

Julien Emmanuelli

**Contribution à l'évaluation
de la politique de réduction
des risques SIAMOIS**

***Système d'Information sur l'Accessibilité au
Matériel Officinal d'Injection et de Substitution***



**Description, analyse et mise en perspective
des données de ventes officinales de seringues
et de produits de substitution en France de 1996 à 1999**

Sommaire

Introduction	5
Présentation de la politique de réduction des risques RDR	7
La notion de risques	7
Risques sanitaires	7
Risques infectieux	7
Risques somatiques non infectieux	7
Risques sociaux	8
Risques sociaux liés aux milieux de l'usager de drogues	8
Cadre et organisation de la politique de réduction des risques en France	10
Acteurs et structures de réduction des risques	10
Hypothèses sur les modes de recours au dispositif de réduction des risques	12
Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais de SIAMOIS	15
Présentation de SIAMOIS	15
Données de ventes de seringues stériles et de produits de substitution (InVS/GERS)	16
Données de morbidité, de mortalité et d'interpellations policières chez les UDIV (InVS/OCRTIS)	17
Description des indicateurs de SIAMOIS et de leur évolution	17
Evolution de la mise en œuvre de la politique d'accessibilité au matériel d'injection avec confrontation aux indicateurs comportementaux et infectieux	17
Une offre de seringues toujours plus importante	17
Des indicateurs comportementaux et infectieux qui diminuent et/ou se maintiennent à un niveau encore préoccupant	20
Evolution de la mise en œuvre de la politique de substitution avec confrontation aux données d'Infraction à la Législation sur les Stupéfiants et d'overdoses mortelles	26
Un essor des traitements de substitution sans précédent	26
Des indicateurs d'usage et de risques mortels liés à l'usage en nette régression	29
Conclusion	37
Annexe 1 : Les trousse de prévention	39
Annexe 2 : Les programmes d'échange de seringues	40
Annexe 3 : Les automates et les récupérateurs simples	41
Annexe 4 : Les lieux d'accueil pour les toxicomanes	42
Annexe 5 : Principaux résultats de l'enquête auprès des UDIV fréquentants les PES	43
Annexe 6 : Extractions possibles à partir de SIAMOIS	45
Annexe 7 : Situation de l'accessibilité au matériel d'injection stérile et aux produits de substitution au premier semestre 2000 (janvier-juin 2000)	47
Annexe 8 : Les disparités régionales en analyse de correspondance factorielle	49
Annexe 9 : Les disparités départementales en analyse de correspondance factorielle	52

Sommaire

Introduction

Depuis une dizaine d'années, s'est développée en France une politique de santé dite de « réduction des risques » (RDR) dont l'objectif est de prévenir la survenue de problèmes sanitaires et sociaux découlant de l'usage de drogues, notamment les infections par les virus du Sida et des hépatites liées au partage de seringues chez les Usagers de Drogue IntraVeineux (UDIV). Initialement, ce terme recouvre une palette d'actions pragmatiques mises en œuvre en direction des usagers qui ne peuvent renoncer à prendre de la drogue par voie injectable. Ces interventions contribuent principalement à l'amélioration de l'accès aux seringues stériles par le biais des pharmacies ou des associations de lutte contre le sida. Plus indirectement, elles concourent à l'abandon de la toxicomanie, ou tout du moins de l'usage de drogues par voie veineuse, en incitant par exemple au recours aux traitements de substitution. Elles consistent également à favoriser l'association d'usagers de drogues, à les orienter vers des structures de prise en charge, et à les informer des risques auxquels l'usage les expose et des moyens de s'en protéger. Enfin, en facilitant l'accès des UDIV aux préservatifs, cette politique cherche également à prévenir la propagation de VIH par voie sexuelle: en effet, le risque de diffusion de l'infection du groupe des usagers de drogues vers la population hétérosexuelle dans son ensemble est lié à haute prévalence du VIH chez les UDIV et se marque dans la proportion de cas hétérosexuels pour lesquels le partenaire est identifié comme UDIV.¹

En France, le risque de transmission du VIH lors du partage des seringues est connu des UDIV et ce partage a considérablement diminué depuis quelques années. Par ailleurs, l'incidence du VIH semble plus faible chez les usagers ayant commencé à se droguer après les premières mesures d'accessibilité accrue aux seringues stériles en pharmacie. Ce type de prévention en direction des usagers de drogues ayant des effets positifs sur les pratiques à risques, et n'entraînant pas, contrairement aux idées reçues, de nouveaux cas de toxicomanie, les pouvoirs publics s'impliquent donc très largement depuis le milieu des années 90, pour en renforcer le développement et réduire encore les pratiques de partage. Concrètement, le décret de 1987 autorisant la vente libre des seringues, a été suivi par l'ouverture de programmes d'échange de seringues (PES), et la mise sur le marché de trousse de prévention vendues en pharmacie (Stéribox® en 1994). Parallèlement, l'accès des UDIV aux traitements de substitution a été largement facilité depuis la possibilité de prescription en ville de la Méthadone® (mars 1995) et du Subutex® (février 1996).

Introduction

Depuis 1996, l'InVS a engagé une série de travaux contribuant à évaluer la mise en œuvre et l'efficacité de cette politique de prévention parmi lesquelles la réalisation d'une enquête nationale menée, conjointement avec l'INSERM U88, auprès des usagers de drogues fréquentant les PES (novembre 1999), et le développement d'un système d'information (SIAMOIS) permettant de suivre depuis 1996 les ventes de seringues et de produits de substitution destinés aux usagers de drogues sur l'ensemble des pharmacies françaises.

Nous ne présenterons dans le tome I de ce rapport que les grandes tendances qui se dégagent du suivi de 1996 à 1999 de la vente en pharmacie d'outils de réduction des risques et de la triangulation de ces données avec des indicateurs de risques socio-sanitaires liés à la toxicomanie. Le détail commenté de ce suivi (ensemble des données brutes et des données raffinées par région et par département) fait l'objet d'un tome II à l'attention plus particulière des acteurs locaux (autorités sanitaires, intervenants de terrain, gestionnaires de projets de RDR) qui ont besoin de données objectives pour impulser, évaluer et coordonner des actions de réduction des risques sur leur zone d'activité.

¹ 12% (1256/10524) des cas de Sida chez les hétérosexuels déclarés en France au 31/12/1999.

Présentation de la politique de réduction des risques

La notion de risques

En préliminaire, il importe de définir à quels risques (sanitaires, sociaux) et à quel type de prévention (primaire, secondaire) renvoie la notion de réduction des risques (**tab. 1**).

Risques sanitaires

Risques infectieux

Selon que l'infection à laquelle ils exposent est transmissible ou non, ces risques qui concernent toujours l'usager injecteur, peuvent également constituer un risque de contamination pour son entourage (partenaires d'injection, partenaires sexuels, enfants à naître de mère s'injectant des produits ou partenaires d'usager de drogues).

Il s'agit surtout des **maladies transmissibles d'origine virale** tels le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les virus de l'hépatite B (VHB) et C (VHC) qui ont en commun de se transmettre sur un mode épidémique au sein (par voie I.V) et au delà (par voie sexuelle) de la population des usagers de drogues : 15 à 20 % des UDIV seraient séropositifs au VIH et 50 à 70 % au VHC. En 1999, on estime que les usagers de drogues représentent à peu près un quart des cas de Sida diagnostiqués depuis le début de l'épidémie de VIH² et environ un tiers des personnes contaminées par le VHC dont un certain nombre développeront des complications à type d'hépatopathie chronique ou de carcinome hépatique.

Les infections d'origine bactérienne ou fongique constituent également une autre source de risques liés à l'injection dans un contexte ne réunissant pas toutes les conditions d'asepsie. Il s'agit surtout des infections à *Streptocoque* ou à *Staphylocoque*, responsables d'abcès cutanés ou sous-cutanés, voire, en cas de dissémination systé-

mique, d'atteintes multi-viscérales à type de nécroses des membres, de péricardite, d'endocardite. Plus rarement, il peut s'agir d'une infection à *Candida Albicans* avec possibilité d'atteintes oculaires et ostéoarticulaires graves.

Risques somatiques non infectieux

Cette catégorie de risque qui ne concernent que les usagers de drogues, injectables ou non, sont liés à la nature et à la quantité du (des) produit(s) consommé(s).

Les surdoses désignent la dépression respiratoire, parfois mortelle, consécutive à la prise d'une quantité trop importante de produit, ou, dans le cas où la quantité de produit consommé ne dépasse pas son niveau habituel, lors de variations brutales de la pureté du principe actif qu'il contient³, ou encore lors de mélange de plusieurs produits dont les effets dépresseurs se potentialisent réciproquement (association poly-médicamenteuse⁴, alcoolisation concomitante).

Les chocs anaphylactiques, également appelées « poussières » par les usagers injecteurs de drogues, seraient dus à certains germes (*streptocoque*, *staphylocoque*, *candida*,...) et certaines substances étrangères inorganiques (produits de coupe, excipients des comprimés de médicaments écrasés) contenus dans la solution injectée et susceptibles de provoquer une réaction allergique plus ou moins violente (syndrome fébrile accompagné de douleurs musculaires diffuses, parfois de troubles vasculaires).

La morbidité liée à l'activité spécifique des produits désignent les complications aiguës autres que respiratoires, variables selon les usagers et directement en rapport avec les propriétés pharmacologiques du produit consommé (surtout psychostimulants tel que cocaïne, crack, amphétamines) :

Présentation de la politique

² Au 31/12/99, 11848 cas sur 51521 chez les UDIV hétérosexuel (23 %), 12550 cas sur 51521 si on tient compte des UDIV homo-bisexuels (24,2%). On dénombre en plus 1256 cas de sida liés à une transmission hétérosexuelle avec partenaire usager de drogues (12 % des cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle) et 204 cas de sida liés à une transmission verticale de mère usager de drogues (74 % des cas de sida avec transmission mère-enfant). Soit un total de 14010 cas de sida liés directement et indirectement à l'usage de drogue I.V (27,2%).

³ Et même à dose réduite, à l'occasion d'une première prise ou lors d'une reprise de la consommation après une période d'abstinence volontaire (sevrage) ou forcée (sortant de prisons).

⁴ Surtout en ce qui concerne le mélange Subutex® et benzodiazépines

décompensations psychiatriques, troubles cardio-vasculaires à type d'accident vasculaire cérébral, de syncope, d'hypotension, de troubles du rythme, d'infarctus, d'embolies pulmonaires ou systémiques, d'hépatopathies toxiques⁵ d'autant plus fréquentes et graves qu'elles peuvent compliquer des hépatites virales préexistantes,...).

La morbidité liée aux pratiques d'injection regroupe les complications sub-aigües ou chroniques (abcès aseptique, veinite, phlébite, sclérose veineuse, hématomes récidivants,...) survenant chez les usagers injecteurs, directement en rapport avec l'injection (fréquence, site) et d'intensité variable selon la nature du produit injecté⁶. Ces complications croissent avec l'ancienneté de la toxicomanie et peuvent entraîner des accidents graves (embolies veineuses, dissection et hémorragie artérielle,...).

Risques sociaux

La diversité des configurations sociales de la toxicomanie (tant dans la sphère du privé que dans l'espace public) et la multiplicité des interprétations auxquelles elles peuvent donner lieu, rend impossible l'inventaire précis des risques sociaux auxquels sont exposés les usagers. Dans le cadre de la politique de réduction des risques, on peut cependant identifier des contextes sociaux liés à l'usage de drogues qui en potentialisent à plus ou moins long terme les effets morbides. Par risques sociaux, on entend les risques, autres que sanitaires :

- que la drogue fait encourir aux usagers de drogues (distorsion des liens sociaux) et parfois à l'ordre public (actes délinquants),
- qui renforcent les risques sanitaires du fait de la marginalisation et de la rupture d'avec le droit commun qu'ils peuvent engendrer,
- mais qu'une catégorie d'interventions sanitaires (accueil et écoute, orientation vers des structures de soins généralistes ou spécialisés, mise sous traitements de substitution) peut participer à réduire en stabilisant médicalement l'usager dans le but de faciliter secondairement un travail social (et, si besoin, psychologique).

Pratiquement, la notion de dépendance de l'usager renvoie également à un produit et à un milieu. Par milieu, on entend les réseaux sociaux au sein desquels l'usager se procure et consomme ses produits (dont les « scènes ouvertes » comme le Platzpitz de

Zurich ou la zone autour de la station Stalingrad à Paris ont à leur époque constituées une version visible). Mais l'usage de drogues pouvant finir par précipiter les rapports de l'usager avec son entourage dans une spirale d'effets négatifs agissant les uns sur les autres, il est préférable d'étendre cette définition aux milieux affectifs, professionnels, institutionnels, pourvoyeurs à leur tour et le plus souvent par défaut (effets d'exclusion) de nouveaux risques sociaux. En terme de réduction des risques sanitaires, les outils comme les seringues, les traitements de substitution, les structures de première ligne et le dispositif médical généraliste et spécialisé participent à faire de la prévention primaire (réduire les comportements à risque liés à l'usage de drogues pour éviter la survenue de problèmes de santé) ou secondaire (atténuer les conséquences morbides de ces comportements). Mais, en tant qu'interventions de santé visant également à restaurer et/ou à consolider un lien sans lequel l'impact de ces actions de prévention primaire et secondaire risque de s'émousser, ces outils aident certains usagers à recouvrir le droit commun. Dans cette perspective, la réduction plus générale des risques d'exclusion inhérents à la toxicomanie, permet également de lutter contre l'apparition (renforcement de la prévention primaire) ou l'aggravation (renforcement de la prévention secondaire) d'un ou plusieurs autres problèmes sanitaires.

Risques sociaux liés aux milieux de l'usager de drogues

Les risques liés aux réseaux sociaux correspondent à l'influence d'un environnement humain qui, loin d'aider l'usager à « décrocher » peut le pousser plus ou moins indirectement à s'exposer aux risques sanitaires de contamination et autres : les amis, partenaires ou rencontres avec lesquels l'usager partage le produit et le matériel d'injection, le revendeur de drogues qui fournit parfois « n'importe quoi » et à l'emprise duquel il est difficile d'échapper, la police dont l'action répressive peut parfois s'exercer à l'encontre de la réduction de risque (peur de l'usager de porter une seringue neuve sur lui, ou de se la procurer sur des sites de distribution fixe ou mobile qu'il pense être sous surveillance policière).

Les risques de type affectif caractérisent l'altération ou la distorsion des relations de confiance avec la famille et les amis non toxicomanes auxquelles la recherche effrénée des produits, plus ou moins combinée à l'effet de certains traits psychologiques

⁵ En particulier le paracétamol contenu dans l'efferalgan codéïné

⁶ Complications très souvent observées avec l'injection du Subutex®

retrouvés chez de nombreux usagers (désir de s'en sortir seul sans l'aide de personne, ambivalence vis-à-vis de l'entourage) exposé. Or dans une trajectoire d'usager, cet entourage peut parfois s'avérer un soutien affectif solide, notamment vis-à-vis des risques liés à l'usage.

Les risques professionnels désignent dans leur ensemble les effets de l'usage et de la dépendance sur la capacité d'insertion et de maintien de l'usager dans le monde du travail. Parmi ces effets qui tendent à fragiliser socialement l'usager et à l'exposer d'autant plus aux risques sanitaires, on peut évoquer le salaire dilapidé en quelques jours, la perte de l'emploi, la sécurité sociale à laquelle l'usager sans travail a oublié de s'inscrire, ou les demandes de ressources de transfert pour lesquelles il n'a pas accompli toutes les démarches nécessaires,...

Enfin, les risque institutionnels sont sans doute

les plus importants dans la mesure où l'institution, sanitaire ou sociale, représente pour l'usager en voie de marginalisation (ruptures professionnelle, familiale, conjugale) un tiers neutre entre lui et son produit, sans le soutien duquel il risque de « progressivement sombrer dans la grande exclusion ». Ce risque peut s'apparenter à la rupture des relations avec le corps médical, rejeté autant que rejetant, plusieurs fois sollicité sans que rien de solide ne soit mis en place, avec lequel les relations, déjà difficiles, deviennent impossible après une dernière « trahison » (des médecins par l'usager ou le contraire), ou de manière plus générale, à la santé que l'usager néglige peu à peu parfois jusqu'à en perdre toute notion, parce que le temps est intégralement consacré à la recherche du produit. Mais l'incarcération, très fréquente dans la trajectoire des UDIV, constitue sans doute la manifestation à la fois la plus visible et la plus violente de la rupture institutionnelle.

Tableau 1 : Présentation des différentes formes de réduction des risques selon la classe et la nature des risques

Champ de référence	Classe de risque	Nature du risque	Prévention primaire	Prévention secondaire	Commentaires
	Risques infectieux liés aux pratiques d'injection et comportements sexuels	Risques épidémiques (Maladies transmissibles)	Informations, seringues stériles, préservatifs, abandon voie IV, substitution, arrêt de la toxicomanie adoption de pratiques d'injection aseptiques	Prise en charge et suivi médical, adoption de comportements de prévention envers l'entourage, dépistage des partenaires	Intérêt des PES, importance du travail de terrain et en réseau, de l'acceptabilité de la population et pouvoirs publics, de la formation et de la "pédagogie" des intervenants de terrain, des pharmaciens et des médecins,...
Risques sanitaires	Autres risques somatiques liés à la nature et à la quantité des produits consommés	Chocs anaphylactiques	Information sur qualité des produits et sur les règles d'hygiène		Importance de la formation et du sens pédagogique des relais de prévention (intervenants de terrain, médecins généralistes, pharmaciens d'officine) et de la qualité des liens entre les usagers et les structures de première ligne
		Surdoses	Informations sur la qualité et, les effets des produits et sur les risques d'association des produits entre eux	Soins locaux, médicalisation précoce voire hospitalisation éventuelle	
		Effets 2 ^{ndaires} liés à l'activité des produits	Informations sur les sites d'injection et les manières d'injecter		
		Effets 2 ^{ndaires} liés à la voie IV			
Risques « sociaux »	Espace public	Risques liés aux réseaux sociaux			Importance du travail de terrain et en réseau, intérêt des structures du type boutique
		Risques institutionnels (dont incarcération)	Intérêt de la substitution, et du soutien psychosocial, articulation entre les services sanitaires, sociaux de la protection de la jeunesse, et pénitentiaires		Formation des médecins à l'accueil et la prise en charge des usagers,
	Vie privée	Risque de type affectif			Intérêt des structures de type boutiques, rôle d'un soutien psychothérapeutique, rôle éventuelle de l'entourage, importance de l'accompagnement social
		Risques professionnel			

Présentation de la politique

Cadre et organisation de la politique de réduction des risques en France

La politique de prévention du VIH (et des hépatites virales B et C) en direction des usagers de drogues par voie veineuse est définie dans un document ministériel du 21 juillet 1994. Cette politique repose sur une réglementation qui réserve la vente des seringues aux pharmacies et l'y autorise sans prescription (décrets du 13/05/1987 et 11/08/1989). Le décret du 7/3/95 donne une base légale à la distribution gratuite de seringues dans le cadre des actions préventives menées par les associations, notamment dans le cadre des échanges de seringues. Cette distribution doit être déclarée en préfecture et doit répondre à un cahier des charges défini par la DGS.

Les objectifs de la politique préventive sont :

- le non partage et la non réutilisation du matériel d'injection,
- l'utilisation de matériel stérile, à usage personnel et si possible unique,
- la désinfection en cas de réutilisation,
- l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles,
- l'accès aux soins et aux droits sociaux,
- la récupération des seringues usagées.

Cette stratégie de santé publique repose sur :

- l'information et le conseil personnalisé,
- l'accessibilité aux moyens de prévention,
- l'accès au dépistage du VIH, et plus récemment du VHC,
- l'accompagnement et l'orientation de l'usager vers des lieux de soins généraux ou spécialisés.

Elle est mise en œuvre par un certain nombre d'outils de prévention dont :

- 1 – les trousse de prévention (cf. annexe 1),
- 2 – les programmes d'échange de seringues (cf. annexe 2),
- 3 – les automates de distribution et les récupérateurs simples (cf. annexe 3),
- 4 – les services à bas seuil d'exigences ou boutiques (cf. annexe 4).
- 5 – les traitements de substitution (cf. pages 26 et 27)

Une fois posées ces grandes lignes théoriques, il peut être intéressant de se représenter et de

détailler le contexte de leur mise en œuvre. En s'appuyant sur une représentation structurelle de l'offre en matière de politique de réduction des risques, le schéma suivant tente, à partir d'analyses de tendances repérées par SIAMOIS, d'études et d'observations issues des champs d'intervention socio-santé et policier, de retracer les grandes dynamiques de recours à ce dispositif par les usagers de drogues intraveineux (fig. 1). Pour réductrice qu'elle soit, cette approche a néanmoins le mérite de décrire les modes et les effets possibles du fonctionnement du dispositif, tant dans ses aspects positifs escomptés que dans ses dérives et contradictions.

Acteurs et structures de réduction des risques

La mise en œuvre de la politique de réduction des risques repose sur la mobilisation d'acteurs plus ou moins spécifiques, différents par leurs statuts et la nature de leurs contributions. Ainsi, on distingue (fig.1):

– **le réseau des officines pharmaceutiques** qui joue un rôle majeur dans l'accessibilité au matériel d'injection stérile (Stéribox® et seringues Becton-Dickinson -BD- à l'unité mis spécialement sur le marché pour les usagers de drogues intraveineux, seringues BD 1ml et 2ml provenant respectivement de lot de 30 et de 20 destinées à l'origine aux seuls sujets diabétiques insulino-dépendants) et dans la délivrance des produits de substitution (boîtes de 0.2 mg, 4mg ou 8mg de Subutex® prescrits majoritairement par les médecins libéraux, et flacons de Méthadone® dosés à 5mg, 10mg, 20mg, 40mg ou 60mg prescrits hors des Centres Méthadone dans le cadre d'un relais de prise en charge en ville d'usagers stabilisés sur le plan médico-psychologique).

