Justice du Canada administre le Fonds du système de justice pour les jeunes, un programme qui vise à ce que les citoyens et la collectivité contribuent davantage à accroître l'efficacité et le caractère équitable du système de justice pour les jeunes. La composante anti-drogue du Fonds sert à financer le traitement et la réadaptation des jeunes toxicomanes qui ont des démêlés avec la justice. Des ressources sont disponibles pour favoriser la création de liens entre le système de justice et les programmes et services communautaires qui aident les jeunes à faire des choix judicieux et à résister à la consommation de drogues. Les priorités du Fonds sont l'essai de programmes de traitement de la toxicomanie pour les jeunes qui ont des démêlés avec la justice, les promouvoir et les évaluer, ainsi que la transmission aux provinces et aux territoires, ainsi qu'aux intervenants intéressés, des connaissances sur les programmes et les pratiques prometteuses.

Justice Canada administre également le Programme de traitement des tribunaux de la toxicomanie (près de 4 M \$ annuellement) qui a pour objectif de rompre le cycle de la consommation des drogues et de la récidive criminelle. Dans le cadre de ce programme pilote, six tribunaux sont présentement à l'essai dans diverses villes canadiennes, et font l'objet d'une évaluation. En vertu de ces tribunaux de la toxicomanie, les contrevenants multirécidivistes,

qui ont une histoire connue d'addiction et qui sont condamnés pour une nouvelle infraction, ont la possibilité de suivre un traitement intensif et multidimensionnel supervisé par le tribunal sur une durée d'un an. Des données préliminaires indiquent un taux de succès relativement élevé par rapport à d'autres formes d'intervention.

Santé Canada, par l'entremise du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie anti-drogue (FICSA), lutte contre la consommation de drogues illicites chez les jeunes en exécutant des projets de prévention et de promotion de la santé sur lesquels il est essentiel de mobiliser les jeunes de manière significative. Ce fonds est à hauteur de 12 M \$ annuellement sur cinq ans. Les résultats doivent être mesurables en matière de prévention et de réduction de la consommation de drogues illicites chez les jeunes. Les collectivités sont invitées à présenter des demandes de financement pour des projets de prévention de la consommation de drogues illicites chez les jeunes de 10 à 24 ans selon deux grandes orientations : la prévention universelle, ou la prévention sélective ou ciblée.

La première orientation consiste à cibler la population générale des jeunes en mettant l'accent sur les drogues illicites les plus susceptibles d'être essayées par ce groupe et examiner les contextes ou les situations qui incitent les jeunes à les essayer. Ce premier volet est une prévention universelle et vise la prévention de la consommation de drogues illicites par la population en général (par exemple parents de jeunes, étudiants, jeunes conducteurs). La prévention universelle ne fait pas de distinction entre les niveaux de risques dans les populations ciblées.

La deuxième orientation consiste à cibler certains groupes de jeunes les plus susceptibles de commencer à consommer des drogues illicites en veillant à décourager l'initiation à la toxicomanie ou à prévenir la progression vers une utilisation plus fréquente ou régulière chez les jeunes. Ce deuxième volet est une prévention sélective ou ciblée et vise des sous-groupes de jeunes personnes qui présentent des facteurs de risque connus associés à la consommation de drogues illicites (par exemple un parent toxicomane, des amis consommateurs, une famille dysfonctionnelle, le milieu, comme le fait de vivre dans un quartier où les drogues illicites sont facilement accessibles). Les groupes ciblés sont les suivants : jeunes de la rue ou jeunes à risque de le devenir ; jeunes pris en charge par des organismes de protection de la jeunesse, par exemple ; lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et bispirituels¹¹⁴; jeunes autochtones (hors réserve).

114. « Le terme « bispirituel », ... est issu d'interprétations de termes de langues autochtones utilisés pour décrire les gens qui présentaient des caractéristique mâles et femelles. Le concept de bispiritualité est lié à la description actuelle des personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenderistes d'origine autochtone. » Source : site web du ministère de la santé du Canada www.sc-hc.gc.ca.

Santé Canada administre aussi le Programme de financement sur le traitement de la toxicomanie (PFTT). Ce programme de 30 M \$ par année est un nouveau programme de contributions fédérales destiné à fournir un soutien financier aux provinces, aux territoires et aux intervenants clés en vertu de deux volets distincts mais complémentaires qui vise l'amélioration des systèmes de traitement¹¹⁵ et le soutien des services de traitement de la toxicomanie. Le PFTT a pour but d'offrir un incitatif aux provinces, aux territoires et aux intervenants clés pour la réalisation de projets qui serviront de points de départ à la mise en œuvre des changements systémiques menant à une amélioration durable sur le plan de la qualité et de l'organisation des systèmes de traitement de la toxicomanie. Le PFTT a également pour but d'augmenter la disponibilité des services de traitement afin de répondre aux besoins essentiels en matière de traitement de la toxicomanie chez les jeunes à risque des régions où les besoins sont importants.

De son côté, le Centre national de prévention du crime a engagé près de 20 M \$ de ses fonds propres pour soutenir des projets d'intervention auprès de groupes à risque de la population.

Convergences et zones d'ombre

La Stratégie nationale anti-drogues, en réunissant autour d'une même table et d'un cadre commun, contribue à une meilleure articulation des politiques et des programmes fédéraux. Pour le cas de figure qui nous occupe plus spécifiquement, soient les rapports entre la prévention de la délinquance liée à l'usage des drogues et la réduction des risques, les recouvrements se déclinent sous deux volets.

Le premier volet est constitué par les fonds de soutien à des initiatives locales engagées par le CNPC au titre de la prévention des délits liés aux usages de drogues. Ces fonds portent en particulier sur les groupes prioritaires suivants :

- enfants de 7 à 12 ans, qui ont déjà commencé à consommer des substances illicites et à afficher un comportement antisocial. Des interventions individualisées et intégrées seront élaborées avec les écoles et nécessiteront la participation des familles afin de prévenir les risques de consommation abusive plus tard et de réduire le comportement antisocial qui y est associé ;
- adolescents de 13 à 17 ans, qui sont polyconsommateurs (alcool et autres drogues) et qui présentent un risque de comportement délinquant. Le CNPC s'associera avec les écoles, la GRC et les services de police locaux ainsi qu'avec les services sociaux pour identifier les jeunes à risque et les référer aux

115. Voir le site Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/dtft-pftt/treat-system-trait-fra.php>.

services appropriés, concevoir et mettre en pratique des interventions individualisées et intégrées visant à réduire leur propension à commettre un délit et à consommer ;

- ex-délinquants, jeunes et adultes toxicomanes, qui ne sont plus sous la responsabilité des services correctionnels. Le CNPC travaillera avec des partenaires pour concevoir et mettre en pratique des interventions visant à prévenir les risques de récidive et à aider ces individus à risque grâce à des mesures de réinsertion sociale ;
- autochtones toxicomanes qui affichent un comportement problématique : le CNPC invitera les collectivités autochtones à concevoir et à mettre en pratique des interventions adaptées aux particularités culturelles et aux besoins particuliers des autochtones (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves), qui ont de sérieux problèmes de consommation et de comportements antisociaux.

Le choix de ces cibles prioritaires d'action repose sur les connaissances des facteurs de risque de délinquance. Or, la relation entre drogues et criminalité est complexe : malgré le volume imposant des études empiriques réalisées, la nature, la direction et les spécificités (aux produits, aux modes et contextes d'usage, aux individus...) de cette relation demeurent encore incertaines. Cependant, il est connu que certaines formes d'usages, notamment les usages précoces et dérégulés chez les jeunes, et les usages qui se superposent à une carrière délinquante déjà avérée, augmentent significativement les risques de délinquance chronique.

En ce qui concerne le deuxième volet, Justice Canada finance, comme on l'a vu plus haut, par l'entremise de l'initiative sur les jeunes contrevenants, des interventions spécifiquement auprès des jeunes contrevenants avérés qui ont aussi des problématiques de toxicomanie, ainsi que les tribunaux de traitement de la toxicomanie visant à réduire la récidive chronique chez des contrevenants toxicomanes adultes.

Ces deux composantes de la stratégie anti-drogues sont donc très clairement reliées à cet objectif commun de réduire la délinquance liée à l'usage des drogues. Il subsiste néanmoins une série de zones d'ombre.

Difficultés de l'articulation

Les programmes du gouvernement fédéral décrits dans la section précédente sont tous des programmes pilotes, qui financent des actions à durée déterminée (sur un maximum de cinq ans), par le biais de demandes de financement déposées par les collectivités ou organismes locaux. Si elle permet de procéder graduellement, notamment dans le but d'établir l'efficacité des interventions, cette façon de faire présente néanmoins un certain nombre de désavantages.

Ainsi, les interventions financées n'existent que dans quelques collectivités à travers le pays, tant en raison de la limite des financements disponibles qu'en

raison du fait que les collectivités locales doivent être en mesure d'identifier un besoin auquel elles font face et d'élaborer une demande de financement.

Les interventions mises en application n'ont aucune garantie de pérennité, puisque les financements du fédéral sont à durée limitée et qu'il n'y a aucune assurance que d'autres paliers de gouvernement les soutiendront par la suite.

Il en résulte une sorte de patchwork pas nécessairement cohérent à travers le pays, dont il serait bien difficile d'affirmer, données à l'appui, qu'il correspond à l'état des besoins.

Toutes les provinces ne se sont pas dotées d'un cadre de politique publique spécifique en matière de prévention de la délinquance, mais toutes ont une stratégie sur les drogues et l'alcool. Quant aux collectivités locales, elles sont peu nombreuses à avoir élaboré l'une ou l'autre. Mais dans un cas comme dans l'autre, l'articulation de l'intervention entre les divers paliers de gouvernement demeure parfois difficile et il se présente des situations où les stratégies fédérale et provinciales sont en contradiction. On l'a vu plus haut dans le cas de *Insite* à Vancouver. C'est aussi le cas pour les tribunaux de la toxicomanie qui ne font pas l'unanimité entre les provinces, voire avec la magistrature.

La place de la réduction des risques dans la nouvelle stratégie demeure également ambiguë. Au-delà de *Insite*, on en trouve un exemple dans la situation incertaine du projet de recherche Salome (*Study to Assess Long-term Opioid Medication Effectiveness*) qui est la suite de Naomi (*North American Opiate Medication Initiative*) qui a pris fin en 2008. Il s'agit d'un projet de recherche qui s'inscrit dans une philosophie de réduction des méfaits et qui vise à évaluer les impacts du traitement avec des opioïdes injectables sur la rétention en traitement et sur la santé, pour des personnes répondant mal aux stratégies thérapeutiques actuellement disponibles. Mené auprès de 59 usagers à Montréal et de 192 autres à Vancouver, ce projet a procédé à une comparaison entre l'efficacité d'un traitement traditionnel de substitution à la méthadone et la prescription d'héroïne pharmaceutique chez une clientèle de toxicomanes de longue date, incapables, malgré de multiples essais, de se libérer de leur dépendance. Pour son projet de recherche, l'équipe de Salome doit franchir deux obstacles : obtenir l'autorisation du bureau des essais cliniques et faire une demande d'exemption en vertu de la section 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances auprès du bureau des substances contrôlées. Ce projet n'a pour le moment pas encore démarré.

Pour de nombreux praticiens du terrain, les orientations de la nouvelle stratégie anti-drogues ne sont pas en phase avec les besoins des usagers de drogues, notamment les plus en difficulté. Si l'on s'accorde pour mettre l'accent sur la prévention et surtout sur le développement d'une meilleure connaissance de l'efficacité de diverses formes de traitement et, à terme, de standards minima, plusieurs observent que le durcissement des pratiques policières (qui se traduit entre autres par l'augmentation importante de l'enregistrement de délits relatifs aux lois sur les drogues comme on l'a vu plus haut) entre souvent en conflit

avec la pratique du travail de proximité avec les usagers. Certains analystes allant même jusqu'à suggérer que cette répression accrue serait l'un des facteurs de la violence des gangs liés à la production et au trafic des drogues.

En conclusion, on peut constater que si une certaine forme d'affichage de la réduction des risques est moins visible en vertu de la nouvelle stratégie anti-drogues, sa pratique s'exprime de manière plus spécifique, plus pointue, sur certains objets, notamment dans le domaine des risques sociaux reliés aux drogues. Dans une certaine mesure, et sans prêter d'intentions au législateur, il est permis de penser que cette décision est en accord avec les champs de responsabilité des deux principaux ordres de gouvernement. En effet, s'agissant des risques sociaux ayant trait à la sécurité publique, il est clair que, bien qu'il s'agisse là d'une responsabilité partagée, le gouvernement fédéral a un rôle clair en la matière, rôle qu'il a décidé d'assumer pleinement. La focalisation de la stratégie sur la prévention d'effets délictueux relatifs à certains usages de drogues est en accord avec cette approche. Par ailleurs, la santé, et donc les risques sanitaires, étant davantage la responsabilité provinciale que fédérale, il devient tout aussi logique que le fédéral se retire de ce champ pour laisser libre cours aux choix des provinces.

Évidemment, comme tout schéma, il pêche par défaut de simplification abusive : on sait bien en ces matières que les risques sociaux et sanitaires sont le plus souvent étroitement imbriqués.

Daniel Sansfaçon

*Directeur de Politique, recherche et évaluation
Centre National de prévention du crime, Canada*

Complications liées à l'auto-injection des traitements de substitution aux opiacés

Notre contribution se fonde sur l'idée qu'une nouvelle approche clinique des addictions s'est mise en place progressivement, à l'hôpital, avec la création des Ecimud (acronyme spécifique à l'AP-HP pour : Équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues) devenues ensuite les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa). La mise en place de ce dispositif de repérage des consommations problématiques de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool et médicaments) a eu pour conséquence :

- le développement d'une activité quotidienne d'addictologie assurée par des équipes mobiles et pluridisciplinaires, transversale en partenariat avec les différents services cliniques (services médecine-chirurgie-obstétrique, services des urgences, psychiatrie) ;
- la mise en place de nouveaux dispositifs, comme le repérage précoce des consommations problématiques et l'intervention de réduction des risques liés à l'injection, en binôme praticien-pharmacien dans le cadre des consultations de liaison au lit du malade, l'intervention brève aux urgences avec message de prévention du passage à l'injection et la prise en compte systématisée des comorbidités (par exemple psychiatrie/addictions).

Ce nouveau dispositif hospitalier, créé en 1996 pour les hôpitaux de l'AP-HP, a profondément modifié la perception de l'usage des drogues psychoactives en différenciant les notions d'abus et de dépendance. Il permet de mieux observer les nouvelles modalités d'usage et de comportement vis-à-vis des drogues et des médicaments, mises en perspective avec les complications, motif habituel de passage par l'hôpital.

Notre expérience d'équipe mobile à la Pitié-Salpêtrière¹¹⁶ nous a conforté dans la nécessité d'une prévention ciblée et systématisée avec apport informatif et éducatif dans le cadre de la réduction des risques auprès des usagers de drogues hospitalisés ayant déclaré des conduites d'injection. Cette fonction est assurée en binôme avec le praticien-pharmacien, ou l'infirmière de liaison et les médecins addictologues de l'équipe.

116. KEMPFER J. Flux tendu à la plus ancienne Ecimud de France. *Swaps* 2008, 49

Pratiques d'auto-injection et complications

Les pratiques d'auto-injection ont toujours existé mais ce qui a retenu toute notre attention, c'est l'émergence chez certains patients d'un discours très élaboré et inspiré par des éléments partiels d'informations issus de la réduction des risques, qui justifient des pratiques d'injection banalisées « a priori », quoique compulsives, chronicisées et centrées sur l'usage intraveineux de comprimés (en majorité buprénorphine et sulfates de morphine). Nous avons rencontré cette population d'usagers injecteurs à la faveur d'une complication infectieuse majeure lors d'un passage aux urgences ou au décours d'une hospitalisation et tous avaient bénéficié positivement de la large mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (TSO) depuis 1996 :

- soit dans le cadre d'un programme de prise en charge médicalisée par la prescription du TSO, stabilisé au long court, traitement « de maintenance » (fréquemment supérieur à dix années de TSO) avec persistance d'un mésusage intraveineux ;
- soit hors programme : achat de rue, échanges par les tiers... de comprimés.

Ces discours d'usagers qui se déclaraient informés lors du premier entretien avec notre équipe, étaient prioritairement centrés sur les stratégies de réduction des risques face au risque lié au VIH ou au VHC, et de réduction des overdoses. Il est indéniable que ces stratégies qui ont fait l'objet de grandes campagnes de prévention nationale et de nombreuses campagnes ciblées, sont connues des usagers. Mais il convient de réévaluer les pratiques à chaque rencontre lors des consultations de liaison, car la vigilance doit rester la règle concernant la persistance ou l'arrêt progressif des pratiques d'injection et l'actualisation des connaissances sur les risques.

En revanche, la méconnaissance des prises de risque voire le « déni du risque » est plus fréquente en ce qui concerne les pratiques « cachées » d'auto-injection (à entendre généralement comme des conduites d'injection à l'insu des proches et souvent du médecin-prescripteur), pratiques centrées sur le mésusage intraveineux du traitement de substitution aux opiacés.

Ces pratiques révélées à la faveur de la consultation de liaison dans le service qui se charge de traiter la complication somatique (candidose ophtalmique, spondylodiscite infectieuse, endocardite à *Candida*...) sont autant d'« urgences addictologiques » c'est-à-dire autant d'occasions, dans des délais les plus courts possibles, de les rendre « visibles » comme pratiques à risque « à l'insu de l'injecteur qui se représente comme en situation de moindre risque ».

Nous avons ainsi repéré une cohorte d'injecteurs pratiquant l'auto-injection exclusive de comprimés qui déclaraient être bien informés sur les risques. En plus, ils se sentaient « sécurisés » par le conditionnement des formes galéniques, et par la qualité des composants du stéribox. En revanche, ils éprouaient une incompréhension totale, voire un déni violent de ce qui leur arrivait à l'annonce du diagnostic de complication infectieuse liée à leurs

pratiques intra-veineuses, c'est-à-dire une candidose ophtalmique avec risque de cécité définitive en l'absence de traitement et d'arrêt des injections.

Le terme d'« épidémie d'injecteurs de comprimés » traduit, maladroitement sans doute, la réalité des pratiques intraveineuses persistantes sous TSO ; selon les cohortes estimées, entre 8 et 30 % des patients sous TSO pratiqueraient une injection de comprimés. Dans l'enquête nationale Oppidum 2008, on retrouve 14 % de pratiques intraveineuses dans le cadre des TSO (en majorité Subutex ou BHD GNR¹¹⁷).

Une majorité de ces patients sont stabilisés du point de vue de leur consommation d'opiacés illicites grâce à la prescription de TSO. Ils sont pris en charge en médecine générale de façon régulière ou discontinue. De notre point de vue, ils sont à considérer comme une population d'autant plus difficile à repérer dans le champ de la prévention, qu'elle a toutes les caractéristiques d'une « population cachée »¹¹⁸. L'appellation d'« épidémie d'injecteurs » est contestable mais correspond à la réalité clinique de ces dix dernières années du fait de la prédominance du modèle de TSO par la buprénorphine et d'un mode habituel de conduites mimétiques « standardisées » qui se transmettent d'un « injecteur » à un autre par le biais d'informations considérées par l'utilisateur et ses pairs comme standardisées et sécurisées.

Par ailleurs, l'impact épidémiologique de ces complications liées spécifiquement aux pratiques d'auto-injection est peu voire insuffisamment documenté dans les différents supports (cartes, flyers, vidéos, brochures) que nous avons consultés qu'ils soient à la disposition des usagers ou des professionnels¹¹⁹.

Notre fonctionnement transversal a grandement favorisé notre mission d'observatoire de ces pratiques d'auto-injection et de recueil des informations, grâce à deux outils épidémiologiques dont la « fiche patient » élaborée par Christophe Palle (OFDT) pour les équipes de liaison hospitalière et le questionnaire détaillé destiné à évaluer les risques infectieux liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse¹²⁰. La taille importante de notre groupe hospitalier et l'implantation de l'équipe d'addictologie depuis 1996 expliquent qu'un nombre important de complications infectieuses ont pu être diagnostiquées et reliées de manière directe à des facteurs de risque par auto-injection.

117. BHD GNR : Arrow®+Mylan®.

118. WATTERS JK, BIERNACKI P. Targeted sampling : options for the study of hidden populations. *Social problems* 1986, 36.

119. CRIPS ÎLE-DE-FRANCE, INPES. Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Document pour les professionnels en contact avec les usagers. Juillet 2009 ; OLIVET F. L'injection intraveineuse de substances psychoactives. *ASUD Journal*, mars 2003 ; FONTAA V, BRONNER C. Persistance de la pratique d'injection chez les patients substitués par méthadone ou buprénorphine haut dosage (étude sur 600 cas). *Ann Med Interne* 2001, 152 (suppl. 7) : 2S59-2S69

120. Questionnaire « Évaluation des risques infectieux liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse » (41 items) rédigé initialement pour l'étude Canditox et actuellement utilisé dans une version réactualisée. Disponible sur demande : yves.edel@psl.aphp.fr

À ce repérage des facteurs de risque/complications, il faut ajouter les conséquences psychiques personnelles pour le patient hospitalisé. Ces conséquences sont majeures et associent à la fois incompréhension sur les pratiques, considérées par l'utilisateur comme à moindre risque, sinon supposées sans risques, et angoisse quant à la crainte d'une complication irréversible comme une cécité dans le cas d'une candidose ophtalmique ou de séquelles douloureuses chroniques.

Facteurs de risque de la candidose systémique chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

La mise au point de l'étude Canditox 2001-2005¹²¹, étude cas-témoins en *cross-over* et multicentrique (150 patients inclus dont 49 cas et 101 témoins) a permis de confirmer nos hypothèses en comparant une cohorte d'injecteurs atteints de candidose systémique avec une localisation secondaire (ophtalmique, articulaire, cutané) *versus* une cohorte d'injecteurs non atteints de candidose systémique, avec ajustement sur d'éventuels facteurs de confusion (âge, sexe, durée des conduites addictives...). Une étude mycologique complémentaire a cherché à comparer les souches de *Candida* identifiées dans la bouche, dans le(s) tissu(s) atteint(s) et dans les éventuels matériels ou produits ayant servi à la préparation de l'injection. Notre hypothèse de départ était celle d'une contamination par *Candida* à partir de la flore orale de l'utilisateur injecteur, dans une prise de risque manuportée et/ou salivoportée lors de la manipulation du comprimé, de la préparation du liquide d'injection ou/et des étapes de l'auto-injection. La majorité des injecteurs de l'étude Canditox avaient des pratiques d'injection par mésusage de leur traitement de substitution en comprimés. Le biais de recrutement hospitalier a été pris en compte dans l'interprétation des résultats. Il convient de revenir sur la singularité de la situation française où la buprénorphine haut dosage (sous sa forme Subutex) tient la place de premier médicament de substitution dans le traitement au long cours de la pharmacodépendance opiacée. Cette particularité porte à la fois sur l'accès le plus large à la substitution par buprénorphine haut dosage à partir d'une consultation en médecine de ville ou dans le dispositif de soins spécialisés en addictologie, et à la grande disponibilité du médicament chez les usagers d'opiacés (échanges entre pairs, trafic, achat au marché noir). Cette loi du nombre peut expliquer pour partie la prévalence d'un mésusage préférentiel par voie intraveineuse de la buprénorphine, rattrapée actuellement par la voie sniffée et fumée, en France métropolitaine. Pour simple rappel, l'inconvénient majeur de la buprénorphine et des sulfates de morphine avec excipient d'amidon est leur injectabilité facile sans la nécessité de

121. GAMBOTTI L, BONNET N, IMBERT E, ASTAGNEAU P, EDEL Y. Risk factor for systemic candidiasis among intravenous drug users (Étude Canditox 2001-2005). IHRA's 19th International Conference, Barcelone, 2008

chauffage, sans citron additionnel, par simple solubilité au contact d'une eau de dissolution, quoiqu'en écrive le dernier document destiné aux professionnels en contact avec les usagers¹²² (Crips Île-de-France, 2009).

Les résultats de l'étude Canditox ont démontré que l'hypothèse de l'utilisation du citron, comme vecteur du *Candida* contaminant, n'est pas vérifiée en cas d'injection de comprimés, tout simplement parce que ce facteur de risque est exclu de la préparation de l'auto-injection. Les risques validés sont prioritairement des facteurs manuportés et salivoportés (mauvaise hygiène des mains avec manipulation des comprimés, arrachage du filtre à cigarette avec les dents, dissection des cotons avec les doigts, léchage de la seringue...), pratiques encore trop souvent méconnues comme à risque par les injecteurs eux-mêmes même quand ils déclarent être surinformés ! Ces mauvaises pratiques d'auto-injection (ignorées de l'injecteur, de l'entourage voire des médecins) confirment la réalité clinique et épidémiologique d'une « population cachée » difficile à quantifier mais ayant pu bénéficier de soins en addictologie adaptés à la situation d'urgence à l'origine de l'hospitalisation grâce au travail de liaison transversale des équipes addictologiques Elsa.

En conclusion, l'épidémiologie des pratiques d'injection et de leurs complications progresse sans cesse, associant de nouvelles maladies à la pratique intraveineuse et affinant l'estimation probabiliste des risques déjà connus (comme l'ont montré les travaux de Peretti-Watel)¹²³.