– **les structures dites de premières lignes** (boutiques, bus et locaux d'échange de seringues), gérées par des associations issues de la lutte contre le sida (AIDES), du champ de la toxicomanie (ASUD, ANIT, SOS DI⁷,...) et celui de l'humanitaire (MDM, MSF). Outre la mise à disposition gratuite, en vrac ou sous forme de kits, d'outils de prévention primaire (seringues stériles et autres matériels participant à l'injection, eau de Javel, préservatifs, brochure d'information,...), ces structures à mi-chemin entre la rue et le système de soins instaurent ou renouent des liens avec des

⁷ Auto-Support des Usagers de Drogues, Association Nationale des Intervenant en Toxicomanie, Association SOS Drogue Internationale

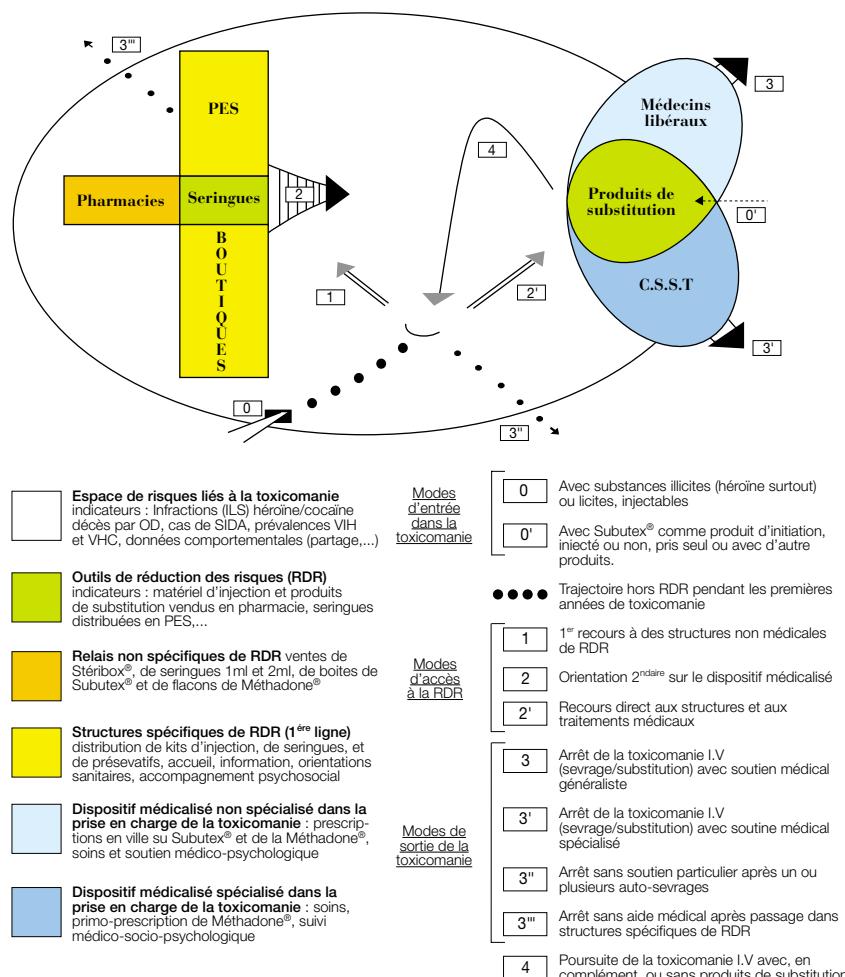
usagers de drogues plus ou moins marginalisés (accueil, échanges, petits soins infirmiers, restauration et/ou hébergement dans certaines boutiques) afin de susciter progressivement une prise de conscience de leur état de santé et de les orienter secondairement dans leur démarche de soins ou de recouvrements de droits communs.

- **les médecins de ville**, qui en plus de dépister et/ou suivre d'éventuelles pathologies liées à l'usage de drogues intraveineux (VIH, VHB, VHC), peuvent initier des traitements de substitution au Subutex® ou prendre le relais de maintenance à la Méthadone®. Cela de manière d'autant plus efficace qu'ils travaillent en réseau (groupements de généralistes ou réseaux Ville-Hôpital spécialisés dans la prise en charge de la Toxicomanie ou du VIH).
- **les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes** (C.S.S.T) qui proposent un cadre

de prise en charge polyvalent (primo-prescription de Méthadone, bilan de santé, suivi médico-psycho-social, sevrage, aide à la réinsertion, prévention des conduites à risques,...) initient des traitement de substitution à la Méthadone® en lien avec la pharmacie hospitalière du secteur.

Pour compléter cette description du champ de la réduction des risques, il faut enfin mentionner les **distributeurs automatiques** de seringues stériles, le plus souvent gérés par les associations, qui participent à la diversification de l'offre sur un mode qualitatif bien plus que quantitatif : ne représentant qu'un vingtième des seringues délivrées aux UDIV dans une ville comme Marseille⁸, ils garantissent néanmoins un accès rapide, anonyme, gratuit et permanent (même si finalement peu utilisés la nuit) au matériel d'injection stérile et pourrait ainsi répondre plus spécifiquement aux risques liés à des situations d'injection immédiate.

Fig. 1 : organisation des services de RDR et principales hypothèses concernant leur utilisation



⁸ Evaluation du dispositif des automates échangeurs-distributeurs de seringues à Marseille, juillet 1996-octobre 1997, étude de l'ORS PACA réalisée sous l'égide de la DDASS des Bouches du Rhône, la Mairie de Marseille et la CPAM des bouches du Rhônes



De plus, leur implantation relevant souvent d'une étroite concertation entre services publics (police, municipalité), acteurs de prévention et population générale (consultation des riverains), ils peuvent ainsi contribuer à une meilleure visibilité et acceptabilité de la politique de réduction des risques.

Tous ces acteurs sont plus ou moins amenés à travailler en réseau, ou au moins à entrer en contact les uns avec les autres dans le cadre de gestion de projet (automates), d'orientations secondaires (structures de 1^{ère} ligne vers structures spécialisées), de suivis conjoints d'usagers de drogues (relais en ville des UDIV sous Méthadone® liant pharmaciens, médecins libéraux et CCST, réseau ville-hôpital).

Hypothèses sur les modes de recours au dispositif de réduction des risques

L'utilisation que les usagers semblent faire de ce dispositif est figurée sous forme de flèches qui déclinent diverses hypothèses de comportements s'appuyant sur les observations des équipes des structures de premières lignes, des médecins de ville, les intervenants des CCST, les services de police ainsi que sur des conclusions d'enquêtes et de rapports (**fig. 1**).

Le flèche 0 marque l'entrée des usagers de drogues dans le champ de la réduction des risques liés à l'injection, avec l'héroïne comme produit le plus fréquemment consommé, suivie de la cocaïne et, plus rarement du crack (sur Paris et Banlieue parisienne essentiellement). Il semble par ailleurs que le Subutex®, qui a acquis parallèlement à son indication de produit de substitution le statut de « drogue de rue » consommée en relais ou en complément d'autres produits dans le cadre de polytoxicomanies, soit même utilisé dans certains cas comme un produit de passage à l'injection⁹. (**flèche 0**).

Les gros pointillés prolongeant la flèche 0 symbolisent la période qui s'écoule entre le moment de la première injection et celui où la prise de produit devient contraignante (raccourcissement de l'intervalle libre entre prises de produits, fréquence accrue des injections lors d'une même prise, apparition des premières crises de manque, insuffisance des moyens habituels pour se procurer le produit,...).

Cette phase, d'une durée classiquement estimée entre deux et trois ans, constitue sans doute le moment à haut risque sur lequel il est actuellement le plus difficile d'intervenir : dans leur grande majorité, les nouveaux usagers injecteurs, peu ou pas encore sensibilisés à la réduction des risques, sont vraisemblablement initiés par des pairs avec du matériel qui ne leur appartient pas et dont ils doivent ignorer pour la plupart s'il est stérile. Par la suite, les seringues qui sont utilisées proviennent sans doute d'autres usagers qui les cèdent, les vendent ou les partagent, voire dans le meilleur des cas, des pharmacies ou des programmes d'échange de seringues, sans que ce mode d'approvisionnement constitue encore une véritable habitude de prévention. De plus, comme observé chez les usagers pourtant sensibilisés aux messages de réduction des risques, ces seringues sont très certainement réutilisées plusieurs fois par leurs propriétaires. Au terme de cette période hors réduction des risques, on distingue différents types de trajectoires traduisant chacun une gestion plus ou moins maîtrisée de l'usage de drogues et de ses complications.

La flèche 1 représente les usagers de drogues recourant de manière régulière et durable aux services de première ligne et/ou aux pharmacies pour se procurer des seringues dans un but non exclusivement utilitaire mais également dans un souci de réduction des risques liés à l'injection. Cependant, des études menées auprès des usagers de drogues fréquentant les PES ont montré que les passages dans ces structures ne s'accompagnent pas toujours de demandes de matériel stérile. Bien que les PES proposent dans leur ensemble une palette de services ne se limitant pas exclusivement à la distribution de seringues, on est en droit de se demander si les usagers de ces structures sont tous des injecteurs, et ce que viennent y chercher ceux qui n'en sont pas (des soins, des conseils, une écoute, des contacts, un cadre offrant des repères¹⁰,... des produits ?). Dans l'idéal, la présence de tels usagers peut signifier qu'une prévention primaire de l'usage intraveineux de drogues est possible dans les PES.

Au delà de la distribution de seringues stériles, la politique de réduction des risques se caractérise par une intention de soins sous-jacente qui s'initie dès le premier contact entre usagers de drogues et équipe des PES, se mûrie dans l'échange et les petits soins du corps et se concrétise dans un certain nombre de cas (**flèche 2**) par une orientation sur des structures de soins et de prévention généralistes (médecin de

⁹ *Evaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues, rapport réalisé par un groupe de travail de l'INSERM pour la DGS, juin 1998*

¹⁰ *Cette dimension concerterait particulièrement les ex-usagers injecteurs.*

ville, hôpital général) ou spécialisées (CCST, Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit).

Si certains usagers semblent accéder directement à ces structures de soins sans jamais recourir aux boutiques et aux PES (**flèche 2'**), d'autres n'entre-ront sans doute jamais en contact avec aucune de ces structures soit parce qu'ils décrocheront seuls (**flèche 3''**) soit parce qu'ils contrôleront suffisam-ment leur usage de drogues pour en éviter les conséquences socio-sanitaires. De même, on ne peut totalement exclure l'hypothèse qu'une petite partie de ces usagers invisibles aux yeux de ce dispositif soient déstructurés au point de ne pas exprimer la moindre demande malgré un (très) mauvais état de santé.

Quels que soient les circuits empruntés (**flèches 1+3''** pour PES/Boutiques exclusivement, **flèches 1+ 2 + 3 ou 3'** pour PES/Boutiques avec orienta-tions complémentaires sur des structures médicales, **flèches 2'+ 3 ou 3'** pour structures médicales exclusivement), certains usagers de drogues finis-sent, le plus souvent après plusieurs tentatives, à renoncer à l'usage de produits au moins par voie injectable, (poursuite des traitements de substitution, alcoolisation secondaire, consommation de psycho-

tropes) alors que certains autres continuent à s'in-jeter des produits, avec, en complément ou sans produits de substitution tout en restant plus ou moins en contact avec le dispositif de réduction des risques (**flèche 4**).

Depuis 1996, l'InVS a cherché à décrire la partie non institutionnelle de ce dispositif (associations et offi-cines pharmaceutiques), tantôt sous l'angle des publics auxquels il s'adresse (enquête auprès des UDIV fréquentant les programme d'échange de seringues), tantôt en terme d'accès aux outils de prévention vendus en pharmacie (système SIA-MOIS). L'enquête sur les PES¹¹ menée en collabo-ration avec l'INSERM U88 étant achevée et dispo-nible à l'InVS (annexe 5), ce sont les ventes offici-nelles de seringues et de produits de substitution entre 1996 et 1999, exprimées sous leur forme brutes et d'indicateurs démographiques que le chapitre suivant propose de décrire, d'analyser et de mettre en perspective avec des données de risques socio-sanitaires plus ou moins directement liés à l'usage de drogues (nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogues, infractions pour usage d'héroï-ne et de cocaïne, surdoses mortelles, prévalence des comportements à risque, prévalence du VIH et du VHC).

Présentation de la politique

¹¹ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport nov 1999, InVS, J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

En terme pratique, la politique de réduction des risques, qui vise principalement la diminution des situations à risque liées à l'injection, repose à la fois sur l'amélioration de l'accès aux seringues stériles chez les usagers de drogues intraveineux qui ne peuvent renoncer à ce mode de consommation et sur la diminution des injections chez les autres. Pour atteindre ces objectifs,

- Des seringues stériles sont vendues sans prescription en pharmacie depuis mai 1987, ou distri-

buées gratuitement par plus d'une centaine d'associations (PES) depuis mars 1995.

- Et des produits de substitution, prévus pour la voie orale, sont prescrits en ville depuis mars 1995 pour la Méthadone® et février 1996 pour le Subutex®.

L'évaluation de l'accessibilité à ces outils de réduction des risques consiste essentiellement à :

1. Mesurer le niveau de mise en œuvre de cette politique à travers la vente de seringues stériles et de produits de substitution dans les pharmacies
2. Apprécier si la diffusion de ces outils de réduction des risques est adaptée aux situations locales
3. Mesurer l'impact de cette accessibilité, du niveau national au niveau local sur certains indicateurs liés à l'usage de drogues

Présentation de SIAMOIS

Le matériel utilisé pour répondre aux objectifs de cette évaluation est une base de donnée baptisée SIAMOIS pour : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution. Les informations répertoriées concernent les ventes en pharmacie des seringues et des produits de substitution (**tab. 2**) et visent à compléter dans le champ de l'évaluation les diverses études réalisées au niveau national ou au niveau local sur l'acceptabilité des mesures de réduction des risques, l'évaluation par les usagers de la qualité des outils proposés, l'évaluation des services, les enquêtes sur les comportements...

Ces données brutes sont achetées sous forme de fichiers informatiques à une société de service (GERS) qui dispose des ventes mensuelles aux officines par les grossistes répartiteurs de toutes les spécialités pharmaceutiques et les produits de parapharmacie distribués sur l'ensemble des officines françaises. Ce recueil des données s'effectue selon un découpage en 509 unités géographiques d'analyse (UGA) qui peuvent être regroupées au niveau départemental,

régional et national. Le niveau de la commune ou de l'agglomération est par contre plus difficile à saisir car les UGA peuvent regrouper plusieurs communes.

Les ventes en officine sont de bons indicateurs en France dans la mesure où les pharmacies constituent la première source d'acquisition des seringues stériles. Les traitements de Subutex® sont toujours achetés en pharmacie même s'ils sont prescrits en centre spécialisé. La situation est différente pour la Méthadone® qui est fournie principalement par les centres spécialisés (C.S.S.T.).

Ces données sont donc très faciles d'accès (il faut seulement que l'industriel ait donné son accord), rapidement disponibles (à la fin du mois suivant), peu coûteuses, exhaustives, très représentatives des ventes au détail (les pharmacies faisant peu de stock pour ces produits). Par ailleurs, SIAMOIS permet de confronter sur une base annuelle ces données de ventes à des données d'usage de drogues et de morbi-mortalité liés à cet usage. (OCRTIS¹²/InVS)

Au total, ce système, proposé dans le cadre d'un document de travail de l'INSERM 88¹³ et développé

**Présentation
des
données et
des
indicateurs
de mise en
œuvre de la
politique de
RDR par
le biais du
système
SIAMOIS**

¹² Office Centrale de Répression du Trafic Illicites de Stupéfiants, Ministère de l'Intérieur.

¹³ Propositions pour l'évaluation de l'accessibilité au matériel d'injection dans le cadre de la prévention du Sida et des hépatites virales, texte soumis au Comité de suivi de l'accessibilité aux seringues (COSAS) de la Division Sida, le 21/06/95, F. Lert, J. Emmanuelli.

successivement par la DGS puis par l'InVS, collecte donc de manière continue (mensuelle/annuelle) depuis janvier 1996, sur l'ensemble des 23 000 pharmacies françaises, du niveau national au niveau départemental, des informations de deux types :

Données de ventes de seringues stériles et de produits de substitution (InVS/GERS)

Concernant le matériel d'injection, il s'agit de seringues vendues aux UDIV conditionnées en **kit** (le Stéribox®, contenant 2 seringues stériles) ou distribuées à l'**unité** (1ml et 2ml)

- Le STÉRIBOX® est un produit spécifiquement destiné aux UDIV pour faciliter la vente et améliorer l'hygiène de l'injection¹⁴. Ce kit vendu en pharmacie est subventionné par l'Etat pour permettre un prix bas (5F). Il est différent de ceux distribués par les PES (annexe 1).
- Les seringues 1 ml. : la seringue 1 ml/30¹⁵ de marque Becton-Dickinson (BD) est celle qui est la plus offerte, la plus utilisée et la préférée des UDIV (11-16 % des ventes). C'est un produit destiné en premier lieu aux diabétiques. Les seringues sont conditionnées en paquet de 30 alors que les usagers de drogues en achètent plutôt à l'unité d'où de fortes fluctuations de prix selon l'humeur du pharmacien, l'heure, le lieu, etc. Nous avons donc retenu comme indicateurs seulement les ventes de la marque BD qui repré-

sentent 82 % des ventes de seringues 1ml. Par ailleurs, pour répondre à la spécificité de la vente aux UDIV (vente à l'unité), BD a mis sur le marché fin 1995, une seringue unique sous blister.

- Les seringues 2 ml de marque Becton-Dickinson¹⁶, conditionnées en paquet de 20 et destinées en premier lieu aux diabétiques, sont utilisées dans une moindre mesure par les usagers de drogues (16-20 % des ventes), entre autre pour l'injection de médicaments. Dans cette perspective, il semblait intéressant d'en suivre les ventes afin d'en mesurer les évolutions en relation éventuelle avec la mise sur le marché massive du Subutex®.

Concernant les produits de substitution, il s'agit de **boîtes de Subutex®**, comprimés destinés à la voie orale et prescrits quasi-exclusivement en ville et de **flacons de Méthadone®**, sirop destiné à la voie orale et prescrit dans le cadre d'un relais en ville aux usagers ayant d'abord été traités dans les centres Méthadone. Ces 2 produits n'ont d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) que pour les traitements de substitution.

- le Subutex® est toujours acheté dans les pharmacies. Le prix est fixé par les autorités mais le coût supporté par l'usager dépend de sa couverture sociale qui lui permet de bénéficier d'un tiers payant partiel ou total.
- La situation pour la Méthadone® est différente dans la mesure où elle n'est acquise en pharmacie que par les patients suivis par des médecins généralistes.

Tab. 2 : Produits pris en compte dans le système d'information SIAMOIS

Produit	Exclusivité U.D.	Ventes en pharmacie/ offre globale	Prix Paiement	Indicateurs
Seringues BD 1ml par paquet de 30	utilisation principale par les diabétique	93% des usagers s'approvisionnent en pharmacie en 1996, 1,5 millions de seringues ont été distribuées en PES	pas de prix fixe pour la seringue vendue en vrac	• volume
Seringues BD 2ml par paquet de 20				
Seringues BD 1ml à l'unité sous blister papier	produit mis sur le marché à l'intention des UDIV	produit vendu exclusivement en pharmacie mais autres kits distribués par PES	prix recommandé par le fabricant	• taux rapporté à la population des 20-39 ans
Stéribox® depuis janvier 1995 Stéribox2® depuis octobre 1999	oui	acquis uniquement en pharmacie (revente éventuelle dans la rue)	prix recommandé avec subvention de l'Etat	
Subutex® (boîtes de 7 comprimés) trois dosages (0,4, 2, 8 mg)	oui		prix administré avec paiement direct ou tiers payant (65% ou 100%)	• volume • répartition des dosages
Méthadone® (flacons unitaires) cinq dosages 5,10,20,40,60 mg	oui	La méthadone est d'abord et principalement délivrée en centres spécialisé puis en ville		• estimation du nombre de patients-mois • taux rapporté à la population des 20-39 ans

¹⁴ Remplacé en octobre 1999 par le Stéribox2, vendu au prix maximum conseillé de 7F, qui contient en plus une cupule et un filtre stériles.

¹⁵ Passée de 40 à 100 UI de graduation depuis mars 2000.

¹⁶ Retirée définitivement du marché en mars 2000

A partir de ces données brutes, des indicateurs de ventes d'outils de RDR sont construits :

- ⇒ Taux exprimant ces volumes pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans au niveau national (TN), régional (TR) ou départemental (TD),
- ⇒ Nombre théorique d'usagers-mois sous Subutex® 8 ou 10mg/j ou sous Méthadone® 60mg/j calculé sous l'hypothèse d'une stricte observance au traitement.