La réapparition en clinique des candidoses liées à la pratique de l'auto-injection – mais avaient-elles seulement disparu du champ des diagnostics individuels spécialisés (en particulier chez les ophtalmologistes et les rhumatologues) – nous permet de rappeler que nos patients usagers de drogues, ont su intégrer les messages de prévention des risques ciblés prioritairement sur les risques infectieux VIH-VHC, mais que le risque s'est maintenu du côté des facteurs manuportés et salivoportés dans l'auto-injection.

Cette étrange situation rappelle aux cliniciens et aux acteurs de prévention que « l'épidémiologie multiplie la découverte des facteurs de risque sans pour autant comprendre la persistance, la réapparition, et la transformation originale souvent des conduites qu'elle prétend prévenir »¹²³.

122. CRIPS Ile-de-France. Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (document pour les professionnels en contact avec les usagers), Crips Ile-de-France, Inpes, juillet 2009.

123. PERETTI-WATEL P, MOATTI JP. Le principe de prévention (le culte de la santé et ses dérivés). La République des idées, Seuil, 2009.

L'étude Canditox est une illustration quasi expérimentale, pour nous, en milieu hospitalier de cette tension permanente entre des connaissances scientifiques réactualisées, fausses croyances persistantes et maintien des conduites à risques dans les comportements humains.

Yves Edel

*Ecimud, Unité d'addictologie hospitalière,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris*

Contributions
des intervenants
et associations

Impact du travail en réseau de la médecine de ville

Microstructures : outil de réduction des risques infectieux

Contexte

La réduction des risques est inscrite dans la loi de santé publique depuis 2004 grâce à trois nouveaux articles qui y ont été ajoutés. C'est par décret que l'État a donné la définition de la politique de réduction des risques et en a déterminé les actions, indiquant que cette politique a pour objet de prévenir :

- la transmission des infections ;
- la mortalité par surdose ;
- les dommages sociaux liés à la toxicomanie.

Depuis, ce sont principalement les Csapa (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et les Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) qui ont pris en charge la mise en place de la politique de réduction des risques. Or, en 2007, environ 130 000 patients ont bénéficié de traitements de substitution aux opiacés, 58 000 étaient pris en charge par les Csapa, les médecins de ville voyant également un grand nombre d'usagers qui suivent un traitement de substitution (OFDT, 2010). De plus, les médecins généralistes sont en position de recours auprès des patients qui débutent leur consommation de drogues (Mildt, 2010), moment à fort risque de contamination des maladies infectieuses. C'est pour cela que les médecins généralistes s'avèrent être des acteurs majeurs de la politique de réduction des risques, bien que souvent oubliés. C'est dans ce contexte que s'est développé le réseau des microstructures médicales.

Principe de la microstructure

La microstructure repose sur un principe simple : elle vise à la constitution d'une équipe de soins au sein du cabinet du médecin généraliste pour répondre aux difficultés rencontrées par les personnes pharmacodépendantes comme par les médecins généralistes.

L'équipe est constituée par le médecin, un psychologue et un travailleur social.

Pour assurer le suivi des patients, le psychologue et le travailleur social reçoivent ces derniers au cabinet du médecin généraliste à des plages horaires hebdomadaires fixes. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de son travail de délivrance des produits prescrits. Régulièrement, l'équipe de la microstructure se réunit en synthèse, moment fort du fonctionnement de la microstructure : c'est là que sont analysées les situations des patients suivis, et qu'est élaborée la stratégie thérapeutique adaptée à chacun d'eux.

L'originalité de cette pratique tient à la réunion dans un seul lieu, le cabinet du médecin généraliste, d'intervenants qui, jusque-là, étaient dispersés dans diverses institutions.

En trouvant chez leur médecin les compétences nécessaires, la démarche des patients s'en trouve grandement facilitée.

Impact de la microstructure en terme de réduction des risques

Grâce à ce dispositif, les médecins généralistes peuvent éviter de fonctionner comme de simples prescripteurs. Ainsi, connaissant la difficulté du dépistage et de l'accès au traitement pour le VHC chez les usagers de drogues, les 15 microstructures d'Alsace, en partenariat avec le pôle de référence hépatites du CHU de Strasbourg, ont mis en place, dès 2003, un dispositif sanitaire de prise en charge des hépatites C visant l'amélioration des pratiques de dépistage, de diagnostic, et d'accès au soins.

Ce dispositif sanitaire reposait sur trois volets : formation, enquête épidémiologique, consultation-expert. Après avoir formé les médecins généralistes, les psychologues et les travailleurs sociaux, le réseau a organisé des consultations-expert (3 à 4 par an). Lors de cette consultation-expert, l'hépatologue hospitalier se déplace pour rencontrer les acteurs des différentes microstructures du réseau. L'équipe de chaque microstructure présente à l'hépatologue des situations cliniques nécessitant un avis diagnostique ou thérapeutique (initiation ou suivi du traitement antiviral). En cas d'initiation d'un traitement, la primo-prescription est effectuée par l'hépatologue hospitalier expert, et le suivi immédiat du patient est effectué avec son accord par l'équipe de la microstructure. L'hépatologue peut être consulté à tout moment par la suite par l'équipe de la microstructure. Ces consultations-expert, grâce au déplacement de l'hépatologue hospitalier extra-muros, ont pour but de faciliter l'initiation et le suivi des traitements des patients usagers de drogues pris en charge dans le réseau.

En parallèle, le réseau a développé deux enquêtes épidémiologiques VHC, l'une en 2005 et l'autre en 2007, afin d'évaluer l'impact de son dispositif sanitaire sur le dépistage et l'accès au traitement anti-VHC.

Ainsi, les microstructures médicales d'Alsace ont effectué un dépistage du VHC chez 80 % des patients usagers de drogues suivis. La comparaison des

deux études a montré que si 57 % des usagers de drogues étaient séropositifs en 2005, seuls 39 % l'étaient en 2007. De même, la séropositivité variait avec l'âge : elle est passée sous les 7 % chez les moins de 30 ans *versus* 80 % chez les plus de 45 ans, probablement liée à la politique de réduction des risques. En effet, si la pratique de l'injection était majoritaire chez les plus âgés, les moins de 30 ans semblaient l'abandonner au profit du sniff. Dans 90 % des cas, la sérologie était complétée par le dosage de l'ARN du VHC. La prise en charge thérapeutique a pu être effectuée chez 43 patients soit 40 % des patients ARN-VHC positif (Di Nino et coll., 2009).

Ces résultats, plus favorables que ceux rapportés dans la littérature, montrent que le dispositif en réseau des microstructures médicales a un impact sanitaire favorable dans le dépistage, le suivi, le traitement de l'hépatite C chez les patients qui y sont suivis.

Dès à présent, le travail en équipe au sein du réseau des microstructures améliore la prise en charge des usagers de drogues contaminés par le VHC.

Coordination nationale des réseaux de microstructures : CNRMS

Au réseau des microstructures d'Alsace se sont ajoutés un réseau de microstructures dans la région Paca, et d'autres plus récemment en Languedoc-Roussillon, en Midi-Pyrénées ainsi qu'en Lorraine pour former la Coordination nationale des réseaux de microstructures. À ce jour, plus de 50 médecins généralistes, 10 travailleurs sociaux et 20 psychologues y participent pour suivre plus de 1 000 patients.

Actuellement, en collaboration avec le pôle de référence hépatites du CHU de Strasbourg et l'unité d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital St-Joseph de Marseille, la CNRMS met en place un dispositif sanitaire VHB, ayant pour but de relancer la vaccination et le dépistage des hépatites B chez les usagers de drogues. Ce dispositif reposant sur la formation des équipes de microstructures est également soutenu par une étude nationale visant à mesurer l'impact du dispositif en comparant notamment la couverture vaccinale des usagers de drogues suivis avant, et 18 mois après la formation. Les résultats préliminaires montrent que seul 29 % des 906 usagers de drogues suivis ont une vaccination complète VHB avant la formation des équipes.

En conclusion, au vu du nombre d'usagers de drogues suivis par les médecins généralistes, et de leur rôle jusque là oublié dans la politique de réduction des risques, il apparaît judicieux de s'appuyer plus et mieux sur les réseaux comme outil de réduction des risques. Les microstructures médicales, par la mise en place de mini-équipes thérapeutiques et la transversalité du suivi des patients ont d'ores et déjà apporté la preuve de leur impact sanitaire contre les maladies infectieuses. Ainsi, les réseaux de microstructures constituent de fait

un dispositif de réduction des risques et de prises en charge des patients concernés, loin d'être négligeable.

Fiorant Di Nino

*Chargé de recherche, Coordination nationale des réseaux de microstructures
(CNRMS)*

BIBLIOGRAPHIE

DI NINO F, IMBS JL, MELENOTTE GH, LE RESEAU RMS, DOFFOEL M. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. *BEH* 6 octobre 2009, **37** : 400-404

OFDT. Drogues, Chiffres clés. OFDT, Juin 2010

Contribution de l'association Charonne

Réduction des risques et migrants

Depuis son ouverture en 1998, le centre Beaurepaire (devenu depuis lors Caarud) reçoit une population constituée majoritairement de migrants (recrutement de proximité, mais la Boutique devait être primitivement située sur la quartier des Halles) présentant des conduites de consommations de substances psychoactives (usagers d'alcool et drogues et médicaments détournés de leur usage).

Parmi eux, par exemple, se trouvent des ressortissants polonais en errance à Paris, ceci étant confirmé par une enquête diligentée par la Ddass. Une « permanence polonaise » a été mise en place sur le centre Beaurepaire afin d'entrer en contact avec ces publics, caractériser leurs besoins, favoriser leur accès aux soins et aux droits... ce qui supposait un contact dans leur langue ; une bonne partie de ces personnes, néo-arrivants ou de longue date en errance sur Paris ne maîtrisant pas le français. D'où la création du réseau expérimental d'intervention psychosocial Bociek.

Le même constat a été fait avec d'autres groupes. Par exemple, celui des personnes originaires de l'Inde, en errance sur le 10^e arrondissement, fréquentant le centre pendant plusieurs années, avant que la compréhension ne s'établisse réellement de part et d'autre, sur l'offre de soutien et d'accompagnement (au-delà des services directement visibles), et sur les problématiques et les besoins spécifiques de ces groupes.

Les questions suivantes se posent pour les publics du Caarud Beaurepaire :

- la prévention en terme de réduction des risques alcool, médicaments, substances psychoactives en général non injectées, et la nécessité de développer des savoir-faire concernant la réduction des risques et l'alcool ;
- la prévention des conduites à risques (sociales, délinquantes, sexuelles...) liées aux consommations de substances psychoactives.

La caractérisation transversale des actions de réduction des risques vis-à-vis de publics spécifiques porte sur :

- le fait d'« aller vers » ;
- dans leur langue ;
- la médiation auprès de l'environnement ;
- l'accompagnement actif dans les démarches sociales, administratives et de soins ;
- le réseau de partenaires sur le soin.

Réduction des risques en direction des femmes

L'espace Femme du Caarud 18 reçoit des usagères de crack et en situation de prostitution.

La réduction des risques auprès de ces femmes « crackeuses » rejoint la réduction des risques dans le champ de la prostitution, en plus de la réduction des risques liés aux consommations.

Les notions de prévention semblent à peu près intégrées pour ce qui concerne le travail sexuel... sauf tout de même dans le cas de besoins de plus d'argent pour plus de produit... En revanche, les risques sexuels liés à la vie « personnelle » ne sont pas du tout intégrés par ces femmes. Il s'agit d'une difficulté particulière pour les femmes en « couples », qui n'appliquent pas aux relations « personnelles » les principes de prévention qu'elles ont pu intégrer par ailleurs du fait de la question de confiance ou de non acceptation des mesures de prévention par le partenaire, l'ambivalence désir de maternité/croyance en une « non-fertilité » du fait de la fréquente absence de règles... Cette difficulté constitue une cible majeure du travail de prévention concernant :

- les contaminations (virales, infections sexuellement transmissibles) ;
- le suivi gynécologique de prévention comme chez toute femme en période de vie sexuelle ;
- le recours à une contraception fiable ;
- la prévention des « risques de grossesse » (perçue souvent comme « rédemptrice ») : diagnostic précoce des grossesses, accès à l'IVG dans les délais règlementaires, accès aux suivis des grossesses ;
- la sensibilisation et l'orientation vers des lieux d'accompagnement à la parentalité (afin d'éviter la répétition de situations, une culpabilité inextricable, des échecs et abandons répétés...).

Association Charonne

Contribution de Médecins du Monde

Projet ERLI : éducation aux risques liés à l'injection¹²⁴

Problématique

Nous savons désormais que la mise à disposition de matériel stérile et sa distribution ne suffisent pas pour contrer la transmission du VHC, alors que cela l'a été pour la transmission du VIH. Les dispositifs actuellement en place apparaissent comme insuffisamment adaptés face aux risques de transmission de l'hépatite C. Lorsque l'injection se poursuit, il s'agit d'inventer et d'expérimenter de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé. Ces dispositifs doivent tenir compte des réalités des consommations, des usages, des contextes de vie des personnes. Nous devons nous situer au « cœur » des consommations, aller vers les personnes qui prennent des risques, et toucher notamment les plus jeunes avant qu'ils ne se contaminent.

Avis d'experts

Le 1^{er} juin 2005, lors d'une Journée d'animation de la recherche organisée par l'ANRS dédiée aux « Recherches en santé publique sur les hépatites virales », plusieurs chercheurs d'horizons divers ont préconisé eux aussi « l'expérimentation de programmes pilotes d'éducation à l'injection dans des lieux sécurisés » associée à une démarche évaluative. Ces dispositifs permettraient aux usagers de drogues par injection « d'apprendre à manier l'injection en maîtrisant l'ensemble des risques infectieux ». Ils pensent que ces dispositifs « pourraient réduire les risques de transmission du VHC. Ces dispositifs, ambitionnant une véritable éducation à « l'injection propre » dans un environnement sécurisé, pourraient s'appuyer sur des lieux d'accueil de toxicomanes actifs.

Inscription dans les textes législatifs qui encadrent la réduction des risques

Décret du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le Code de la santé publique.

124. Voir à ce sujet le document : Médecins du Monde. Projet ERLI : éducation aux risques liés à l'injection. L'argumentaire. 2009.

« Les équipes de réduction des risques peuvent participer à l'évaluation de nouveaux outils ou stratégies de prévention contribuant à améliorer la prévention et à l'adapter à l'évolution des usages, des substances consommées et de leurs associations ou de la population des consommateurs ».

Décret du 19 décembre 2005 relatif aux missions des Caarud et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Circulaire DGS du 2 janvier 2006, document n°2 « nomenclature des activités RDR relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place de Caarud et à leur financement par l'assurance maladie ».

Objectifs

Objectif principal

Réduire la mortalité et la morbidité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en milieu urbain en Ile-de-France.

Objectifs d'intervention

Renforcer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention (non partage et non réutilisation du matériel d'injection), c'est-à-dire :

- améliorer les connaissances des consommateurs concernant les risques liés à l'injection ;
- agir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques ;
- promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque que l'injection (renoncement à l'injection, recours au sniff, à l'inhalation, accompagnement de l'utilisateur à l'arrêt de sa consommation, inscription dans un traitement de substitution non injecté...) ;
- repérer les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation ;
- favoriser le recours aux soins ;
- entrer en contact avec les usagers les plus à risque : les injecteurs nouveaux ou récents, et les injecteurs les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec des structures médico-sociales et favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les risques liés à la pratique de l'injection ;
- témoigner de l'utilité d'une éducation pratique aux risques liés à l'injection à partir d'une évaluation issue de l'expérience de terrain.

Modalités d'intervention : un programme d'éducation à la santé

Une approche éducative individuelle théorique et pratique au cours d'un nombre déterminé de séances (6 séances) où l'utilisateur utilise le produit qu'il consomme habituellement sur la base d'un protocole explicite avec les usagers (procédure d'inclusion, règles à observer, acceptation du processus d'évaluation). Un travail éducatif réalisé auprès de différentes populations d'utilisateurs

sur des territoires d'intervention variés, à partir de dispositifs existants (Caarud Sida Paroles dans le 92, Caarud et CSST Gaïa Paris, Mission Rave & Squat Paris) et ce pour des raisons de couverture territoriale et de santé publique.

Concrètement

La personne pratique son injection devant deux intervenants (binôme composé d'un infirmier et d'un éducateur à la santé qualifié aux gestes de premier secours).

Les intervenants analysent la pratique, soulignent les risques à chaque étape et rappellent les bonnes pratiques.

Les intervenants n'injectent pas (ne poussent pas sur le piston, n'introduisent pas l'aiguille dans la veine de l'utilisateur et ne posent pas ou ne tiennent pas le garrot ni aucun autre matériel), disposent d'un brevet de secouriste et de moyens d'intervention rapide.

Marie Debrus
Médecins du Monde

Contribution de Aides

Sur la base des actions de santé communautaire avec les personnes consommatrices de produits psychoactifs menées par Aides en France, notamment dans les trente dispositifs Caarud que nous gérons, nous tenons à mettre l'accent sur les trois enjeux suivants.

Prises de sang

Un obstacle très concret qui complique toujours l'accès aux soins (surtout les dépistages et autres bilans médicaux) est lié à l'état des veines des usagers de drogues injectables et aux difficultés pour être prélevé. Cette difficulté est souvent rapportée par les usagers de drogues injectables auprès des intervenants communautaires de Aides. Ainsi, lors d'une consultation structurée avec 20 personnes consommatrices de drogues injectables organisée par la délégation de Aides à Toulouse en 2007 :

- plusieurs personnes témoignent de « la galère de se faire charcuter les veines par un(e) infirmier(e) qui s'y reprend 4 ou 5 fois avant d'en trouver une correcte » ;
- plusieurs personnes expliquent qu'elles fuient et refusent d'être soignées par les infirmiers qui ne les écoutent pas lors des prises de sang. Cette attitude des infirmiers est vécue par les personnes comme du mépris, un déni du savoir-faire des personnes qui s'injectent, une attitude discriminante et stigmatisante ;
- certains n'osent pas aborder la question de l'auto-prélèvement du fait qu'ils pensent (à tort) que ce n'est pas autorisé ;
- « Passer le pas de faire son dépistage n'est déjà pas chose facile... Si en plus le sang ne remonte pas dans la veine et qu'au bout du 5^e pansement, l'infirmière appelle le docteur qu'il va falloir attendre une heure pour une ponction artérielle douloureuse et non sans risque pour la santé. » Le recours à la prise de sang artériel est mal vécu par plusieurs usagers.

Ces freins à l'accès à la prise de sang sont particulièrement dommageables car cela entraîne à la fois des retards dans les dépistages (pour le VIH et les hépatites) et nuit au suivi médical (bilans réguliers à faire pour le VIH et les hépatites). Nous souhaitons donc que les infirmiers soient :

- explicitement autorisés à permettre aux personnes ayant un capital veineux abîmé à s'insérer elles-mêmes l'aiguille dans la veine (sous la supervision de l'infirmier, qui terminera le prélèvement) ;
- formés sur les spécificités de la prise en charge des personnes consommatrices de produits psychoactifs.

Accompagnement à l'injection

La distribution de matériel d'injection stérile a produit des résultats probants quant à la possibilité de réduire les risques liés à certaines pratiques d'injection, diminuant considérablement le nombre de contaminations par le VIH chez les injecteurs de produits psychoactifs. Elle n'a cependant pas permis de résoudre le problème des dommages liés à l'injection et d'endiguer la progression constante du virus de l'hépatite C (VHC).

Concernant les dommages liés à l'injection tels que les abcès, plaies, infections et dégradations du capital veineux, plusieurs facteurs sont en jeu parmi lesquels l'environnement dans lequel sont pratiquées les injections et le manque d'explications concrètes sur l'usage du matériel, sur les points d'injection et sur les règles d'asepsie. Concernant la forte prévalence du VHC, plusieurs hypothèses sont aujourd'hui retenues : le partage du petit matériel (récipient, eau, filtre, produit), la pratique « sauvage » du piercing et du tatouage, le partage d'objets du quotidien, ou l'absence de matériel stérile d'injection, de piercing et de tatouage dans les prisons françaises. La première hypothèse, celle du partage du petit matériel, est la plus documentée, aussi bien par nos observations de terrain que par les études réalisées à ce sujet. Ces constats nous révèlent ainsi que la distribution de matériel n'atteste pas son bon usage : il s'agit désormais d'aller au plus près des pratiques et habitudes d'injection, aussi bien pour penser avec les personnes la notion de risque que pour observer directement les hypothèses que nous formulons. C'est en cela que l'accompagnement à l'injection constitue un pas de plus sur la voie de la réduction des risques : il se rapproche du risque pour mieux le prévenir. L'accompagnement à l'injection pour Aides implique l'organisation de sessions éducatives avec des personnes consommatrices de produits psychoactifs par voie injectable demandeuses d'un soutien sur leur pratique de l'injection comprenant à la fois :

- un échange pédagogique sur les pratiques d'injection de la personne et les questions qu'elle se pose ;
- l'auto-injection par la personne d'une substance qu'elle consomme habituellement en présence d'acteurs associatifs formés. Ces sessions ont pour objectif principal de permettre à la personne d'apprendre à s'injecter d'une façon plus sûre en vue de pouvoir mieux gérer les risques associés à la pratique de l'injection (notamment les infections virales et les dommages veineux).

L'utilité de cette action est confirmée par les travaux de recherche menés dans les salles de consommation qui la pratiquent (les publications de Wood et Treloar sur des actions éducatives respectivement menées dans les salles de consommation de Vancouver et de Sydney).

Limites du cadre légal français

Nous constatons encore aujourd'hui que la simple fréquentation des Caarud met parfois les personnes en difficulté vis-à-vis des forces de l'ordre (fouilles assidues qui apparaissent comme étant dues au simple fait d'avoir sur soi du matériel d'injection). Les lois françaises sur les produits stupéfiants, surtout la pénalisation de la simple consommation et l'interdiction de présenter certains produits « sous un jour favorable », ne sont souvent pas compatibles avec les actions de promotion de la santé.

Cela fait déjà 8 ans qu'au Portugal (avec la loi loi 30/2000 adoptée en novembre 2000, appliquée à partir du 1^{er} juillet 2001), « aucune sanction pénale [n'est] appliquée pour usage privé de substances illicites » (source : rapport 2001 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies). Une évaluation récente menée par l'Institut Cato fait apparaître que suite à cette réforme légale :

- la prévalence de la consommation de produits psychoactifs parmi les 15-19 ans a baissé ;
- le nombre des nouveaux cas reportés de VIH et de sida parmi les personnes injectrices a substantiellement diminué, de même que la mortalité liée à la consommation de drogues ;
- les professionnels médicaux et les responsables politiques portugais s'accordent pour reconnaître que la dépénalisation a facilité l'accès à la prévention et aux soins des personnes consommatrices de drogues.

En outre, nous questionnons l'utilité de nos politiques et pratiques françaises sur la lutte contre la toxicomanie du point de vue du rapport coût-efficacité. Quels sont donc les résultats (sur le niveau de consommation de produits, sur la réduction des trafics, en terme de droit et de santé des personnes, vis-à-vis de la réduction des dommages et infections liés à la consommation de produits illégaux...) qui justifient le maintien en l'état du volet répressif, fort coûteux, de la « lutte contre la drogue » ?

Pour ces raisons, Aides appelle à ce qu'un bilan soit effectué sur le dispositif légal français de lutte contre la toxicomanie, notamment concernant les enjeux touchant à la santé et au respect des droits fondamentaux des personnes.

Nous considérons enfin évidemment comme essentiel un accès à des services de santé et de réduction des risques dans les prisons françaises qui soit effectivement équivalent à ce qui est mis en place à l'extérieur des prisons. Notamment, de multiples expériences internationales ont démontré la faisabilité et l'utilité de permettre aux personnes incarcérées de pouvoir se procurer du matériel d'injection stérile.

Arnaud Simon
Association Aides

BIBLIOGRAPHIE

CATO INSTITUTE. Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies, 2009

TRELOAR C, LAYBUTT B, JAUNCEY ME, VAN BEEK IA, LODGE M, et coll. Broadening discussions of 'safe' in hepatitis C prevention: A close-up of swabbing in an analysis of video recordings of injecting practice. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 59-65

WOOD E, TYNDAL MW, STOLTZ JA, SMALLA W, ZHAN R, et coll. Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 2005, **16** : 281-284

WOOD E, TYNDALL M W, STOLTZ J-A, SMALL W, LLOYD-SMITH E, et coll. Factors associated with syringe sharing among users of a medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Infectious Diseases* 2005, **1** : 50-54

WOOD RA, WOOD E, LAI C, TYNDALL MW, MONTANER JS, KERR T. Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 183-188

Contribution de l'association Safe

Usagers problématiques et accessibilité aux seringues

Nombre d'usagers de drogues problématiques

Si nous pouvons comprendre que l'OFDT recueille les informations selon les modes de calcul préconisés par l'OEDT, nous aurions souhaité que l'expertise propose un mode de calcul critique des usagers réellement problématiques, le mode de calcul actuel étant trompeur sur l'ampleur du phénomène (il nous semble en effet surprenant de considérer que tous les usagers en traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine restent des usagers problématiques).

Recours *versus* accessibilité

L'association Safe s'étonne que le groupe d'experts puisse conclure à une bonne accessibilité aux seringues en France.

L'explication donnée est basée sur le nombre de seringues diffusées corrélativement au nombre d'usagers actifs de drogue par injection, or cela donne une indication du recours à la seringue et non pas de l'accessibilité aux seringues.

Même si le recours à la seringue est quantifié, aucun élément ne nous permet d'évaluer qu'il est satisfaisant et correspond à une bonne pratique (1 injection=1 seringue).

Nous n'avons pas retrouvé le mode de calcul indiquant comment l'OFDT parvient au chiffre de 81 000 d'usagers de drogue par injection actifs par mois.

Mais, si nous considérons ce chiffre de 81 000 usagers de drogue ayant injecté au moins une fois, il ne nous renseigne pas pour autant sur la fréquence de la pratique d'injection ; certains injectent occasionnellement, certains tous les jours voire plusieurs fois par jour. Donc le recours à 15 millions de seringues par an environ n'est pas forcément suffisant.

D'ailleurs, nous relevons que la réutilisation des seringues reste très fréquente.

Une enquête sur le contenu des fonds de seringues menée par Safe à Paris en 2009 démontre qu'au moins 1/3 des seringues sont réutilisées, compte tenu de la présence de produits qui n'ont pu être injectés simultanément.

Plusieurs enquêtes démontrent que les seringues sont réutilisées (enquête 2001 à Mulhouse : au moins 3 fois, enquête d'Apothicom à Perpignan en 2001 et Ivry-sur-Seine en 2004 : en moyenne réutilisées 2 à 4 fois).

Deux facteurs sont déterminants pour expliquer le niveau de recours : le prix et l'accessibilité géographique

Dans le cadre d'une enquête réalisée par Safe en 2009 sur le don de matériels d'injection en pharmacies, il apparaît que le prix du matériel d'injection est un frein à la prévention et que le passage d'un mode d'accès payant à un mode d'accès gratuit démultiplie fortement la délivrance de seringues.

Or, l'accès gratuit (associations et pharmacie) représente à peine un tiers de la diffusion de seringues.

Répartition géographique de l'accès gratuit

Les enquêtes nationales menées par Safe en 2006 et 2009 démontrent que :

- à peine plus de 300 communes disposent d'un programme d'accès au matériel gratuit ;
- seules 2 % des pharmacies sont impliquées dans un programme de don de matériel d'injection (alors que le Baromètre santé de 2003 faisait état de 6 % des pharmaciens engagés dans un tel programme).

Répartition géographique de l'accès payant

La délivrance payante de matériels d'injection pourrait être effectuée dans 85 % des officines puisque selon le Baromètre santé de 2003, 85 % des pharmaciens reçoivent au moins une fois par mois des usagers de drogues ; dans cette même étude, 78 % des pharmaciens déclarent délivrer de la substitution.

Nous nous interrogeons sur la couverture territoriale de l'accès payant en 2010. Les résultats intermédiaires d'une enquête déclarative que nous menons à Paris montrent aujourd'hui que : 65 % des pharmacies délivrent des seringues (44 % le stéribox, 43 % des seringues à l'unité) et seules 47 % délivrent les traitements de substitution (42 % le Subutex, 30 % la Méthadone).

Au final, nous pensons que le recours au matériel d'injection n'est pas satisfaisant, car se cumulent à la fois un problème d'accessibilité (inégalité territoriale) et l'insuffisance de distribution gratuite de matériels.

Travaux sur les outils de prévention

Safe pilote un groupe de travail « Kit 2cc », qui vise à diversifier l'offre de matériels d'injection en proposant une nouvelle trousse de prévention adaptée aux usagers consommateurs de produits nécessitant une injection avec une seringue 2 ml.

Ce groupe est composé de partenaires associatifs et de deux scientifiques, un chercheur en biologie moléculaire, et un docteur en pharmacie.

Le groupe de travail propose une analyse critique des matériels actuellement proposés.

Problème de l'hygiène

Pour assurer la meilleure prévention possible, la question de l'hygiène est fondamentale. Or, dans les troussees actuellement proposées, il n'y a pas de possibilité de se laver les mains ni de possibilité de préparer le *shoot* sur une surface propre. Le groupe préconise de donner une lingette nettoyante et un champ de soin.

Problème de l'adaptation des outils : quelle pertinence, quelle performance ?

Les lingettes désinfectantes (point d'injection)

L'utilisation d'alcool n'est pas satisfaisante d'une part parce que les usagers utilisent régulièrement le produit pour chauffer et non pour l'usage prévu au départ, et d'autre part parce qu'il n'est pas le mieux adapté à la peau déjà abîmée des usagers. Il est parfois utilisé pour comprimer le point d'injection, ce qui nuit également à la cicatrisation et à l'arrêt du saignement. Le groupe a mis en expérimentation un produit alternatif à l'alcool (digluconate de chlorhexidine).

L'eau PPI

L'hypothèse du groupe est que l'utilisation par les usagers de fioles d'eau PPI (eau pour préparation injectable) de contenance 5 ml peut conduire à des contaminations par le VHC.

Une étude menée par Thorpe et coll. (2002) à Chicago, entre 1997 et 1999 auprès de 353 usagers de drogues, montre que le partage du « petit matériel » de préparation de l'injection et notamment des fioles d'eau PPI est fortement impliqué dans la transmission du VHC.

Le travail de terrain auprès des usagers montre d'une part que les usagers rincent très fréquemment leur seringue après l'injection et d'autre part que l'eau restant dans la fiole est conservée pour une ou plusieurs utilisations ultérieures (1 à 4). Et nous savons que même si les partages de seringues sont de plus en plus rares, le partage des cupules, de l'eau ou la préparation commune de produits dans une même cupule sont encore fréquents.

Actuellement, il n'existe aucune étude virologique (en laboratoire) prouvant la présence de VHC dans ces flacons. Cependant plusieurs articles scientifiques font état de transmissions nosocomiales du VHC liées à l'utilisation de flacons multidoses. Nous avons produit une synthèse bibliographique qui apporte la preuve que le partage de flacons multidoses est un important facteur de risque de transmission du VHC et également d'infections bactériennes en milieu hospitalier. Il est évident alors que si des professionnels de santé qualifiés rencontrent ce genre de problème dans des établissements de santé, il y a de grands risques pour que les usagers de drogues injecteurs, dans

leurs conditions les plus précaires, subissent ce type de transmission du VHC à travers le partage des fioles d'eau PPI de 5 ml distribuées dans les trousseaux ou à l'unité.

Le tampon sec post-injection

Les retours des usagers indiquent que le tampon sec (du Kit+) est actuellement très peu utilisé, notamment en raison de sa petite taille (peu pratique, vite souillé, surtout chez ceux qui se piquent plusieurs fois avant de trouver leur veine).

Le filtre

Cet outil est déterminant en matière de réduction des risques, en raison des conséquences de santé liées aux excipients contenus dans les médicaments injectés mais aussi en raison des contaminations par bactéries et mycoses.

Le groupe estime que le filtre doit être un outil efficace pour lutter contre les principales bactéries et mycoses pathogènes pour les usagers, les abcès, les poussières, les excipients et les risques respiratoires.

À ce jour, aucun des filtres proposés en France (y compris stérifilt) n'apporte ces garanties, alors que de tels filtres (toupies par exemple) sont diffusés dans certains pays étrangers.

L'équipe de Safe reste à disposition pour vous fournir tout autre complément d'information.

Catherine Duplessy-Garson
Directrice de l'association Safe

Contribution de Asud

La substitution aux opiacés : le point de vue des usagers

Qu'est-ce que la substitution ?

Ce sont des traitements mis à disposition des usagers dépendants aux opiacés pour réduire les risques liés à la consommation d'opiacés illicites. Réduire les risques voulant dire ici, soit arrêter ou baisser la consommation de produits illicites, arrêter ou diminuer l'injection, ou aider à gérer l'usage de drogues. Au final, c'est pour aider ces usagers à aller mieux et à pouvoir gérer leur vie.

Il y a en effet deux types de substitution : la substitution « sevrage », qui à plus ou moins long terme vise l'abstinence de toute drogue, y compris parfois des traitements de substitution, et la substitution « maintenance » qui permet aux usagers de gérer leur consommation de produits illicites.

La première est surtout connue en France, y compris par les professionnels du soin. La deuxième est plus utilisée par les usagers qu'on peut le croire... Ce qui peut être la source de tensions et de malentendus entre usagers et professionnels du soin, comme nous le verrons plus tard. Elle est pourtant très pratiquée comme telle dans les pays anglo-saxons. Il faut aussi noter que les usagers ne se cantonnent pas à l'une ou l'autre, mais font des aller et retour entre les deux.

Au niveau des produits de substitution proprement dit, il y en a 4 en France, 2 officiels, 2 officieux. Les officiels sont bien sûr la buprénorphine haut dosage (BHD) et la méthadone, et les officieux sont la morphine (Skénan® et Moscantin®) et la codéine (Néo-codion®, Codoliprane®...). Les chiffres sont de 120 000 pour la BHD (avec 30 % de générique), de 20 000 pour la méthadone, de 5 à 10 000 pour la codéine et de 3 000 pour la morphine, ce qui n'est pas négligeable.

Pourquoi ces substitutions officieuses ?

Avant d'expliquer cela, il faut rappeler le cadre de prescription de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone. La buprénorphine (BHD) peut s'obtenir chez tout médecin généraliste, pour 28 jours maximum, sans contrôle urinaire. La méthadone ne peut être primo-prescrite que dans les centres de soin, pour une période de 14 jours maximum, avec un cadre souvent très strict, qui comprend les contrôles urinaires et parfois des « punitions » si l'utilisateur consomme des produits illicites.

Les substitutions officieuses ont perduré parce qu'il n'y a pas adéquation entre l'offre de soin et la demande des usagers.

L'avantage de la codéine est qu'elle est en vente libre en France, et qu'elle sert à une catégorie d'usagers qui ne sont pas prêts (ne peuvent pas ou ne veulent pas) à rentrer dans le système de soin. Elle sert au coup par coup, pour combler le manque entre deux arrivages d'héroïne, comme dans les années 1980. Mais elle sert aussi à de vieux usagers des années 1980 qui avaient créé leur substitution avec le Néo-codion et qui n'ont pas arrêté depuis. Son principal inconvénient est que les comprimés (mis à part le Néo-codion) sont souvent associés à du paracétamol, ce qui peut provoquer des hépatites fulgurantes à hautes doses (4 g). Pour la morphine, qui peut être prescrite par les médecins généralistes, principalement sous forme de Skénan®, c'est très différent. Ce sont des usagers, qui ne trouvent pas leur compte ni dans la buprénorphine (BHD), qui n'est pas assez « forte » pour eux, ni dans la méthadone, dont le cadre est trop strict.

Qu'est-ce que la substitution apporte aux usagers d'opiacés et à la société ?

Obtenir un traitement de substitution, c'est arrêter de dépenser son temps et son argent pour l'obtention d'opiacés illicites, c'est arrêter de prendre des risques avec la loi, c'est diminuer les injections et prendre moins de risque de contamination VIH/VHC, c'est pouvoir avoir accès au soin.

C'est pourquoi la substitution en France a été un succès pour la santé publique : une réduction des overdoses de 80 % en quelques années, une diminution de la consommation d'héroïne, les injecteurs ne se contaminent plus avec le VIH (moins de 3 % de taux de prévalence), la durée de vie des usagers a augmenté, les usagers ont pu rentrer dans le système de soin. Sur ce dernier point, il faut rappeler qu'au début des années 1990, les usagers d'héroïne n'avaient pas accès au soin, puisque les soignants, en particulier à l'hôpital, leur demandaient de faire un sevrage avant d'être pris en charge pour n'importe quelle maladie. La substitution a changé complètement la donne.

Mais ce n'est pas qu'un succès de santé publique, c'est aussi un succès économique et social. Non seulement, les usagers travaillent plus et vont moins en prison, mais ce qui n'est pas dit souvent, c'est que la substitution fait économiser à la société française des centaines de millions d'euros (voir la conférence de consensus sur les traitements de substitution, FFA et Anaes, 2004) : moins de maladie ou d'overdose, moins d'infractions à la législation sur les stupéfiants pour héroïne et de prison, plus de travail et plus d'impôts payés...

Le cas de la buprénorphine haut dosage

Le Subutex a beaucoup été décrié ces dernières années, mais c'est grâce à lui que la substitution a été un succès en France. Son cadre libéral a permis aux usagers d'avoir accès à la substitution en nombre et de rentrer massivement dans le système de soins. Dans d'autres pays comme au Canada, qui n'ont pas

accès à une substitution libérale, les taux de prévalence VIH et les overdoses à l'héroïne baissent beaucoup moins vite que chez nous.

Mais ce cadre libéral à des effets secondaires.

Premièrement, la buprénorphine a remplacé l'héroïne dans la rue, prouvant s'il le fallait, que la buprénorphine est bien une drogue avec des effets psychoactifs. Si on peut le déplorer, notamment parce que cela peut mettre en danger le dispositif, il faut analyser pourquoi et différencier le trafic, qui doit être combattu, de ce que les usagers peuvent trouver au marché noir. C'est le cas par exemple, des usagers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas rentrer dans le système de soin et qui peuvent trouver de la buprénorphine au marché noir. Il peut en effet être très dur d'aller voir un médecin et un pharmacien, et cela peut être vécu comme une épreuve. Ceci plaide pour la multiplication des bus à bas seuil d'exigence, type Gaia à Paris, pour aller à la rencontre de l'utilisateur sur son lieu de consommation. C'est aussi le cas des usagers que le médecin a sous-dosé par méconnaissance ou par punition qui peuvent ainsi compléter leur traitement.

Deuxièmement, la buprénorphine est « mésusée » que ce soit en injection, en sniff ou en la fumant. Nous n'appelons pas cela mésusage, très connoté péjorativement, mais « usage alternatif » de la substitution. En effet, pour nous, si des usagers s'injectent ou sniffent de la buprénorphine, c'est que leurs besoins ne sont pas en phase avec l'offre de substitution. Ainsi, si le Subutex est injecté, c'est qu'il n'existe pas en France de traitements de substitution injectables contrairement à la plupart des pays européens voisins, pour répondre aux besoins des usagers qui ne peuvent pas arrêter l'injection.

Troisièmement, c'est la question de la primo-dépendance à la buprénorphine. Des usagers qui n'ont jamais goûté l'héroïne se retrouvent dépendants à la buprénorphine issue du marché noir. Si encore une fois, on peut le déplorer, est-ce qu'il ne vaut pas mieux que ces nouveaux usagers commencent par la buprénorphine, beaucoup moins dangereuse que l'héroïne ? Il sera en outre plus facile pour eux d'entrer dans le système de soin parce que le produit auquel ils sont dépendants est le même que celui qui est proposé dans ce système.

La question du sevrage

Contrairement aux idées reçues, la substitution ne s'oppose pas au sevrage. Ce sont deux outils différents pour aider les usagers. La question est de savoir quand le faire, qui décide de le faire et comment le faire.

Sur le terrain, nous voyons souvent des usagers ayant arrêté leur traitement de substitution, reprendre de l'héroïne en prenant le risque de l'overdose, puisqu'ils ne sont plus aussi tolérants. De même, de nombreux usagers sont devenus dépendants à l'alcool après avoir arrêté leur traitement. De plus, le

commentaire d'Andrew Byrn sur l'étude « *Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study* » prouve que les héroïnomanes sevrés de tout opiacé, y compris des traitements de substitution, ont une durée de vie plus courte que les personnes sous substitution. Ceci nous confirme que le traitement de substitution ne doit pas être arrêté à la légère. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas se sevrer des traitements de substitution, mais surtout que c'est aux usagers et non aux médecins de prendre la décision de baisser et d'arrêter les traitements.

Enfin, il y a un vrai problème sur les sevrages des traitements de substitution en France. Il n'y a pas de clinique du sevrage des traitements de substitution. Le dispositif est adapté pour le sevrage à l'héroïne mais pas pour la substitution, dont le sevrage est plus progressif et dure plus longtemps. Les usagers qui sortent du sevrage au bout de 10 jours n'en ont pas encore terminé et la rechute n'est pas loin. C'est aussi ce qui explique que beaucoup d'usagers vont tenter leur chance dans la clinique du Dr Waissman en Israël avec son sevrage NRO ultrarapide à 8 000 euros. Il faut redéfinir en urgence une clinique du sevrage.

Les relations médecin-usager et pharmacien-usager

On ne peut pas affirmer que les relations usagers-soignants vont mal. Mais, à cause de la différence entre le besoin de l'usager et l'offre de soin, et parce que les soignants sont mal formés (voire pas formés du tout) à la toxicomanie, elles sont souvent un dialogue de sourd. Une étude sur les représentations qu'ont les usagers de leur médecin traitant fait ressortir quatre types de représentations : le dealer en blouse blanche, le médecin paternaliste et autoritaire, le médecin focalisé sur les dosages, et le spécialiste focalisé sur la personne (Guichard et coll., 2007). La conclusion de l'étude montre que dans tous les cas, quand il y a rechute ou « usage alternatif », il est très difficile d'en parler à son médecin. Nous pouvons affirmer la même chose pour le pharmacien, ce qui laisse les usagers seuls face à leurs problèmes puisque le médecin et le pharmacien sont souvent les seules personnes à qui ils peuvent parler de leur traitement.

Dans ce dialogue de sourd, on peut néanmoins souligner deux types de problèmes qui témoignent d'une conception différente des addictions. Il y a des médecins qui veulent à tout prix baisser le traitement dès que l'usager a commencé. Cela conduit l'usager à la rechute, ou à aller compléter son traitement au marché noir. Inversement, certains médecins ne veulent pas baisser le traitement, même si l'usager en a envie, considérant que de toute façon celui-ci va rechuter. Ceci conduit l'usager à tenter tout seul de décrocher, sans pouvoir s'appuyer sur les compétences du corps médical.

Ces deux exemples montrent bien à quel point les pratiques sont hétéroclytes et surtout à quel point parfois le traitement n'est pas négocié avec l'usager. Or,

la négociation du traitement doit être au cœur de la prescription du médecin. Pour responsabiliser l'utilisateur autant que pour répondre à ses besoins.

En conclusion, la substitution à la française a été un succès sanitaire, économique et social, en particulier grâce au cadre libéral de la prescription de la buprénorphine (BHD). Ce succès a néanmoins oublié des usagers aux bords de la route, notamment les plus précarisés, parce que leurs besoins ne sont pas en adéquation avec l'offre du système de soin et parce que les professionnels du soin ne sont pas assez formés. Certaines mesures à prendre sont simples : élaborer une clinique du sevrage, pouvoir prescrire de la méthadone en médecine de ville comme le font les belges, légaliser la prescription de morphine, inclure des formations sur l'usage de drogues dans les cursus de pharmaciens ou de médecins. D'autres mesures restent plus compliquées, plus à cause de tabous qui résistent que de questions techniques, comme mettre sur le marché un subutex injectable pour ceux qui ne peuvent se passer de l'injection ou élaborer un protocole d'héroïne médicalisée.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'écouter les besoins des usagers si l'on veut diminuer les dysfonctionnements du système, comme le marché noir et les « usages alternatifs ».

Pierre Chappard

Chef de projet à Asud (Autosupport des usagers de drogues)

BIBLIOGRAPHIE

BYRNE A. Commentaire sur l'étude : Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. STRANG J, MCCAMBRIDGE J, BEST D, BESWICK T, BEARN J, et coll. *BMJ* 2003, **326** : 959-960

EMMANUELLI J. Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie IV. InVS, 2001

FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA), ANAES. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (23 et 24 juin 2004, Lyon)

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR JM, RICHARD L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. *Soc Sci Med* 2007, **64** : 2578-2593

MOREL A, COUTERON JP. Les conduites addictives. Edition Dunod, 2008

Contribution du collectif « Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa, SOS Hépatites Paris, salledeconsommation.fr »

Expérimentation d'un dispositif de salles d'accueil et de consommation à moindre risque à Paris

Contexte

Depuis de nombreuses années, Paris est confronté à la problématique de l'usage de drogues de rue. Ces regroupements d'usagers appelés « scènes », augmentent en nombre et provoquent des nuisances à l'ordre public malgré le renforcement de l'application de la loi et le développement de programmes de première ligne (boutiques, hébergement pour usagers actifs, Caarud, automates). La population d'usagers de drogues en errance du Nord-Est parisien présente de nombreuses problématiques sociales et médicales, notamment au niveau des risques de contaminations ou de transmissions des maladies infectieuses (VIH/VHC) amplifiées par la consommation dans les espaces publics. Le travail quotidien réalisé par des équipes dans le cadre des programmes en place permet d'apporter des réponses (prévention des contaminations par le VIH, accès aux soins, aux droits...) mais la persistance de certaines problématiques (VHC, errance, désaffiliation sociale, lieux insalubres, tensions avec les riverains) incite à rechercher de nouveaux types d'intervention. Il serait à ce titre pertinent d'envisager la création d'un espace d'accueil et de consommation contrôlée pour usagers de rue où ils pourraient consommer par injection ou inhalation dans des conditions sanitaires appropriées et bénéficier d'orientations sociales et médicales. Ces salles de consommation ont pour objectif de cibler une catégorie spécifique de risques et les expériences internationales dont les premières remontent à plus de vingt ans, avec des résultats maintenant reconnus, nous ont amenés à considérer sérieusement ce dispositif.

Objectifs

Les salles de consommation à moindre risque permettent :

- d'entrer en contact avec les populations d'usagers de drogues les plus marginalisés afin de restaurer leur santé et leur situation sociale ;
- de réduire les risques d'overdoses fatales et la mortalité des usagers de drogues ;

- de réduire les comportements à risques en matière de transmissions des maladies infectieuses, en particulier VIH, VHC et VHB ;
- d'améliorer l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé et en particulier aux pratiques d'injection sécuritaires ;
- d'améliorer l'accès aux traitements en addictologie et aux sevrages ;
- d'améliorer l'accès aux droits sociaux et aux circuits de réinsertion ;
- de faciliter l'accès à un hébergement adapté ;
- de réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public.

Le public visé à Paris :

- les jeunes en errance (moins de 30 ans), souvent accompagnés de chiens, « sans chez soi », sans ressources, sans soutien familial, sans protection sociale, injecteurs de Skénan®, de cocaïne et de crack, consommateurs d'alcool, dont l'état de santé est souvent dégradé avec dénutrition, dermatoses, infections pulmonaires à répétition, troubles psychiatriques mal évalués et non traités ;
- les 30-50 ans, présentant une forte prévalence de l'hépatite C et souvent porteurs d'atteintes hépatiques sévères, plus ancrés dans la précarité et dans la polyconsommation en particulier d'alcool et de produits de substitution détournés, qui fréquentent les Caarud parisiens ;
- les injecteurs de skénan®, d'héroïne et de méthadone, sans droit, présentant une forte prévalence de l'hépatite C, souvent originaires des pays de l'Est, le plus souvent hébergés à l'hôtel, dans un cadre familial d'où une consommation dans l'espace public ;
- les consommateurs de crack, très précarisés, soit très ancrés dans la consommation, plutôt fumeurs, de la communauté afro-antillaise, soit consommateurs plus occasionnels injecteurs et/ou fumeurs.

Toutes précautions prises, compte tenu du caractère innovant et expérimental de ce projet, et après étude des différentes populations fréquentant les Caarud/Csapa et rencontrées sur le terrain, nous pouvons estimer une file active de 600 personnes par an.

Prestations

Les prestations proposées dans ces lieux d'accueil, composés d'au moins quatre espaces (accueil, salles de consommation à moindre risque injection/sniff, inhalation et soins) sont :

- l'accueil comme prestation sociale de base, en vue d'améliorer la situation des usagers de drogues par une contribution au maintien du lien social pour des personnes en forts risques de marginalisation ;
- un espace supervisé pour les consommations (injections, inhalation, sniff) qui a pour but de réduire les risques liés à la consommation de produits psychoactifs (transmission de maladies infectieuses, overdoses mortelles, infections, septicémie, endocardite) ;
- la participation au système d'alerte sur les produits dangereux et un lien avec l'OFDT pour échantillonner les produits consommés ;

- une pause-café, collations ;
- une information sociale et une orientation vers les structures de soins permettant d'offrir des possibilités d'accompagnement en vue d'entreprendre des démarches. La structure dispose d'une méthode d'orientation vers les traitements de l'addiction et le sevrage ;
- une attention particulière à la prévention des contaminations, au dépistage et à l'accès au soin pour l'hépatite C ;
- un espace d'élaboration collectif de certains thèmes concernant directement les usagers de drogues est favorisé au sein du lieu d'accueil. Une « charte de bonne conduite » doit être élaborée par les usagers et remise à chaque nouvel usager de la salle ;
- un atelier d'élaboration individuel pour travailler sur les pratiques de consommation à moindre risque. Nous proposons des conseils et un cadre sécurisant permettant de travailler sur la gestion de la consommation et sur une amélioration des pratiques de consommation, en valorisant les savoirs et les potentiels des usagers de drogues ;
- des soins de santé primaire proposés par le personnel infirmier du lieu d'accueil ainsi que des prestations médicales de premier recours et des capacités de réanimations en cas d'overdose. Tout doit être mis en œuvre pour un accès aux soins : il s'agit d'initier des démarches de soins afin que la personne soit en mesure de poursuivre un suivi dans les structures de droits communs ;
- la mise à disposition de matériel de consommation (seringue, eau stérile, tampon alcool, cupules, filtres, acide ascorbique, containers, pipe à crack, roule ta paille, bicarbonate de soude...) et échange contre matériel usagé ;
- l'éducation par les pairs est encore embryonnaire dans notre pays. Le cadre proposé par la salle de consommation à moindre risque s'avère particulièrement adapté au développement de ce mode d'intervention. L'éducation par les pairs est une technique de développement de la réflexion de l'utilisateur pour lui-même et pour son groupe. Ce processus d'acquisition de compétences et de connaissances est nommé auto-habilitation (*empowerment*). Il permet aux usagers de drogues de prendre conscience de leur capacité à influencer rationnellement sur leur mode de vie, d'exercer un contrôle sur des aspects importants de leur environnement.