Données de morbidité, de mortalité et d'interpellations policières chez les UDIV

- ⇒ Nombre annuel des **nouveaux cas de sida liés à l'injection de drogue (InVS)**
- ⇒ Nombre annuel des **Infractions à la Législation sur les Stupéfiants** pour usage/usage-revente d'héroïne et de cocaïne (**OCRTIS**)
- ⇒ Nombre annuel des **décès par overdose (OCRTIS)**

A partir de ces données brutes, des indicateurs de risques socio-sanitaires sont construits :

- ⇒ Taux exprimant ces données de risques pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans au niveau national (TN), régional (TR) ou départemental (TD).

Les taux pour 10000 habitants permettent d'ajuster le niveau d'offre sur la tranche d'âge potentiellement concernée par l'usage de drogues (la population des 20-39 ans) pour permettre des comparaisons entre départements et entre régions¹⁷. Il a paru préférable de rapporter les volumes à ces données démographiques plutôt que de faire référence aux données de l'enquête sur les usagers de drogues. Par ailleurs, des taux de croissance régionaux (TcR) et départementaux (TcD) ont également été calculés pour chaque indicateur d'offre de réduction des risques (tome II) afin d'en suivre la « vitesse de diffusion locale » et de la comparer à la tendance nationale (TcN).

Description des indicateurs de SIAMOIS et de leur évolution

Comme annoncé dans l'introduction, nous avons fait le choix de ne présenter dans ce premier tome qu'une synthèse des grandes tendances annuelles

qui se dégagent du suivi de 1996 à 1999 de la vente en pharmacie d'outils de réduction des risques et de la confrontation de ces données avec des indicateurs de risques socio-sanitaires liés à la toxicomanie issus de divers sources (études, rapports). Le détail commenté de ce suivi fait l'objet d'un tome II destiné plus particulièrement aux acteurs locaux dans le cadre de leurs missions de mise en œuvre d'actions ou d'évaluations d'actions de réduction des risques.

Pour lutter contre les plus graves conséquences sanitaires liés à l'usage de drogues (diminution des contaminations virales et de la mortalité par overdose), la politique de réduction des risques s'est donc appuyée sur le développement de deux grandes lignes stratégiques s'attachant chacune à réaliser des objectifs intermédiaires particuliers, et s'accompagnant dans le temps d'effets différents. Ainsi, bien qu'elles poursuivent en commun l'amélioration de l'état de santé des UDIV, l'accessibilité au matériel d'injection vise spécifiquement la diminution du partage et de la réutilisation, qui doit se traduire par une augmentation tendancielle du nombre des seringues vendues ou distribuées de 1996 à 1999, alors que la politique de substitution doit plutôt entraîner une diminution de l'injection et de la consommation d'héroïne, devant se marquer par une moindre consommation de seringues et une baisse progressive des infractions pour usage d'héroïne et des overdoses mortelles sur la même période.

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Evolution de la mise en œuvre de la politique d'accessibilité au matériel d'injection avec confrontation aux indicateurs comportementaux et infectieux

Une offre de seringues toujours plus importante

Stéribox®: Expérimenté avec succès sur les régions PACA et Ile-de-France (régions françaises les plus touchées par le sida chez les UDIV) de 1992 à 1994, la diffusion du Stéribox® a été étendue à l'ensemble des pharmacies françaises avec une aide financière de la Direction Générale de la Santé, dès septembre 1994.

Hormis une légère baisse enregistrée entre 1995 et 1996, les ventes **nationales** de Stéribox® n'ont pas cessé d'augmenter depuis sa mise sur le marché pour presque atteindre les 3 millions de kits vendus

¹⁷ Selon l'enquête du SESI, 90 % des individus suivis dans des centres spécialisés appartiennent à ce groupe d'âge.

en 1999 (**tab. 3**). En 1996, les ventes de Stéribox® ont vraisemblablement été perturbées par l'introduction d'une nouvelle marque de seringue (Euromédis en remplacement de Becton-Dickinson) suite à une procédure d'attribution de marché public par l'état en septembre 1995¹⁸.

En terme **regional**, cette croissance se traduit globalement par une première phase de pénétration rapide du Stéribox® dans les grandes régions urbaines à forte prévalence de toxicomanie (Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Alsace, Ile-de-France, Lorraine) avec atteinte d'un niveau d'offre constant dès 1996, relayée secondairement par une phase de diffusion plus marquée dans les régions à moindre concentration d'usagers de drogues (tome II). Ces 4 régions à fort usage de drogues représentent entre 60 et 66% des décès par OD, 40 et 45% des saisies d'héroïne, 60 et 70% des saisies de cocaïne, et 63 à 73 % des nouveaux cas de Sida chez les UDIV notifiées en France entre 1996-99.

La diffusion du Stéribox® au niveau **départemental** semble obéir à la même dynamique de pénétration précoce suivi d'une stabilisation dans les départements les plus touchés par la toxicomanie, avec une phase de pénétration différée dans les autres départements moins concernés (tome II). Ces départements à forte prévalence d'usage de drogues correspondent soit à des zones de très forte densité urbaine (Paris et les Bouches du Rhône), soit à des départements frontaliers de pays par lesquels transitent les produits¹⁹ : Pyrénées Orientales (cocaïne), Alpes-Maritimes, Haut-Rhin et Bas-Rhin (héroïne d'origine hollandaise) et Hérault (axe de transit Pays-Bas/Espagne d'une partie de l'héroïne hollandaise).

Autres seringues BD: Excepté au niveau **national** où ils peuvent effectivement contribuer à estimer les ventes totales de seringues en pharmacie, les

volumes des autres seringues vendues en pharmacie (BD 1ml unité, BD 1ml en lots de 30, BD 2ml en lot de 20) permettent plutôt de suivre les tendances en matière de consommation d'autres seringues que celles issues du Stéribox®. Les BD 1ml/30 et 2ml/20 provenant de lots destinés essentiellement aux diabétiques, la proportion de ces seringues consommées par les UDIV n'est connue qu'au niveau national²⁰. Au regard de la méthodologie employée pour déterminer ces proportions et de ce qu'on sait de la grande diversité géographique des pratiques de consommation²¹, il n'est pas raisonnable de les appliquer localement. Les ventes de seringues BD disponibles en pharmacie hors Stéribox® sont donc partiellement présentées ici à travers leurs volumes spécifiquement destinés aux UDIV au niveau national (**tab.3**) mais ne sont plus du tout prises en compte dans le tome II.

La consommation des seringues BD 1ml à l'unité est quasi négligeable par rapport aux autres produits spécifiquement destinés aux toxicomanes et tend à augmenter malgré les irrégularités observées d'un mois à l'autre. Les autres seringues vendues non spécifiquement aux usagers de drogues sont marquées par une baisse générale de leurs ventes jusqu'en 1998.

Entre 1995 et 1998, les seringues BD de 1ml par lot de 30 ont globalement chuté de 15% et les seringues BD de 2ml par lot de 20, moins fréquemment utilisées par les usagers de drogues que les 1ml par 30, de 13%. A partir de 1999, les ventes de ces seringues aux UDIV ré-augmentent nettement, retrouvant ou dépassant même leur niveau de 1995. L'explication la plus probable tient à une sous-estimation de la part de ces seringues vendues aux UDIV entre 1996 et 1998, alors que les diabétiques semblaient régulièrement passer de la seringue au stylo injecteur pendant cette période. Dans ce cas, on peut considérer que les ventes de

¹⁸ La polémique qui en a découlé a d'ailleurs abouti à la réintroduction des BD en août 96. L'année 96 correspond aussi à l'essor des traitements de substitution, qui ont pu fortement agir sur la demande au moment de leur introduction. Elle se caractérise enfin par l'instauration d'un climat plus répressif au décours des actions terroristes (plan Vigipirate) perpétrées en France à partir de l'été 95. Au delà des conjectures, cette baisse passagère des ventes a été l'occasion de s'interroger sur les conditions d'offre du Stéribox par les pharmacies, compte tenu de l'hétérogénéité des ventes à population et prévalence égale d'usage de drogues. Que ce fut pour des considérations d'ordre économique (plus faible marge commerciale pour les Stéribox que pour les seringues) ou du fait d'une méconnaissance des enjeux de santé publique autour de la réduction des risques, il a ainsi été officiellement acté que l'accessibilité aux seringues ne pouvait faire l'économie d'un travail sur l'acceptabilité (sensibilisation, information, travail partenarial,...).

¹⁹ « Usage et trafic de stupéfiants », statistiques 1995, 1996, 1997, 1998 et 1999, Ministère de l'Intérieur.

²⁰ En comparant les volumes de seringues vendues avec (usage non UDIV) et sans prescription (usage UDIV) pendant 6 mois au sein d'un échantillon représentatif de 400 pharmacies françaises, la firme BD a ainsi estimé, dans une étude non publiée, que 11% (1996-1998) à 15% (à partir de 1999) des BD 1ml et 16% (1996-1998) à 20% (à partir de 1999) des BD 2ml étaient achetées par des usagers de drogues.

²¹ Par exemple, l'héroïne consommée à Lille, plus accessible et de meilleure qualité que celle de Marseille, semble y être moins systématiquement prise par voie veineuse. A consommations égales d'héroïne, on peut donc supposer que les besoins en seringues seront moindre à Lille qu'à Marseille où plus de 80% des usagers d'héroïne se l'injectent.

ces seringues aux UDIV se sont en fait maintenues, avec une discrète tendance générale à la hausse entre 1995 et 1999 (+1,3% pour l'ensemble 1ml/30 et 2ml/20).

Autres marques de seringues : La marque Becton-Dickinson représentant 80% du marché des seringues 1 et 2 ml, les autres seringues vendues en pharmacie représentent 20% des volumes agrégés de BD vendues aux UDIV. Les tendances enregistrées pour ces volumes de seringues non BD reflétant arithmétiquement celles des BD, elles marquent donc une légère augmentation de leurs ventes entre 1995 et 1999 (+5%).

Seringues fournies par les PES : On ne dispose pour évaluer les volumes de seringues distribuées

par les PES que de l'estimation de 1996 (**tab. 3**) réalisée pour la constitution d'une base de sondage dans le cadre de l'enquête PES²². A ce titre, on ne peut rien dire de précis pour les années précédentes et suivantes, si ce n'est qu'entre 1995 et 1999, le nombre de PES soutenus par les pouvoirs publics a plus que doublé, passant de 60 à 120. Et qu'il est très probable, même si les volumes de seringues distribuées par structure diminuent dans le temps du fait de la diversification de l'offre locale, que cette dynamique s'accompagne au niveau national d'une augmentation globale de l'activité de distribution de matériel d'injection par le circuit associatif. Autrement dit, il s'est probablement moins remis de seringues stériles par le biais des PES en 1995 que les 1,5 millions en 1996 (et plus dans les années suivant 1996).

Tab. 3 : Accessibilité des UDIV aux seringues stériles de 1995 à 1999 (SIAMOIS/InVS)

ACCESSIBILITÉ DES UDIV AUX SERINGUES STÉRILES	1995	1996	1997	1998	1999
Stéribox officinal (2 seringues BD 1ml par kit)	1 944 328	1 916 327 (-1,4%)	2 307 403 (+20%)	2 720 016 (+18%)	2 879 687 (+6%)
BD 1ml unité officinale (sous blister spécifique UDIV)	0	161 790	122 823 (-32%)	206 009 (+8%)	312 996 (+5%)
BD 1ml/30 officinale (en lot, non spécifique UDIV)	7 139 800	6 479 966 (-9%)	6 433 436 (-1%)	6 076 369 (-5,5%)	7 379 847 (+21%)
BD 2ml/20 officinale (en lot, non spécifique UDIV)	1 061 532	965 306 (-9%)	921 072 (-5%)	869 466 (-5,5%)	933 984 (+7%)
Autres marques officinales (20% du marché 1 et 2ml)	2 050 333	1 901 765 (-7%)	1 869 333 (-1,5%)	1 787 961 (-4%)	2 156 632 (+21%)
Seringues PES (vrac, kits) (Données d'activités)	1 512 502 ? (≤ 1996)	1 512 502 (enquête PES)	1 512 502 ? (≥ 1996)	1 512 502 ? (≥ 1996)	1 512 502 ? (≥ 1996)
VOLUMES ANNUEL DES SERINGUES STÉRILES UDIV	15 652 823 (-5%)	14 853 983 (+4%)	15 473 972 (+3%)	15 852 339 (+14%)	18 055 035

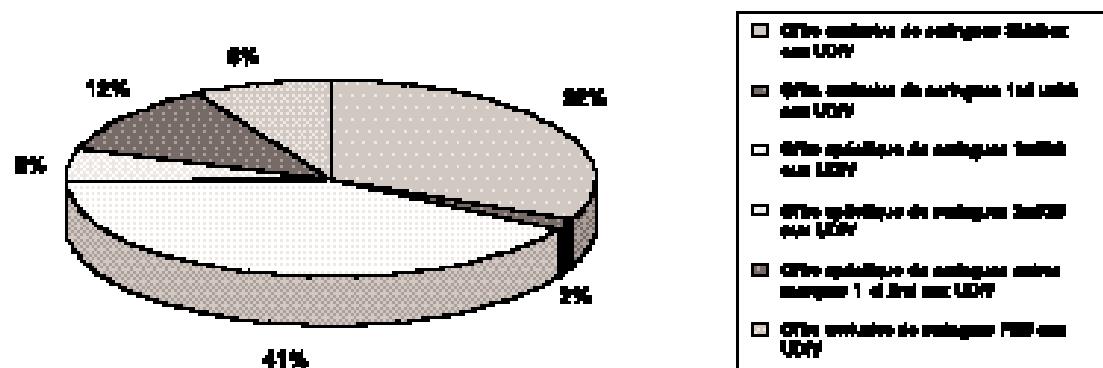
**Présentation
des
données et
des
indicateurs
de mise en
œuvre de la
politique de
RDR par
le biais du
système
SIAMOIS**

Ces chiffres montrent que l'accessibilité aux seringues ne cesse de croître depuis 1995 (+15%), ce qui suggère, à population d'UDIV constante, une atteinte toujours plus importante des objectifs de réduction des risques. Ils confirment également que les ventes en officine sont la première source d'approvisionnement puisque sur la base des données 1996, les PES ne représentaient que 10% de l'offre de seringues. Cependant, le rôle des PES dans la réduction des risques est loin de se réduire à l'échange de seringues, notamment du fait de leur capacité à établir des liens avec les usagers (messages, de prévention, accompagnement, orientations...) dont l'étude de 1998²³ montre d'ailleurs qu'ils ne fréquentent pas ce type de structures que pour s'y fournir en matériel d'injection stérile. De surcroit, il est probable qu'avec la multiplication des PES, leur contribution à l'accessibilité aux seringues soit aujourd'hui plus importante. On avait par ailleurs beaucoup insisté sur la facilitation des relations entre pharmaciens et UDIV en mettant sur le marché des produits adaptés. Or la seringue 1ml sous blister et surtout les STERIBOX® ne représentent qu'un tiers des ventes en 1999 (fig.2) alors que les acteurs de la réduction des risques accordent beaucoup d'intérêt, de temps et de ressources au contenu des kits (ajouter de l'acide citrique, ajouter des récipients, etc ...).

²² Données d'activité recueillies auprès de l'ensemble des PES sur consultation des rapports d'activité et sur déclarations téléphoniques.

²³ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les PES en France, rapport InVS-INSERM.

Fig. 2 : part de l'offre dans l'accessibilité aux seringues stériles en 1999



Des indicateurs comportementaux et infectieux qui diminuent et/ou se maintiennent à un niveau encore préoccupant

L'accessibilité accrue aux seringues stériles devrait s'accompagner d'une diminution des comportements à risques liés à l'injection (partage, réutilisation de la seringue) ainsi que d'une baisse des contaminations par le VIH et le VHC.

Partage de la seringue: après avoir très largement diminué, les pratiques de partage de seringue semblent se maintenir à un niveau résiduel compris entre 13 et 20% selon les études (**tab.4**). Fait aggravant, les jeunes usagers, dont la majorité est encore indemne de toute infection, semblent plus exposés que leur pairs plus âgés aux risques de contamination par le VIH (et par le VHC). Parmi le petit nombre d'entre eux qui fréquentent les PES (185 sur 1004 sujets), 22% des jeunes usagers (25 ans et moins) déclarent avoir partagé leur seringue dans le dernier mois précédent l'enquête réalisée par l'InVS et l'INSERM en 1998.

Réutilisation de la seringue : Elle peut constituer un vecteur de contamination du VIH et surtout du VHC soit directement en cas d'« erreurs de manipulation » (réutilisation d'une seringue qu'on croit

n'avoir été utilisée que par soi mais qui peut appartenir à un autre usager ou qui peut avoir été utilisée par un autre UDIV entre 2 utilisations par son propriétaire) soit indirectement lors de la préparation en commun du produit à injecter (un des UDIV réutilise sa seringue souillée pour prélever sa dose, et contamine ce faisant, la préparation commune). Bien qu'ayant longtemps concernée trois UDIV sur 4 dans les études de l'IREP (**tab.4**), elle a cependant diminué en fréquence entre 1988 et 1999 passant de 4-5 à 2-3 réutilisations. Plus récemment, l'information sur les hépatites virales et les dangers de la réutilisation aidant probablement, cette pratique semblait ne plus concerner qu'un peu moins d'un UDIV sur 2.

Ainsi, bien que les comportements à risque liés à l'injection aient diminué, ils se maintiennent à un niveau préoccupant. Même si elle doit être renforcée, notamment en direction des sous-groupes d'usagers encore peu atteints comme les jeunes injecteurs, ces données et d'autres ²⁴ montrent cependant que l'amélioration de l'accessibilité ne peut suffire à prévenir toute forme de partage, les principaux facteurs limitant étant la mise en commun du produits pour des raisons d'ordre économique, la consommation de certains produits pouvant déstabiliser les comportements de prévention (crack, cocaïne), ou le déni des risques de contamination dans le cadre d'une relation de confiance (partenaire sexuel, ami, fratrie).

²⁴ Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective, revue de littérature InVS, octobre 1999, J.Emmanuelli

Tab 4 : Indicateurs comportementaux et infectieux chez les UDIV de 1988 à 1998

Indicateurs comportementaux et infectieux chez les UDIV	Sources	1988	1991	1993	1996	1997	1998
Partage de la seringue	IREP InVS/INSERM	48% —	33% —	— —	13% —	— —	— 20%
Réutilisation de la seringue	IREP InVS/INSERM	75% —	— —	75% —	— —	— —	45%
Prévalence du VIH	IREP ²⁵ CESES ²⁶ DREES (SESI) ²⁷ InVS/INSERM ²⁸	40% — — —	34% — — —	— 29% — —	20% 14% 23% —	— 18% 14% —	— — 14% 19%
Prévalence du VHC	IREP CESES DREES (SESI) InVS/INSERM	— — — —	— — — —	— 43-51% — —	47% 60% 66% —	— 58% 60% —	— — 63% 58%
Incidence annuelle des nouveaux cas de Sida ²⁹ UDIV	InVS	905	1218	1491	957 (-36%)	417 (-56%)	332 (-20%)

Prévalence du VIH : l'idéal pour suivre l'épidémie de VIH chez les UDIV et mesurer l'impact de la réduction des risques serait de disposer, en plus de données de prévalence, de données de séroincidence. A l'heure actuelle, seules sont disponibles des données déclaratives de prévalence VIH³⁰ recueillies auprès des UDIV lors d'observation d'envergure nationale (enquêtes de prévalence du VIH en milieu toxicomane, données de dépistage) et le nombre annuel de cas de sida obligatoirement notifiés chez les UDIV depuis le début de l'épidémie. Les données de prévalence VIH sont fragmentaires dans la mesure où elles ciblent des sous-populations d'UDIV différentes³¹. Les nouveaux cas de SIDA, bien qu'a priori exhaustifs, sont pour leur part d'un intérêt limité parce qu'ils ne renseignent que sur un niveau d'exposition au VIH liée à l'usage de drogues remontant à plusieurs années, et qu'ils ne peuvent donc aucunement contribuer à mesurer l'impact de la politique de réduction des risques. De surcroît, en modifiant l'histoire naturelle de la maladie

SIDA, l'avènement et les effets des trithérapies en rendent plus difficile l'interprétation des nouveaux cas à partir du deuxième semestre 1996 (combinaison d'un effet de diminution de l'incidence des nouveaux cas en retardant l'entrée des séropositifs dans la maladie, et d'un effet d'augmentation de la prévalence du nombre total de cas vivant en diminuant la mortalité).

Par recouplement, ces différentes sources peuvent cependant contribuer à évaluer cette tendance **ationale** en matière de contamination chez les usagers de drogues sans qu'il soit évident pour autant d'estimer clairement le poids des différentes actions de prévention (accessibilité aux seringues et aux préservatifs, sensibilisation aux risques liés au partage de seringues, dépistage et connaissance du statut VIH) dans l'évolution naturelle de l'épidémie.