Pilote

Le collectif « Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa, SOS Hépatites Paris, salledeconsommation.fr »

Partenaires

Mairie de Paris, associations de quartiers, DGS

Calendrier

2010 : étude des besoins pour les usagers et la communauté

2011 : mise en place du dispositif de salle de consommation à moindre risque

2012 : évaluation

Indicateurs de résultats

- apprentissage des gestes de consommation à moindre risque par les usagers ;
- évolution de la file active ;
- quantification des orientations sociales, accès aux droits ;
- responsabilisation des usagers par rapport à leur santé ;
- nombre de demandes d'accès au soin en addictologie et sevrage ;
- acceptation du dispositif par la communauté ;
- évaluation de la réduction des nuisances perçues par la communauté.

Source des indicateurs

- les salles de consommation en Europe, revue de la littérature (OFDT) ;
- résultats de l'évaluation du centre d'injection supervisée de Vancouver, Projet pilote Insite ;
- conduites addictives, errance et prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris ;
- 10^e arrondissement (GRVS-ORS-IDF) ;
- évaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai9 » à Genève, première phase et deuxième phase ;
- *MSIC Evaluation Committee, Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting* ;
- Centre, Sydney, 2003 ;
- Autres sources : www.salledeconsommation.fr rubrique « Littérature ».

Collectif « Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa, Sos Hépatites Paris, salledeconsommation.fr »

Consultation avancée d'hépatologie du Csapa Villa Floreal à Aix-en-Provence

Depuis 1997, suite à un petit financement de la Ddass, nous avons mis en place une consultation d'hépatologie au CSST, maintenant Csapa hospitalier d'Aix en Provence. Le coordinateur du réseau SHA (sida, hépatites, addictologie) sous la supervision du service de hépato-gastro-entérologie de l'hôpital général, reçoit tous les mardis après-midi les personnes concernées de notre file active. Ce dispositif a créé une véritable dynamique dans le service, favorisant la proposition systématique du dépistage et l'accompagnement au soin. Un staff hépatite C avec les hépatologues et l'équipe du Csapa se tient tous les deuxièmes jeudi du mois.

Les infirmiers sont prêts à exécuter les prélèvements chez les patients même les plus difficiles à piquer, et se sont formés à la prise en charge des hépatites C, aux consultations d'observance, à l'accompagnement des risques liés à l'injection.

Le laboratoire de notre hôpital assure tous les examens sanguins : bilans initiaux et suivis (il y a un financement pour assurer les gratuités des fibrotests).

Grâce à des partenariats étroits, nous avons des accès facilités au plateau technique de l'hôpital général (fibrosan, échographie), et aux services du réseau ville hôpital (activités, médecines douces).

La délivrance régulière, quotidienne si besoin de méthadone offre la possibilité de proposer aux patients de gérer leurs autres traitements lorsqu'ils sont en trop grande difficulté psychologique et sociale pour le faire correctement eux-mêmes. Ainsi, nous pouvons assurer des prises régulières de psychotropes ou d'antirétroviraux aux patients précaires ou souffrant de comorbidités psychiatriques. Certains ont ainsi soigné et guéri leur hépatite C en prenant de la Ribavirine tous les jours au centre et en recevant leur injection d'interféron toutes les semaines par leur infirmière référente.

Dans le même temps, en partenariat avec le Caarud, nous gérons un distributeur récupérateur de seringues installé devant le portail et nous mettons à disposition tout matériel d'injection stérile (stérifit compris) pour tous les patients du centre. La relation de confiance permet aux usagers même sous traitement de substitution de parler de leurs pratiques d'usage et de demander

des kits. Les infirmiers sont formés à cette relation, abordent les problématiques d'injection, de prises de risques, de contamination à travers le don de matériel, les messages de prévention et les soins cutanés.

La réduction des risques et l'accès facilité aux tests et aux soins se trouvent donc réalisés dans le même lieu par la même équipe. La prochaine étape sera, après une formation, la délocalisation du fibroscan dans le centre pour y tester les patients volontaires.

Description de trois cas pris en charge dans la consultation avancée d'hépatologie

Cas n°1

Emile, 20 ans, vit dans la rue et s'injecte de l'héroïne. Inquiet sur ses conduites à risques, il se présente spontanément au centre. Il est rapidement mis sous méthadone et est testé pour le VIH, VHB et VHC. Il est positif au VHC, génotype 3 et forte virémie. L'anamnèse ainsi que les examens hépatiques évoquent une primo-infection. En galère depuis plusieurs mois, il n'a plus de droits ouverts. Pendant que le médecin complète les examens, l'assistant social lance les démarches pour récupérer les droits sociaux, trouver un « lit halte soins santé ». Trois semaines après le premier contact, Emile commence son traitement, accompagné par l'équipe infirmière, suivi par la psychiatre. Dès le premier mois, la charge virale est indétectable. Au bout de 6 mois, il est guéri. Il va par la suite faire une formation et occupe aujourd'hui un poste à responsabilité en CDI dans l'informatique.

Cas n°2

Grégoire, 40 ans, ancien héroïnoman/cocaïnoman injecteur, chauffeur livreur est substitué en ville par buprénorphine. Mal stabilisé, il nous est adressé par son généraliste, membre du réseau ville hôpital. À l'examen, il surconsomme en permanence son traitement, il pèse 140 kg, est diabétique, a constitué 38 000 € de dettes de jeu au casino et est positif à l'hépatite C, génotype 1.

À l'issue de tous ses bilans, la nécessité de traiter malgré le poids et le diabète est posée (stade F2/F3). Son traitement est revu avec adjonction de normothymiques qui stabilisent l'humeur et le TSO.

Une tutelle avec plan de surendettement est mise en place.

Deux traitements (30 mois en tout) seront nécessaires. L'état physique et psychique de Grégoire imposent un accompagnement important, des visites à domicile, une hospitalisation psychiatrique en urgence. Malgré une virémie

nulle au 3^e mois, le premier traitement n'apporte pas la guérison, mais soutenu par l'équipe du Csapa, du réseau et du service d'hépto-gastro-entérologie, le patient se motive pour un deuxième traitement. Le jour où il vient chercher les résultats définitifs, Grégoire est en larmes dans la salle d'attente. L'annonce de sa guérison est une explosion de joie partagée par tous. Aujourd'hui, Grégoire commence une formation rémunérée pour retravailler dans un autre domaine.

Cas n°3

Léo, 38 ans, travaillait comme cadre VRP et « carburait » à la cocaïne/héroïne injectées. Un jour, il fait une décompensation maniaque aiguë qui l'amène aux urgences psychiatriques. De là, il nous est adressé, mis sous méthadone et traitement psychiatrique. L'assistant social l'aide à vendre son appartement pour payer ses dettes, il part en post-cure puis intègre un appartement thérapeutique. Mais Léo est toujours hanté par la consommation de cocaïne, s'en procure et se contamine au virus de l'hépatite C. Le diagnostic est fait lors d'un contrôle systématique, génotype 3, et le traitement est immédiatement instauré. Le suivi est très difficile car Léo présente des manifestations dépressives majeures, mais son lien fort avec notre structure lui permet de tenir. Bien qu'originaire de Lyon, où il a toujours sa mère, il préfère rester sur Aix pour que nous poursuivions sa prise en charge. Il vient de guérir, ce dont il est très fier, il a réussi à se débarrasser des coordonnées de son dealer. On commence à parler de l'avenir.

***Béatrice Stambul**
Responsable du Csapa Villa Floreal à Aix en Provence*

Contribution de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea)

Évaluation de la réduction des risques

À la demande de la DGS, l'Inserm a réuni le 3 février 2009 une soixantaine d'intervenants, représentants institutionnels (DGS, Mildt, OFDT, Drassif...), chercheurs et scientifiques (Inserm, InVS...), têtes de réseau associatifs et acteurs de terrain avant le démarrage d'une expertise collective sur la réduction des risques chez les usagers de drogues, demandée par Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Cette rencontre visait notamment à faire le point sur les expériences validées et sur la littérature. La DGS souhaitant identifier les voies de progrès au regard de la politique actuelle de réduction des risques, dans un souci de pragmatisme et d'efficacité.

L'Anitea était représentée par Jean-Michel Delile (CEID) vice-président, Martine Lacoste (association Clémence Isaure), vice-présidente, et Karlheinz Cerny (Espace du Possible, ADNSEA) commission RDR.

Jean-Michel Delile a argumenté l'intérêt d'une politique de réduction des risques inscrite dans la globalité des champs d'action et de formation de l'association, témoignant d'expériences évaluées et réussies dans le domaine de traitement des hépatites, comme la mise en place d'un protocole Fibroscan dans un Caarud au CEID à Bordeaux.

Au nom de la commission réduction des risques de l'Anitea, Martine Lacoste a défendu :

- la diversification des outils de la réduction des risques et en particulier des traitements de substitution, jusqu'à des programmes expérimentaux d'héroïne injectable ;
- la nécessité d'une conférence de consensus au regard de l'extrême difficulté à mettre en place une politique de réduction des risques en prison, qui aurait le mérite d'associer tous les acteurs dans un objectif de progrès ;
- le développement des hébergements pour usagers de drogues actifs afin de faciliter l'accès aux traitements contre le VHC, mais aussi pour répondre à des besoins d'hébergements « alternatifs ». Ces réponses « alternatives » seront particulièrement utiles pour des publics vulnérables tels que les jeunes, voire très jeunes, usagers en errance.

Dans le cadre des Csapa, la commission réduction des risques de l'Anitea avec la F3A promeut le développement des pratiques de réduction des risques liées aux usages d'alcool.

Un regard particulier doit être porté sur les femmes enceintes et encore consommatrices d'alcool afin qu'elles puissent accéder sans craintes de jugement aux structures de soins.

L'Anitea s'est félicité de l'institutionnalisation de la réduction des risques avec l'instauration des Caarud tout en soulignant quelques effets pervers : difficultés d'embauche de salariés non diplômés (pourtant experts des pratiques de réduction des risques), obligation du Dipec (Document individuel de prise en charge) qui irait à l'encontre de l'accueil inconditionnel.

Karlheinz Cerny souligne l'inquiétude des acteurs de terrain quant à la précarisation, l'augmentation des comorbidités psychiatriques et la chronicisation des personnes fréquentant les Caarud. Il y voit le signe d'une situation générale qui se dégrade, et la difficulté de construire des réponses sanitaires et sociales articulées dans les dispositifs de droit commun.

Enfin, l'Anitea a réaffirmé sa position sur la nécessité d'un débat sur la loi de 1970 et sa position en faveur de la dépenalisation de l'usage simple et privé.

*Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
(Anitea)*

Rencontre-débat du 3 février 2009¹²⁵

Pourquoi une expertise collective Inserm sur la réduction des risques ?

Pascal MELIHAN-CHEININ, chef du bureau des pratiques addictives de la DGS (Direction générale de la santé), rappelle que la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues constitue un exemple de politique de santé publique extrêmement réussie – au point d’avoir trouvé une traduction législative dans la loi du 9 août 2004. La rencontre qui a lieu ce jour vise notamment à faire le point sur les expériences validées et sur la littérature, dans un cadre scientifique qui paraît tout à fait adapté – celui de l’Inserm. La DGS souhaite identifier les voies de progrès au regard de la politique actuelle de réduction des risques, dans un souci de pragmatisme et d’efficacité.

Jeanne ETIEMBLE, directrice du Centre d’expertise collective Inserm, précise que la démarche d’expertise collective est adaptée en fonction de chaque sujet. La première étape consiste à prendre connaissance des initiatives de terrain, afin d’intégrer ce travail à la démarche qui sera menée en aval. Au-delà de cette journée, d’autres rencontres auront lieu, afin d’exposer les principales pistes qui auront été dégagées, recueillir le point de vue des participants et débattre d’un certain nombre de propositions qui pourront être formulées à l’issue de ces différentes étapes.

Interventions des représentants des associations

Valère ROGISSART, représentant de l’association Sida-Paroles et Président du groupe de travail sur la réduction des risques au sein de la Commission « Addictions », rappelle qu’il y a beaucoup à faire en matière de lutte contre le VHC (virus de l’hépatite C), en amont et en aval. Le projet ERLI (éducation aux risques liés à l’injection) se propose de travailler sur les prophylaxies en matière de contamination par le VHC. L’accompagnement individuel à l’injection constitue un volet important du projet mais d’autres efforts sont à produire afin d’améliorer les pratiques actuelles. Il pourrait notamment être question des moyens permettant de mieux utiliser le film « 17 minutes 10 », qui constitue un support pédagogique intéressant. Un accompagnement individuel à l’injection, en milieu festif, a été proposé, en coopération avec

125. Compte-rendu réalisé en temps réel par la société Ubiqus (www.ubiquis.fr).

Médecins du Monde, compte tenu de la persistance de conduites à risque dans ce cadre. Ce dispositif a fait l'objet d'un suivi, qui a montré son utilité et qui a mis en évidence la nécessité de proposer le même type d'accompagnement en milieu urbain. Par ailleurs, des revues nationales et internationales de littérature ont été effectuées, afin de faire le point, notamment, sur les expériences menées à l'étranger. Des expériences de « salles de consommation », guidées principalement par une logique d'ordre public, ont ainsi été recensées. Elles ont fait l'objet d'un travail d'évaluation sur leur impact sur la sécurité publique mais pas sur la réduction des risques infectieux. Plus largement, Valère ROGISSART observe que le débat public, sur ces questions, est dominé par des considérations politiques et non techniques.

Elisabeth AVRIL, de l'association Gaïa/Bus méthadone/MDM, indique qu'au-delà de l'accompagnement que Gaïa propose au quotidien, l'association réfléchit à la mise en place d'ateliers, qui seraient consacrés aux techniques et sites d'injection (utilisation du garrot...), afin d'élaborer des flyers et de rencontrer des populations que les associations peinent à toucher jusqu'à présent. L'association souhaite également développer l'analyse des drogues au sein du Caarud (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues). En matière de dépistage du VHC, l'utilisation de salivettes a été expérimentée de 2003 à 2007. Les associations cherchent aujourd'hui à expérimenter des micro-prélèvements et à financer l'acquisition d'un fibroscan (projet interassociatif), afin de sensibiliser et de dépister plus rapidement un plus grand nombre de personnes.

Catherine PEQUART, de l'association Charonne, indique que le centre Beaurepaire a fêté son dixième anniversaire. Il reçoit, du fait de sa localisation, des populations fortement précarisées (étrangers nouvellement arrivés ou présents de longue date en France sans être intégrés). Le centre cherche à comprendre les besoins de ces personnes et à rendre accessible l'offre de service des Caarud. Ces usagers consomment, outre des substances illicites, de l'alcool et des médicaments en grande quantité, ce qui nécessite une action de prévention plus large que celle centrée sur l'usage de drogues. La barrière de la langue constitue un obstacle supplémentaire, qui requiert la mise en place de partenariats ou le recours à des personnes (bénévoles ou professionnelles) parlant différentes langues étrangères.

Lia CAVALCANTI, de l'association Espoir Goutte d'or, salue la démarche d'expertise collective, qu'elle juge extrêmement pertinente dans l'objectif de réduction des risques. Le programme de l'association Espoir Goutte d'or a été lancé en 1994, autour d'un principe d'évaluation interne. Il est apparu, dès 1996, que le crack était le premier produit consommé dans le Nord-Est parisien (zone regroupant le public prioritaire de l'association). Un programme de recherche-action a alors été lancé, sur la base d'un principe original : impliquer les usagers de drogues comme acteurs de cette recherche. Au Brésil, un mode expérimental de consommation du crack a été initié par une coopérative d'usagers. Cette initiative a donné des résultats extrêmement

positifs, puisqu'en six mois, les associations ont pu entrer en contact avec 2 000 usagers de crack qui n'étaient pas connus jusqu'alors. La demande a donc été massive, au point de submerger les associations. Il reste à valider scientifiquement l'intérêt de la démarche – constaté empiriquement.

Danielle BADER-LEDIT, de l'association Espace Indépendance, indique que suite au constat de l'existence, en Alsace, d'un accès relativement aisé aux traitements de substitution, l'association a exporté, auprès de cabinets de médecine générale volontaires, sa pratique en centre de soins. Au sein du cabinet interviennent ainsi un psychologue et un travailleur social, en vue de la prise en charge de personnes qui acceptent cet accompagnement. Le dispositif est financé par l'Assurance Maladie, dans le cadre d'un budget fixe. Aujourd'hui, 14 microstructures existent, réparties dans les deux départements de la région Alsace, assurent le suivi de 761 patients, parmi lesquels de nombreux ressortissants des pays de l'Est ayant débuté leur consommation à l'armée. Ces personnes sont souvent précarisées du fait de leur statut de demandeurs d'asile.

Expliquant que le concept a été exporté dans les Bouches-du-Rhône, Karine ROYER (CNRMM), indique que la Coordination nationale du réseau des microstructures médicales a été créée en 2006, sur la base de l'expérience des réseaux alsaciens et marseillais. L'objectif de la Coordination est notamment de développer les actions de formation et les actions de recherche communes aux réseaux de microstructures. Chaque microstructure développe son propre partenariat local avec des centres spécialisés, afin de favoriser l'accès aux traitements par méthadone et d'améliorer le dépistage et le traitement des hépatites C. Les microstructures travaillent aussi en lien avec les pharmacies, pour la délivrance des traitements.

Patrick GREGORY, de l'association Aides, constate que la question de la réduction des risques en prison demeure entière. Il existe des programmes partout en Europe mais la France est encore peu engagée dans ce type de démarche ; sans doute le déni, vis-à-vis de la consommation de produits, constitue-t-il un obstacle majeur de ce point de vue. Les directeurs d'établissement acceptent que les associations dialoguent avec les détenus sur les risques VIH et hépatiques mais ils refusent généralement l'introduction, dans les établissements pénitentiaires, de matériel d'injection. L'accès aux préservatifs demeure également compliqué dans les lieux de détention.

Aides s'intéresse à la question de la réduction des risques depuis un peu plus de vingt ans. L'association intervient dans une trentaine de Caarud et dans environ 70 lieux d'accueil départementaux. Elle a constaté qu'environ la moitié des personnes recevant un traitement de substitution au Subutex est constituée d'injecteurs. L'association cherche à mettre en place des consultations d'hépatologues ainsi que des groupes de parole et d'entraide. Force est cependant de reconnaître que les espaces d'accueil de l'association sont aussi des lieux d'injection. Pour faire face à la demande des usagers d'avoir un

espace où il est possible d'injecter, Aides aurait besoin d'un soutien méthodologique pour pouvoir mettre en place et évaluer cette pratique.

Catherine DUPLESSY indique que l'association Safe a été créée en 1989 afin d'étudier les problématiques de seringues auto-rétractables. Elle assure, depuis 1994, l'appui aux structures souhaitant installer les dispositifs d'automates permettant l'échange de seringues. Safe assure l'observatoire de ce dispositif, au plan national. Des enquêtes sont ainsi menées par l'association, qui cherche notamment à identifier, en lien avec les fabricants, les possibilités d'amélioration du dispositif. La couverture territoriale de ce programme apparaît aujourd'hui trop faible pour répondre à la réalité des besoins, en raison de freins politiques et du manque de moyens financiers. Des problèmes techniques sont constatés pour environ un tiers du parc d'automates, ce qui appelle un effort de renouvellement. La situation concurrentielle des fabricants se traduit toutefois par une très faible disponibilité de machines, au plan européen. Safe a également une activité de recherche sur les dispositifs de réduction des risques, et travaille actuellement sur la mise à disposition de seringues de 2cc pour les utilisateurs de médicaments.

Jean-Louis BARA, représentant l'association Safe également, souligne qu'une difficulté majeure que rencontre l'association réside dans l'accès à la réduction des risques et au matériel. Au-delà du périphérique parisien, la réduction des risques demeure virtuelle. Le quasi-abandon de la politique de la Ville, depuis 2002, explique largement cette situation. Un lien fort doit être retrouvé avec les territoires de proximité afin de « sortir de ce désert ».

Anne COPPEL, de l'AFR (Association française pour la réduction des risques), rappelle que la réduction des risques vise à accompagner des usagers qui ne sont pas en contact avec les institutions. Il importe donc que les associations intervenant en matière de réduction des risques fassent connaître leurs difficultés du point de vue de l'accès à ces usagers. Or, s'appuyant sur les travaux qu'elle a menés, Anne COPPEL souligne que l'usage de drogues est dominé par les stimulants et que les chercheurs ne peuvent évaluer l'ampleur de l'injection. Il est très difficile, par exemple, de connaître précisément de quelle façon l'héroïne est consommée. Une comparaison de la situation de villes européennes montre aussi que certaines villes se donnent les moyens de mieux connaître les pratiques, en formant des équipes allant au contact d'usagers. C'est ce type d'initiative qui doit être encouragé, en mettant au grand jour les obstacles rencontrés par les associations et en élargissant les travaux à des aspects complémentaires (recherche ethnographique...).

Béatrice STAMBUL, Présidente de l'AFR, rappelle que le travail avec les pairs constitue l'essence de la réduction des risques (qui constitue parfois un objectif affiché, sans réel contenu). L'éducation sur les risques liés à l'injection demeure une priorité, dans le champ du risque infectieux. Des expériences sont en train de se mettre en place et un soutien plus affirmé des tutelles serait bienvenu. L'obtention de nouveaux matériels adaptés (par exemple le matériel de filtrage) constitue une autre difficulté à laquelle se heurte l'AFR et, là

aussi, un soutien plus appuyé serait utile. Enfin, l'AFR plaide pour l'élargissement de la palette des traitements de substitution, en particulier les traitements par injection (buprénorphine haut dosage).

Serge LONGERE, AFR/Proses, indique que Proses (Prévention des Risques Orientation Sociale Échange de Seringue) réfléchit à la façon dont un travail pourrait être engagé avec des usagers, afin d'adapter aux réalités des pratiques un discours de réduction des risques qu'eux-mêmes pourraient diffuser dans leurs lieux d'habitation (squats ou lieux privés). En banlieue, suite à l'épidémie liée au VIH, l'injection a été diabolisée et les nouvelles générations d'injecteurs se cachent pour s'injecter et par conséquent ont des pratiques à haut risque. Il y aurait nécessité de développer un discours vers ces nouvelles générations.

La présence policière, aux abords des lieux d'intervention, constitue par ailleurs une difficulté réelle. Les usagers ont tendance, de ce fait, à prendre du matériel en petite quantité. Un effort d'institutionnalisation de la réduction des risques, *via* les Caarud, a été consenti en France mais un paradoxe demeure : la professionnalisation présente le risque de s'éloigner d'un public qui est majoritairement précarisé et peu inséré.

Aude LALANDE, de l'association Act-Up, déplore qu'aucun discours ne soit tenu vis-à-vis des usagers, au plan national. Les campagnes menées vis-à-vis des usagers ont finalement été peu nombreuses, à l'exception des premières années d'augmentation de l'incidence du sida. Le message ne passe plus que par les associations et donc ne touche qu'une faible partie des usagers de drogues. Il existe de très nombreuses façons de consommer les drogues et il est regrettable que cette diversité d'usages ne puisse être approchée. L'existence d'une volonté politique apparaît, de plus en plus, comme un préalable indispensable, dans différents aspects de la réduction des risques : interventions en prison, testing, héroïne médicalisée. Il serait utile que l'Inserm et la DGS contribuent à faire évoluer cette situation, et en particulier en abordant la question de l'évaluation des pratiques.

Jean-Christophe CATUSSE signale que l'association SOS Drogue International peine à toucher le public féminin (qui représente environ 25 % des usagers), pour lequel il existe de réelles difficultés d'accueil.

Nicole DUCROS décrit l'intervention du réseau d'entraide « Le Tipi » constitué, en région Paca, autour d'usagers de drogues, de certains de leurs proches et d'habitants de quartiers concernés, afin d'éviter la constitution de ghettos. L'association mène deux à trois actions, chaque mois, en milieu festif. Elle se heurte toutefois à des difficultés dans ses rapports avec les forces de l'ordre, qui ne facilitent pas son travail. Par ailleurs, si le cadre fourni par les Caarud semblait peu adapté au départ, Nicole DUCROS reconnaît qu'il a facilité certains aspects de l'intervention de l'association (en permettant, notamment, l'embauche d'une salariée). Elle estime, enfin, qu'il serait utile de mener de nouveau des initiatives en matière d'accompagnement à l'injection.

Fabrice PEREZ explique que l'association Techno+ a été créée autour d'un public constitué principalement de gobeurs et sniffers, dont les produits d'élection étaient l'ecstasy, le speed, les amphétamines et le LSD. La spécificité de ce public a longtemps tenu l'association éloignée de la démarche de réduction des risques, telle qu'elle s'est développée et institutionnalisée. Ces usagers sont généralement ni dépendants, ni injecteurs, ni héroïnomanes. En termes d'outils, Techno+ a conçu un site Internet qui reçoit 1 million de visites. Les usagers peuvent y trouver des informations pratiques sur les produits et sur la prévention. Pour le reste, la territorialité constitue une difficulté plus grande encore en milieu festif, compte tenu de l'échelle géographique très vaste à laquelle se déplacent les « teuffers », déplacements favorisés par le climat de répression dominant en France. Beaucoup de fêtes en France se sont déplacées vers des lieux plus difficiles d'accès aux équipes de techno+ (boîtes de nuit, fêtes privées...). Le cadre légal constitue d'ailleurs, plus largement, un frein à l'action de réduction des risques, par exemple lorsqu'il s'agit d'éditer des documents à destination du public concerné par l'usage-revente. Vincent BENSO plaide pour une plus grande facilité d'accès des associations à des outils d'analyse rapide de produits, sur les lieux de fête (*rave parties, free parties*). Il serait également utile de rendre accessibles des outils de prévention routière (par exemple des tests de dépistage salivaire) en dehors du cadre répressif.

Sébastien PETIT, de l'association Prev'en Teuf, indique que les intervenants de l'association, tous bénévoles, interviennent en soirée, dans le cadre de petits groupes, afin d'aborder des thèmes préalablement identifiés, notamment dans une logique d'auto-support. La suppression brutale du testing est à déplorer, dans la mesure où il s'agissait d'un vecteur intéressant de rencontre de consommateurs, jeunes ou moins jeunes, mal informés. Cet outil présentait aussi l'intérêt de pouvoir rencontrer l'utilisateur entre le moment où il se procure le produit et le moment où il le consomme. La population en milieu festif est considérée plutôt constituée de non injecteurs mais la proposition récente de matériels ou de messages en direction des injecteurs a révélé la présence d'injecteurs dans ce milieu.

Fabrice OLIVET explique que l'association Asud (Association d'Auto-Support Usagers de Drogues) a été créée en pleine épidémie de sida, à un moment où une éclaircie se faisait jour dans le ciel français du débat public autour de la question des drogues et de la toxicomanie. À la faveur des progrès thérapeutiques dans la lutte contre la maladie, cette fenêtre s'est refermée et l'association Asud, qui était animée par des militants, est devenue une association de patients. Cette évolution, ajoutée à un défaut de prise en charge sociale des usagers de drogues et à une répression croissante, a enfermé la réduction des risques dans une sorte de spécialisation autour des personnes précarisées : les personnes un tant soit peu insérées évitent soigneusement le système de soins et le secteur légal. Dans le même temps, l'excès de médicalisation a déséquilibré la relation entre les usagers et les intervenants qui les

accompagnent. Ceux-ci sont, de plus en plus, des médecins dont le seul projet, à travers l'addictologie, semble être de faire de l'usage de drogues une maladie chronique – ce qu'il n'est pas.

Interventions des chercheurs, professionnels de santé et institutions

Jean-Michel DELILE, psychiatre, indique que l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) est un organisme fédératif qui regroupe 180 associations. À ce titre, le réseau dispose d'une information continue sur l'intervention des CSST (Centre de soins spécialisés aux toxicomanes) et des Caarud. Il peut également mobiliser des acteurs professionnels afin que ceux-ci proposent des actions validées en matière de réduction des risques : formation, organisation d'échanges inter-régionaux, publications. À titre d'illustration, un article est paru le 2 février, à propos de l'Outreach ; il fait le point sur l'évaluation de dispositifs non invasifs dans un Caarud, à Bordeaux. Plus largement, Jean-Michel DELILE observe que le vocable de réduction des risques recouvre des actions dont les objectifs et les modalités diffèrent souvent (accès aux soins, prévention primaire...). Aucune véritable évaluation de l'impact des traitements de substitution sur le risque VIH en France n'a été proposée. Il en est de même s'agissant des interventions en milieu festif. Ce sont autant de pistes d'action à approfondir.

Patrick BEAUVÉRIE, pharmacien (Médecins du Monde), note qu'il a été peu question de démarches, de méthodes ni même de principes de base en matière de réduction des risques. Celle-ci constitue une politique publique, qui s'inscrit dans un cadre politique plus général. Il serait utile que l'expertise collective Inserm replace la réduction des risques dans ce cadre politique, en traçant des perspectives pour demain, au lieu d'être un « agent fixant » des acquis de la réduction des risques telle qu'elle existe aujourd'hui. On ne peut parler, en tout cas, d'échec de la stratégie de réduction des risques en France en matière de lutte contre l'épidémie d'hépatite C chez les consommateurs de drogue par voie injectable : la comparaison des politiques menées au plan international montre que la situation serait sans doute bien pire, si les actions de proximité en milieu festif, les actions menées en milieu urbain et les offres de traitement de substitution n'avaient été proposées. Pour autant, si on ne peut pas parler d'échec, on ne peut se satisfaire de la situation épidémiologique et il est temps d'intervenir.

Jeanne ETIEMBLE confirme que l'expertise collective Inserm a été d'emblée orientée avec la volonté de situer les outils, dont il doit être question, dans le cadre plus large de la politique menée en France en matière de réduction des risques, en prenant également appui sur les expériences étrangères.

Martine LACOSTE, directrice de l'association Clémence Isaure (Toulouse), attire l'attention des participants sur la nécessité de faire progresser la réduction des risques en province, et pas seulement à Paris. Elle observe que plus les consommateurs sont jeunes, plus la proportion de filles est élevée. Cela soulève des questions spécifiques liées aux usages, à la violence faite aux jeunes filles et au risque sexuel. Dans le cadre du développement des pratiques de réduction des risques liées aux usages d'alcool, un regard particulier doit être porté sur les femmes enceintes, encore consommatrice d'alcool afin qu'elles puissent accéder sans craintes de jugement aux structures de soin. Karl CERNY souligne l'inquiétude des acteurs de terrain quant à la précarisation, l'augmentation des co-morbidités psychiatriques et la chronicisation des personnes fréquentant les Caarud. Au titre de l'Anitea, Martine LACOSTE indique qu'il sera sans doute proposé de réunir une conférence de consensus sur les risques en prison. Des représentants de l'Administration pénitentiaire devront certainement être associés à cette démarche. Enfin, elle plaide pour la dépénalisation des usages simples et privés.

Laurence SIMMAT-DURAND, chercheur au Cesames, indique avoir travaillé sur les consommations de drogues pendant la grossesse, au travers d'enquêtes menées en partenariat avec le Gega (Groupe d'Étude « Grossesse et Addiction »). Il ressort de ces travaux que tous les produits sont potentiellement dangereux pendant la grossesse. Il est avéré que les polyconsommations accroissent ce risque, même s'il existe très peu de données concernant la consommation de médicaments. Un premier levier de prévention pourrait consister à agir en matière de prévention des grossesses non désirées. Il apparaît également que le placement d'enfants dont la mère consomme des substances se traduit, en l'absence d'accompagnement spécifique, par la rupture pure et simple du lien entre la mère et l'enfant. Laurence SIMMAT-DURAND considère que ces mères doivent être suivies en tant que femmes, ce qui suppose notamment la mise en place d'un suivi gynécologique et d'un suivi de contraception.

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE indique que l'InVS s'est impliqué dès 1998 dans l'évaluation de politiques d'accompagnement d'usagers de drogue. Elle souligne que les enquêtes menées par l'InVS ont une visée pratique de santé publique. L'Institut est particulièrement attentif à la collaboration mise en place avec les acteurs de terrain. Ces derniers doivent pouvoir s'appuyer sur les résultats de la recherche pour mettre en œuvre des actions de terrain. Dans le cadre de l'enquête Coquelicot, par exemple, 30 % des usagers se déclarent séronégatifs vis-à-vis du VHC, alors qu'ils sont séropositifs. L'enquête a également mis en évidence la grave méconnaissance des modes de transmission du VHC parmi les usagers de drogue. Ces constats plaident pour l'évolution des stratégies de dépistage du VHC et notamment pour la mise en œuvre de stratégies de dépistage rapide d'une contamination par ce virus. Enfin, 13 % des usagers déclarent avoir pratiqué des injections en prison, ce qui souligne la

nécessité de mise en œuvre de programmes de prévention dans les lieux de détention.

Laurent MICHEL, psychiatre au sein de l'Hôpital Émile Roux (AP-HP), indique que la situation s'améliore lentement, en prison, concernant les traitements de substitution. En revanche, il n'y a aucun outil de réduction des risques en milieu pénitentiaire. Il existe, de ce point de vue, un décalage sensible entre les recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et les pratiques au sein des établissements (où l'eau de Javel est couramment utilisée). Laurent MICHEL souligne qu'en prison, plus qu'ailleurs, une volonté politique est indispensable pour agir.

Jean-Pierre LHOMME, du Centre médical Marmottan, explique que la réduction des risques constitue une démarche, toujours pragmatique, sans morale ni jugement, qui a pour objectif constant de favoriser l'accès aux soins. Il s'agit de faciliter cet accès, qui repose essentiellement sur l'intentionnalité de la personne vis-à-vis des soins. La focalisation sur le risque infectieux constituerait déjà, de ce point de vue, une démarche réductrice au regard des objectifs de la réduction des risques. S'il est légitime que chacun témoigne de son expérience, une cohérence minimum doit exister quant à la définition que l'on donne à cette notion. La réduction des risques invite par exemple à travailler sur ce qu'est la loi en France : la loi n'est pas envisagée de manière pragmatique mais comme un outil de réprobation sociale.

Patrizia CARRIERI, chercheur à l'Inserm, observe que le modèle français de réduction des risques offre le seul exemple au monde, avec l'Australie, d'une approche qui ait permis de dégager des résultats positifs en termes d'indicateurs de santé publique. Des programmes d'évaluation des outils existants de réduction des risques doivent cependant être mis en œuvre, car leur absence pénalise fortement la collecte de données fiables sur l'efficacité individuelle de ces outils. Un autre enjeu consiste aujourd'hui à rechercher l'égalité d'accès aux outils de réduction des risques, ce qui passe sans doute par l'implication des jeunes injecteurs, dans le cadre de programmes de recherche-action. Plus largement, la palette des options thérapeutiques s'élargit actuellement et il importera de tenir compte des expérimentations en cours (sur le plan pharmacodynamique et sur le plan pharmacocinétique) de nouveaux traitements. Enfin, la forte prévalence de l'hépatite C doit faire de l'action contre ce virus une priorité. Les efforts doivent être conjugués, dans ce domaine, afin d'identifier des leviers efficaces de réduction des risques.

Jean-Michel COSTES, directeur de l'OFDT (Office français de lutte contre les drogues et les toxicomanies), estime que l'expertise doit s'attacher à cerner les pratiques d'usage, qui ont sensiblement évolué depuis une dizaine d'années :

- jeunes précarisés ;
- féminisation des publics ;
- consommation en milieu rural ;

- montée des stimulants ;
- renouvellement des pratiques d'injection ;
- interpénétration des espaces urbains et festifs.

S'agissant de l'évaluation, il conviendra de veiller à ne pas se montrer plus exigeant, vis-à-vis de la réduction des risques, que vis-à-vis des autres champs du traitement des usagers de drogue. Enfin, la réduction des risques constitue avant tout une démarche politique, dont les dimensions sociologiques et historiques devront être remises en perspective dans le cadre de l'expertise collective.

Conclusion

Pierre POLOMENI, membre du Haut Conseil de Santé publique, indique qu'il s'agit aujourd'hui d'élargir la politique de réduction des risques, autour de trois axes :

- l'utilisateur

Du point de vue de l'utilisateur, une distinction pourra être proposée en fonction du sexe, de l'âge, des produits consommés (héroïne, cocaïne, alcool, tabac...), du mode d'utilisation et en tenant compte de l'existence de groupes particuliers d'utilisateurs (« nouveaux arrivants », usagers « cachés », détenus).

- les risques

Les risques à prévenir sont nombreux : mortalité/morbidité, surdose/infection, problèmes locaux, problèmes sociaux, risques psychiatriques, incarcération.

- les outils

Programme ERLI, brochures...

Sur la base de ces trois axes, un positionnement politique doit être adopté : la réduction des risques modifie les frontières de l'interdit. Cela conduit à affirmer, par exemple, que l'on ne croit guère en un monde sans drogues. Dans le même ordre d'idées, la médecine ne se limite guère à la chirurgie et la santé ne se réduit pas à la médecine. Par ailleurs, si l'institutionnalisation présente un intérêt, elle fait aussi apparaître de nouveaux risques : les risques médico-légaux. Il ne faut pas négliger la notion de *switch* entre addiction.

Etaient présents : Elisabeth ALIMI (Inserm) ; Elisabeth AVRIL (Gaïa/bus méthadone/MDM) ; Danielle BADER-LEDIT (Espace indépendance) ; Jean-Louis BARA (Safe) ; Patrick BEAUVÉRIE (MDM) ; Christian BEN LAKHDAR (OFDT) ; Vincent BENSU (TECHNO+) ; Jean-Christophe CATUSSE (SOS DI) ; Patrizia CARRIERI (Inserm U 912/ORS Paca) ; Lia CAVALCANTI (EGO) ; Karlmeinz CERNY (Anitea/ADNSEA) ; Pierre CHAPPARD (Asud) ; Catherine CHENU (Inserm) ; Anne COPPEL (AFR) ; Jean-Michel COSTES (OFDT) ; Jean-Pierre COUTERON (Anitea) ; Benoît DELAVAUULT (Sida-Paroles) ; Jean-Michel DELILE (CEID, Bordeaux) ; François DIOT (Association Charonne) ; Nicole DUCROS (ANPREF/Le Tipi) ; Catherine DUPLESSY (Safe) ; Jeanne ETIEMBLE (Inserm) ; Vincent FOURNIER (Inpes) ; Patrick GREGORY (Aides) ; Ruth GOZLAN (MILDT) ; Chantal GRELLIER (Inserm) ; Albert HERSZKOWICZ (DRASSIF) ; Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (InVS/CESAMES) ; Aram KAVCIYAN (Centre médical Marmottan) ; Martine LACOSTE (Anitea/Clémence Isaure) ; Aude LALANDE (ACT UP) ; Marie-Christine LECOMTE (Inserm) ; Jean-Marie LEGALL (Aides) ; Jean-Pierre LHOMME (Centre

Médical Marmottan) ; Serge LONGERE (AFR) ; Abba MAACHE (DGS) ; Pascal MELIHAN-CHEININ (DGS) ; Laurent MICHEL (Centre de Traitement des Addictions, Hôpital Émile Roux – APHP) ; Hélène MORFINI (DGS) ; Fabrice OLIVET (Asud) ; Catherine PEQUART (Association Charonne) ; Fabrice PEREZ (TECHNO+) ; Sébastien PETIT (Prev'en Teuf) ; Pierre POLO-MENI (Hôpital Jean Verdier, Bondy) ; Jean-Marc PRIEZ (AFR) ; Pascale REDON (DGS) ; Priscille RIVIÈRE (Inserm) ; Valère ROGISSART (Sida-Paroles) ; Karine ROYER (CNRMM) ; Karen SEGAS (Clinique Montevideo, Paris) ; Laurence SIMMAT-DURAND (CESAMES/Inserm/Cnrs) ; Arnaud SIMON (Aides) ; Olivier SMADJA (Cirdd Île-de-France/Crips Île-de-France) ; Béatrice STAMBUL (AFR)

Étaient excusés : Maryse BELLUCCI-DRICOT (SOS DI) ; Véronique BONY (DGS) ; Gérard Bréart (ISP, Inserm) ; Françoise FACY (Inserm) ; Marie-France CHEDRU (MILDT) ; Isabelle GREMY (ORS, Île-de-France) ; Sandrine HALFEN (ORS, Île-de-France) ; Béatrice LAMBOY (Inpes) ; William LOWENSTEIN (Clinique Montevideo, Paris) ; Patrick SANSOY (MILDT) ; Xavier THIRION (Faculté de Médecine, Marseille) ; Alberto TORRES (EGO) ; Delphine VILAIN (DRASSIF), Dominique VUILLAUME (MILDT)

Étaient également invités : Pierre ARWIDSON (Inpes) ; Thomas BAUMERT (Inserm U748, Strasbourg) ; Henri BERGERON (CSO-CNRS-Sciences-Po) ; Patricia BOUHNİK (Faculté de Philosophie, Sciences Humaine et Sociales, Amiens) ; Véronique CAZALY (Aides) ; Ugo D'ALEXANDRO (ANPREF (Ex-SpiriTek)) ; Marie DEBRUS (MDM) ; Elisabeth DELAROCQUE ASTAGNEAU (Institut national de veille sanitaire (InVS), Saint Maurice) ; Cristina DIAZ-GOMEZ (OFDT) ; Alain EHRENBERG (CESAMES, Inserm, Cnrs, Paris) ; Clémence EVENO (TECHNO+) ; Michel KOKOREFF (Université René Descartes Paris V) ; Robert LAUNOIS (Université Paris XIII, REES, Paris) ; Damien LUCIDARME (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, Hopital Saint-Philibert, Lomme) ; Maïtena MILHET (OFDT) ; Gilles PIALOUX (Hôpital Tenon, Service des maladies Infectieuses et tropicales, Paris) ; Michel REYNAUD (FFA) ; Françoise ROUDOT-THORAVAL (CHU Henri Mondor, Créteil) ; Arielle ROSENBERG (Equipe Inserm Avenir) ; Jean-Louis SAN MARCO (Laboratoire de Santé Publique, Marseille) ; Bruno SPIRE (Aides) ; Jean-Yves TREPOS (Laboratoire lorrain des Sciences Sociales, Metz) ; Marc VALLEUR (Centre Médical Marmottan, Paris).

Rencontre-débat du 7 décembre 2009¹²⁶

Ouverture de la rencontre-débat

Jeanne ETIEMBLE, Directrice du Centre d'expertise collective de l'Inserm, rappelle qu'une première rencontre-débat a eu lieu le 3 février 2009, avant de débiter l'expertise collective confiée par la Direction générale de la santé à l'Inserm et consacrée à la réduction des risques chez les usagers de drogues injectables. L'expertise, bilan des connaissances sur ce sujet, a maintenant débuté depuis quelques mois. L'ensemble de la littérature scientifique a été analysé. Si ce type d'expertise constitue bien un outil utile à l'aide à la décision publique en donnant un éclairage scientifique il ne suffit toutefois pas toujours à définir une politique publique. D'autres actions et réflexions doivent nourrir le débat. Le groupe d'experts a travaillé avec rigueur dans une approche scientifique et les associations comme les institutions peuvent également apporter leur contribution.

Quatorze experts participent à cette expertise collective ; ils présenteront une synthèse de leurs travaux d'analyse de la littérature dans un premier temps puis le débat sera ouvert avant de faire le point sur quelques projets en cours.

Point sur l'expertise collective : premiers éléments de synthèse

Usages de drogues et dommages associés

Jean-Michel COSTES indique que le nombre d'usagers problématiques de drogues en France est estimé entre 210 000 et 250 000 personnes et les usagers par voie intraveineuse (vie) à 145 000. La population d'usagers de drogues est pour partie composée d'usagers ayant déjà un long parcours dans la toxicomanie mais de nouvelles populations apparaissent comme les migrants issus des pays de l'Est ou des jeunes en rupture, parfois « errants ».

La principale pratique à risque est l'injection : si les pratiques d'injection ont baissé dans les années 1980, la décroissance s'est maintenant stabilisée. Une grande diversité existe derrière ces pratiques avec d'une part une population plutôt masculine de plus de 30 ans, plus ou moins engagée dans des pratiques

126. Synthèse réalisée en temps réel par la société Ubiqus (www.ubiquus.fr).

de substitution et diminuant les injections, et d'autre part des jeunes en situation précaire qui connaissent une augmentation des pratiques d'injection.

Les décès en France liés à l'usage de drogues illicites montrent une prévalence de la mortalité inférieure à la moyenne européenne et une décroissance depuis 1994. Depuis les trois ou quatre dernières années, les indicateurs de décès remontent toutefois, sachant que la mortalité des usagers de drogues n'est pas documentée de manière exhaustive. Les dommages sanitaires et sociaux autres que les décès et les maladies infectieuses ne sont également pas bien documentés.

Infections par le VIH, le VHC et réduction des risques

Pierre-Yves BELLO indique que les cas de sida liés à l'usage de drogues injectées en France diminuent depuis 1993 du fait des seringues accessibles, du développement de la substitution et de l'accessibilité des trithérapies virales. Entre 2005 et 2008, la prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues fréquentant les Csapa ou les Caarud se situe entre 5 et 10 %.

La prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues est à des niveaux beaucoup plus élevés. Elle pourrait avoir amorcé une diminution au cours des dernières années mais cette hypothèse doit être confirmée car les données disponibles sont fragiles (la majorité des enquêtes sont déclaratives). L'enquête Coquelicot permet de produire des données biologiques plus fiables pour estimer la prévalence du VHC et suivre l'évolution de la dynamique de l'épidémie chez les usagers de drogues.

Damien LUCIDARME rappelle que l'usage de drogues par voie intraveineuse a explosé dans les années 1980. La prise de conscience des conséquences catastrophiques des épidémies du VIH et du VHC mais aussi le nombre élevé de décès par overdose ont amené les Programmes d'Échange de Seringues (PES) puis en 1995 l'introduction des traitements de substitution par méthadone et buprénorphine haut dosage dans le cadre d'une politique de « Réduction des Risques ». Une modélisation de l'épidémie du VHC dans la population générale avait suggéré le chiffre d'environ 12 000 cas incidents secondaires à un usage de drogues pour l'année 1990. Une étude d'incidence de l'infection par le VHC dans la population des usagers de drogues entre 1999 et 2001 menée dans le Nord et l'Est de la France a mesuré cette incidence à 9 % par an. Une extrapolation de ces résultats aux usagers de drogues présumés VHC négatifs estimait à cette époque que de 2 700 à 4 400 nouveaux cas de contamination parmi les usagers de drogues survenaient en France chaque année, impliquant une réduction très significative de l'incidence annuelle du VHC parmi les usagers de drogues entre 1990 et 2000. Toutefois, la plupart des études transversales menées entre 1991 et 2004 chez les usagers de drogues a retrouvé une prévalence du VHC de l'ordre de 50 à 80 %. La stabilité à des niveaux élevés de cette prévalence en dépit d'une

diminution nette de l'incidence s'explique par un renouvellement très limité de la population des usagers de drogues suivis en centre de soins. À titre d'exemple, dans l'étude Coquelicot menée en 2004, 75 % de l'effectif global et 85 % des sujets VHC positifs étaient nés avant 1975. L'usage de drogues représenterait actuellement 75 % des nouvelles contaminations. Environ 2 000 contaminations surviendraient chaque année en France dont 1 500 par usage de drogues.

Réduction des risques et situations particulières

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE indique que la réduction des risques a été pensée autour de l'héroïnomanie injecteur d'où une définition minimale de la réduction des risques centrée autour de l'accès aux seringues et aux TSO (traitements substitutifs aux opiacés). Il convient de prendre en compte les évolutions de pratiques et de profils des consommateurs (produits, modalités, contextes de consommation). Les stimulants (cocaïne, crack/free base) sont actuellement les produits les plus consommés dans la population des usagers de drogues pris en charge en France. Les populations et les contextes évoluent avec des vulnérabilités spécifiques et une sur-exposition aux risques (jeunes, femmes, détenus, migrants, précarité sociale, initiation, milieu festif...).

Les données ethnographiques montrent que l'utilisation et le partage des outils liés à la consommation de crack engendrent des lésions mains-bouche, portes d'entrées pour la transmission du virus de l'hépatite C. Ces données sont confirmées par les données épidémiologiques de la littérature internationale. Des données sociologiques montrent que les usagers de crack cumulent des facteurs de vulnérabilité sociale, économique et sanitaire qui se renforcent mutuellement.

La vision néolibérale de la réduction des risques tend à pointer la responsabilité de la prise de risque uniquement du côté de l'individu. Or, il faut agir également sur les dimensions structurelle et environnementale du risque en s'intéressant aux normes de consommation et aux conditions de vie des usagers et en prenant en compte le contexte légal, économique et social.

Laurent MICHEL fait un point sur la situation épidémiologique en milieu pénitentiaire où les prévalences du VIH, du VHB et du VHC sont plus élevées qu'en population générale, avec de fréquentes comorbidités. Le dépistage doit être amélioré car il n'y a pas de données de séro-incidence. Par ailleurs, les données sont anciennes et les pratiques à risque en détention sont en outre mal connues.

Il apparaît que les mesures de réduction des risques sont insuffisantes (préservatifs, Javel...) en prison en France. L'accès aux traitements de substitution est hétérogène, les pratiques soignantes inadaptées (pilage ou mise en solution de la BHD) et les programmes d'échange de seringues ne sont pas disponibles. Les effectifs soignants et les consultations spécialisées sont limités. En revanche, l'accès aux antirétroviraux est considéré comme satisfaisant.

Les recommandations de l'OMS devraient être intégralement appliquées (réduction des risques, consultations spécialisées).

Laurence SIMMAT-DURAND fait un point sur la situation chez les femmes. Un tiers des usagers d'opiacés en Europe sont des femmes (40 % aux États-Unis) qui ont plus de comorbidités psychiatriques que les hommes et une plus forte consommation de psychotropes. Les risques de transmission des maladies infectieuses sont accrus chez les femmes (plus d'injection au sein du couple, injection par autrui, prostitution, violences et errance). Elles encourent en outre des risques particuliers du fait de la maternité : 30 000 usagères d'opiacés sont enceintes chaque année en Europe et à risque de grossesses non désirées, de fausses couches et de transmissions materno-fœtales des maladies infectieuses. Se pose la question des traitements de substitution pendant la grossesse. Enfin, il existe d'autres risques pour les enfants (négligence, maltraitance, ingestion de produits toxiques et exposition passive aux produits).

Les obstacles à la réduction des risques chez les femmes sont la peur de perdre la garde des enfants, le manque de lieux d'accueil mère-enfant. Certaines expériences étrangères font état de l'aménagement d'horaires, de la présence de professionnels féminins ou de suivi gynécologique ou de contraception.