Dans sa dernière étude, l'IREP constate une « baisse significative et progressive des sujets séropositifs

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

²⁵ *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, Institut pour la Recherche en épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP), octobre 1996.*

²⁶ *Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993-juin 1998, Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida (CESES), C.Six, F. Hamers, J.B.Brunet*

²⁷ *Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, enquête Novembre, in Etudes et résultats n° 1 décembre 1998 et n°59 avril 2000, DREES (ex-SESI)*

²⁸ *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport InVS-INSERM, novembre 1999, J.Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano*

²⁹ *Données InVS/DMI/SIDA au 30 juin 2000.*

³⁰ *Les prévalences déclarées pour le VIH ne témoignent pas la réalité de l'infection d'après l'étude de Bello, qui établit un lien de congruence solide entre déclaration et test biologique pour le VIH, in Utilité des tests salivaires pour estimer la prévalence de l'hépatite C et du VIH au sein d'une population toxicomane, Bello, P-Y Pasquier, C et Le Greatt, abstract de la réunion scientifique de l'ADEL : « épidémiologie et évaluation en toxicomanie, Lausanne, 24-26 sept 1996.*

³¹ *A partir de fin 2001, le système de déclaration obligatoire du VIH devrait permettre de disposer d'une information plus complète concernant l'ensemble des usagers de drogues nouvellement dépistés positifs pour le VIH.*

pour le VIH sur tous les sites de l'enquête³², à l'exception de Lille qui n'a pas participé aux enquêtes précédentes : de 40 % en 1987, le taux de séropositivité déclarée est passé à 34% en 1990, et à 20% en 1995. Cette diminution du nombre des séropositivités correspondant à une augmentation dans le même temps du nombre des usagers dépistés pour le VIH (78% en 1987, 82% en 1991, 88% en 1996), on peut supposer, sous réserve des biais d'échantillonnage et de représentativité inhérents à ce type d'enquête et de population, qu'elle traduit une possible diminution des contaminations par le VIH chez les usagers³³.

Selon les données de surveillance du Sida en France, « les usagers de drogues représentent le seul groupe à risque pour lequel l'âge moyen au diagnostic de sida augmente au cours du temps : de 26,5 ans en 1986 à 33 ans en 1994 »³⁴. Cette tendance, qui se poursuit jusqu'en 1997 (âge moyen = 35 ans), constitue, si on s'inspire de la situation des hémophiles/transfusés chez lesquels il y a eu arrêt des contaminations à partir de 1985, et dont l'âge moyen au diagnostic de sida augmente régulièrement, un argument relatif en faveur d'un moindre renouvellement des contaminations chez les usagers de drogues³⁵. Cependant, il est probable que la surmortalité pré-sida liée directement à leur toxicomanie et à l'infection au VIH tende à sous-évaluer le nombre des contaminations au sein de cette population³⁶.

Des rétrocalculs établis à partir du suivi des cas de sida (selon définition d'avant 1993) en France avant

l'introduction des trithérapies³⁷ ont permis d'estimer la courbe des contaminations chez les usagers de drogues. Selon ces calculs, une phase de contaminations massives est survenue au sein de réseau d'usagers échangeurs à haut-risque de contamination (1983-1985), suivie d'une phase de décroissance importante des nouvelles séropositivités (1985-1988) qui se stabilise à un niveau nettement plus faible au début des années 90. Si on superpose cette courbe à celle obtenue dans des pays d'Europe voisins où la situation des usagers de drogues vis-à-vis du virus VIH est comparable, dans sa forme, à la France au début de l'épidémie (Italie), on peut raisonnablement penser que l'impact de la prévention³⁸, patent en France, a été de réduire puis de contenir l'épidémie à un niveau faible et constant³⁹.

Sur la base de données de dépistage provenant de cinq enquêtes différentes⁴⁰, des auteurs ont cherché à caractériser, parmi les personnes qui ont recours au dépistage, une sous-population de personnes récemment contaminées »⁴¹. La conclusion de ce travail est que ces données, malgré le biais potentiellement introduit par la différence dans le recours au dépistage selon le type d'exposition au risque d'infection VIH, sont cohérentes avec les estimations de l'incidence obtenue à partir des rétrocalculs présentés plus haut : à la fin de l'année 1996, les nouvelles contaminations auraient été relativement peu nombreuses chez les usagers de drogues et à un niveau comparable chez les homosexuels et les hétérosexuels.

³²Paris, banlieue parisienne, Marseille, Lille, Metz avec deux niveaux de recrutement : la rue (rue, lieux publics, squats,...), et les institutions (structures de réduction des risques type Boutiques, Bus,...) in Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, Institut pour la Recherche en épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP), octobre 1996.

³³Cependant, cela pourrait aussi traduire un pic des contaminations dans les années 80 suivi par un nombre très important des « sorties » des UDIV séropositifs (par décès ou par arrêt de la toxicomanie), non compensées par une incidence similaire.

³⁴Surveillance du sida en France, situation au 31/12/94, Réseau National de Santé Publique (RNSP), BEH, N°8, 1995.

³⁵Tout comme chez les homo-bisexuels, la stabilité de l'âge moyen de diagnostic du sida semble correspondre à un renouvellement plus ou moins constant des contaminations par le VIH.

³⁶Tout comme la baisse de la prévalence du sida chez les usagers de drogues ne permet pas à elle seule d'inférer, à partir des rétrocalculs présentés au paragraphe suivant, une diminution des contaminations par le VIH dans cette population : cela peut également traduire une mortalité liée au sida dans une population massivement infectée au début des années 80, ainsi qu'un moindre renouvellement du nombre des injecteurs parmi les usagers de drogues. Cependant, si cette surmortalité pré-sida reste constante dans le temps, elle n'influe pas sur la tendance.

³⁷Reconstruction and prediction of the HIV/AIDS epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe, A.M. Down, S.H. Heisterkamp, J.B. Brunet, F. Hamers, AIDS, 1997 : 11 : 649-662.

³⁸Information, accessibilité aux seringues stériles et au dépistage, changement des comportements

³⁹Cet impact de la prévention est particulièrement visible dès le début des années 80 dans les pays d'Europe du Nord (Royaume-Uni, Danemark, Pays-Bas, Allemagne) qui ont su précocelement prendre compte de l'ampleur de la menace épidémique chez les UDIV en facilitant un large accès au matériel d'injection.

⁴⁰Suivi hospitalier des sujets VIH+ depuis 1988 (DMI-2), enquête du Réseau Sentinelles sur les motifs de prescription de sérologie HIV depuis 1987, données de dépistage obligatoire des établissements de transfusion sanguine depuis 1985, données du système aquitain d'évaluation de la contamination par le VIH depuis 1988, (RESORS-VIH), et données du Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine depuis 1987 (GECSA).

⁴¹Caractéristiques des sujets infectés par le VIH entre janvier 1991 à décembre 1995 en France, J.Pillonel, L. Brice, M. Mary-Krause, V. Massari, A. Laporte, J.C Desenclos et le groupe de coordination des enquêtes descriptives sur le VIH, BEH N°34/1997, 19 août.

Par ailleurs, le suivi sur 5 ans chez les résidents de Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement réalisé sous forme d'enquêtes semestrielles depuis 1993 et portant sur les caractéristiques démographiques et de toxicomanie des usagers fréquentant ces structures⁴², montre que la prévalence déclarée du VIH (toujours chez plus de 90% de sujets testés) a baissé de façon constante et significative du 2ème semestre 1993 (21,2%) au 2ème semestre 1995 (11,8%) pour ensuite se stabiliser à ce niveau les semestres suivants (de 12,1% à 11,2% de 1996 à 1998). D'après les auteurs de ce suivi, cette baisse globale de la prévalence du VIH est essentiellement due à une baisse chez les résidents âgés de 25 ans et plus, plus marquée pour les hommes (de 20,4% à 10,2%) que pour les femmes (23% à 17,5%). Chez les moins de 25 ans, bien que les tendances soient moins nettes, la prévalence semble cependant diminuer entre le 2ème semestre 1994 (5%) et le 1er semestre 1998 (2,5%). Pour les auteurs, cette baisse de la prévalence du VIH chez l'ensemble des UDIV jusqu'en 1996 témoigne, à l'instar de l'étude de l'IREP, d'une diminution des contaminations par le VIH chez les UDIV. En revanche, la stabilisation qui suit à partir de 1996, et les prévalences spécifiques du VIH observées chez les moins de 25 ans et chez les injecteurs récents, traduisent une poursuite des contamination que les auteurs jugent préoccupante (même si la stabilisation de la prévalence du VIH à partir de 1997 peut également s'expliquer par la diminution importante de mortalité des UDIV atteint de SIDA).

Enfin, l'enquête PES⁴³ qui fait état des prévalence VIH et des taux de partage de seringues les plus forts (**tab.4**), conclut que malgré un développement très important de la réduction des risques et de profondes modifications des comportements, la diffusion du VIH et des hépatites reste une préoccupation majeure, compte tenu du niveau des prévalences de ces virus et de la persistance des pratiques à risques.

Devant la convergence des données présentées ci-dessus et des informations dont on dispose concernant la modification des comportements à risque des

usagers dans le sens d'une moindre exposition au VIH, on peut raisonnablement avancer que le nombre des nouvelles contaminations a diminué chez les usagers de drogues en France entre 1988 et 1998. Bien qu'il soit difficile d'expliquer à quoi tient exactement cette diminution (histoire naturelle de l'épidémie, moindre renouvellement des UDIV, impact de la réduction des risques,...), la prévention des risques infectieux liés à l'usage de drogues en général (accessibilité aux seringues, modification des comportements de partage et de réutilisation, diminution du nombre d'injection, spontanément ou avec l'aide des traitements de substitution, dépistage et impact de la connaissance du statut sérologique, information,...), et l'accès élargi au matériel d'injection stérile en particulier, semblent jouer un rôle dans l'atteinte et le maintien d'un niveau réduit de contamination par le VIH chez les UDIV.

Cependant, cette stabilité consacre l'accessibilité aux seringues autant qu'elle en pose les limites puisqu'actuellement on estime entre 15 et 20% la prévalence du VIH chez les UDIV, dans un contexte de partage résiduelle de la seringue lui aussi compris entre 15 à 20% (et de sous-investissement des risques sexuels par les professionnels de la prévention et les UDIV eux-mêmes) sans savoir ce que représente le flux des nouveaux usagers ni comment ceux-ci se comportent vis-à-vis des risques liés à l'injection.

Au niveau **regional**, il semble coexister plusieurs épidémies d'importance variable (**tab.5**): ainsi la plupart des données disponibles localement font apparaître que la Corse, PACA et l'IDF sont particulièrement touchées avec des prévalences comprises entre 20 et 30%, tandis que dans d'autres régions également à fort usage de drogues comme le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace, et la Lorraine, elles plafonnent entre 2 et 8%. Ces faibles niveaux d'infection dans le Nord et la Nord-Est de la France tiendraient au développement tardif de l'épidémie et à l'existence plus fréquente de modes de consommation alternatifs (fumée ou sniffée vs injectée) de l'héroïne favorisée par sa qualité et sa meilleure accessibilité.

⁴² Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993-juin 1998, Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida (CESES), C.Six, F. Hamers, J.B.Brunet

⁴³ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport InVS-INSERM, novembre 1999, J.Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano

Tab 5 : Prévalences régionales du VIH et du VHC chez les UDIV entre 1997 et 1998

	VIH			VHC		
	DREES 97	CESES 98	PES 98	DREES 97	CESES 98	PES 98
CORSE	31%	28%	–	63%	77%	–
ILE-DE-FRANCE	19%	24%	19%	60%	68%	41%
ALSACE	5%	11%	2%	58%	61%	44%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	21%	17%	25%	52 %*	70%	58%
LORRAINE	3%	4%	–	<40%	39%	–
NORD-PAS-DE-CALAIS	3%	5%	8%	42%*	44%	36%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	–	7%	8%	60%	63,5%	50,5%

Prévalence du VHC : Le VHC n'a fait l'objet d'un recueil national systématique chez les UDIV qu'au milieu des années 1990 (introduction dans l'enquête du SESI en 1993, du CESES et de l'IREP en 1996). Sur une base déclarative, la prévalence du VHC semble avoir légèrement augmenté depuis 1994 pour se stabiliser aux alentours de 60% à partir de 1996, traduisant sans doute plus une amélioration de la connaissance du statut sérologique qu'une véritable augmentation⁴⁴.

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Comme pour le VIH, mais toutefois de façon moins marquée, plusieurs études font état de différences locales importantes de prévalence VHC entre régions à fort usage de drogues (**tab.5**) : la prévalence du VHC paraît ainsi beaucoup plus forte (>55%) en Corse, en IDF, en Alsace, en Languedoc-Roussillon et en PACA qu'en Lorraine ou dans le Nord-Pas-de-Calais où elle se situe en moyenne en dessous de 45%.

Cette stabilisation de la prévalence globale du VHC chez les UDIV, ainsi que les prévalences spécifiques relativement élevées chez les jeunes (<25 ans d'âge : 49,3% PES 98 ; 30% CESES 98) ou les récents injecteurs (<2ans d'injection : 25% PES 98 ; 33% CESES 98) amènent de nombreux auteurs à conclure à l'inefficacité de la seule accessibilité aux seringues stériles sur la diffusion de ce virus contrairement à ce qui est admis pour le VIH. Cet impact différentiel de l'accessibilité aux seringues relève vraisemblablement d'une synergie de facteurs biologiques (plus grande résistance et infectivité du VHC), épidémiologiques (prévalence très élevée) et comportementaux (réutilisation de la seringue, mise en commun du reste du matériel)

qui rendent, à circonstances, fréquences et durées d'exposition comparables, la transmission du VHC beaucoup plus probable que celle du VIH chez les UDIV. Comparativement au VIH, une moindre concentration dans une moindre quantité de sang suffit à la transmission du VHC. Cela signifie entre autre que tout élément matériel partagé lors d'une préparation ou d'une injection à plusieurs (seringue, mais aussi eau de dilution de la drogue, filtre, cuiller ou récipient de préparation) peut devenir vecteur du VHC dès qu'il y a eu le moindre contact d'un de ces éléments mis en commun avec du sang contaminé.

Quelques auteurs ont même avancé l'hypothèse que ce virus puisse se transmettre dans certaines conditions chez les usagers de drogues, en dehors d'un contact minimum mais direct avec du sang contaminé comme lors d'un contact avec la peau par exemple : d'après Crofts, épidémiologiste de renommée internationale pour ses études sur le VHC chez les UDIV, le virus pourrait ainsi passer du sang sur le pouce utilisé pour comprimer le point d'injection après le « shoot », puis du pouce au reste du matériel d'injection, voire au proche environnement (surface sur laquelle s'est effectuée la préparation), puis du reste du matériel ou de son environnement immédiat directement au sang, ou indirectement lors d'un contact d'une surface cutanée porteuse du VHC à une porte d'entrée sanguine⁴⁵. Dans ces cas de figure, la probabilité de contamination serait certes beaucoup moins importante que lors d'un contact direct de sang à sang, mais la répétition de ces comportements à faible risque pourrait constituer au fil du temps une voie de transmission non négligeable du VHC.

⁴⁴ Dans son étude sur Toulouse, Bello montre que la prévalence déclarée du VHC sousestime la réalité biologique de l'infection (1/3 des personnes se déclarant séronégatives au VHC se sont révélées positives au test salivaire) in Utilité des tests salivaires pour estimer la prévalence de l'hépatite C et du VIH au sein d'une population toxicomane, Bello. P-Y. Pasquier. C et Le Greatt, abstract de la réunion scientifique de l'ADELF : « épidémiologie et évaluation en toxicomanie, Lausanne, 24-26 sept 1997.

⁴⁵ Control of hepatitis C virus infection among injecting drug users : must we abolish injecting ?, N. Crofts, A. Wodak, 6^{ème} conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Florence, Mars 1996.

Devant ce constat de relative impuissance, les autorités sanitaires ont réagi en mettant en place des campagnes d'information spécifique en direction des UDIV et du grand public sur ces modes de contamination particuliers. Par ailleurs, des récipients et des filtres stériles (Stéricup®) ont été intégrées dans un nouveau modèle de Stéribox® (Stéribox2®) depuis octobre 1999, alors que certaines associations de lutte contre le sida distribuent déjà depuis plusieurs années ce type de matériel, en lot ou à l'unité.

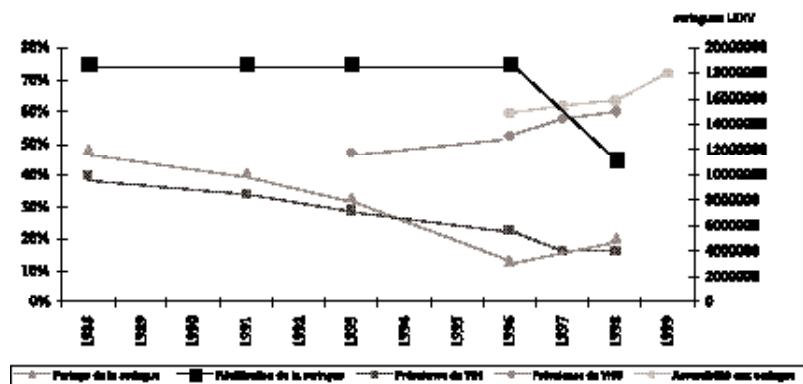
Dans la mesure où le partage de la seringue constitue le mode de transmission le plus probable, toutes ces mesures portant sur les voies de transmission annexes risquent cependant d'être sans effet si l'amélioration de l'accessibilité aux seringues ne demeure pas l'objectif prioritaire. Avec le VHC, la réduction des risques doit ainsi tendre vers l'adoption de comportements d'hygiène toujours plus généraux : pas d'échange ni de réutilisation du moindre élément participant à l'injection (seringue et reste du matériel), lavage des mains,....

Au total, les données disponibles sur les comportements à risques et les infections virales liées à l'usage de drogues montrent que les UDIV ont progressivement modifiés leurs pratiques de partage et de réutilisation de la seringue. L'intensification et la diversification progressive de l'offre de seringues y est sans doute pour beaucoup, qui, en les encourageant à devenir acteurs de leur prévention, a donné aux UDIV les moyens de réduire les contaminations par le VIH (fig.3).

La persistance de pratiques à risques dans un contexte de prévalence encore élevée pour le VIH incite à poursuivre l'effort d'amélioration de l'accessibilité aux seringues, pour tendre vers l'utilisation unique et personnelle de la seringue, et du reste du matériel dans la mesure du possible. Ce d'autant plus que la seule reduction du partage de seringue, à laquelle on a, dans un premier temps, essentiellement réduit le message de réduction des risques, s'avère inefficace sur le VHC. Et à ne plus négliger les risques sexuels qui peuvent sans doute expliquer une fraction des contaminations résiduelles par le VIH⁴⁶.

Néanmoins, même si on peut encore espérer une réduction des pratiques à risques liés à l'injection, il faut prendre acte des limites de l'accessibilité aux seringues⁴⁷ et développer ou renforcer d'autres actions en direction notamment des sous-populations à haut risque et difficile à rejoindre : les jeunes usagers vers lesquels il faut déployer des stratégies d'approches innovantes (travail des pairs les sensibiliser à la réduction des risques, prévention du passage à l'injection) ou les détenus UDIV dont il faut améliorer la prise en charge et la prévention des risques lors de leur incarcération^{48,49}.

Fig. 3 : Evolution de l'accessibilité aux seringues stériles et des indicateurs infectieux et comportementaux de 1988 à 1999



⁴⁶ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport InVS-INSERM, novembre 1999, J.Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHC, VHB et réduction des risques en prison à travers le monde, revue de littérature InVS, J. Emmanuelli, .septembre 1997,

⁴⁹ Le sida et la prévention en milieu carcéral : 2^{ème}conférence sur le VIH/SIDA en Europe, Transcriptase, J. Emmanuelli., N°64, 16-19, 1998.

Evolution de la mise en œuvre de la politique de substitution avec confrontation aux données d'Infraction à la Législation sur les Stupéfiants et d'overdoses mortelles.

Un essor des traitements de substitution sans précédent

Le Subutex® : Mis sur le marché en février 1996 dans le cadre de la prescription en ville de traitements de substitution des héroïnomanes, la bupré-norphine haut dosage (boîtes de 7 comprimés dosés à 2 mg, 4 mg ou 8 mg), dénomination commune internationale du Subutex®, supprime de manière prolongée le syndrome de manque et le désir obsédant de la drogue, sans reproduire les effets euphorisants et la sensation de « flash » propre à l'héroïne (effet agoniste-antagoniste de la morphine). La bupré-norphine diminue l'auto-administration d'héroïne tout en produisant chez les sujets dépendants une simple sensation de bien-être qui permet l'acceptation du traitement. Ce produit dont la dose léta-le est extrêmement élevée, ne présente pas de risque de surdosage chez l'héroïnomane sauf en cas de prise concomitante de benzodiazépines, d'hypnotiques, de dérivés morphiniques ou de codéine⁵⁰. Prévu pour une prise sublinguale (ce qui suppose de laisser fondre pendant quelques minutes les comprimés sous la langue), la posologie moyenne efficace du Subutex® se situe entre 8 à 10 mg/j⁵¹. Des évaluations du traitement au Subutex® dans le cadre de la médecine de ville ont mis en évidence l'efficacité de la prescription du produit sur la réduction de la consommation d'héroïne et sur l'amélioration générale de la santé chez les usagers⁵². Cependant, l'efficacité de ce traitement de substitution nécessite en partie que la prescription soit encadrée par une prise en charge médico-sociale, ce qui semble loin d'être toujours le cas. Par ailleurs, il est aujourd'hui acquis que de nombreux toxicomanes ont recours, de manière occasionnelle ou régulière, à l'injection par voie intraveineuse du Subutex®. Quelles que soient les raisons invoquées, ce détournement de la voie d'usage a pour conséquence

pharmacologique de potentialiser la biodisponibilité du produit, et donc d'en renforcer les effets⁵³. Ce renforcement des effets peut être recherché quand la concentration sérique thérapeutique de Subutex® n'est pas atteinte, soit parce que la dose prescrite de Subutex® est insuffisante, soit, et cela revient au même, parce qu'il est pris per os et non en sublingual pour des raisons de commodité (la biodisponibilité du produit se trouvant ainsi amoindrie). Dans l'hypothèse d'un traitement correctement équilibré, le détournement par voie IV peut également viser un surcroît d'effet euphorisant. Indépendamment des effets liés aux doses, certains intervenants voient enfin dans l'injection un reliquat de dépendance au geste plus qu'au produit⁵⁴.

Depuis sa mise sur le marché, les ventes de boîtes de Subutex® ont connu une très forte croissance **ationale** correspondant respectivement, dans l'hypothèse haute d'une stricte observance du traitement à la posologie de 8 mg par jour, à une moyenne de 20 000 usagers/mois en 1996, 40 000 en 1997, 52 000 en 1998 et à 66 000 en 1999 (**tab.6**). En mai 2000, bien que légèrement inférieure, cette croissance se poursuit puisqu'on dénombrerait environ 73 000 usagers sous 8mg/j de Subutex® (+10%). Le suivi SIAMOIS débutant au moment même de la mise sur le marché du Subutex®, le pic de croissance (doublement des ventes) enregistré entre 1996 et 1997 correspond à la phase de montée en charge. Cependant, la croissance reste fortement positive entre 1997-1998 et 1998-1999, traduisant une très large diffusion de ce produit auprès des usagers de drogues. Ces indicateurs sont calculés sous l'hypothèse forte d'un traitement de 30 jours où le produit acheté est *entièrement consommé par une seule et même personne*. Or on sait que certains sujets ont plusieurs prescripteurs et consomment plus que ce qui leur est prescrit. Mais il existe aussi des individus qui sous-consomment soit dans une tentative de restreindre le recours aux médicaments soit pour pouvoir également consommer de l'héroïne. Certains revendent, troquent ou font don d'une partie des médicaments qui leur sont prescrits⁵⁵. Ainsi le nombre de consommateurs, réguliers ou occasionnels de Subutex® à un moment donnée est sans doute supérieur à nos estimations.

⁵⁰ Le seul laboratoire de médecine légale qui a rapporté 20 cas de décès survenus chez des usagers ayant consommé du Subutex® dans les heures précédentes (en 1998) a montré que 18 d'entre eux avaient concomitamment consommé des benzodiazépines à des doses élevées.

⁵¹ Etude SPESUB et SUBTARES, société EVAL, in Indicateurs et tendance, OFDT, 1999.

⁵² Ibidem

⁵³ Evaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues, rapport réalisé par un groupe de travail de l'INSERM pour la DGS, juin 1998

⁵⁴ Les estimations d'usage intraveineux du Subutex® varient de 12 à 20% d'après les études EVAL et de 44% (fréquence quotidien) à 70% (occasionnellement dans le dernier mois) dans l'enquête InVS-INSERM sur les UDIV des PES

⁵⁵ Ibidem.

Compte tenu de la masse de Subutex® en circulation, on aurait pu s'attendre, à nombre constant d'usagers de drogues dans le temps, à une baisse de la consommation de seringues. L'impact pourrait être faible sur les ventes de seringues en vrac car les UDIV ne représentent qu'une partie des consommateurs mais cette baisse devrait surtout s'exprimer sur les ventes de Stéribox® qui sont un produit spécifique. Or, l'évolution des ventes de ces deux produits, qui s'adressent théoriquement à deux populations d'usagers de drogues a priori indépendantes (des injecteurs ou des ex-héroïnomanes substitués par voie orale), est très corrélée (à 99%) dans le sens d'une croissance combinée. Une interprétation possible est que ces produits concernent en partie la même population : en pratique il est probable que beaucoup d'usagers de drogues à problèmes alternent, voire associent simultanément, la prise de

Subutex® avec l'injection de produit (Subutex® ou autres produits). Outre cette hypothèse, la croissance inattendue des ventes de seringues peut également s'expliquer par une augmentation de la consommation de seringues pour se rapprocher de la norme « une seringue neuve à chaque injection ».

Au niveau **regional**, on retrouve ce phénomène inattendu de croissance combinée. Ainsi, excepté pour Languedoc-Roussillon, Corse, et Nord-Pas-de-Calais, les autres régions à fort taux de ventes de Subutex® (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Alsace, Lorraine) affichent également de forts taux de ventes de Stéribox®. Cette association entre niveau de ventes de Subutex® et de Stéribox® est encore plus marquée dans les régions à faible taux de ventes de Subutex® qui, toutes sans exception, vendent également peu de Stéribox® (tome II).

Tab. 6 : Accessibilité des UDIV aux traitements de substitution de 1995 à 1999

ACCESSEURITÉ DES UDIV AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre moyen d'usagers/mois sous Subutex® 8mg/j en ville (SIAMOIS)	0	20 156	40 357 (+100%)	52 546 (+30%)	66 244 (+26%)
Nombre moyen d'usagers/mois sous Méthadone® 60mg/j en ville (SIAMOIS)	<1 000	1 332	2 013 (+55%)	2 532 (+25%)	3 502 (+38%)
Nombre moyen d'usagers/mois sous Méthadone® 60mg/j en CSST (pgs) ⁵⁶	>1 700	2 580	3 426 (+33%)	4 160 (+21%)	4 905 (+18%)
NOMBRE MOYEN D'USAGERS/MOIS TOUS TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION CONFONDUS (SUBUTEX+METHADONE⁵⁷)	>2 500	24 068	45 796 (+90%)	59 238 (+29%)	74 651 (+26%)

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Plus généralement, l'analyse statistique des données SIAMOIS de 1996 à 1999 montre qu'il existe une corrélation écologique entre ces 2 indicateurs et le niveau local de prévalence de l'usage de drogues : il se vend d'autant plus de Stéribox® et de Subutex® qu'il y a d'usagers de drogues sur une aire géographique donnée (et inversement).

Méthadone® : Cet agoniste morphinique, utilisé depuis plusieurs décennies comme traitement de substitution dans certains pays, équilibre pendant 24 heures les systèmes neuro-biologiques déréglés sans induire les sentiments de plaisir, d'euphorie ou de sédation propre à l'héroïne. En plus de son action inhibitrice sur l'envie d'héroïne, ce produit a également une action anti-psychotique et anti-dépressive

non négligeable du fait de la fréquence relative d'une co-morbidité psychiatrique chez les héroïnomanes. La mise en place et la surveillance d'une posologie efficace doivent se faire dans des conditions rigoureuses en raison des risques de surdosages à la Méthadone® (risques plus importants qu'avec la buprénorphine).

⁵⁶ Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution, exercice 1998, DGS/SP3/CB

⁵⁷ Pas de données disponibles en 1995 à la DGS sur la Méthadone®. On peut raisonnablement supposer que le nombre qui concerne les premiers relais méthadone instaurés en ambulatoire sur la période d'avril à décembre 1995 est très inférieur à 1000. Quant au nombre des traitements prescrits en CSST, il correspond au décompte disponible à la fin de l'année 1994.

Depuis le 01/01/95, la primo-prescription de Méthadone® se fait en centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) sous l'autorité d'un médecin travaillant idéalement au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmières, de travailleurs sociaux et de psychologues. L'indication est posée après évaluation préalable du patient et de sa toxicomanie (type, durée et gravité). Après équilibration des doses et stabilisation de l'état général du patient se pose, depuis l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour la Méthadone® (31/03/95), la question d'un relais de prise en charge en médecine libérale (médecin de ville, de préférence membre d'un réseau médico-social en liaison avec l'hôpital de secteur).

La loi prévoit également un suivi biologique régulier (dosage urinaire) des patients sous Méthadone® afin de s'assurer d'une bonne observance thérapeutique (abstinence d'héroïne). Avec le relais de ville, cet aspect de la prise en charge demeure problématique (où se fait le contrôle? qui y procède?).

Les connaissances accumulées après 30 ans d'expérience⁵⁸ démontrent l'efficacité des programmes de maintenance à la Méthadone® en terme de rétention, de diminution de la consommation d'héroïne, des risques infectieux, de la mortalité et de la criminalité. Cette efficacité se révèle améliorée par une philosophie orientée vers le long terme, l'encaissement des usagers par des équipes stables développant une relation chaleureuse et soutenante, l'administration de doses individualisées, ainsi que par l'existence d'un accompagnement social et psychothérapeutique de qualité en cas de co-morbidité psychiatrique. En effet, le facteur le plus déterminant se révèle être le degré de psychopathologie ainsi que la gravité de la toxicomanie⁵⁹. Plus les patients présentent des troubles de la personnalité et des antécédents graves de toxicomanie, moins bons sont les résultats du traitement. A l'inverse, les meilleurs résultats sont obtenus dans le groupe des usagers les plus équilibrés sur le plan psychologique.

Le développement des traitements de substitution par la Méthadone® a donc réellement commencé en

1994 avec, à partir de l'automne 1995, la possibilité de suivi extra-institutionnel. Celui-ci se développe de façon lente mais régulière. La croissance **ationale** de la consommation de la Méthadone® n'a pas été aussi fulgurante que celle du Subutex® dont la disponibilité (essentiellement en pharmacie, exclusivement pour les UDIV), ne dépend à la limite, outre le nombre d'usagers, que du nombre local des pharmacies, contrairement aux ventes de Méthadone® qui dépendent aussi et surtout du nombre local de structures de soins spécialisés. Dans le respect du droit commun concernant la libre prescription et le secret médical, aucun système de contrôle spécifique n'a été mis sur pied officiellement. A l'instar du Subutex®, on ne dispose donc pas d'informations directes sur le nombre de patients recevant des prescriptions de Méthadone®. Pour l'estimation du nombre de patients-mois recevant un traitement par la Méthadone®, on a donc retenu 60 mg comme dose moyenne quotidienne. Le suivi SIAMOIS débutant 10 mois après la mise sur le marché de la Méthadone® (mars 1995), la croissance très positive des prescriptions observées en ville entre 1996 et 1997 (**tab.6**) fait suite à une phase de lente montée en charge du produit, témoignant d'un accès plutôt modérée à cette modalité de traitement. Cette observation est d'ailleurs en cohérence avec les contraintes du cadre de délivrance de la Méthadone® en ville : ne peuvent en bénéficier que les usagers antérieurement suivis dans un CSST et considérés « médico-psychologiquement stabilisés » pour un relais en ville. Ainsi, le nombre d'usagers se procurant de la Méthadone® en officine dépend localement du nombre, de l'activité et des stratégies sanitaires des CSST. Cependant, l'évolution des taux de croissance des prescriptions en ville et en CSST laisse supposer qu'un nombre toujours plus important de relais en ville sont instaurés. Cet assouplissement possible des stratégies institutionnelles vis-à-vis de la Méthadone® trouve son expression la plus symbolique dans la mise en place de programme de méthadone à moindre seuil d'exigence (Bus Méthadone bas-seuil de MDM accueillant des usagers qui ne pourraient pas être admis dans des CSST traditionnels du fait de leur mode de vie et de leur difficulté à intérioriser les contraintes).

⁵⁸ « *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués* », éditions Calmann-Lévy, 1994. le Dr Annie Mino (I.U.P.G., Genève, Suisse)

⁵⁹ D'après l'évaluation 1995 du Dr J.J Deglon portant sur 327 patients en cure de Méthadone à la fondation PHENIX (Genève, Suisse)

Comme on l'observe pour la ventes de seringues et de Subutex®, on note pour les ventes de Méthadone® un phénomène de périodicité trimestrielle qui se caractérise par un pic en début de trimestre, particulièrement au troisième trimestre (en juillet), suivi d'une chute relativement rapide (surtout en août) et d'une remontée sur la fin du trimestre. Bien qu'à l'origine du suivi les ventes des produits tracés étaient supposées se faire en flux tendus, cette saisonnalité dans les séries pourrait en partie s'expliquer par des phénomènes de stocks, apparus progressivement au cours du temps à mesure que la demande globale se faisait plus forte. Cependant, un phénomène indépendant des variations de stock apparaît en été lors duquel le système d'information enregistre une baisse importante au niveau national de la consommation de Subutex® (et plus atténuée pour les autres produits). Dans un contexte général de baisse des ventes, les répercussions de cette tendance estivale s'observent de manière assez hétérogène au niveau local (tome II). A cet égard, SIAMOIS enregistre en août un surcroît des ventes dans les zones de villégiatures ou de passage des UDIV en vacances (le sud), contrastant avec des baisses prononcées dans les grandes agglomérations du nord.

Au delà de ces fluctuations saisonnières, l'offre de Méthadone® varie donc au niveau **régional** en fonction du nombre de CSST en activité. En tant que bastions historiques de la prescription de Méthadone® dans les CSST, les régions Ile-de-France (Paris) et PACA (Nice) représentent à elles-seules 60% des volumes vendus en ambulatoire : elles contribuent donc fortement à la valeur des taux nationaux dont l'évolution du simple au double sur 4 années renvoie en fait à des situations régionales très hétérogènes. Moins dotée en infrastructures, la région Alsace, très fortement engagée dans la politique de réduction des risques avec des taux de ventes (pour 10000 habitants de 20-39 ans) de Stéribox® et de Subutex® plus de deux fois supérieurs aux taux nationaux a cependant vu considérablement s'accentuer les ventes de Méthadone® dans ses pharmacies, témoignant d'une bonne articulation des différents services concernés localement (CSST, médecins de ville, pharmaciens, associations d'aide aux usagers de drogues).

En revanche, l'absence de prescriptions en ville de Méthadone® en Corse dans les 3 ans qui ont suivi sa mise sur le marché officinale (alors qu'il existe des CSST prescrivant de la Méthadone®), traduit sans doute moins une faible prévalence de l'usage de drogues que sa difficile reconnaissance officielle : entre 1996 et 1999, 1 décès par overdose et 5 Infractions sur la Législation sur les Stupéfiants (ILS) pour usage d'héroïne y ont seulement été notifiés. De plus, aucune association d'aide aux UDIV distri-

buant des seringues n'était recensée en 1998 sur l'île. Or, sur la même période, la région Corse, où les prévalences du VIH et du VHC chez les UDIV seraient les plus fortes enregistrées en France (**tab.5**), se classe entre le 5^{ème} et le 8^{ème} rang pour les ventes régionales de Stéribox® et de Subutex® pour 10 000 habitants de 20-39 ans dont l'accessibilité, plus généraliste, assure une plus grande confidentialité (tome II). Enfin, pas plus que ce n'était le cas avec les ventes de Stéribox® et de Subutex®, le Nord-Pas-de-Calais affiche de faibles taux ventes de Méthadone®, bien qu'en progression constante, dans un contexte de fort usage de drogues. Malgré ces disparités, la dispensation en ville de la Méthadone® ne cesse néanmoins de se développer dans les régions touchées par la toxicomanie, rattrapant progressivement les gros centres de prescription traditionnels en IDF et PACA.

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Des indicateurs d'usage et de risques mortels liés à l'usage en nette régression

Compte tenu de ce qui a été rappelé des caractéristiques pharmacologiques et des effets cliniques du Subutex® et de la Méthadone®, l'essor de la politique de substitution devrait se traduire par une diminution de l'injection et de la consommation d'héroïne, ces modifications de comportements devant elle-même entraîner une moindre consommation de seringues et une baisse progressive des infractions pour usage d'héroïne et des décès par overdoses (en majeure partie lié à l'héroïne) sur la même période.

En plus de refléter un niveau de risques liés à l'usage de drogues, les décès par overdose (OD) et les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) pour usage et usage/revente peuvent servir à mesurer l'impact de la politique de réduction des risques sur une période donnée. Cependant, si les indicateurs de vente peuvent être étudiés en descendant à un petit échelon géographique, la relation avec les indicateurs d'ILS et d'OD mortelles ne peut pas toujours être faite en raison du chiffre faible des OD mortelles et des ILS, et de la qualité disparate des informations transmises à l'Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS). En effet, les OD mortelles et les ILS recensées ci-dessous sont d'abord le reflet de l'activité locale des services de polices et des parquets, et à ce titre, leur précision dépend en partie des politiques locales en matière de répression des toxicomanies. Etant elles-mêmes fortement liées aux situations locales en terme de trafic et de toxicomanies, on peut cependant supposer, sauf événement particulier (Vigipirate en IDF) que ces politiques sont relativement stables dans le temps. Ainsi, les données disponibles concernant les ILS et les décès par OD contribuent surtout à apprécier les tendances en terme d'usage et de mortalité non infectieuse (hors suicide) liée à cet usage.

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Consommation de seringues : Contre toute attente, la diffusion massive des traitements de substitution n'a ni refroidie ni même stabilisé l'accroissement **national** des ventes de seringues en pharmacies, amenant à penser que les messages de réduction des risques n'avaient pas encore pleinement atteint leurs objectifs (non partage, voire non réutilisation de la seringue). D'autre part, la mise à disposition d'opiacés de synthèse a sans doute précipité une évolution des usages, déjà amorcée depuis quelques années, dans le sens d'un renforcement de la polyconsommation, romptant en quelque sorte avec le paradigme médico-social prévalant depuis les années 1970 de l'héroïnomane mono-usager tour à tour contestataire, inactif et délinquant. D'autres substances, en particulier des psychotropes licites, sont aujourd'hui très largement consommés par voie orale et IV, souvent en combinaison avec d'autres produits licites ou illicites par une frange non négligeable d'usagers de drogues⁶⁰. Par endroit, les produits de substitution eux-mêmes sont vendus ou échangés comme une drogue de rue, et la plupart du temps, consommés per os ou IV en association avec d'autres produits dont ils régulent (crack,

ecstasy, amphétamine) ou potentialisent (Rohypnol®, alcool) les effets. Décris au sein de populations d'usagers repérées par les institutions médico-légales, ces profils d'usages émergeants s'accompagnent d'une relative précarisation des modes d'existence dont l'incarcération, qui concerne plus d'un usager sur deux, est un des marqueurs les plus sensibles.⁶¹

ILS héroïne : Si les ILS à l'héroïne pour usage/usage-revente avaient déjà commencé à diminuer depuis 1995, cette baisse s'est très nettement accentuée à partir de 1996 (tab. 7). Dans son dernier rapport, l'OCRTIS estime que cette tendance **ationale** traduit une désaffection persistante pour l'héroïne et évoque pour l'expliquer un certain impact des messages de réduction des risques, le développement d'une polytoxicomanie chez certains (ex)héroïnomanes en cours de traitement pour lesquels le cannabis, la cocaïne, voire l'ecstasy présentent un certain attrait, et surtout la forte extension des traitements de substitution. Ces hypothèses sont renforcées par la diminution très importante sur la période 1996-1999 des ILS pour trafic (-68%), des quantités saisies (-60%) et les décès par surdose d'héroïne (-79%).

Tab 7 : Indicateurs d'usage et d'overdoses mortelles chez les UDIV de 1994 à 1999 (OCRTIS)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ILS héroïne	17145	17328 (+1%)	14596 (-16%)	11877 (-19%)	7453 (-32%)	6141 (-17%)
ILS cocaïne	1156	1184 (+2,5%)	6141 (+17%)	1785 (+29%)	2850 (+60%)	3397 (+19%)
Décès par OD	564 (-17%)	465 (-17%)	385 (-41%)	227 (-37%)	143 (118)	118 (-17%)

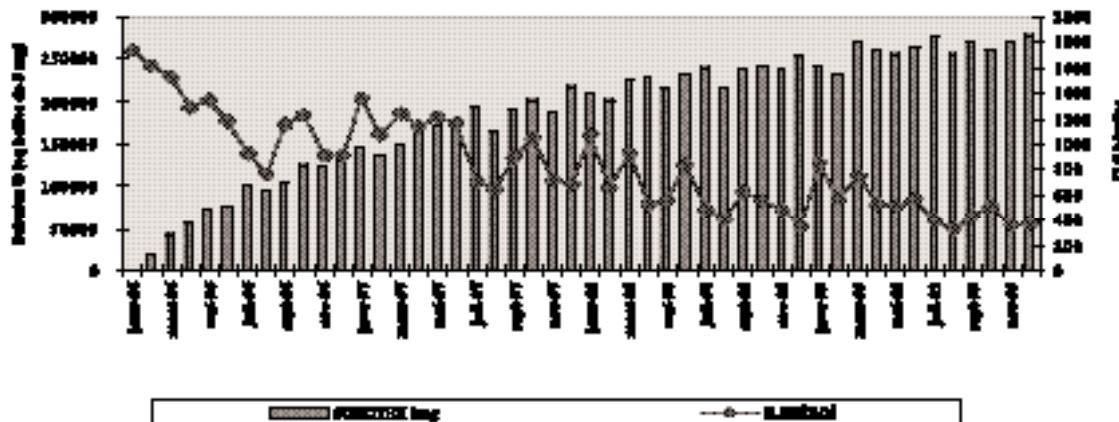
⁶⁰ Tendances récentes, rapport TREND, OFDT, mars 2000.

⁶¹ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les PES en France, Rapport InVS/INSERM

La figure 4 présentant dans un même temps l'évolution mensuelle de la consommation de Subutex® et des ILS à l'héroïne pour les années 1996 à 1999 montre que la consommation de Subutex® augmente et que les ILS à l'héroïne diminuent concomitamment. La corrélation linéaire simple entre ces deux

séries est forte. Il y a donc bien une association entre Subutex® et héroïne, sans qu'on puisse toutefois affirmer qu'elle est d'ordre causale (même si c'est assez probable) dans la mesure où d'autres facteurs non pris en compte dans notre analyse doivent intervenir dans la baisse des ILS à l'héroïne⁶².