Programmes existants et programmes en discussion, prévention, éducation

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE aborde le sujet des traitements de substitution aux opiacés (TSO). L'impact positif des TSO est confirmé par la revue *Cochrane* en 2008, sur la séroconversion VIH, la fréquence d'injection et les comportements à risques de transmission du VIH et VHC. Dans le domaine de la prévention du VHC, il convient d'agir tout particulièrement auprès des injecteurs récents et des injecteurs de stimulants afin de bloquer l'épidémie. Il convient également de réfléchir à la posologie de la BHD pour le traitement, et à une offre diversifiée de TSO selon les usagers.

Les programmes d'héroïne médicalisée existent au Royaume-Uni, en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne et au Canada. Plusieurs études confirment l'efficacité de ces programmes, notamment un coût/efficacité prouvé sur la délinquance et sur les conséquences sanitaires liées aux drogues.

Françoise DUBOIS-ARBER évoque les programmes d'échanges de seringues qui ont des effets sur le comportement d'usage de drogues. L'effet de ces programmes sur la transmission du VIH est admis avec un niveau de preuve modeste alors que les preuves sont insuffisantes pour affirmer l'efficacité des PES à eux seuls dans la prévention du VHC.

Les centres d'injection supervisée (CIS) sont très hétérogènes quant à leur localisation, aux services offerts (local d'injection supervisée avec ou non enseignement, lieu d'accueil...), à la formation, aux règles d'accès et aux règles

de fonctionnement (aide à l'injection, substances injectées, partage de substances...). Pour la faisabilité, il est montré que les centres d'injection supervisée peuvent atteindre les groupes à haut risque et fonctionner de manière adéquate en assurant une injection plus sûre. La mise en place des CIS a presque toujours donné lieu à des débats et souvent à des oppositions, particulièrement de la part de commerçants, de riverains ou de la police. Dans la plupart des cas, ces problèmes s'atténuent avec le temps. S'ils diminuent les pratiques à risques, les centres d'injection supervisée n'ont en revanche pas d'effet sur la morbidité (VIH/VHC) bien qu'ils réduisent la mortalité (via les overdoses mortelles évitées) et permettent d'améliorer l'accès aux soins (généraux et spécifiques). Ils réduisent en outre les impacts négatifs sur l'ordre public (diminution de la consommation dans les lieux publics et des nuisances associées, amélioration des perceptions de la population).

Cependant, ces centres ne sont pas la panacée et les attentes doivent être réalistes. Le bénéfice existe pour les usagers (sécurité, diminution des comportements à risque...) et pour la collectivité même si les centres d'injection supervisée ont un coût élevé et ne peuvent être efficaces que dans certaines conditions (besoin bien établi, couverture suffisante des besoins identifiés...).

Anne GUICHARD présente un point sur la prévention et l'éducation à la santé autour de l'injection. Des programmes visent à prévenir ou différer le passage à l'injection, à permettre une transition vers d'autres modes d'administration ou à informer sur les risques liés à l'injection. Concernant la première injection, de nombreuses inconnues demeurent. Les principaux facteurs de risque sont liés à la précocité de la consommation, à la dépendance, à la précarité et surtout à l'influence du milieu et du réseau social. Les programmes de prévention et d'éducation à la santé autour des risques liés à l'injection sont encore peu développés et recouvrent des modalités d'action très hétérogènes. Néanmoins parmi les protocoles d'action évalués, il ressort de ces programmes une capacité à agir sur : les attitudes et la perception des risques liés à l'injection ; les comportements des injecteurs de façon à limiter leur influence sur les non injecteurs, à réduire le nombre d'injection, à diminuer la fréquence des pratiques à risque. Des programmes globaux et intégrés combinant différents outils, techniques et approches présentent un intérêt tout particulier pour lutter contre l'hépatite C et prendre en compte les différents risques auxquels l'usager est exposé tout au long de sa trajectoire de consommateur/injecteur.

Dépistage et soins

André-Jean REMY estime qu'il faut étendre les lieux de dépistage, réfléchir à la personne qui propose le dépistage et aux méthodes. Si le dépistage est positif, il faut permettre l'accès à une consultation spécialisée. Il est prouvé que le traitement et le suivi sur site s'avèrent très positifs : or en France, seuls

un tiers des CSST et un tiers des UCSA disposent d'une consultation spécialisée. L'accès des usagers de drogues au dépistage et au traitement des hépatites virales doit être renforcé.

Mise en place des actions et des programmes

Christian BEN LAKHDAR indique que le coût social de l'hépatite C est estimé à 5,46 milliards de dollars aux États-Unis. En France, les dépenses de traitements du VHC chez les usagers de drogues injecteurs sont comprises entre 239 et 249 millions d'euros. Les programmes de réduction des risques présentent un rapport coût/efficacité moyen pour limiter l'épidémie de VHC mais très bon pour le VIH. Les résultats dépendent toutefois fortement du contexte des études. Deux raisons expliquent cette différence d'efficacité. La première est que les coûts les plus importants attribuables aux pathologies du VHC, comme la nécessité d'une greffe de foie par exemple, n'interviennent que très tardivement dans l'histoire de l'individu infecté, et ne sont donc que peu valorisés par les études de coût/efficacité : le financeur ayant une forte préférence pour le présent. La seconde est liée à la plus grande infectiosité du VHC par rapport au VIH.

Gwenola LE NAOUR indique que différents contextes impactent la mise en place des actions, à commencer par les freins à l'acceptabilité par les usagers ou les problèmes d'acceptabilité par les riverains. Enfin, des enjeux récurrents de formation et de coopération apparaissent pour la mise en place des actions de réduction des risques. Trois questions restent en suspens : comment renforcer la sécurité aux abords des outils de réduction des risques ? Comment développer des coopérations opérationnelles sur site ? Comment doter de qualifications les intervenants de la médiation ?

Jean-Michel COSTES présente les dispositifs déjà en place : le dispositif officinal (vente de seringues) et la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les Caarud en complémentarité avec les Csapa, le dispositif associatif non médico-social et les dispositifs municipaux/communaux. L'accessibilité aux seringues est relativement bonne en France, avec un ratio de 200 seringues par an par individu injecteur. Les Caarud comptent 140 structures et distribuent notamment 3 millions de seringues.

Pierre POLOMENI rappelle qu'il existe deux aspects sur la réduction des risques : un aspect historique de l'évolution du « champ de la toxicomanie » en France (établi, bibliographie et auteurs) et un aspect relatif au contexte actuel, notamment aux niveaux local et national. Les politiques sont actuellement mal coordonnées, comme l'a pointé la Cour des Comptes. Dans plusieurs études (États-Unis, Canada, France), il est démontré qu'une répression surdéveloppée est inadaptée pour permettre soins et prévention. Les stratégies de réduction des risques sont assurées par des acteurs de santé et s'inscrivent dans une politique globale : comment améliorer les pratiques des

intervenants ? Est-il possible d'envisager des allers-retours entre les professionnels de santé « généralistes » et les intervenants de la réduction des risques pour une meilleure qualité de vie des usagers de drogues ?

Débat avec les participants

Jean-Louis BARA, de l'association Safe, regrette de ne pas avoir reçu les documents avant la réunion et souhaiterait être davantage associé, au moins à la réflexion, surtout si les recommandations émises doivent être opérationnelles.

Katia ILLEL, responsable du Csapa de la Maison d'arrêt de la Santé de Paris, estime que les pratiques de réduction des risques en détention diffèrent considérablement d'une maison d'arrêt à l'autre. La question de la réduction des risques en détention ne se limite pas aux seringues et à la Javel. Les questions de transmission par la paille ou par des pipes à crack bricolées doivent être également prises en compte en termes de réduction des risques du fait de la forte prévalence aujourd'hui en maisons d'arrêt d'usagers de cocaïne et de crack. La mise à disposition de préservatifs et les actions d'information autour des pratiques à risque VIH, VHC restent également bien sûr toujours d'actualité.

André-Jean REMY précise que le dépistage doit être systématiquement proposé et non systématique. Les prisons sont en effet caractérisées par l'hétérogénéité de leurs pratiques.

Laurent MICHEL souligne la faiblesse des mesures existantes en détention et l'intérêt d'envisager un débat sur l'ensemble des mesures pour limiter les risques infectieux en détention.

Pierre CHAPPARD, de l'association Asud, note que Roselyne Bachelot a déclaré attendre les résultats de l'expertise collective pour lancer ou non l'expérimentation de salles d'injection, ce qui montre que l'expertise peut avoir un réel impact. De ce fait, il déplore que les associations n'aient pas été auditionnées. L'Institut national de santé publique du Québec a recommandé qu'il y ait des salles de consommation : l'Inserm recommandera-t-il l'instauration de salles de consommation en France ?

Jean-Pierre LHOMME, du Centre médical Marmottan, observe que la réduction des risques est un ensemble de démarches qui doivent être adaptées aux situations des personnes. Ne pas prendre en considération le fait que la réduction des risques est une stratégie et un concept mais le présenter comme une addition d'outil risque de s'avérer contre-productif.

Jeanne ETIEMBLE confirme que ces éléments (concept, stratégie) seront bien spécifiés dans l'expertise mais ne pouvaient être abordés ce jour.

Catherine DUPLESSY, de l'association Safe, se demande comment les experts en sont arrivés à la conclusion que l'accessibilité aux seringues était bonne.

Jean-Michel COSTES indique que le nombre total des seringues distribuées (par les officines, les Caarud...) semble satisfaisant. Les éléments présentés ne constituent toutefois qu'une synthèse : certaines populations et certains lieux ne sont effectivement pas atteints par ces programmes.

Anne COPPEL, de l'AFR, souligne que la démarche de réduction des risques ne se limite pas seulement aux usagers problématiques mais doit s'adresser à tous les usagers. C'est d'autant plus important que l'évaluation des risques porte sur les usagers accueillis dans les Caarud, alors que les prises de risques dépassent largement ce cadre.

Fabrice OLIVET, de l'association Asud, se demande si la réduction des risques ne doit pas également changer les comportements des usagers, uniquement considérés en France comme patients ou malades chroniques. Or, les usagers sont les principaux responsables de leur propre réduction des risques. Le fait que les associations d'usagers n'aient pas été auditionnées par l'expertise collective pose effectivement problème.

Lia CAVALCANTI, de l'association Espoir Goutte d'Or, rejoint ce point de vue sur la participation active des consommateurs : si la politique publique associe à sa construction les principaux intéressés, une étape importante sera franchie. Par ailleurs, il faut s'intéresser aux populations migrantes, invisibles car de plus en plus persécutées.

Arnaud SIMON, responsable prévention de l'association Aides, indique que l'association souhaite avancer sur les enjeux de renforcement des capacités des personnes à prendre soin de leur santé et de la santé d'autrui et s'interroge sur l'actuelle campagne sur les drogues de la Mildt et de l'Inpes, fondée sur la peur.

Martine LACOSTE, de l'Anitea, rejoint ce point de vue : cette campagne creuse le fossé entre les nouveaux usagers et les anciens ; cette stigmatisation des usages et des usagers de drogues va à l'encontre de la réussite des programmes de réduction des risques.

William LOWENSTEIN, représentant du Conseil national du sida (CNS), indique que la réduction des risques dépend de la conception des addictions qui ne doivent pas être traitées uniquement du point de vue médicamenteux.

Béatrice STAMBUL, de l'AFR, considère que la politique de réduction des risques est encore loin d'être cohérente. Les politiques publiques doivent bénéficier d'une couverture homogène sur l'ensemble du territoire : or, dans certains endroits en France, les usagers à risque ne sont pas du tout pris en charge. La difficulté actuelle à élargir la palette des outils montre qu'il faudrait prouver que les outils fonctionnent avant de les mettre en place. Si les solutions se sont avérées satisfaisantes dans les autres pays, il faudrait pouvoir

les reprendre. La réduction des risques doit se construire dans le travail et sur le terrain.

Danielle BADER-LEDIT, d'Espace Indépendance, a l'impression d'une juxtaposition des dispositifs entre les différents acteurs.

Nicolas BONNET, pharmacien à la Pitié-Salpêtrière, s'enquiert des solutions qui seront retenues pour les autres infections, comme les abcès. Pour participer à l'éducation des injecteurs et à la diffusion du matériel, il existe le bras articulé pour s'exercer aux injections ou le programme d'échange de seringues dans les officines pharmaceutiques.

Patrick DAIME, de l'Anpa, après avoir remercié les experts pour la qualité de leurs travaux, estime que le concept de réduction des risques requiert une approche globale centrée sur la personne, pour tous les usagers, dans tous les milieux, tout au long de la vie, pour tous les produits et tous les comportements, dans un continuum avec la prévention, les soins et l'accompagnement social. Ce concept s'inscrit dans une démarche de santé publique et doit bénéficier d'un cadre législatif adapté.

Fabrice PEREZ, de Techno+, critique également la méthodologie retenue et particulièrement l'absence d'auditions des associations qui œuvrent pour la réduction des risques. Par ailleurs, de nombreuses associations distribuent actuellement des pailles pour le sniff sans savoir réellement quels sont les effets de cette politique par manque de données scientifiques. Il regrette également que les présentations du groupe d'experts limitent la réduction des risques liés à l'usage de drogue aux seuls risques infectieux.

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE confirme que cette question sera abordée même si les données de la littérature ne concordent pas.

Patrick FAVREL, de SOS Hépatites, s'étonne de ne pas entendre parler de polytoxicomanie. Concernant l'hépatite, dépistée souvent après 20 ou 25 ans avec des pathologies importantes comme les cirrhoses, il serait intéressant d'élargir la notion de coût dans le rapport coût/efficacité.

Pierre POLOMENI rappelle que l'expertise collective repose actuellement sur des données bibliographiques. Les travaux présentés ce jour ne sont qu'un travail d'étape et plusieurs aspects feront l'objet d'une réflexion qui intégrera les remarques des associations. Il convient toutefois, pour faire valoir certains points, de privilégier une approche scientifique.

Marie DEBRUS, coordinatrice du programme d'éducation aux risques liés à l'injection pour Médecins du Monde, estime que le ministère de la Santé n'est pas prêt à assumer cette approche pragmatique puisqu'il n'a pas encore procédé à l'évaluation du projet ERLI alors que cela était pourtant prévu.

Point d'informations et discussion sur les projets en cours en France

Projets de l'Inpes

Olivier SMADJA présente différentes études qui seront réalisées par l'Inpes, comme l'enquête 2009 menée dans les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'enquête KABP sida 2010, l'enquête SAMENTA du Samu social ou le Baromètre Santé 2010. Par ailleurs, l'Inpes attribue des subventions à titre exceptionnel pour le remplacement d'automates distributeurs et de matériel d'injection.

L'Inpes a un projet d'enquête portant sur les contextes et les pratiques d'initiation à l'injection et a édité un livret « Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ». Enfin, un séminaire sera organisé le 15 mars 2010 avec trois grands axes de travail relatifs à la prévention du passage à l'injection, aux transitions vers d'autres modes de consommation et à l'éducation pour la santé en matière d'injection. Ce séminaire associera des experts internationaux, des représentants des associations et des usagers.

Projets de l'InVS

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE présente les projets initiés par l'InVS, en collaboration avec le Cesames et le soutien de l'ANRS. Pour les enquêtes socio-comportementales, l'InVS reconduira l'enquête ANRS-Coquelicot en 2010 sur huit villes (Lille, Strasbourg, Paris, Rennes, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille). Cette enquête a pour objectifs principaux de suivre l'évolution de la séroprévalence du VIH, du VHC et du VHB, de documenter les pratiques à risque et de contribuer à l'évaluation des politiques de réduction des risques. Les populations d'usagers « hors institutions » seront intégrées à l'étude par la méthode RDS (*Respondent Driven Sampling*). Un volet spécifique au milieu pénitentiaire sera également intégré de manière à décrire les pratiques à risque liées à la consommation de drogues en prison (en particulier l'injection) et de pouvoir proposer des interventions adaptées. Un dispositif d'enquêtes socio-anthropologiques sera couplé à Coquelicot afin de mieux appréhender le contexte social et les représentations des prises de risque.

Une enquête porte actuellement sur l'usage de crack et le VHC en coopération avec un collectif interassociatif ; elle vise à décrire la population des consommateurs de crack et leur vulnérabilité spécifique vis-à-vis du VHC, et à évaluer des outils de réduction de risques adaptés à l'évolution des pratiques des usagers de drogues.

Début 2010, un projet de recherche débutera sur l'évaluation des kits d'injection avec l'expérimentation de nouveaux outils, avec le financement de la DGS. Ce projet sera couplé à Coquelicot et associera au projet un comité de

pilotage inter-associatif, à l'instar de la collaboration avec le collectif inter-Caarud sur le projet crack. L'objectif est de proposer des outils adaptés aux besoins des usagers de drogues et de pouvoir les valider afin d'obtenir des financements publics sur le long terme.

Projets de l'OFDT

Jean-Michel COSTES indique que l'OFDT tente de mieux documenter la mortalité liée aux usages de drogues. Une étude de cohorte est lancée auprès de patients suivis dans les Csapa et les Caarud. Elle vise à estimer le taux de mortalité pour cette population et à déterminer la cause de décès. D'autre part, l'OFDT qui suit l'évolution de la perception des Français sur les drogues et leur opinion sur les politiques publiques menées en la matière (enquête Eropp) rendra prochainement publiques les résultats et la dernière enquête menée en 2008.

Projet pour le milieu pénitentiaire

Laurent MICHEL évoque le projet PRIP²DE (Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus) qui comprend trois volets : inventaire des mesures de réduction des risques et de leur application, indicateurs de prises de risques ; étude qualitative auprès des détenus et personnels pénitentiaires ; essai d'intervention comparant mesures nouvelles *versus* mesures actuellement disponibles, et une étude d'incidence du VHC avec étude cas-témoin. Par ailleurs, l'enquête Prevacar (DGS/InVS) fera le point sur les prévalences du VIH, du VHC et des TSO en prison avec une enquête exhaustive sur l'offre de soins pour le VIH et les hépatites, sur la prévention et la vaccination. Concernant Coquelicot, un volet « prison » sera ajouté dans la prochaine enquête (2010-2011).

Débat avec les participants

Thomas DUSOUCHET, de Gaïa Paris, indique que les associations Charonne, Gaïa et Ego ont acquis en commun un fibroscan pour inciter au dépistage les usagers qui fréquentent les Caarud mais aussi détecter les freins au dépistage, comme l'accès à la sécurité sociale et aux droits sociaux.

Lia CAVALCANTI précise qu'Ego a acquis un bras d'injection qui permet aux usagers de s'entraîner à l'injection intraveineuse : l'association peut prêter ce bras qui s'avère très efficace.

Nathalie RICHARD annonce que l'Afssaps mènera à partir de mars 2010 une étude sur les officines de villes et leur rôle dans les programmes de réduction des risques.

Martine LACOSTE ajoute que l'Anitea réfléchit actuellement à un protocole permettant de recueillir des témoignages d'usagers.

Catherine DUPLESSY fait part du fait que Safe a également conduit des enquêtes en 2009, notamment sur les échanges de seringues et la mise à disposition gratuite de matériel dans les pharmacies.

Marie DEBRUS indique que Médecins du Monde réalise une enquête sociologique sur les personnes vivant en squat afin de mieux connaître leur état de santé.

Martine LACOSTE indique que l'Anitea participe à un programme européen portant sur les jeunes en errance usagers de substances psychoactives.

Karlheinz CERNY a constaté une augmentation du nombre de décès. Une enquête montre qu'il y a un décès par semaine dans la région de la métropole lilloise.

Florent MARTEL ajoute qu'une enquête portera sur les pratiques d'injection de méthadone.

Jean-Pierre LHOMME propose de mener une réflexion sur la conception du soin, les concepts et les stratégies et s'enquiert des modalités.

Fabrice OLIVET aurait souhaité, plutôt que de faire l'inventaire des études en cours, évoquer la fluctuation des concepts qui ont présidé aux choix de réduction des risques y compris ceux qui mettent en cause cette politique. Il y a tout lieu de s'interroger également sur la pertinence du cadre légal actuel ainsi que sur les zones de blocages purement réglementaires qui font obstacle à l'approfondissement de la réduction des risques.

Sébastien PETIT, de Prev'En Teuf, avait proposé il y a deux ans que dans le cadre de l'enquête InVS, la consommation de crack en milieux festifs et groupes « privés » (groupe à domicile, squats...) puisse faire l'objet d'une étude de terrain au même titre que les usagers fréquentant les structures spécialisées. Cependant, il faut s'entendre et définir précisément ce que l'on comprend par « usagers ». Les usagers précités sont les usagers de drogues problématiques rencontrés dans les structures (Caarud, Csapa...). De ce fait, une trop grande partie des consommateurs n'est pas prise en compte.

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE répond que l'enquête épidémiologique sur le crack est actuellement en cours et que l'enquête sur les consommateurs de crack en milieu festif constitue le volet socio-anthropologique de l'enquête qui ne débutera que début 2010.

Anne COPPEL estime que l'expertise collective doit effectivement prendre en considération l'usage festif puisqu'il concerne la très grande majorité des usagers de drogues actuels.

Fabrice OLIVET met en garde contre le fait de confondre « usages cachés » et « scène festive ». La définition des « usages cachés » étant plutôt sous-tendue par

l'absence de liens avec le milieu médical et le repérage judiciaire, ce qui inclut tous les types d'usages, particulièrement celui des populations « insérées ».

Clôture

Jeanne ETIEMBLE rappelle que les échanges de la rencontre-débat feront l'objet d'une synthèse qui fera intégralement partie de l'expertise. Il est proposé que chaque association dispose de la possibilité d'écrire deux pages sur des concepts ou sur des projets en cours. Les diapositives, éléments de travail, ne seront pas transmises aux participants pour le moment.

William LOWENSTEIN juge problématique que les documents de travail ne soient pas partagés : il suffirait d'interdire leur diffusion et de noter qu'il s'agit de documents transitoires. Le non partage rend difficile de travailler en commun.

Jeanne ETIEMBLE rappelle que l'engagement visait à organiser trois rencontres avec les associations.

Fabrice PEREZ juge la méthodologie très opaque et estime que toutes les réponses n'ont pas été apportées.

Jeanne ETIEMBLE indique que la méthodologie est la même pour toutes les expertises collectives : l'Inserm a normalement, pendant l'exercice, un devoir de confidentialité.

Pascal MELIHAN-CHEININ avait évoqué le rôle des associations dans la diffusion des messages d'alerte. Les institutions préparent actuellement un message sur la variabilité des dosages d'opiacés. Avant de lancer le communiqué, les associations seront averties de la diffusion des messages qu'elles pourront répercuter.

Étaient présents : Élisabeth ALIMI (Inserm), Marguerite ARENE (DASES – Mairie de Paris), Betty AZOCAR (AFR), Danièle BADER-LEDIT (Espace Indépendance), Jean-Louis BARA (Safe), Pierre-Yves BELLO (Drass), Christian BEN LAKHDAR (Université catholique de Lille), Angela BERGERET (CEDAT), Nicolas BONNET (CHU Pitié Salpêtrière), Christine CALDERON (CCMO Conseil), Jean-Christophe CATUSSE (SOS-DI), Lia CAVALCANTI (Ego), Karlheinz CERNY (Anitea), Pierre CHAPPARD (Asud), Catherine CHENU (Inserm), Anne COPPEL (AFR), Jean-Michel COSTES (OFDT), Patrice COUZIGOU (Hôpital Haut-Leveque), Patrick DAIME (Anpaa), Marie DEBRUS (Médecins du Monde), Elisabeth DELAROCQUE-ASTAGNEAU (Institut Pasteur), Dominique DEUGNIER (Mildt), François DIOT (Centre Beaurepaire Association Charonne), Françoise DUBOIS-ARBER (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne), Catherine DUPLESSY (Safe), Thomas DUSOUCHET (Gaïa Paris), Yves EDEL (CHU Pitié Salpêtrière), Jeanne ETIEMBLE (Inserm), Patrick FAVREL (SOS Hépatites), Vincent FOURNIER (Inpes), Géraldine FRANCK (SOS DI), Chantal GRELLIER (Inserm), Anne GUICHARD (Inpes), Albert HERSZKOWICZ (Direction générale de la santé), Katia ILLEL (SMPR Maison d'arrêt de la Santé, Paris), Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (InVS), Martine LACOSTE (Anitea), Christine LARSEN (InVS), Gwenola LE NAOUR (Université Lyon 2), Jean-Pierre LHOMME (Centre Médical Marmottan), Serge LONGERE (AFR), Sandra LOUIS (SOS-DI), William LOWENSTEIN (Clinique Montevideo), Damien LUCIDARME (Hôpital

Saint-Philibert), Béatrice LUMINET (Médecins du Monde), Olivier MAGUET (CCMO Conseil), Florent MARTEL (RuptureS), Magali MARTINEZ (Aides), Pascal MELIHAN-CHEININ (Direction générale de la santé), Laurent MICHEL (Hôpital Émile Roux), Hélène MORFINI (Direction générale de la santé), Fabrice OLIVET (Asud), Anne-Laure PELLIER (Inserm), Fabrice PEREZ (Techno+), Philippe PERIN (Swaps), Sébastien PETIT (Prev'En Teuf), Gregory PFAU (Asud), Pierre POLOMENI (Hôpital Jean Verdier), Caroline RAULT (Inserm), Pascale REDON (Direction générale de la santé), Brigitte REILLER (Anitea), André-Jean REMY (Hôpital Saint-Jean), Nathalie RICHARD (Afsaps), Karen SEGAS (Clinique Montevideo), Laurence SIMMAT-DURAND (Inserm), Arnaud SIMON (Aides), Olivier SMADJA (Inpes), Béatrice STAMBUL (AFR), Claudine VALLAURI (Crips Île-de-France), Dominique VUILLAUME (Inserm)

Étaient excusés : Jean-Pierre COUTERON (Anitea), Jean-Michel DELILE (CEID), Ruth GOZLAN (Mildt), Patrick GRÉGORY (Aides), Franck LECAS (Anpaa), Xavier THIRION (Faculté de médecine, Marseille)

Étaient également invités : Élisabeth AVRIL (GAÏA Paris), Christine BRONNEC (Dhos), Jean-Claude DESENCLOS (InVS), Sandrine HALFEN (ORS Île-de-France), Delphine JARRAUD (Anpaa), Didier JAYLE (Cnam), Aram KAVCIYAN (Centre médical Marmottan), Michel KOKOREFF (Université Nancy 2), Maud MUZZULINI (Drassif), Catherine PEQUART (Charonne), Valère ROGISSART (Sida Paroles), Michelle SIZORN (SOS Hépatites), Delphine VILAIN (Drassif)

Rencontre-débat du 24 juin 2010¹²⁷

Ouverture de la rencontre-débat

Gérard BREART, directeur de l'Institut thématique Santé publique, indique que ce dernier a notamment pour missions de produire des connaissances dans le domaine de la santé publique et de faciliter la diffusion de ces connaissances. L'expertise collective s'inscrit dans un processus d'aide à la décision. Il s'agit d'analyser des données, d'en faire la synthèse et de dresser un certain nombre de constats. Une fois ce travail effectué et des recommandations formulées, il appartient aux décideurs de s'en emparer, afin que les décisions soient prises sur des bases scientifiques. La présente réunion traduit également la volonté de l'Inserm de poursuivre un dialogue constant avec les associations.