Fig. 4 : Evolutions Subutex® et ILS héroïne de 1996 à 1999



Au niveau **regional**, on observe une diminution relativement homogène de la consommation d'héroïne sur l'ensemble des régions concernées par l'usage de drogues. Il s'agit de Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine et l'Alsace, régions enregistrant le plus grand nombre d'ILS pour l'héroïne (50% de l'ensemble entre 1996 et 1999) qui forment une ceinture frontalière séparant la France, du nord au nord-est, de la Belgique, du Luxembourg, de l'Allemagne et de la Suisse. Classiquement, entre 50 et 80% de l'héroïne importée en France (dont la provenance est identifiée), pour la vente ou le transit vers d'autres pays comme l'Angleterre et l'Espagne, provient des Pays-Bas et de Belgique, (et parfois d'Allemagne). De fait, la plupart des saisies d'héroïne, en nombre et en quantité, s'effectue notamment dans le Pas-de-Calais, situé sur l'axe de transit de l'héroïne des Pays-Bas vers l'Angleterre (tunnel sous la manche), dans le Nord et les Ardennes, frontaliers avec la Belgique et points de passage depuis les Pays-Bas, en Moselle, département à proximité des lieux de ventes belges et hollandais, et dans une moindre mesure, dans le Bas-Rhin (OCRTIS).

La région Ile-de-France (entre 27 et 19 % de l'ensemble des ILS à l'héroïne de 1996 à 1999), notamment Paris et la petite couronne, est également un haut lieu de trafic et de consommation d'héroïne à la

fois pour son urbanisation développée (Paris, Seine-Saint-Denis) et ses aéroports internationaux (Val d'Oise, Val de Marne). A l'autre bout de la France, Languedoc-Roussillon et PACA, régions de bordure côtière donnant sur la Méditerranée concentrent de 12 à 7% de l'ensemble des ILS héroïne entre 1996 et 1999, notamment du fait de l'Aude, de l'Hérault, des Bouches du Rhône, et des Alpes-Maritimes qui représentaient 13% des saisies d'héroïne hollandaise ainsi qu'une partie des saisies d'héroïne en provenance de Thaïlande en 1996. La région Rhône-Alpes, frontalière de la Suisse (« tourisme de la drogue ») et de l'Italie, représente de 4 à 5% de l'ensemble des ILS héroïne entre 1996 et 1999, en grande partie à cause du département du Rhône, très urbanisé, point de passage vers le grand sud de la France et d'autres pays européens via l'aéroport international Lyon-Satolas.

Ces régions à forte prévalence d'usage de drogues se caractérisent donc très nettement par une évolution inverse des ILS héroïne et des ventes de produits de substitution (Subutex®). A un échelon plus local, il se dégage, à travers les évolutions croisées des ILS et des ventes de seringues et de produits substitution, certaines particularités dont l'analyse peut venir utilement compléter la présentation des tendances générales. Ainsi le fait que certains

Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

⁶² Des études écologiques à visée étiologique temporelle et géographique devraient être menées prochainement pour approfondir d'un point de vue plus biostatistique les relations entre ces différents indicateurs.

départements à faible usage d'héroïne (Pyrénées-Orientales, Var, Vaucluse) se caractérisent d'une part par de fortes ventes de produits de substitution, et d'autre part par de forts taux d'ILS cocaïne, illustre possiblement l'hypothèse émise plus haut d'une désaffection de l'héroïne en faveur du Subutex®, qui joue vraisemblablement, ici plus qu'ailleurs, le rôle de matelas opiacé visant à atténuer les effets de descente propre à la consommation de cocaïne⁶³.

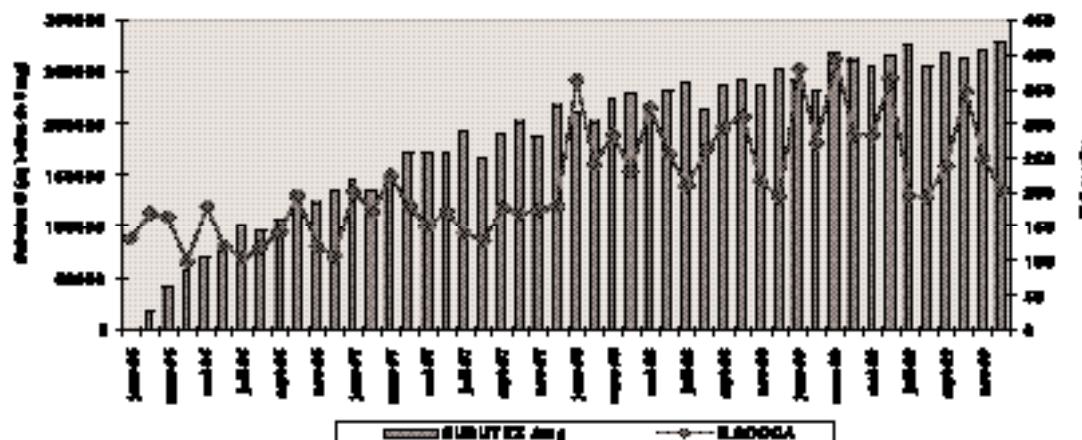
De même, le fait que d'autres départements très concernés par l'usage de drogues comme le Nord ou les Alpes Maritimes affichent une très faible diminution des ILS héroïne malgré de très fortes ventes de produits de substitution semble contredire localement l'hypothèse selon laquelle l'usage d'héroïne diminue avec la diffusion du Subutex®. Ce paradoxe tient peut-être à un renforcement conjoncturel de l'activité répressive des services policiers dans ces haut-lieux du trafic des stupéfiants.

A l'inverse, la Seine et Marne, bien que beaucoup moins touchée par l'usage de drogues, affiche une forte diminution des ILS héroïne durant les 4 der-

nières années, sans qu'une cause « sanitaire » particulière puisse être avancée. Cette situation tient peut-être à un renforcement du dispositif et des mesures répressives dans ce département beaucoup moins urbain au sein duquel s'est assez rapidement développé un usage de drogues inattendu. En ceci, cet exemple illustre peut-être une tendance le plus souvent repérable à travers les ventes de Stéribox® ou de Subutex® en pharmacie d'extension de l'usage de drogues hors des zones d'ancrage traditionnelles (urbain, frontalier).

ILS cocaïne⁶⁴ : Les ILS recensées ci-dessous concernent l'usage/usage-revente de cocaïne et de crack, qui en est un dérivé fumable. Le crack n'étant que faiblement consommé en France métropolitaine, et quasi-exclusivement sur Paris et la petite couronne⁶⁵, ces données décrivent essentiellement l'usage de cocaïne. Bien qu'antérieure à la diffusion des produits de substitution, la croissance **ationale** de l'usage de cocaïne s'est intensifiée à partir de l'instauration effective des suivis Méthadone® en ville, pour littéralement exploser avec la diffusion massive du Subutex® (**tab.7**).

Fig. 5 : Evolutions Subutex® et ILS cocaïne de 1996 à 1999



D'après l'OCRTIS, cet engouement durable s'expliquerait par une pénétration de ce produit au delà des couches sociales traditionnellement consommatrice (milieu des affaires et de la production artistique, relativement protégés ou héroïnomanes utilisant la cocaïne en association avec l'héroïne). Les deux nouveaux groupes de consommateurs seraient des jeunes, notamment consommateurs de cannabis ou

d'ecstasy qui découvrent sur leur quartier d'habitation, lors des événements festifs ou en discothèque, ce produit, objet de fascination récemment devenu plus accessible tant en terme de coût que de disponibilité. Et des usagers sous substitution à l'héroïne qui sont passés à la consommation de cocaïne (usage régulier « récréatif ») et pour lesquels l'opiacé est plus ou moins relégué au statut de substance

⁶³ Tendances récentes, rapport TREND, OFDT, mars 2000.

⁶⁴ Usage et trafic de stupéfiants », statistiques 1995, 1996, 1997, 1998, et 1999, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur.

⁶⁵ Dans les tendances récentes du rapport TREND de l'OFDT, 2000, le crack est cependant considéré en début de phase de diffusion, parce que signalé comme disponible, même si de manière peu significative, sur de nombreux sites et comme recrutant des consommateurs dans des milieux socio-culturels divers.

de régulation (**fig. 5**). Pour ce qui est de la relation entre les ILS cocaïne et la consommation de Subutex®, la corrélation entre ces deux séries est plus faible que celle caractérisant l'association entre Subutex® et héroïne. Ainsi, la relation dans le sens d'une croissance combinée entre Subutex® et cocaïne est moins forte que celle plus « naturelle » qui existe entre opiacés de synthèse et héroïne.

Provenant d'Amérique du Sud ou Centrale, la cocaïne saisie en France ne fait la plupart du temps (de 60 à 90% des cas) qu'y transiter de sud/sud-ouest (via l'Espagne) en nord/nord-est (à destination de l'Italie, de la Suisse, de la Belgique, des Pays Bas, de la Grande-Bretagne, des pays de l'Est, et le Moyen Orient) ou, dans une moindre mesure, du nord (via les Pays Bas) au sud (à destination de l'Espagne). De fait, la proximité de certaines régions françaises avec l'Italie (PACA, Rhône-Alpes), l'Espagne (Languedoc-Roussillon), voire les Pays Bas, la Belgique ou la Grande-Bretagne (Nord-Pas-de-Calais, Lorraine) facilite aux usagers de ces régions l'accès aux sources d'approvisionnement destinées au marché italien, provenant d'Espagne ou des Pays de Nord de l'Europe.

Au niveau **regional**, IDF et Nord-Pas-de-Calais concentrent ainsi à eux seul 50% de l'ensemble des ILS cocaïne entre 1996 et 1999, alors que PACA, Languedoc-Roussillon, Lorraine et Rhône-Alpes représentent pour leur part entre 20 et 25% de ce total. Ces régions à forts taux d'infractions pour usage de cocaïne ont en commun des zones d'habitat urbains fortement concentrées (Paris et sa couronne, Marseille, Lille, Toulouse, Lyon, Bordeaux).

En Corse, plus d'une trentaine d'ILS cocaïne ont été notifiées entre 1996 et 1999 (10, 2, 12, 7). La situation géographique de la Corse, directement ouverte au nord sur les principales zones de circulation de la cocaïne en Méditerranée (Espagne, Languedoc-Roussillon, PACA, Italie), la rend peut-être plus vulnérable à la consommation de ce produit. Dans le même ordre d'idée, le Limousin, où ont été déclarées une cinquantaine d'ILS pendant la même période d'observation, se situe sur l'axe de trafic sud/nord de la cocaïne en Europe de l'Ouest.

Enfin, Midi-Pyrénées et Picardie connaissent une progression constante de leur taux d'ILS cocaïne, dont une des explications possibles tient peut-être également à leur situation sur ce même axe de trafic sud/nord.

Entre 1996 et 1999, les régions affichant les plus

forts taux d'ILS cocaïne pour 10 000 habitants de 20-39 ans sont également celles, à l'exception de l'Alsace, où se vendent les plus importants volumes de Subutex®, soit, par ordre d'importance décroissante, IDF (Paris, Hauts de Seine, Seine-st-denis), Languedoc-Roussillon (Hérault), PACA (Alpes-Maritimes), Nord-Pas-de-Calais, Corse et Lorraine (Moselle). Hormis Corse, il s'agit aussi de régions à fort taux d'ILS héroïne. Cette combinaison d'indicateurs semble associer l'usage local de cocaïne à un contexte d'offre important d'opiacés (naturel ou de synthèse), sans que la réciproque soit vraie, Champagne-Ardenne, Alsace, et Haute-Normandie se caractérisant par des consommations importantes d'héroïne et/ou de Subutex® et un faible usage de cocaïne.

A coté des augmentations particulièrement importantes dans les régions à fort usage de drogues comme Aquitaine (Gironde:+61 en 99), Languedoc-Roussillon (Haute-Garonne:+68 en 98), Rhône-Alpes (Isère:+69 en 98), PACA (Alpes Maritimes:+70 en 98, Var:+29 en 99 ; Bouches du Rhône:+160 en 98 ; Vaucluse:+29 en 99), IDF (Paris:+197 en 98 ; Hauts-de-Seine:+77 en 99 ; Seine-st-denis:+97 en 99 ; Val de Marne:+27 en 98 ; Val d'oise:+53 en 99), les services de police notifient l'émergence durable d'un usage de cocaïne dans des régions où il n'existe que de façon sporadique et inconsistante. C'est notamment le cas en Bretagne (Morbihan), en Haute Normandie (Seine-Maritime), en Champagne-Ardenne (Ardennes) et Pays de Loire (Loire-Atlantique).

Ailleurs, il est observé un renforcement des consommations de cocaïne, comme en Midi-Pyrénées (Haute-Garonne, Pyrénées-Atlantiques) et en Lorraine (Moselle, Meurthe-et-Moselle), où ce phénomène semblait déjà plus ancré. L'exemple de ces régions montre que l'augmentation globale des ILS cocaïne peut localement correspondre, en plus d'une intensification des consommations chez les consommateurs habituels, à une diffusion géographique (et/ou sociologique) du produit.

Décès par overdose : Comme nous l'avons déjà indiqué, ces données ne concernent que les décès portés à la connaissance de services de police ou de gendarmerie, et à ce titre, il est probable que leurs nombres réels par années soient légèrement supérieurs à ceux présentés ici. Cela dit, les décès par surdose ont spectaculairement chuté depuis 1995 (**tab. 7**) pour atteindre en 1999 leur plus bas niveau **national** depuis 1979 (117)⁶⁶. La consommation d'héroïne est toujours majoritairement en cause,

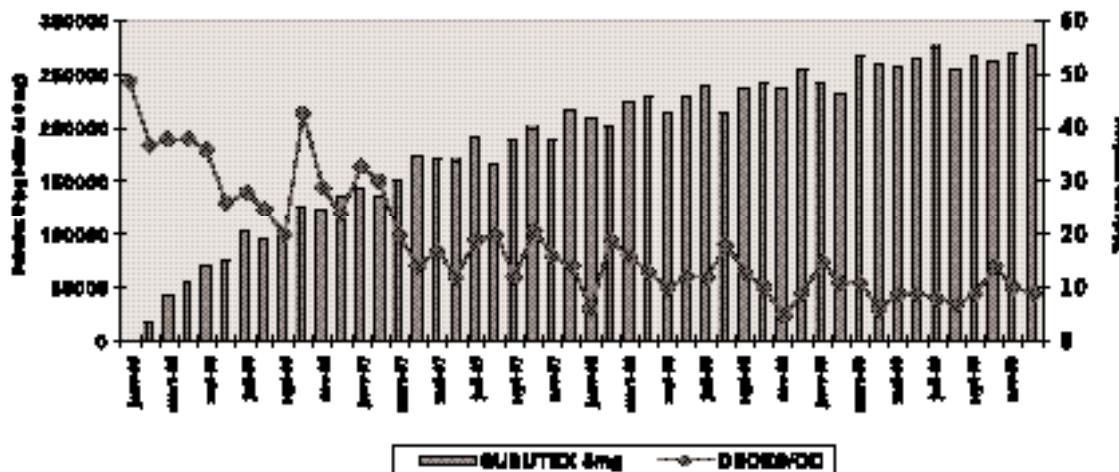
Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

⁶⁶ Exactement dix années après la première overdose mortelle à l'héroïne officiellement notifiée en France (1969). Le pic d'OD mortelles s'est produit en 1994 et concernait 588 personnes.

même si on constate de plus en plus de décès impliquant d'autres substances, le plus souvent associées (alcool, médicaments). Pour l'OCRTIS, cette baisse, déjà amorcée avant 1996 mais se poursuivant de manière encore plus importante entre 96-97

et 97-98, est à mettre en relation avec la désaffectation constatée pour l'usage d'héroïne, le développement des traitements de substitution (fig. 6), ainsi que l'amélioration des prises en charges sanitaires et sociales.

Fig. 6 : Evolutions Subutex® et décès par OD de 1996 à 1999



Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

En terme *regional*, exception faite pour Languedoc-Roussillon, les plus forts taux d'overdoses mortelles pour 10 000 habitants de 20-39 ans se retrouvent dans les régions les plus concernées par l'usage de drogues (plus de 10 overdoses mortelles/an). Ainsi, IDF (48% des overdoses mortelles/an de 1996 à 1999 dont 17% sur Paris, 7% sur Seine-Saint-Denis et 8% sur Hauts-de-Seine), Nord-Pas-de-Calais (14% sur le Nord) et PACA (6%/an en moyenne depuis 1996), qui déclarent respectivement 52, 22 et 7 décès par overdose en 1999, concentrent environ 70 % de l'ensemble des overdoses depuis 1996 alors qu'Alsace et Lorraine ont vu leur nombre d'overdoses mortelles considérablement diminuer entre 1996 (16 et 17) et 1999 (1 et 5).

Bien qu'affichant des indicateurs de ventes plus élevés que la moyenne nationale pour tous les outils de réduction des risques, Languedoc-Roussillon ne figure pas parmi les régions présentant d'importantes complications socio-sanitaires liées à l'usage de drogues. En plus de traduire l'efficacité des politiques locales de réduction des risques (8% des OD, 4% et 7% des ILS héroïne et cocaïne), il est possible que cette situation soit partiellement imputable à l'usage assez répandu dans la région des sulfates de morphine⁶⁷ (Moscontin®, Skénan®), opiacés de synthèse ne bénéficiant pourtant d'aucune indication légale de prescription dans le cadre d'un traitement

de substitution. Ces produits, que certains praticiens proposaient déjà pour réduire les risques aux usagers de drogues avant la diffusion massive des traitements de substitution légaux pourraient peut-être contribuer à suffisamment stabiliser les usagers pour réduire les risques liés à l'usage d'héroïne (ou à des traitements de substitution inadaptés).

Certaines régions comme Pays de Loire, Auvergne et Bretagne qui déclarent très peu ou pas d'overdoses mortelles entre 1996 et 1999 (entre 0 et 3/an) affichent également de très faibles niveaux de ventes d'outils de réduction des risques dans un contexte globale de faible usage de drogues. Bourgogne et Franche-Comté, bien que déclarant également peu d'overdoses mortelles, semblent cependant plus touchées par l'usage de drogues, comme en témoignent leurs niveaux plus élevés de ventes de seringues et de produits de substitution, ainsi que leurs taux d'ILS à l'héroïne supérieurs au taux national (tome II).

La Corse constitue un cas un peu à part qui se caractérise par un niveau de ventes d'outils de réduction des risques (RDR) témoignant d'un usage de drogues (forts taux de ventes de Subutex® et de Stéribox®, pouvant correspondre à une population de 300 à 400 UDIV soit environ 6 pour 1000 habitants de 20-39 ans) que ne reflète aucun des indica-

⁶⁷« Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'Echanges de Seringues en France », Rapport InVS/INSERM pour l'OFDT, J.Emmanuelli, F.Lert, M.Valenciano, novembre 1999.

teurs liés à l'héroïne (1 OD mortelle et 5 ILS héroïne depuis 1996). En plus d'une possible sous-estimation policière de l'usage d'héroïne, cette dissociation entre ventes d'outils de RDR et niveau d'ILS héroïne pourrait aussi s'expliquer par une consommation dominante de cocaïne en Corse (32 ILS entre 1996 et 1999) par voie intraveineuse (seringues pour le shoot, Subutex® pour la descente).

Enfin, en dépit de sa prédominance rurale, la région Centre est quand même un peu concernée par la toxicomanie, avec des taux d'overdoses mortelles compris entre 0,5 et plus d'une fois les taux nationaux (pour un nombre absolu de cas égal à 15 en 1996, 10 en 1997, 3 en 1998 et 2 en 1999) dans un contexte de vente d'outils de réduction équivalent à la tendance nationale.

Parmi les régions caractérisées par des fortes vitesses de décroissance des overdoses mortelles depuis 1996, il faut distinguer celles pour lesquelles ce phénomène correspond réellement à une diminution importante des overdoses mortelles : soit IDF et Nord-Pas-de-Calais de manière continue depuis 1996, ainsi que Lorraine, PACA, Picardie, et dans une moindre mesure Aquitaine, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon au moins entre 1996-97. Excepté pour les régions du nord de la France (où les modes de consommation de l'héroïne sont net-

tement plus diversifiés qu'ailleurs), ces diminutions correspondent pour les plus importantes d'entre elles à des niveaux de ventes officinales de produits de substitution toujours plus élevés qu'ailleurs. Observations qui vont à priori dans le sens d'une association globalement positive entre accès à la substitution et baisse de la mortalité par overdoses.

En revanche, à un niveau **départemental**, cette hypothèse semble parfois contredite comme en Seine-Saint-Denis et dans le Haut-Rhin, où l'augmentation locale des décès par overdose entre 1996 et 1997 (+1 à 3 overdoses mortelles dans un contexte national de très forte diminution des cas) se produit alors que la diffusion locale des produits de substitution y est particulièrement importante. Peut-être s'agit-il de décès mettant en cause soit d'autres produits que les opiacés (psychotropes +/- alcool), soit des produits de substitution eux-mêmes, seul ou en association. Dans son rapport 1997, l'OCTRIS estime à ce propos que les décès liés aux médicaments (+ 29% par rapport à 1996) ont représenté 24,5% de l'ensemble des overdoses mortelles cette année-là, le Subutex® ou la Méthadone® étant impliqués, seuls ou en association avec d'autres produits dans 13 décès sur 56. En outre, le rapport précise de « nombreux décès à l'héroïne sont liés également à une consommation excessive d'alcool et de médicaments ».