Philippe de BRUYN, de la Direction générale de la santé (DGS), rappelle que l'expertise collective « Réduction des risques chez les usagers de drogues » avait été commandée par le ministère de la Santé fin 2008, à un moment charnière. On constate en effet, depuis quelques années, une évolution sur le plan des pratiques d'usages de drogues, sur celui des produits et du point de vue des populations concernées. Il sera donc particulièrement intéressant de connaître les résultats et recommandations de l'expertise collective.

Comment adapter le dispositif de réduction des risques aux évolutions épidémiologiques

Présentation des experts : Jean-Michel COSTES et Damien LUCIDARME

Jean-Michel COSTES, de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et membre du groupe d'experts, observe que la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues, en France, a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH et a contribué à la baisse des décès liés aux usages de drogues ainsi qu'à l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Elle a également atteint certaines limites :

- les résultats peu probants obtenus dans le domaine des hépatites virales ;
- l'apparition de nouvelles populations non couvertes ;

127. Synthèse réalisée en temps réel par la société Ubiqus (www.ubiquis.fr).

- le développement de nouvelles pratiques à risque ;
- le retour récent à la hausse du nombre de décès liés aux usages de drogues.

En préalable, une remarque importante du groupe d'experts : la politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils et elle ne peut à elle seule tout résoudre. Elle doit s'intégrer dans une prise en charge globale des addictions et s'appuyer sur les politiques générales de réduction des inégalités sociales de santé comme l'accessibilité au logement.

La première recommandation formulée par les experts vise à adapter le dispositif de la réduction des risques à la spécificité des populations. Les dispositifs d'observation permettent d'identifier :

- une nouvelle population d'usagers (jeunes, 16-25 ans) de psychostimulants (cocaïne, *free base*...) ;
- la part croissante des femmes et notamment de très jeunes femmes en grande précarité sociale ;
- un attrait vers l'expérimentation de nouveaux produits ;
- un accroissement de l'usage de la cocaïne par injection parmi certains groupes ;
- des populations socialement précaires (migrants, jeunes en errance), difficiles à contacter et à prendre en charge.

Aussi le groupe d'experts recommande de prendre en considération les caractéristiques des populations d'usagers afin de définir et d'adapter le dispositif de réduction des risques, en particulier vis-à-vis des très jeunes, des migrants très marginalisés et des usagers ayant des troubles psychiatriques. Il propose de développer différentes pistes telles par exemple celles de développer le travail de rue.

La deuxième recommandation vise à élargir la palette des mesures et des approches dans un dispositif cohérent d'offres de service.

Un des constats majeurs est la complémentarité des dispositifs et des mesures. La complémentarité des dispositifs rend en effet la réduction des risques plus efficace. La France a cependant un dispositif limité, en termes de diversité des dispositifs. Les centres d'injection supervisés (CIS) ont été expérimentés dans plusieurs pays et ont fait leur preuve, à plusieurs égards :

- l'atteinte des usagers à haut risque ;
- assurer une plus grande sûreté des injections ;
- effets positifs sur les facteurs de risque des maladies infectieuses ;
- la réduction de la morbidité (notamment les abcès) et de la mortalité (overdoses mortelles évitées) ;
- l'amélioration de l'accès aux soins ;
- l'impact sur l'ordre public par la réduction de la consommation dans les lieux publics et des nuisances associées.

Il a également été montré que les CIS ne présentaient pas les effets adverses que l'on pouvait craindre (principalement l'augmentation des consommations et

l'évitement ou le retard dans l'entrée en traitement). Le groupe d'experts recommande de renforcer les liens entre différents programmes (PES, TSO, CIS le cas échéant...) dans un dispositif cohérent et, sous réserve des besoins, d'envisager la mise en place de CIS en France. Il recommande de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un CIS afin de définir les objectifs spécifiques de ce dispositif (diminuer les overdoses mortelles, diminuer le nombre d'abcès, attirer des injecteurs à haut risque pour les (re)mettre en contact avec des structures de traitement...). La mise en place d'un CIS ne peut être envisagée que si ce dispositif répond à des besoins parfaitement identifiés tenant compte des évolutions de modalités d'usage de drogues qui peuvent varier d'un endroit à un autre : importance de l'injection en public, du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse sans contact ou en rupture avec des structures de soin ; du nombre d'overdoses mortelles, des complications liées à l'acte d'injection (abcès). Ces centres, s'ils sont proposés, doivent être en mesure de couvrir ces besoins. Leur intégration dans un dispositif plus large, avec une bonne communication entre les services est également indispensable. Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation doit reposer sur un consensus entre tous les acteurs locaux : santé, police, autorités politiques et administratifs, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Ceci demande une phase de préparation d'explication et de communication compte tenu des représentations souvent négatives qui prévalent pour ce type de dispositif. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément important du processus d'acceptation des CIS.

La troisième recommandation vise à élargir la palette des options thérapeutiques pour les populations présentant une dépendance sévère. Les traitements de substitution (TSO) jouent un rôle prépondérant dans la réduction des risques. La couverture des usagers de drogues par les traitements de substitution, en France, peut être considérée comme de bon niveau. Cependant, le traitement par la méthadone ne peut pas être initié par les médecins généralistes en France. De plus, pour certains usagers présentant une dépendance sévère et ayant subi de multiples échecs thérapeutiques, l'option thérapeutique de l'héroïne médicalisée a démontré son efficacité. Le groupe d'experts recommande d'adapter le traitement de la dépendance aux besoins identifiés du patient et, pour cela, de pouvoir diversifier les options thérapeutiques (développement de l'accès à la méthadone, primo-prescription par la médecine de ville ; dosage supérieur de BHD ; et pour les usagers présentant une dépendance sévère et en échec avec les traitements classiques, envisager une prescription médicalisée d'héroïne).

Débat

Faisant part de son accord avec les recommandations présentées, Jean-Pierre COUTERON, président de l'Anitea, réaffirme le cadre général dans lequel la réduction des risques doit se centrer c'est-à-dire le soin et les inégalités d'accès au soin.

Anne COPPEL fait une remarque à propos des limites de la réduction des risques selon les conditions. La politique de réduction des risques a favorisé la baisse de 67 % des interpellations pour usage d'héroïne. Il y a une relation entre la baisse des interpellations et l'accès au traitement. Dans une étude américaine récente, il a été montré une relation entre la hausse de la mortalité et un renforcement de la réglementation. Ce n'est pas une limite de la réduction des risques, c'est une contradiction de la politique. Ce résultat lui paraît important, bien qu'il ne semble pas avoir été retenu par les experts dans leurs conclusions.

Béatrice STAMBUL, de l'AFR, rappelle qu'en France et en Europe, où la politique de réduction des risques existe à une échelle significative, la distribution des seringues semble « loin du compte », puisque le taux de distribution de seringues, par rapport au nombre d'injections, est inférieur à 1 sur 6. Or des études ont montré qu'un taux de 1 pour 1 entraînerait une baisse sensible des contaminations par le virus de l'hépatite C. On peut améliorer les outils déjà à disposition.

Fabrice OLIVET, de l'association Asud, estime qu'il convient d'insister sur la supervision des centres d'injection supervisés. Il faut réaliser une analyse sur le gain en ce qui concerne la sécurité pour les usagers et pour les riverains. La mise en place de tels centres doit être précédée d'une analyse sous l'angle de la sécurité, car il ne fait pas de doute que cette analyse serait de nature à convaincre plus aisément les autorités et le voisinage de l'utilité de tels lieux.

Marie DEBRUS, de Médecins du Monde, demande si des recommandations ont été formulées concernant des dispositifs individualisés, dans une logique éducative.

Jean-Michel COSTES précise que la littérature scientifique ne fait référence qu'aux CIS (centres d'injection supervisés). Le sigle « CIS » recouvre toutefois une grande diversité, en termes de contextes et de modes de fonctionnement, ce qui accroît la nécessité d'une analyse préalable des besoins.

Comment renforcer l'accessibilité aux programmes existants pour des populations spécifiques

Présentation des experts : Laurence SIMMAT-DURAND et Pierre-Yves BELLO

Laurence SIMMAT-DURAND, de l'Inserm et membre du groupe d'experts, poursuit l'exposé en soulignant que plusieurs populations spécifiques ont été identifiées par le groupe d'experts :

- les personnes présentant des comorbidités psychiatriques ;
- les usagers abusifs d'alcool ;

- les jeunes, surtout ceux en grande précarité sociale, consommateurs de psychostimulants ou en errance ;
- les migrants ;
- les détenus ;
- les femmes.

En Europe, un tiers des usagers d'opiacés sont des femmes. Les femmes présentent des risques particuliers, du fait de grossesses non désirées, de la prostitution, de risques sexuels et du risque d'injection par autrui, de la violence. Les effectifs de très jeunes femmes sont en augmentation dans les structures de première ligne. On estime que le nombre de grossesses exposées à la consommation de drogues illicites est compris entre 3 500 et 5 000 en France, chiffre qu'il faut doubler pour inclure les femmes enceintes suivant un traitement de substitution. Les risques encourus sont : une prématurité, un retard de croissance intra-utérine, un syndrome de sevrage néonatal, un risque de rupture du lien mère-enfant. Le groupe d'experts recommande une prise en charge globale médico-sociale s'inscrivant dans la durée au sein de services prenant en charge les spécificités des femmes et d'adapter les traitements de substitution durant la grossesse (maintien ou augmentation des posologies). Il plaide également pour un travail préservant le lien mère-enfant même en cas de placement des enfants quand la situation le nécessite.

L'incarcération est fréquente chez les usagers de drogues et les sujets qui s'injectent continuent pour partie cette pratique en prison. Par ailleurs, si la proportion des détenus sous TSO augmente, d'importantes hétérogénéités demeurent selon les établissements. Il est fréquent de constater des pratiques inadaptées dans la distribution des TSO (pilage du TSO ou sa dilution). La prison constitue, en outre, un lieu à haut risque infectieux (usage de drogues, tatouage, piercing...). Différents dispositifs existent en Europe : les TSO et les mesures éducatives, les dispositifs d'échange de seringues, la distribution d'autres matériels comme l'eau de Javel et autres désinfectants, les préservatifs, les traitements anti-rétroviraux... Certains besoins ne sont pas couverts en France tels que les consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie...), des expériences diverses de distribution d'eau de Javel, des problèmes d'accès aux préservatifs... Plus largement, en l'absence d'une politique d'échange des seringues, on ne peut pas parler d'une politique réelle de réduction des risques en prison.

À la lumière de ces constats, le groupe d'experts plaide pour la mise en œuvre d'un projet thérapeutique pour chaque détenu et pour le respect du principe d'équité dans l'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre. Il considère aussi comme nécessaire la formation du personnel soignant au sein des établissements pénitentiaires et l'amélioration des stratégies de dépistage des affections virales.

Débat

Laurent EL GHOZI, Président de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires », s'interroge sur la signification du respect du principe d'équité dans l'accès aux soins en prison ; cela signifie-t-il également la mise en place de salles d'injection supervisées en prison ?

Bertrand NALPAS, de l'Inserm, souligne qu'il existe aujourd'hui des obstacles à l'introduction des équipes d'addictologie dans les services de gynécologie obstétrique. Cela rejoint la question du repérage des conduites à risque parmi les femmes enceintes, tant pour les produits opiacés que pour l'alcool.

Béatrice STAMBUL signale qu'il existe un amalgame entre les femmes en traitement de substitution et les toxicomanes chez les personnes des services sociaux.

Laurence SIMMAT-DURAND souligne le rôle des réseaux de périnatalité en cours de mise en place. Dans certains pays, il existe des sages-femmes référentes drogues ; par exemple, en Angleterre depuis 1995, elles accompagnent la mère pendant la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant et font la liaison avec l'école si besoin. En France, les expériences sont peu publiées.

Béatrice STAMBUL considère qu'il faut associer distribution de matériels, traitement de substitution et aide à l'accompagnement à la prise des traitements psychotropes. Au niveau du bus méthadone avec les personnes en immense précarité, comorbides, les résultats sont tout à fait probants avec une meilleure observance des traitements lorsqu'ils sont confiés aux travailleurs de l'association.

Fabrice PEREZ, de l'association Techno+, demande si des recommandations ont été formulées concernant les mineurs.

Laurence SIMMAT-DURAND répond par la négative. Si l'émergence de groupes de mineurs a été repérée, au titre des constats, aucune recommandation ne les vise spécifiquement.

Elisabeth AVRIL, de l'association Gaïa Paris, souligne la faiblesse des aides apportées aux associations intervenant auprès des populations migrantes, pour lesquelles la barrière de la langue s'ajoute aux difficultés de prise en charge existant pour d'autres populations.

Jean-François CORTY, de Médecins du Monde, insiste sur l'augmentation de la demande émanant de ces populations vulnérables, souvent exposées à des traumatismes additionnels du fait de leur situation de migration. Il existe donc un enjeu majeur autour de cette population.

Jean-Michel COSTES précise que cette population n'a pas été oubliée par le groupe d'experts. Ces derniers plaident notamment, dans leur rapport, pour le développement du travail de rue et des équipes de médiation.

Martine LACOSTE, de l'association Anitea/Clémence Isaure, signale l'intérêt d'une expérimentation en cours, à l'initiative de *Housing First*, à Toulouse,

Marseille et Lille. Elle consiste notamment à appliquer les principes de réduction des risques à des personnes présentant des problématiques d'errance, d'addiction et des problématiques de psychiatrie. Les résultats de cette expérimentation seront donc particulièrement intéressants.

Lia CALVACANTI, de l'association Ego, évoque une question fondamentale au sujet des populations migrantes. Le travail des associations ne se résume pas au travail de prise de contact. Comment faire cohabiter dans un espace restreint des populations avec des modes de consommation singuliers et avec une extrême intolérance à se supporter les uns les autres, étant toujours au bord de l'affrontement ? Les difficultés sont immenses, les conflits sont quotidiens et massifs. Comment accueillir ? Il faut des liens entre politique de réduction des risques et autres politiques publiques. Ce sont des nouveaux défis pour lesquels les associations ne sont pas outillées.

Comment promouvoir l'évaluation de nouveaux outils et approches

Présentation des experts : Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Anne GUICHARD et Christian BEN LAKHDAR

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et membre du groupe d'experts, souligne la nécessité, pour les experts, de partir des besoins des usagers de drogues afin d'adapter les outils qui leur seront proposés. En France, la réduction des risques a été pensée autour du modèle de l'héroïnomane injecteur, ce qui constitue une approche « minimale » et peu évolutive de la réduction des risques. L'inhalation de crack et l'injection de la BHD constituent de nouvelles sources infectieuses et entraînent d'autres effets sur la santé. Les études menées en France montrent que l'utilisation détournée de BHD sous forme d'injection concerne 15 % des patients sous traitement. À cause des excipients, l'injection peut conduire à des complications autour du site d'injection mais aussi à d'autres complications sanitaires graves. Les experts proposent que la composition des kits d'injection soit revue et prenne en compte la diversité des pratiques des usagers, afin de proposer un matériel de prévention adapté à la réalité des usages. L'utilisation des filtres à usage unique est à évaluer dans la panoplie des mesures de réduction des risques.

L'augmentation de la consommation de stimulants (cocaïne, crack) doit aussi être prise en compte. Selon les enquêtes, la consommation de crack peut concerner jusqu'à un tiers des usagers de drogues. Le « sur-risque » du VHC, lié à l'utilisation de crack, observé sur le terrain, est validé par la littérature internationale. Par ailleurs, la population des usagers de crack cumule les facteurs de vulnérabilité sociale, économique et sanitaire qui se renforcent mutuellement.

Le groupe d'experts recommande de prendre en compte l'évolution des pratiques d'usages et de consommation de substances pour améliorer les mesures existantes et diffuser de nouveaux outils (tels que les kits d'inhalation pour le crack). Le groupe recommande également d'évaluer l'ensemble de ces nouveaux outils avec une approche scientifique, afin de disposer d'outils validés et pouvant bénéficier de financements publics sur le long terme.

S'agissant de la prévention du passage à l'injection et des modes d'administration à moindre risque, la littérature montre que l'initiation constitue une période particulièrement sensible et critique. La prévention du passage à l'injection et la promotion de modes d'administration à moindre risque constituent des approches complémentaires au dispositif de réduction des risques actuel. Le groupe d'experts recommande de développer des interventions brèves du type *Break the cycle*, certaines impliquant les pairs et qui permettent de se focaliser sur les aspects individuels et sociaux de l'injection, notamment au cours de l'injection.

La France a adopté une vision intégrationniste de la réduction des risques, créant une forte opposition entre les approches de réduction des risques et celles centrées sur la sortie de la dépendance. Le groupe d'experts propose de promouvoir une vision gradualiste de la réduction des risques, qui crée un continuum et non une opposition entre ces approches, prenant mieux en compte les besoins des usagers de drogues en fonction de leurs trajectoires. Le groupe d'experts recommande donc de développer à la fois des interventions brèves avec pour objectifs la prévention du passage à l'injection, la réduction des risques liés à l'injection ou la transition vers d'autres modes d'administration à moindre risque.

Du point de vue du projet thérapeutique, la France se caractérise par une vision centrée sur la dimension sanitaire et médicale de la réduction des risques. Le groupe d'experts recommande une plus grande prise en compte de la dimension chronique de la dépendance, de la durée du traitement et des étapes de cette prise en charge, à travers la mise en place d'un véritable projet thérapeutique. Une actualisation régulière de la situation des individus et des objectifs du traitement au cours des contacts doit être effectuée avec le médecin afin d'optimiser la prise en charge, éviter les « mésusages » et envisager les sorties de la dépendance.

Le groupe d'experts recommande d'adapter le traitement de la dépendance aux besoins identifiés du patient et pour cela de pouvoir diversifier les options thérapeutiques y compris l'héroïne médicalisée, pour disposer d'une option de traitement par injection.

L'ensemble des interventions qui ont fait l'objet de recommandations doit s'inscrire dans une démarche évaluative participative et de mutualisation des savoirs, qui favorise l'engagement des acteurs concernés, en particulier l'implication des pouvoirs publics, en mettant à distance l'approche idéologique. Le groupe d'experts recommande ainsi d'évaluer différents dispositifs

intégrant plusieurs programmes en recherchant la meilleure combinaison de services, afin de répondre au mieux aux besoins des usagers et aux évolutions de leurs trajectoires. L'argument économique pouvant représenter un point fort pour le décideur public pour la mise en place de dispositifs de santé, les experts recommandent que les études d'évaluation des outils et des dispositifs de réduction des risques intègrent un volet économique, lorsque leur méthodologie le permet. Il est ainsi attendu que les outils et dispositifs de réduction des risques deviennent, dans la mesure du possible, des objets d'analyse de coût-efficacité, de coût-utilité ou de coût-bénéfice dans le but d'appréhender leur bien-fondé économique. Enfin, la démarche d'évaluation des stratégies de réduction des risques doit aller au-delà d'indicateurs quantitatifs en prenant en compte la qualité et l'efficacité des programmes, les dimensions de la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des interventions.

Il est également indispensable de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers de drogues pour penser l'évolution de la réduction des risques, qui favorise la responsabilité des individus concernés. Le groupe d'experts propose ainsi de privilégier des recherches articulant des approches qualitative et quantitative, permettant d'aborder les contextes d'existence, les modes et parcours de vie des usagers, afin de cerner leurs besoins et d'y répondre par des interventions adaptées.

Le groupe d'experts recommande que le budget alloué aux actions et structures dans le champ des addictions comprenne une part réservée à l'évaluation et à la recherche prenant en compte le point de vue des usagers et intègre des représentants des usagers dans le pilotage des enquêtes.

La nécessaire approche scientifique de l'évaluation de la réduction des risques doit favoriser les recherches-actions destinées à accompagner la mise à disposition de ces nouveaux outils, afin que les usagers puissent en bénéficier de manière précoce.

Débat

Maryse BELLUCI DRICOT, déléguée régionale de SOS Drogue International, estime que l'opinion « populaire » constitue un des freins au développement de la réduction des risques. Cet aspect doit donc être pris en compte.

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE confirme que, dans le cadre de la mise en place de CIS, le point de vue des riverains doit être pris en compte. Il faut aller plus loin, car l'opinion publique témoigne parfois d'une méconnaissance des tenants et aboutissants d'une approche de réduction des risques.

Lia CAVALCANTI, de l'association Espoir Goutte d'Or, estime que la temporalité de l'évaluation des outils constitue un aspect déterminant. Elle rappelle que l'hypothèse d'une contamination au VHC par inhalation de crack est longtemps restée inaudible par les pouvoirs publics et par les chercheurs. Cela l'a conduite à s'adresser en vain, pendant trois ans, aux différentes administrations concernées, bien que les résultats d'un groupe « focus »

composé d'usagers, selon les principes de la recherche-action, aient démontré dès 2000 la possibilité de cette contamination. Néanmoins, aucun financement n'a pu être obtenu et dix ans ont été perdus du point de vue de la réduction de ce risque.

Maryse BELLUCI DRICOT, de l'association SOS Drogue International, souligne que l'expertise collective met l'accent sur l'utilité de la recherche-action, qui doit permettre de prendre en compte plus rapidement, dans les pratiques, les enseignements de programmes de recherche.

Fabrice OLIVET, de l'association Asud, souligne que l'opposition entre la réduction des risques et le soin, qui a longtemps prévalu, doit être dépassée. Force est de constater, néanmoins, qu'elle continue de dominer les représentations de nombreux acteurs.

Danielle BADER LEDIT, du Réseau des microstructures médicales (Espace Indépendance), note qu'il est question, dans les recommandations des experts, de mesurer l'efficacité du dispositif de réduction des risques. Elle demande quels critères (nombre d'incarcérations, évolution des hospitalisations...) pourront être retenus pour effectuer cette mesure.

Christian BEN LAKHDAR, de l'Université Catholique de Lille et membre du groupe d'experts, observe que l'argument économique, s'il est important, ne constitue pas le seul levier permettant de convaincre les pouvoirs publics. Or la preuve scientifique est d'autant plus forte qu'elle porte sur un champ limité.

Jean-Michel COSTES signale également qu'un outil d'évaluation (accessible sur le site de l'Observatoire) a été élaboré à la demande de la Direction générale de la santé concernant la partie conceptuelle de l'approche de réduction des risques.

Laurent EL GHOZI considère que l'évaluation de l'efficacité d'une démarche de réduction des risques ne peut exclure une dimension sociétale. Si les données épidémiologiques sont certes plus faciles à mesurer que l'évolution du niveau de bien-être dans un quartier, cette dimension est indispensable pour convaincre les élus locaux et les décideurs. Ni l'épidémiologie du VHC ni l'évolution du nombre d'overdoses ne suffiront à les convaincre.

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE fait part de son accord avec cette analyse, qui rejoint l'une des recommandations de l'expertise collective (ne pas limiter les critères d'évaluation de la réduction des risques aux indicateurs épidémiologiques).

Lia CAVALCANTI souligne que l'intérêt d'une politique de réduction des risques, du point de vue sociétal, est évident, dans la mesure où elle réduit, notamment, la délinquance directe et le nombre de réincarcérations.

Jean-Michel COSTES précise que des évaluations ont porté sur les centres d'injection supervisés (CIS). L'impact de ces derniers, en termes de baisse de

la prévalence du VHC, n'a pas été montré. En revanche, leur intérêt, en termes de facteurs de contamination, a été montré, de même que du point de vue de la sécurité publique.

Comment impulser une stratégie globale sanitaire et sociale

Présentation des experts : Pierre POLOMENI et Gwenola LE NAOUR

Pierre POLOMENI, de l'Hôpital Jean Verdier et membre du groupe d'experts, rappelle que la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, définit un cadre de référence pour les activités de réduction des risques (Art D. 3121-33 du Code de santé publique). Les dispositifs de réduction des risques (vente libre de seringues, stéribox, traitements de substitution, Caa-rud...) ont également fait l'objet, entre 1987 et 2006, de différents textes législatifs encadrant leur diffusion.

Si certains militants et intervenants, notamment au sein des associations, sont engagés de façon très spécifique dans la politique de réduction des risques, leur « isolement » peut poser problème : à l'isolement des usagers de drogues ne doit pas répondre celui des professionnels. L'enjeu est donc d'intégrer l'ensemble des acteurs dans un système de soins global. Aussi le groupe d'experts recommande de sensibiliser, former et coordonner les différents acteurs intervenant dans le champ de la réduction des risques. Cela passe notamment par le développement d'une culture commune. Cela plaide également pour l'intervention des Agences régionales de santé (ARS) en faveur de la coordination des acteurs locaux. Par ailleurs, la question de l'acceptabilité des structures demeure cruciale, au plan local. C'est pourquoi les experts ont souligné l'utilité d'évaluer des programmes de médiation.

Une autre recommandation vise à promouvoir une recherche coordonnée en santé publique dans le domaine des addictions et de la réduction des risques. Cela passe notamment par l'évaluation des besoins de recherche, l'ouverture d'appels d'offres ainsi que par la prise en compte du point de vue des usagers et l'intégration de leurs représentants dans le pilotage des enquêtes.

Enfin, le groupe d'experts souhaite que soit promue une stratégie globale de réduction des inégalités sociales de santé. Plusieurs recommandations en découlent, notamment la surveillance de la couverture des besoins en matériel d'injection, le développement des programmes d'échange de seringues et la rénovation de matériels obsolètes. Il s'agit également de poursuivre le développement des structures destinées aux usagers les plus marginalisés et de renforcer les liens entre différents programmes (PES, TSO...), dans un souci de cohérence globale du dispositif. Enfin, les experts soulignent la nécessaire articulation des différentes politiques publiques, afin que leur traduction

concrète ne vienne pas contrecarrer les effets positifs de l'approche de réduction des risques.

Débat

Fabrice PEREZ, de l'association Techno+, déplore l'absence – apparente – de prise en compte des usages festifs dans l'analyse des experts, alors que des travaux sont menés depuis 15 ans dans ce champ et qu'il existe une littérature relativement abondante sur le sujet. Il demande également si des recommandations portent sur l'évolution du cadre légal (notamment concernant la facilitation d'usage et la détention de produits dans le cadre des dispositifs d'analyse de drogues...).

Pierre POLOMENI convient que les experts n'ont pu embrasser tous les aspects spécifiques de la réduction des risques.

Anne COPPEL se félicite de l'élaboration d'un diagnostic commun qui transparaît dans le travail des experts. Par ailleurs, elle se dit convaincue que l'usage de drogues est à rechercher davantage, aujourd'hui, parmi les classes moyennes que dans les quartiers défavorisés ou parmi les populations marginalisées ou en grande précarité. Ce constat a bien sûr des incidences en termes de politiques de santé, par exemple pour la prévention des hépatites. Enfin, elle relève les contradictions de la politique des drogues. Plus on réprime et plus il est difficile de rentrer en relation avec les usagers et, de fait, de les protéger des hépatites et de tous les risques liés à l'usage.

Béatrice STAMBUL souligne les effets néfastes de la méconnaissance des usages en milieu festif, qui peut conduire à la diffusion de représentations erronées de la réduction des risques dans la population.

Fabrice OLIVET considère qu'il faut dissocier la prise en compte des usages en milieu festif de la notion de « populations cachées », qui renvoie plutôt au constat selon lequel des individus « sur-insérés » sont plus soucieux que d'autres de cacher leur usage de drogues.

Florence SEBAOUN, du Csapa « 110 Les Halles », constate, à la lumière des études menées sur les usages cachés de la cocaïne, que les usages festifs apparaissent toujours, à un moment ou à un autre, dans le parcours de consommation des individus. Il ne s'agit donc pas d'un aspect « périphérique ». Une enquête avait également montré que le milieu festif ne se réduisait pas au milieu alternatif « techno » et que l'usage de drogues se développait, par exemple, dans le cadre de soirées privées.

Laurent El GHOZI, Président de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires », reconnaît le travail des experts et s'interroge sur la manière et la possibilité de passer d'une reconnaissance scientifique à une décision politique. Il est convaincu qu'il est nécessaire de travailler au niveau des territoires avec les décideurs locaux (élus locaux, forces de l'ordre, préfecture...).

Évoquant le phénomène de « *binge drinking* », Jean-Pierre COUTERON de l'Anitea, met en exergue les nombreux points communs qui se font jour dans les usages « festifs » ou récréatifs de certains produits, qu'ils soient licites ou illicites (psychostimulants, alcool...), ce qui plaide en faveur de l'approche « gradualiste » que défend le groupe d'experts dans son rapport. En ce qui concerne la recherche, il ne faut pas qu'elle soit en permanence opposée à l'expérimentation initiale ; c'est parce que des acteurs de terrain ont mis en œuvre des expérimentations et les ont confrontées à la recherche que des actions intéressantes se sont faites. L'expérimentation sociale, la recherche action sont à prendre en compte au même titre que la recherche académique.

Fabrice PEREZ note que l'intitulé du rapport « Réduction des risques chez les usagers de drogues » n'évoque pas la notion de risques infectieux.

Marie DEBRUS, de Médecins du Monde, s'inquiète également d'un risque de confusion due à un manque de clarté du titre. Certes, les dispositifs tels que l'analyse de drogues sont beaucoup plus difficilement évaluables car ils s'attachent à juger des éléments difficilement mesurables. Néanmoins, des études ont été publiées. Médecins du Monde a tenté d'évaluer son dispositif de reconnaissance présomptive de produits et souhaiterait aujourd'hui évaluer l'intérêt de son dispositif par chromatographie sur couche mince. Elle regrette que ces outils ne soient pas plus « portés » et qu'ils ne soient pas évoqués dans ce rapport alors qu'ils permettent d'accéder à des populations que l'on ne voit pas ailleurs. Elle souhaiterait une précision quant au titre du rapport « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues » afin qu'il n'y ait pas de confusion et pour ne pas porter préjudice à une partie de la réduction des risques qui ne serait pas incluse dans ce rapport.

Clôture de la rencontre

Gérard BREART, directeur de l'Institut thématique Santé publique, remercie l'ensemble des intervenants pour leur contribution. Il souligne que les éléments présentés ce jour ne constituent nécessairement qu'une sélection du rapport de l'expertise collective.

Étaient présents : Julie-Emilie ADES (OFDT), Elisabeth ALIMI (Inserm), Marguerite ARENE (Dases, Ville de Paris), Elisabeth AVRIL (Gaïa Paris), Danièle BADER-LEDIT (Espace Indépendance), Philippe BARREAU (Ministère de l'Intérieur), Pierre-Yves BELLO (Drass), Maryse BELLUCCI DRICOT (SOS Drogue International), Christian BEN LAKHDAR (Université Catholique de Lille), Mustapha BENSLIMANE (Nova Dona), Bernard BERTRAND (Association Salles de consommation à moindre risque), Nicolas BONNET (Respadd), Gérard BREART (Inserm), Anthony BROUARD (Aides), Agnès CADET-TAÏROU (OFDT), Tommy CAROFF (Techno+), Lia CAVALCANTI (Espoir Goutte d'Or), Pierre CHAPPARD (Act Up, Paris), Anne COPPEL (AFR), Jean-Francois CORTY (Médecins du Monde), Jean-Michel COSTES (OFDT), Jean-Pierre COUTERON (Anitea), Philippe DE BRUYN (Direction générale de la santé), Marie DEBRUS (Médecins du Monde),

Dominique DEUGNIER (Mildt), Catherine DUPLESSY (Safe), Thomas DUSOUCHET (Gaïa Paris), Laurent EL GHOZI (Élus, Santé publique et Territoires), Grégory EMERY (Espace éthique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), Jeanne ETIEMBLE (Inserm), Françoise FACY (Inserm), Alexandre FARNAULT (Mairie de Paris), Patrick FAVREL (SOS Hépatites), Khady FLORENT (Crips Île-de-France), Géraldine FRANCK (SOS Drogue International), Cécile GOMIS (Inserm), Chantal GRELLIER (Inserm), Anne GUICHARD (Inpes), Marie-Emmanuelle GUILLAUME (Csapa/ACT – SOS Drogue International 75 « Confluences »), Aurélie HAAS (Aides), Sandrine HALFEN (ORS Île-de-France), Albert HERSZKOWICZ (Direction générale de la santé), Delphine JARRAUD (Anpaa), Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (InVS), Aram KAVCIYAN (Centre Médical Marmottan), Martine LACOSTE (Association Clémence Isaure), Christine LARSEN (InVS), Lionel LAVIN (Direction générale de la santé), Gwenola LE NAOUR (Université Lyon 2), Marie-Christine LECOMTE (Inserm), Martine LEVINE (Mairie de Paris), Pierre LEYRIT (Coordination Toxicomanies), Sandra LOUIS (Csapa SOS Drogue International 75 « 110 Les Halles »), Damien LUCIDARME (Hôpital Saint-Philibert), Anne MIGNOT (Inserm), Hélène MORFINI (Direction générale de la santé), Bertrand NALPAS (Inserm), Fabrice OLIVET (Asud), Anne-Laure PELLIER (Inserm), Catherine PEQUART (Association Charonne), Fabrice PEREZ (Techno+), Philippe PERIN (Pistes), Grégory PFAU (Association Charonne), Pierre POLOMENI (Hôpital Jean Verdier), Isabelle PORTERET (ANRS), Pascale REDON (Direction générale de la santé), Brigitte REILLER (Anitea), Nathalie RICHARD (Afssaps), Aude SALAMON (Élus, Santé publique et Territoires), Barbara SCHUCH (Ined), Florence SEBAOUN (Csapa SOS Drogue International 75 « 110 Les Halles »), Laurence SIMMAT-DURAND (Inserm), Marie-Christine SIMON (ANRS), Michelle SIZORN (Sos Hépatites Paris), Olivier SMADJA (Inpes), Béatrice STAMBUL (AFR), Aurélien VITIELLO (KeepSmiling), Dominique VUILLAUME (Inserm)

Étaient excusés : Patrick BEAUVERIE (Médecins du Monde), Patrizia CARRIERI (Inserm), Karlheinz CERNY (Espace du Possible, ADNSEA, Anitea), Patrice COUZIGOU (Hôpital Haut-Lévêque), Patrick DAIME (Anpaa), Françoise DUBOIS-ARBER (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne), Patrick GREGORY (Aides), Milie LE SAUX (Visa 94 Caarud), Nicole MAESTRACCI (Fnars, TGI de Melun), Laurent MICHEL (Hôpital Emile Roux), André-Jean REMY (Hôpital Saint-Jean)

Annexes

Expertise collective Inserm : éléments de méthode

L'Expertise collective Inserm¹²⁸ apporte un éclairage scientifique sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique. L'Expertise collective Inserm doit être considérée comme une étape initiale, nécessaire mais le plus souvent non suffisante, pour aboutir aux prises de décision. Les conclusions apportées par les travaux d'expertise collective contribuent, mais ne peuvent se substituer, au débat des professionnels concernés ou au débat de société si les questions traitées sont particulièrement complexes et sensibles.

L'Expertise collective Inserm peut être complétée, à la demande d'un commanditaire, par une expertise « opérationnelle » qui s'intéresse à l'application des connaissances et recommandations en tenant compte de facteurs contextuels (programmes existants, structures, acteurs, formations...). Ce type d'expertise sollicite la participation d'acteurs de terrain susceptibles de répondre aux aspects de faisabilité, de représentants d'administrations ou institutions chargées de promouvoir les applications dans le domaine concerné, d'experts ayant participé aux expertises, de représentants d'associations de patients. La mise en commun de cultures et d'expériences variées permet une approche complémentaire à l'expertise collective dans un objectif d'opérationnalité. De même, différents travaux (recommandations de bonnes pratiques, audition publique...) conduits sous l'égide de la Haute autorité de santé (HAS) peuvent faire suite à une expertise collective Inserm.

L'expertise collective est une mission de l'Inserm depuis 1994. Une soixantaine d'expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé. L'Institut est garant des conditions dans lesquelles l'expertise est réalisée (exhaustivité des sources documentaires, qualification et indépendance des experts, transparence du processus).

Le Centre d'expertise collective Inserm organise les différentes étapes de l'expertise depuis la phase d'instruction jusqu'aux aspects de communication du rapport avec le concours des services de l'Inserm. L'équipe du Centre d'expertise collective constituée d'ingénieurs, de chercheurs et d'un secrétariat assure la recherche documentaire, la logistique et l'animation des réunions d'expertise, et contribue à la rédaction scientifique et à l'élaboration des produits de l'expertise. Des échanges réguliers avec d'autres organismes

128. Label déposé par l'Inserm.

publics (EPST) pratiquant le même type d'expertise collective ont permis de mettre en place des procédures similaires.

Instruction de la demande

La phase d'instruction permet de définir la demande avec le commanditaire, de vérifier qu'il existe bien une littérature scientifique accessible sur la question posée et d'établir un cahier des charges qui précise le cadrage de l'expertise (état des lieux du périmètre et des principales thématiques du sujet), sa durée et son budget à travers une convention signée entre le commanditaire et l'Inserm.

Au cours de cette phase d'instruction sont également organisées par l'Inserm des rencontres avec les associations de patients pour prendre connaissance des questions qu'elles souhaitent voir traitées et des sources de données dont elles disposent. Ces informations seront intégrées au programme scientifique de l'expertise. Pour certains sujets, un échange avec des partenaires industriels s'avère indispensable pour avoir accès à des données complémentaires inaccessibles dans les bases de données.

Mise en place d'un comité de suivi et d'une cellule d'accompagnement de l'expertise

Un comité de suivi constitué de représentants du commanditaire et de l'Inserm est mis en place. Il se réunit plusieurs fois au cours de l'expertise pour suivre la progression du travail des experts, évoquer les difficultés éventuelles rencontrées dans le traitement des questions, veiller au respect du cahier des charges et examiner d'éventuels nouveaux éléments du contexte réglementaire et politique utiles pour le travail en cours. Le comité est également réuni en fin d'expertise pour la présentation des conclusions de l'expertise avant l'établissement de la version finale du rapport.

Pour les expertises traitant de sujets sensibles, une cellule d'accompagnement est également mise en place qui réunit des représentants de la Direction générale de l'Inserm, du conseil scientifique, du comité d'éthique de l'Inserm, du département de la communication, des chercheurs en sciences humaines et sociales et des spécialistes d'histoire des sciences. Cette cellule a pour rôle de repérer au début de l'expertise les problématiques susceptibles d'avoir une forte résonance pour les professionnels concernés et pour la société civile et de suggérer l'audition de professionnels des domaines connexes, de représentants de la société civile et d'associations de patients. En bref, il s'agit de prendre la mesure de la perception que les différents destinataires pourront avoir de l'expertise. Avant la publication de l'expertise, la cellule d'accompagnement porte une attention particulière à la façon dont la synthèse et les recommandations sont rédigées incluant si nécessaire l'expression de différents points de vue. En aval de l'expertise, la cellule a pour mission de

renforcer et d'améliorer la diffusion des résultats de l'expertise en organisant par exemple des colloques ou séminaires avec les professionnels du domaine et les acteurs concernés ou encore des débats publics avec les représentants de la société civile. Ces échanges doivent permettre une meilleure compréhension et une appropriation de la connaissance issue de l'expertise.

Réalisation de la recherche bibliographique

Le cahier des charges, établi avec le commanditaire, est traduit en une liste exhaustive de questions scientifiques correspondant au périmètre de l'expertise avec l'aide de scientifiques référents du domaine appartenant aux instances de l'Inserm. Les questions scientifiques permettent d'identifier les disciplines concernées et de construire une arborescence de mots clés qui servira à une interrogation systématique des bases de données biomédicales internationales. Les articles et documents sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions scientifiques constituent la base documentaire qui sera transmise aux experts. Il sera demandé à chacun des membres du groupe de compléter tout au long de l'expertise cette base documentaire.

Des rapports institutionnels (parlementaires, européens, internationaux...), des données statistiques brutes, des publications émanant d'associations et d'autres documents de littérature grise sont également repérés (sans prétention à l'exhaustivité) pour compléter les publications académiques et mis à la disposition des experts. Il leur revient de prendre en compte, ou non, ces sources selon l'intérêt et la qualité des informations qu'ils leur reconnaissent. Enfin, une revue des principaux articles de la presse française est fournie aux experts au cours de l'expertise leur permettant de suivre l'actualité sur le thème et sa traduction sociale.

Constitution du groupe d'experts

Le groupe d'experts est constitué en fonction des compétences scientifiques nécessaires à l'analyse de l'ensemble de la bibliographie recueillie et à la complémentarité des approches. L'Expertise collective Inserm étant définie comme une analyse critique des connaissances académiques disponibles, le choix des experts se fonde sur leurs compétences scientifiques, attestées par leurs publications dans des revues à comité de lecture et la reconnaissance par leurs pairs. La logique de recrutement des experts fondée sur leur compétence scientifique et non leur connaissance du terrain est à souligner, dans la mesure où il s'agit d'une source récurrente de malentendus lors de la publication des expertises.

Les experts sont choisis dans l'ensemble de la communauté scientifique française et internationale. Ils doivent être indépendants du partenaire commanditaire de l'expertise et de groupes de pression reconnus. La composition du groupe d'experts est validée par la Direction générale de l'Inserm.

Plusieurs scientifiques extérieurs au groupe peuvent être sollicités pour apporter ponctuellement leur contribution sur un thème particulier au cours de l'expertise.

Le travail des experts dure de 12 à 18 mois selon le volume de littérature à analyser et la complexité du sujet.

Première réunion du groupe d'experts

Avant la première réunion, les experts reçoivent un document explicatif de leur mission, le programme scientifique (les questions à traiter), le plan de travail, la base bibliographique de l'expertise établie à ce jour ainsi que les articles qui leur sont plus spécifiquement attribués selon leur champ de compétence.

Au cours de la première réunion, le groupe d'experts discute la liste des questions à traiter, la complète ou la modifie. Il examine également la base bibliographique et propose des recherches supplémentaires pour l'enrichir.

Analyse critique de la littérature par les experts

Au cours des réunions, chaque expert est amené à présenter oralement son analyse critique de la littérature sur l'aspect qui lui a été attribué dans son champ de compétence en faisant la part des acquis, incertitudes et controverses du savoir actuel. Les questions, remarques, points de convergence ou de divergence suscités par cette analyse au sein du groupe sont pris en considération dans le chapitre que chacun des experts rédige. Le rapport d'analyse, regroupant ces différents chapitres, reflète ainsi l'état de l'art dans les différentes disciplines concernées par le sujet traité. Les références bibliographiques utilisées par l'expert sont citées au sein et en fin de chapitre.

Synthèse et recommandations

Une synthèse reprend les grandes lignes de l'analyse de la littérature et en dégage les principaux constats et lignes de force. Certaines contributions d'intervenants extérieurs au groupe peuvent être résumées dans la synthèse.

Cette synthèse est plus spécifiquement destinée au commanditaire et aux décideurs dans une perspective d'utilisation des connaissances qui y sont présentées. Son écriture doit donc tenir compte du fait qu'elle sera lue par des non scientifiques.

Dès la publication du rapport, cette synthèse est mise en ligne sur le site Web de l'Inserm. Elle fait l'objet d'une traduction en anglais qui est accessible sur le site du NCBI/NLM (*National Center for Biotechnology Information* de la *National Library of Medicine*) et Sinapse (*Scientific INformation for Policy Support in Europe*, site de la Commission Européenne).

À la demande du commanditaire, certaines expertises collectives s'accompagnent de « recommandations ». Deux types de « recommandations » sont formulés par le groupe d'experts. Des « principes d'actions » qui s'appuient sur un référentiel scientifique validé pour définir des actions futures en santé publique (essentiellement en dépistage, prévention et prise en charge) mais qui en aucun cas ne peuvent être considérés comme des recommandations « opérationnelles » dans la mesure où les éléments du contexte économique ou politique n'ont pas été pris en compte dans l'analyse scientifique. Des « axes de recherche » sont également proposés par le groupe d'experts pour combler les lacunes de connaissances scientifiques constatées au cours de l'analyse. Là encore, ces propositions ne peuvent être considérées comme des recherches « prioritaires » sans une mise en perspective qu'il revient aux instances concernées de réaliser.

Lecture critique du rapport et de la synthèse par des grands « lecteurs »

Pour certaines expertises traitant de sujets sensibles, une note de lecture critique est demandée à plusieurs grands « lecteurs » choisis pour leurs compétences scientifiques ou médicales, exerçant des fonctions d'animation ou d'évaluation dans des programmes de recherche français ou européens ou encore participant à des groupes de travail ministériels. De même, le rapport et la synthèse (et recommandations) peuvent être soumis à des personnalités ayant une bonne connaissance du « terrain » et susceptibles d'appréhender les enjeux socioéconomiques et politiques des connaissances (et propositions) qui sont présentées dans l'expertise.

Présentation des conclusions de l'expertise et mise en débat

Un séminaire ouvert à différents milieux concernés par le thème de l'expertise (associations de patients, associations professionnelles, syndicats, institutions...) permet une première mise en débat des conclusions de l'expertise. C'est à partir de cet échange que peut être établie la version finale du document de synthèse intégrant les différents points de vue qui se sont exprimés.

Liste chronologique des principaux textes sur la prise en charge de la toxicomanie et de la réduction des risques

- **Loi n° 70-1320** relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (J.O du 2 janvier 1971).

Juin 1984 : premier cas de sida diagnostiqué en France chez les usagers de drogues

- **Décret n° 87-328 du 13 mai 1987** (à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la Santé) portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 et expérimente ainsi, pour une durée de 1 an, la mise en vente libre des seringues pour les personnes majeures.
- **Décret n° 89-560 du 11 août 1989** : l'article 2 du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 est abrogé. La vente libre des seringues pour les personnes majeures est définitivement acquise.
- **Décret n° 92-590 du 29 juin 1992** : relatif à la création des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).
- **Décret n° 95-255 du 7 mars 1995** modifiant à nouveau le décret du 13 mars 1972 : les associations à but non lucratif et les personnes physiques menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues, sont autorisées à délivrer des seringues stériles.
- **Arrêté du 7 mars 1995** relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.
- **Circulaire n° 37 du 12 avril 1995** (4 annexes) relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile, signée par Simone Veil et Philippe Douste-Blazy. Il est demandé aux services déconcentrés d'accentuer leurs efforts et de mettre en œuvre de nouvelles actions pour :
 - favoriser la diversification des modes d'accès au matériel stérile ;
 - accompagner l'action des pharmaciens ;
 - conduire une concertation préalable avec les partenaires locaux notamment les services de l'État à la mise en place de nouveaux programmes ;
 - évaluer les actions conduites.
- **Lettre circulaire DGS/DS2/1320 du 15 octobre 1995** (2 annexes) relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.

- **Décret n° 96-494 du 7 juin 1996** instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. La définition des matériels ainsi que les conditions dans lesquelles l'aide de l'État peut être versée sont prévues dans les cahiers des charges n°1 et 2 publiés au B.O du ministère des Affaires sociales n° 96/19.
- **Arrêté du 7 juin 1996** fixant le montant unitaire de l'aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de contamination par les virus du sida et des hépatites.
- **Note d'information DGS/DS2 n° 1502 du 21 novembre 1997** sur les modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.
- **Circulaire n° 98-72 du 4 février 1998** relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998.
- **Arrêté du 10 septembre 1998** fixant le montant unitaire de l'aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par le virus du sida et des hépatites. Cet arrêté abroge celui de 1996 :
 - le montant de la subvention est réévalué pour les trousse conformes au cahier des charges n°1 et 2 ;
 - pour tenir compte de l'évolution des trousse (inclusion d'une cupule de dilution et de chauffe du produit et d'un filtre), il est créé 2 nouveaux cahiers des charges (n°3 et 4). Le montant de la subvention pour les modèles de trousse correspondants est plus élevé.
- **Loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique (article 12 codifié dans le Code de la santé publique) :
 - article L.3121-3 : le rôle de l'État en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue est affirmé ;
 - article L.3121-4 : définition de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue ;
 - article L.3121-5 prévoit : à l'alinéa 1, la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (Caarud) ; à l'alinéa 2, le financement de ces structures ; à l'alinéa 3, les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.
- **Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005** (article D.3121-33 du Code de la santé publique) : référentiel national pour les actions à mener en matière de réduction des risques.
- **Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005** relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique (art. R.3121-33 à R.3121-33-4). Il fixe les 7 missions des Caarud : accueil, soins, droits sociaux, contact, matériel de prévention, médiation, alerte.

- **Circulaire DGS/6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006** : relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des Caarud et à leur financement.
- **Arrêté du 16 janvier 2006** fixant le rapport d'activité type des Caarud.
- **Lettre-circulaire du ministre de la Santé et des Solidarités aux directeurs des Caarud du 4 décembre 2006** : le ministre demande à ces structures de faire tout particulièrement porter leurs efforts sur les actions prévenant les contaminations des usagers de drogues par les virus des hépatites B et C.
- **Loi du 2 janvier 2002** : création de Csapa qui rassemblent dans un cadre juridique unique les CCAA (centres de cure ambulatoires en alcoologie) et les CSST (centres de soins spécialisés pour toxicomanes).
- **LFSS 2007 du 21 décembre 2006** prévoyant le financement des Csapa.
- **Décret du 14 mai 2007** : définit les missions des Csapa, parmi lesquelles figure la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