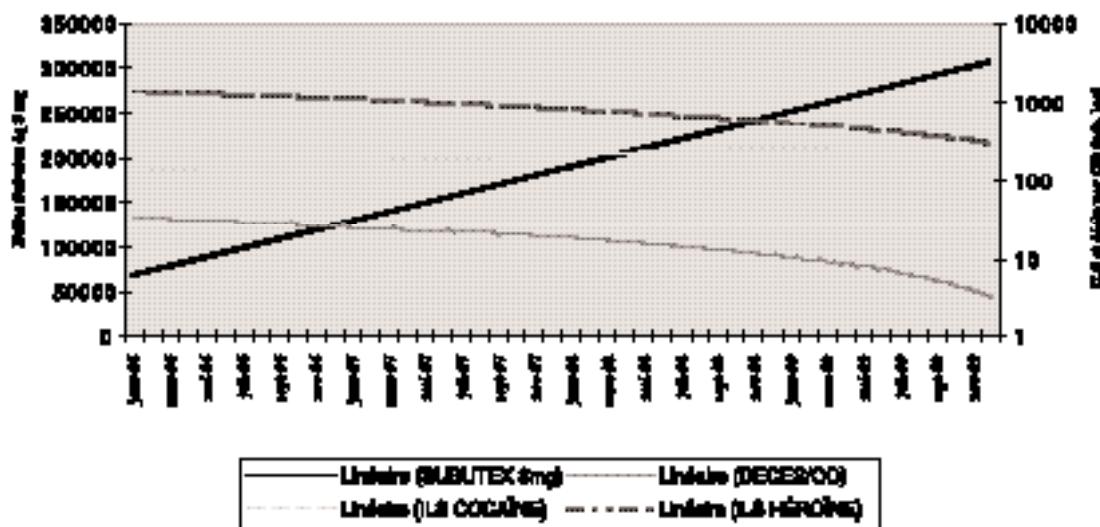
Présentation des données et des indicateurs de mise en œuvre de la politique de RDR par le biais du système SIAMOIS

Au total, en diminuant l'usage d'héroïne, le développement de l'offre de traitements de substitution a très certainement contribué à l'amélioration de l'état de santé en réduisant le nombre des injections et des décès qui y étaient liés (fig. 7), et en facilitant l'accès aux soins et la prise en charge d'un certain nombre d'UDIV.

Ce faisant, cette diffusion massive a également suscité des modifications de comportements et d'usages, engendrant à leur tour de nouveaux problèmes. Ainsi, l'utilisation détournée du Subutex® comme produit de régulation dans un contexte de polytoxicomanie pose la question des nouveaux risques pharmacologiques, incluant les décès non, ou non exclusivement, dus aux opiacés. En plus d'effets morbides spécifiques dont la prise en charge peut parfois dépasser un dispositif de soins historiquement fondé sur l'usage d'opiacés, la recrudescence des psychostimulants comme la cocaïne ou le crack (fig. 7), peut déstabiliser des comportements de prévention encore fragiles et considérablement compliquer, par la violence que ces substances déchaînent parfois, l'instauration de liens avec les intervenants de première ligne.

Et que dire des usages de Subutex® quand il est injecté, voire quand il est pris comme premier produit chez des usagers qui n'ont jamais été héroïnomane, si ce n'est qu'ils renvoient à de nouveaux défis sanitaires exigeant d'envisager des réponses innovantes comme la prévention de l'injection ou la substitution injectable, l'amélioration du cadre de prescription du Subutex® (diminution de la durée de délivrance du Subutex, renforcement de l'articulation des prises en charge en réseau,...), le développement de l'accès à la méthadone® (augmentation du nombre de prescripteurs, possibilité de primoprescription en ville, ouverture de services méthadone® bas seuil), la substitution IV (sulfates de morphine), la prescription médicale d'héroïne...tout en se donnant les moyens d'évaluer plus précisément, les bénéfices et les risques des traitements de substitution.

Fig. 7 : Tendances linéaires des évolutions des ventes de Subutex®, des ILS héroïne et cocaïne, et des OD mortelles en France entre 1996 et 1999.



**Présentation
des
données et
des
indicateurs
de mise en
œuvre de la
politique de
RDR par
le biais du
système
SIAMOIS**

Conclusion

Conclusion

Fer de lance de la politique de réduction des risques, l'offre de seringues et de traitements de substitution n'a cessé de croître depuis 1996, renforçant incontestablement la tendance à l'amélioration de la santé des UDIV, amorcée plusieurs années auparavant.

Au niveau **national**, cette amélioration concerne surtout la mortalité liée à l'usage de drogues puisqu'à l'augmentation spectaculaire de l'offre de produits de substitution sur cette période (+60%), correspond une diminution extrêmement marquée des overdoses mortelles (-70%), de l'usage d'héroïne (-58%) qui en est le principal pourvoyeur et, plus hypothétiquement, du nombre des injections. Tandis que, hormis la diminution de la réutilisation de la seringue (-60%), l'amélioration de l'offre de seringues durant cette même période a surtout contribué à la stabilisation des taux de partage de la seringue et de prévalence du VIH compris entre 15 et 20% après une importante décroissance entre 1988 et 1996 (respectivement de l'ordre de -40 et de -50%).

Au niveau **local** (annexes 8 et 9), les données SIAMOIS suggèrent une relative adéquation entre niveau de risques et niveau d'accès aux outils de réduction des risques, notamment dans les régions les plus concernées par l'usage de drogues (Alsace, Languedoc-Roussillon, PACA, et Ile-de-France) où les ventes importantes de Stéribox®, Subutex®, et Méthadone® s'accompagnent d'une forte décroissance des ILS pour l'héroïne et des décès par overdoses. L'exception relative du Nord-Pas-de-Calais n'est pas forcément aussi préoccupante que cela au regard d'un plus faible niveau d'exposition aux risques infectieux que dans les autres régions à forte prévalence de toxicomanie. En Corse, où les UDIV sont proportionnellement les plus atteints par le VIH et du VHC, la situation est en revanche plus problématique dans la mesure où l'offre de réduction des risques n'est sans doute ni suffisamment importante ni assez diversifiée (pas de PES, pas d'automates, peu de CSST).

Quel que soit le niveau géographique considéré, cet essor de la politique de réduction des risques semble en revanche sans effet sur la prévalence du VHC qui se maintient à un niveau très élevé. De surcroît, l'offre inflationniste de Subutex® s'est accompagnée, si ce n'est qu'elle les a induit, de

modifications de comportements et d'usages, engendrant à leur tour de nouveaux problèmes. Outre l'utilisation détournée du Subutex® par voie intraveineuse, et sa consommation dans des contextes de polytoxicomanies dangereuses, l'explosion de la consommation de cocaïne (+144% en 4 ans) précipite l'obsolescence d'un dispositif de prise en charge historiquement fondé sur l'usage d'opiacés. Et menace qui plus est de remettre en question les principaux acquis sanitaires de la politique de réduction des risques en déstabilisant les comportements de prévention et en compliquant les prises en charge des UDIV.

Au total, la persistance de pratiques de partage et de réutilisation de la seringue dans un contexte de prévalence encore élevée pour le VIH incite à poursuivre l'effort d'amélioration de l'accessibilité aux seringues, pour tendre vers l'utilisation unique et personnelle de la seringue et du reste du matériel dans la mesure du possible, tout en investissant en parallèle, notamment par le biais des structures de première ligne, la dimension des risques sexuels chez les UDIV sans doute responsables d'une partie des contaminations résiduelles par le VIH.

Cependant, les limites de l'accessibilité aux seringues incitent à développer ou renforcer d'autres actions en direction notamment des populations vulnérables de jeunes usagers qu'il faut se donner les moyens de mieux connaître afin de pouvoir les sensibiliser à la réduction des risques et à prévenir le passage à l'injection.

De même que, si l'offre de produit de substitution doit également se poursuivre, elle ne peut pas faire l'économie d'un questionnement concernant la diversification éventuelle de la galénique des produits (injectable), voire la mise à disposition de produits de substitution alternatifs (sulfates de morphine,...), la possibilité d'un élargissement de la prescription de la Méthadone® (primoprescription en ville, ouverture de services méthadone® bas seuil) ou d'un recadrage de celle du Subutex® (formation préalable des prescripteurs, référents, travail en réseau,...), tout en se donnant les moyens d'évaluer plus précisément, les bénéfices et les risques des traitements de substitution.

Pour réduire encore les inégalités de soins et les risques liés à l'usage, l'accessibilité aux traitements

Conclusion

de substitution doit être tout particulièrement renforcée en direction des UDIV incarcérés dont la prise en charge en détention reste nettement insuffisante compte tenu des dispositions légales très favorables à cet égard.

En plus de l'impulsion de telle initiatives, il est essentiel de maintenir ce type de surveillance pour contribuer à l'évaluation de la politique et détecter d'éventuels tendances et phénomènes nouveaux. Afin d'affiner la perception des situations locales et les mesures d'impact de la politique réduction des risques, il serait intéressant de disposer d'autres

indicateurs de risques spécifiques (données de comportements, séro-prévalences, voire incidences du VIH et VHC), voire d'indicateurs plus généraux tels que la souffrance psychique, l'accès aux soins ou l'insertion social des UDIV,...

En terme de surveillance, il importe enfin de reconduire des enquêtes auprès des UDIV pour suivre l'évolution des comportements de consommation, des prises de risque et de leur contexte⁶⁸, et décrire les différentes populations d'UDIV vulnérables afin d'adapter les mesures de réduction des risques à la diversité des besoins et à l'évolutivité des situations.

Conclusion

⁶⁸ projet d'étude InVS-ANRS pour 2001-2002 sur les risques de transmission sanguine et sexuelle du VIH et du VHC chez les UDIV (fréquence et déterminants des pratiques à risques chez les injecteurs).

ANNEXE 1 : Les trousse de prévention

De 1992 à 1994, l'association APOTHICOM a conduit un programme pilote de prévention en direction des usagers de drogues par voie I.V, qui reposait sur la distribution en pharmacie des régions PACA et Ile-de-France (régions françaises les plus touchées par le sida), d'un kit d'éléments concourant tous, à des degrés différents, à une injection à risque réduit : le Stéribox®, mis au point par APOTHICOM bénéficiant d'une aide financière de la direction générale de la santé, contient 2 seringues d'1 ml, 2 tampons alcoolisés, 2 doses d'eau stérile, 1 préservatif, des messages de prévention, les numéros verts de Sida Info Service (SIS) et de Drogues Info Service (DIS).

Devant le succès de l'expérience, la diffusion du Stéribox® a été étendue à l'ensemble des pharmacies françaises dès septembre 1994, vendu au prix conseillé de 5 FF. Dans un souci d'intervention sur les contaminations potentiellement occasionnées par la mise en commun du reste du matériel d'injection (récepteur de chauffe et de dilution, coton), les autorités sanitaires ont fait évolué le contenu (et le prix) du Kit : à partir d'Octobre 1999, le Stéribox a été progressivement remplacé par le Stéribox2, vendu au prix conseillé de 7 FF, qui contient deux cupules et deux cotons stériles en plus de l'ancien modèle.

Dès 1995-96, trois autres kits « officiels » ont été mis au point à partir des expériences plus anciennes notamment celles de Médecins du Monde. N'étant pas vendus en pharmacie mais distribués dans les programmes de prévention, ils contiennent deux seringues d'1ml, 1 ou 2 tampons alcoolisés, 1 ou 2 doses d'eau stérile, 1 préservatif, 0 à 2 étuis cartonnés, 1 message officiel rappelant la légalité de la

vente des seringues dans le contexte de la prévention, les numéros verts de SIS et de DIS. Ces trousse de prévention, qui bénéficient également d'une aide de l'Etat depuis août 1996, existent sous trois formes différentes :

- 1– sachet transparent et souple : « Le Kit® » sachet des laboratoires Delmas, au prix de 4,10 FF
- 2– emballage carton : « Le KIT® » carton des laboratoires Centrapharm, au prix de 5,80 FF
- 3– étui cylindrique en carton fort destiné aux programmes de prévention et aux distributeurs automatiques SNEF : le Kit d'Accès à la Prévention « Le KAP® », inventé par Médecins Du Monde, fabriqué par les laboratoires Agripharm et vendu à 4,65 FF.

Le décret du 7/06/96 pose les bases pour une diversification de l'offre de matériel de prévention en direction des usagers : en accordant une aide financière à la mise sur le marché de trousse de prévention conforme à un cahier des charges défini par la Division Sida et pouvant évoluer, sous certaines conditions, dans le sens d'une adaptabilité accrue aux besoins des usagers de drogues, l'Etat charge les fabricants d'acheter eux-mêmes l'ensemble des fournitures de leur trousse. De nouvelles trousse devraient donc pouvoir apparaître sur le marché.

Proposé dès la fin de l'année 1999 au sein du circuit associatif parallèlement au remplacement du Stéribox par le Stéribox2 en pharmacie, le Kit+ doit ainsi contenir en plus des seringues, de l'eau stériles, des préservatifs, des conseils d'utilisation et d'une plaquette d'information sur les relais locaux d'aide au quotidien, deux récepteurs de chauffe et de dilution, deux tampons secs et deux filtres stériles.

Annexes

ANNEXE 2 : Les Programmes d'Echange de Seringues

Aujourd'hui implantés au nombre d'environ deux cent sur le territoire national (120 spécifiquement financés par la DGS + 80 fonctionnant sur des fonds privés), les PES sont des projets élaborés depuis 1989 avec un objectif de réduction des risques, pour lesquels le contact avec l'usager de drogues commence par l'échange des seringues, la distribution de préservatifs et la dispense de conseils de prévention.

Plus particulièrement destinés aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux, les PES visent ainsi la diminution du partage ou de la réutilisation des seringues et l'incitation à des pratiques sexuelles à moindre risque au sein de ces populations, ainsi que la réduction du nombre des seringues usagées abandonnées sur les lieux publics.

Parallèlement, des intervenants incitent ces usagers à prendre contact avec des structures de soins et de dépistage et les aident à faire valoir leurs droits sociaux. Enfin, ces lieux font également office de centres de formation et de sensibilisation des acteurs sanitaires et sociaux sur les aspects généraux de la réduction des risques et sur l'importance d'une relation avec les usagers de drogues.

Pour assumer ces objectifs spécifiques, les équipes des PES doivent donc effectuer un travail de proximité auprès des usagers. C'est pourquoi elles sont le plus souvent basées sur une unité mobile ou « bus » aménagée à cet effet. Plusieurs PES sont égale-

ment mis en œuvre dans les locaux d'associations ou au sein de certaines pharmacies activement engagées dans la réduction des risques.

Dans certains cas, enfin, les équipes de prévention sont amenées à effectuer un « travail de rue » afin d'entrer en contact avec les usagers de drogues. Au-delà de la fourniture de matériel stérile d'injection et de préservatifs, le dialogue et l'écoute, la création de liens favorise la diminution des comportements à risques, la responsabilisation et la prise de conscience de leur état de santé par les toxicomanes, première étape vers un accompagnement médical et social de ceux-ci.

D'après une estimation de la DGS/Division Sida de 1996, un PES moyen type Bus, est généralement implanté dans une Ville de plus de 100000 habitants. Fonctionnant avec 2 à 2,5 équivalents temps plein soutenus par une équipe de bénévoles (médecins, travailleurs sociaux,...), ce Bus déclare une file active de 300 personnes pour un nombre de passage annuels variant entre 2500-3000. Tournant sur 3 ou 4 sites, il stationne 20 heures par semaine et enregistre un volume d'échange de seringues compris entre 2000 à 3000 par mois. Son budget, compris entre 500 000 et 750 000 FF, peut être financé selon les cas à hauteur de 300 000 à 500 000 FF par l'Etat.

Une étude réalisée par l'InVS et l'INSERM en 1998 a cherché pour la première fois à décrire les profils des usagers de drogues fréquentant les PES⁶⁹. Voir le résumé de cette étude en annexe 5.

Annexes

⁶⁹ « Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'Echanges de Seringues en France », Rapport InVS/INSERM pour l'OFDT, J.Emmanuelli, F.Lert, M.Valenciano, Novembre 1999.

ANNEXE 3 : Les automates et les récupérateurs simples

Les automates, au nombre de 170 au 31/12/1998, comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues (36), les récupérateurs électroniques (35), délivrant des jetons, et les distributeurs simples (99). Deux catégories de distributeurs sont actuellement sur le marché :

1 – le distributeur « voie publique », installé par définition sur la voie publique, le plus souvent sur l'initiative de la municipalité. La machine fonctionne soit comme échangeur avec une seringue usagée (échangeur-distributeur), soit avec des jetons (distributeur simple). Les trousse de prévention sont des kits « Le KAP® » ou des kits « Le Kit® » en boite carton. L'approvisionnement de la machine et la remise de jetons sont assurés par l'association porteuse du projet. Le prix d'un échangeur-distributeur est de 100 000 FF, celui d'un distributeur simple est compris entre 9 000 et 12 000 FF.

2 – le distributeur de Stéribox®, accolé à la façade d'une pharmacie et activé aux heures de fermetures de celles-ci. La machine fonctionne avec des jetons donnés par des associations ou les pharmaciens. La trousse de prévention est dans ce cas un Stéribox® qui ne peut être délivré que par le circuit pharmaceutique. L'accès au matériel peut donc se faire 24 H sur 24H en parfaite complémentarité, tantôt dans l'officine, tantôt via le distributeur accolé à celle-ci. La maintenance de la machine est assurée par une association travaillant en partenariat avec les pharmaciens. Le coût moyen du distributeur de Stéribox® est compris entre 9000 et 12 000 FF.

Les récupérateurs simples, destinés à éviter la dispersion de seringues sur la voie publique, sont composés d'un coffrage résistant et inamovible dans lequel est installé un récipient à usage unique spécifiquement destiné à recevoir des seringues. Une trappe d'accès étroit permet le passage des seringues dans le récipient. Les employés municipaux sont les seuls à pouvoir ouvrir la porte du récu-

pérateur et enlever, en toute sécurité, le récipient contenant les seringues. Quatre entreprises se partagent actuellement la fabrication de récupérateurs dont les prix, dégressifs avec le nombre d'unités commandées, varient de 1800 à 11 000 FF HT, selon la nature des matériaux de construction et la contenance du dispositif.

Concernant une présentation technique, et administratif de ce dispositif automatique, se reporter au « Guide méthodologique pour les communes:Organiser un dispositif de distribution et de récupération de seringues, une action efficace pour la prévention du Sida et des hépatites chez les UDIV », collection VIH/SIDA, MILTD/Secrétariat d'état à la Santé, Juin 1999.

Concernant les données relatives à l'évaluation de ce dispositif, lire

- le rapport de l'ORS PACA « Contribution des automates à l'accessibilité au matériel d'injection stérile, évaluation des distributeurs échangeurs de seringues à Marseille, de juillet 1996 à octobre 1997 », I. Ferroni, Y. Obadia, A. Lovell.
- l'article qui en est tiré : « Syringes Vending Machines for IDUs : an experiment in Marseille, France », Y. Obadia, I. Ferroni, V. Perrin, D. Vlahov, and JP. Moatti, American Journal of Public Health, , vol 89; N° 12, p1852-1854, décembre 1999.
- ou la note de lecture qui en a été faite dans SWAPS: « Distributeur/échangeur de seringues à Marseille », J.Emmanuelli, N°10, p4-6, décembre 1998-janvier 1999.

Concernant les données relatives à la démarche d'évaluation pré-implantatoire d'automates, lire l'étude intitulée « Diagnostic préalable au projet de mise en place de récupérateurs de seringues et de Distribox dans le département du Vaucluse », commanditée par AIDES Provence, sous l'égide de la DDASS 84, réalisé par le Dr Sannino, société Efect, en avril 1999.

Annexes

ANNEXE 4 : Les lieux d'accueil pour toxicomanes

Depuis 1993, une trentaine de structures ouvertes sur la rue proposent accueil et soutien aux UDIV les plus désocialisés. Il s'agit le plus souvent de « boutiques » ou dispensaires de vie et de centres médico-sociaux accueillant des usagers de drogues actifs et des personnes marginalisées exclues du système de soins. Leur vocation et leur mission sont l'accompagnement de la population accueillie dans ses difficultés concrètes.

Ces lieux ne visent pas à une prise en charge des problèmes de dépendance et ne sont pas des centres de soins en ambulatoire. Ne cherchant pas à se substituer au système, ils n'offrent donc pas une gamme complète de services aux usagers de drogues mais constituent plutôt une aide à la vie quotidienne des toxicomanes actifs dans des aires géographiques de concentration de cette population.

Ces lieux de contact peuvent être également considérés comme le point de départ du dispositif de soins : ils permettent de toucher des personnes qui sont exclues de tous les circuits et qui ne souhaitent pas, ou pas encore, s'inscrire dans une démarche de soins.

C'est pourquoi il faut veiller à ce que les équipes de ces structures situées à la frontière de la prévention des risques infectieux (sida, hépatites,...) et de l'accès aux soins conservent une certaine marge de manœuvre.

Au-delà de l'échange de seringues et du travail d'information et de prévention, qui est primordial, l'ouverture d'un lieu de contact correspond donc à de nombreux objectifs :

- lieu de réparation du corps (petits soins, lieu de repos, accès aux douches, lavage du linge, compléments alimentaires) ;
- lieu de création ou de restauration du lien social (par l'échange de seringues, la discussion, le café,...) ;
- lieu éducatif où les usagers se conforment à un règlement intérieur, retrouvent un cadre, réapprennent éventuellement le respect de l'autre ;
- lieu de pré-orientation, reposant sur le rôle et les qualités de médiation des équipes pour l'accès aux soins et aux droits sociaux ;

Une boutique moyenne est généralement implantée dans une Ville de 200000-300000 habitants. Fonctionnant avec 3 à 4 équivalents temps plein (plus une vacation médicale éventuelle), cette boutique déclare une file active de 200-300 personnes pour un nombre de passages mensuels variant entre 500-1000. Ouverte 5 jours par semaine, pendant 4 à 6 heures par jour, elle enregistre un volume d'échange de seringues compris entre 1000 à 2000 par mois. Son budget, compris entre 600 000 et 900 000 FF, peut être financé selon les cas à hauteur de 600 000 à 900 000 FF par l'Etat.

Annexes

ANNEXE 5 : Principaux résultats de l'enquête auprès des UDIV fréquentant les PES

En 1998, l'Unité INSERM (F. LERT) et l'InVS (J.EMMANUELLI, M. VALENCIANO) ont mené une enquête transversale auprès de 60 des 76 Programmes d'échange de Seringues (PES) qui distribuent 94 % des 1,5 million de seringues annuellement fournies par les PES en France. Les usagers de drogues faisant une demande de seringues pour un usage personnel au cours de la semaine du 30/03/98 au 05/04/98 constituaient la population de l'étude. Le questionnaire utilisé pour cette enquête portait sur les caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogues, l'ancienneté de l'usage, les consommations de produits, les comportements à risque liés à l'usage intraveineux de drogues et aux rapports sexuels au cours du dernier mois, et les contacts avec le dispositif de soins pour leur toxicomanie dans les derniers six mois. Les usagers éligibles acceptant de participer à cette étude devaient remplir un questionnaire auto-administré ou passé avec l'aide d'un membre de l'équipe. L'analyse des données a été réalisée avec les logiciels EPI-INFO et SPAD. Deux catégories de pratiques à risque liées à l'injection ont été définies : le partage de seringue (combinant prêt et emprunt) et le partage du reste du matériel (eau, coton, cuiller) dans le dernier mois. Le risque sexuel correspondait à la non utilisation systématique de préservatifs lors des rapports sexuels dans les 6 derniers mois.

Chaque PES a tenu un journal des passages dans la semaine de l'étude. Le taux de participation a été de 50% (1004 questionnaires). Les sujets avaient en moyenne 30 ans, consommaient des drogues en moyenne depuis 11 ans, 74% d'entre eux étaient des hommes, 37% étaient sans toit stable (hôtel, institutions, rue), 18,8% travaillaient et 45,2% touchaient le RMI. Cinquante trois pour-cent fréquentaient les PES depuis un an et plus, et 62% déclaraient des antécédents d'incarcération (dont 19% disaient s'être injecté en prison).

Dans le mois précédent l'enquête, 73 % ont déclaré avoir consommé du Subutex® (dont la moitié se l'injectait tous les jours), 50% de l'héroïne, 47 % de la cocaïne, 47 % des benzodiazépines, 24% des dérivés de sulfate de morphine, 20 % d'autres médicaments, 16% du crack et 14% de la Méthadone®. Vingt-neuf pour-cent des usagers de drogues participant à l'enquête n'ont pas consommé de drogues illicites pendant cette période.

Une classification en ACP des variables d'usage (produits, contexte de consommation) a permis d'individualiser 5 profils d'UDIV et d'identifier les caractéristiques liées à ces profils :

- 1 – le groupe des usagers consommant préférentiellement du Subutex® (37% des participants), caractérisé également par une toxicomanie plus récente, un faible usage des autres produits, une moindre fréquence d'injections, un meilleur statut social et étant plus souvent séronégatifs au VIH et au VHB ;
- 2 – le groupe des usagers consommant surtout de la cocaïne et de l'héroïne (20%) ;
- 3 – le groupe des usagers consommant plutôt des benzodiazépines et autres médicaments (19%), plus souvent sans toit stable ;
- 4 – le groupe des usagers de dérivés de sulfate de morphine (18%) consommant peu d'autres drogues, caractérisé par une toxicomanie plus ancienne, ignorant plus souvent leurs statuts sérologiques, recourant moins fréquemment aux soins spécialisés pour toxicomanes
- 5 – les usagers consommant simultanément de l'héroïne, de la cocaïne et du crack (6%) caractérisés par un nombre quotidien d'injection élevé et plus souvent sans toit stable.

Les comportements à risque étaient diversement associés à ces groupes, alors que le sexe, le fait d'avoir des enfants et le statut VHC ne l'étaient pas.

Vingt pour-cent des participants ont eu des pratiques sexuelles à risque dans les six derniers mois (non utilisation systématique du préservatif dans les 6 derniers mois). Par ailleurs, 18% ont déclaré avoir partagé leur seringue et 71% le reste du matériel dans le mois précédent l'enquête. Ces pratiques à risque liées à l'usage de drogues n'étaient ni associées au nombre d'injections quotidiennes, ni à la situation sociale ni au statut sérologique vis-à-vis du VIH, du VHB, ou du VHC. En revanche, elles étaient associées au type de drogue consommée : ainsi, les usagers consommant de l'héroïne ou de la cocaïne s'engageaient dans des pratiques de partage des seringues et du reste du matériel significativement plus souvent que ceux consommant d'autres drogues. De plus, ces pratiques à risque étaient d'autant plus fréquentes que le nombre de produits illicites consommés augmentait. Elles étaient également plus courantes ($p=0.006$) chez les usagers âgés de moins de 26 ans (21% vs 14%).

Annexes

Concernant le recours aux soins pour leur toxicomanie (traitement de substitution médicalement prescrit, accueil en postcure ou famille d'accueil, sevrage médical ou hospitalier) dans les six mois précédant l'enquête, 24 % des participants n'avaient eu aucun contact avec le dispositif de soins. Par ailleurs, 49,4% ont tenté de « décrocher » seuls dans la même période, qu'ils aient ou non eu un contact avec le dispositif de soins. L'analyse bivariée de ces données permet de distinguer plus précisément trois catégories d'usagers :

1 – Usagers sous traitement de substitution, ayant ou non consommé d'autres types de services (68% des participants) et caractérisés par un meilleur statut social excepté pour les antécédents d'incarcération (ressources et domicile propre plus fréquents, prostitution moins fréquente), une moindre prise de risque concernant l'usage de drogues et les rapports sexuels, une meilleure connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis des VIH, VHB, VHC, une consommation accrue de médicaments et un moindre usage de drogues illicites.

2 – Usagers non substitués ayant consommé d'autres types de services (8%), caractérisés par un statut social précaire, une plus grande propension au partage des seringues, ignorant plus

souvent leur statut sérologique vis-à-vis des VIH, VHB, VHC, et consommant plus souvent des produits illicites.

3 – Usagers non substitués n'ayant pas consommé d'autres types de services (24%), aux caractéristiques proches des usagers du second groupe sauf pour ce qui concerne l'utilisation du préservatif (plus fréquente) et les antécédents d'incarcérations (moins fréquents)

Enfin, qu'il s'agisse des consommations, de recours aux soins ou de pratiques à risque, les situations locales apparaissent assez contrastées.

De façon générale, ces données ne concernent que les usagers injecteurs, fréquentant de surcroît les PES, structures de prévention très inégalement réparties sur le territoire qui ne représentent qu'environ 10 % de l'approvisionnement en seringues des UDIV. Bien qu'on observe des similitudes des données socio-démographiques et des prévalences déclarées du VIH, VHB, et VHC de cette population avec celle d'autres enquêtes, il est possible que les usagers des PES diffèrent des autres UDIV en ce qui concerne certaines caractéristiques tels les troubles psychologiques ou la consommation de produits.

Annexes

ANNEXE 6 : Extractions possibles à partir de SIAMOIS

SIAMOIS permet l'édition de 6 tableaux de bords différents, ayant en commun de croiser une zone géographique allant de la France entière à l'échelon infradépartementale (UGA) à une période comprise entre janvier 1996 et les 2 mois précédant le moment de la requête pour un ou plusieurs des produits tracés. Ces Unités Géographiques d'Analyse ne correspondent pas à des entités administratives mais à des zones d'activité des répartiteurs pharmaceutiques, et, mis à part les arrondissements de Paris, elles sont donc le reflet plus ou moins exact de la commune dont elles portent le nom : le plus souvent, les données englobent également les ventes sur les communes limitrophes non représentées dans les noms d'UGA.

1. Le tableau de bord « Chiffres cumulés par date et lieu »

Présente les ventes brutes ou cumulées d'un ou de plusieurs des produits tracés pour une période donnée entre janvier 1996 et les 2 mois précédant le moment de la requête (avec possibilité de stratification par mois, trimestre, semestre, année) sur la France entière (avec possibilité de stratification par région, département, UGA), par région (avec possibilité de stratification par département, UGA), par département (possibilité de stratification par UGA) ou par UGA.

2. Le tableau de bord « Données cumulées sur une période »

Présente les ventes cumulées de chacun des produits tracés sur une période d'au moins 1 mois comprise janvier 1996 et les 2 mois précédant le moment de la requête, sur la France entière, une région, un département ou une UGA. Classiquement, les périodicités les plus utilisées pour suivre les tendances, sont d'ordre trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

De haut en bas, et de gauche à droite, sont ainsi récapitulées les données concernant :

⇒ dans l'encadré « Matériel d'injection », les volumes de Stéribox®, de seringues BD 1ml unitaire, de lots de 30 seringues BD d'1ml, et de lots de 20 seringues BD de 2ml, et hors encadré, plus bas dans les tableaux de bord, le nombre de seringues correspondant aux ventes de Stéribox® (ligne 1), de seringues 1ml spécifiquement vendues aux UDIV (ligne 2), de seringues 1ml et 2ml non spécifiquement vendues aux UDIV (lignes 3 et 4),

⇒ dans l'encadré « Subutex® », les boîtes de

Subutex® correspondant aux différents dosages de Subutex® existants (0,4 mg, 2mg, 8mg) exprimés également sous leur forme de cumul homogénéisé en équivalent boîtes de 1mg, et hors encadré, plus bas dans la page, en équivalents boîtes de 8mg, 10mg, 12mg (lignes 5, 6 et 7) et en nombre moyen d'usagers/mois sous 8, 10 ou 12mg de Subutex (lignes 8, 9, 10)

⇒ dans l'encadré « Méthadone® », les flacons de Méthadone® correspondant aux différents dosages de existants (5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 60mg) exprimés également sous leur forme de cumul homogénéisé en équivalent flacon de 1mg et en équivalents flacons de 60mg (ligne 11) et en nombre moyen d'usagers/mois sous 60mg de Méthadone® (ligne 12).

3. Le tableau de bord « Données de risques socio-sanitaires »

Présente les données annuelles brutes de risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogues (nouveaux cas de sida chez les UDIV, décès par overdoses, ILS héroïne, d'ILS cocaïne), les données de recensement INSEE des 20-39 ans et le nombre de seringues distribuées par PES en 1996 sur la France entière, par région et par départements.

4. Le tableau de bord « Comparaison données mois/mois-1 »

Présente les ventes mensuelles de chacun des produits tracés pour un mois donné et le mois précédent entre janvier 1996 et les 2 mois précédant le moment de la requête, sur la France entière, une région, un département ou une UGA.

De haut en bas, sont ainsi récapitulées les données concernant :

⇒ dans le 1^{er} paragraphe : les volumes de seringues BD 1ml unitaire (ligne 1), de lots de 30 seringues BD d'1ml (ligne 2), de lots de 20 seringues BD de 2ml (ligne 3) et de Stéribox® (ligne 4), le nombre total de seringue vendues (ligne 5), le nombre de seringues correspondant aux ventes de Stéribox® (ligne 6), le nombre de seringues correspondant aux ventes de Stéribox® et de seringues 1ml unitaire spécifiquement vendues aux UDIV (ligne 7), le nombre de seringues 2ml/20 et 1ml/30 non spécifiquement vendues aux UDIV (lignes 8 et 9), le nombre de seringues 1ml tout conditionnement vendues spécifiquement aux UDIV sous l'hypothèse de 11-15% pour les BD 1ml/30 (ligne 10).

Annexes

- ⇒ dans le 2^{ème} paragraphe : les *boîtes de Subutex®* (lignes 1,2,3) correspondant aux différents dosages de Subutex® existants (0,4 mg, 2mg, 8mg) exprimés également sous leur forme de cumul homogénéisé en équivalent boîtes de 1mg, 8mg 10mg, et 12mg (lignes 4,5,6,7), et en nombre moyen d'usagers/mois sous 8, 10 ou 12mg/j de Subutex® (lignes 8, 9, 10)
- ⇒ dans le 3^{ème} paragraphe : les *flacons de Méthadone®* (lignes 1,2,3,4,5) correspondant aux différents dosages de existants (5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 60mg) exprimées également sous leur forme de cumul homogénéisé en équivalent flacon de 1mg et 60mg (lignes 6,7) et en nombre moyen d'usagers/mois sous 60mg/j de Méthadone® (ligne 8).

5. Le tableau de bord « *Indicateurs d'offre en outils de réduction des risques* »

Présente des indicateurs annuels de ventes de seringues (Stéribox, volume total de seringues vendues en pharmacie) et de produits de substitution (volume total de Subutex en équivalent boîte de 10mg, volume total de Méthadone en équivalent flacon de 60mg) rapportés à la population des 20-39 ans permettant de comparer année par année les

départements entre eux par rapport à la région (taux départementaux/taux régionaux) ou à la France entière (taux départementaux/taux nationaux), et les régions entre elles par rapport à la France entière (taux régionaux/taux nationaux).

6. Le tableau de bord « *Indicateurs de risques socio-sanitaire* »

Présente des indicateurs annuels de risques socio-sanitaires liés à l'usage (nouveaux cas de sida chez les UDIV, décès par overdoses, ILS héroïne, d'ILS cocaïne) rapportés à la population des 20-39 ans permettant de comparer année par année les départements entre eux par rapport à la région (taux départementaux/taux régionaux) ou à la France entière (taux départementaux/taux nationaux), et les régions entre elles par rapport à la France entière (taux régionaux/taux nationaux).

Outre qu'elles seront systématiquement adressées tous les 6 mois aux DDASS et DRASS, ces données peuvent faire l'objet de demandes particulières directement auprès de l'InVS (Dr EMMANUELLI, 01 41 79 67 44). Un accès via Internet est aussi prévu prochainement.

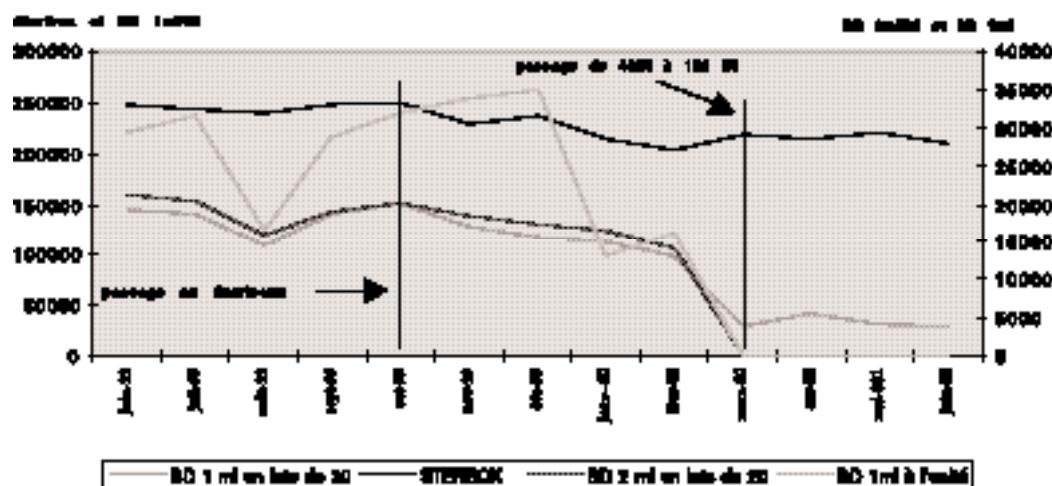
ANNEXE 7 : situation de l'accessibilité au matériel d'injection stérile et aux produits de substitution au premier semestre 2000 (janvier-juin 2000)

Entre octobre 1999 et juin 2000, divers événements ont influé sur l'accessibilité au matériel d'injection qui méritent d'être analysés dans la perspective des observations et des conclusions présentées dans ce rapport:

1/ Le passage en novembre 1999 du Stéribox® au Stéribox2® s'accompagne dans les faits d'une amélioration du contenu du kit de prévention (ajout d'un cupule et d'un filtre stérile) et d'une augmentation

de son prix de vente (de 5 à 7F). La comparaison des ventes moyennes mensuelles calculées au cours du 1^{er} semestre 1999 (240 000) et du 1^{er} semestre 2000 (213 00), montre que les ventes de stéribox2® enregistrent une baisse de -30 000 unités soit un manque à consommer pour les UDIV d'environ **60 000 seringues/mois** (sans qu'on enregistre un report des consommation de seringues sur les autres BD 1ml ou 2ml vendues en pharmacie).

Fig. 8 : Ventes de seringues en pharmacie entre juin 1999 et juin 2000



2/ Pour des raisons de mise en conformité avec les normes européennes concernant l'insuline délivrée aux diabétiques, les BD 1ml graduées à 40 unités disponibles en lots de 30 (a priori surtout prévues pour les diabétiques) ou à l'unité sous blister papier (exclusivement prévues pour les UDIV) sont retirées du marché en Mars 2000 pour être remplacées par des BD 1ml graduées à 100 unités. Cependant, cette substitution n'ayant concerné que les paquets de 30, elle s'est immédiatement soldée pour les UDIV par la disparition des BD 1ml à l'unité sous blister papier, soit, au regard des ventes moyennes mensuelles, un manque à consommer pour les UDIV d'environ **20 000 seringues/mois**.

D'autre part, en comparant les ventes moyennes mensuelles de paquets de BD 1ml/30 calculées au cours du 1^{er} semestre 1999 (141 063) et du 1^{er} semestre 2000 (56 973), on voit que cette transition s'est accompagnée d'une baisse moyenne de 2 522 700 seringues BD 1ml par mois (84090 lots x 30). Bien qu'en temps normal, la firme BD estime que 14% des seringues BD 1ml/30 sont à usage toxicomane, on ne peut pas dans ce cas particulier utiliser

cette estimation pour calculer le nombre des seringues consommées par des UDIV par rapport aux volumes totaux vendus. En effet, cette part relative est probablement supérieure à 14% puisque d'après la firme BD, les diabétiques seraient les principaux responsables de cette forte désaffection en ayant provisoirement suspendu leur achat de nouvelles seringues BD 1ml 100 UI en pharmacie le temps d'écouler leurs stocks personnels de BD 1ml 40 UI. Cela étant, l'accroissement conjoncturel de cette part relative des UDIV dans la consommation des BD1ml n'empêche pas que ceux-ci aient contribué au phénomène de baisse constaté, ne serait-ce du fait de la force et de l'importance des habitudes chez les eux. Des observations de terrain rapportent ainsi qu'aussi minime soit-il au regard du fait que le reste des éléments de la nouvelle seringue - taille et calibre de l'aiguille, forme et coulissolement du piston, caractéristiques du capuchon,...- ont été conservé à l'identique – le changement de graduation semble avoir perturbé les repères de shoot de certains usagers. Au total, il est beaucoup plus délicat d'estimer le manque à consommer par les UDIV des BD 1ml/30. Au mieux, ceux-ci représentent une part

Annexes

négligeable de cette baisse (entre 1 et 2%, soit **37 000 seringues/mois**), au pire il y contribuent pour un peu moins de 14% (**350 000 seringues/mois**).

3/ Pour les mêmes raisons de mise en conformité avec les normes européennes, les BD 2ml graduées à 40 unités disponibles en lots de 20 (a priori surtout prévues pour les diabétiques mais dont 20 % des ventes concernent les UDIV) ont été retirées du marché en mars 2000 sans être toutefois remplacées. Compte tenu des ventes moyennes mensuelles en 1999 de BD 2ml, ce retrait correspondrait à un manque à consommer de 20 000 lots de 20, soit **80 000 seringues/mois** ($20\ 000 \times 20 \times 0.20$).

Au total, entre octobre et mars 2000, on observe une chute des ventes mensuelles de seringues au UDIV comprise entre **197 000 et 510 000** (60 000 des Stéribox + 20 000 des BD 1ml unité + 80 000 des BD 2ml/20 + 37 000 ou 350 000 des BD 1ml/30). Selon qu'on fait l'hypothèse qu'un UDIV consomme une seringue par jour ou tous les deux jours, la borne inférieure de cette estimation correspond aux besoins de 6 500 à 13 000 UDIV et la borne supérieur aux besoins de 17 000 à 34 000 UDIV.

Depuis la mise sur le marché du Stéribox®, la baisse des ventes de seringues en pharmacie toucherait ainsi entre 6 500 et 34 000 UDIV. Plusieurs hypothèses non mutuellement exclusives peuvent être avancées pour tenter de comprendre ce que sont devenu ces « UDIV perdus de vue ».

1 – De juin 1999 à juin 2000, SIAMOIS enregistre un augmentation de 11 500 du nombre de per-

sonnes consommant des traitements de substitution en France (Subutex et Méthadone ville et CCST). Sans qu'on puisse établir de lien causal, une partie des UDIV « perdus de vue » à travers la surveillance de vente de seringues peut avoir renoncé à l'injection et se retrouver dans ce groupe de personnes nouvellement substituées.

2 – Il est également possible que ces UDIV perdus de vue, qu'ils soient ou non substitués, poursuivent leur usage de drogues autrement que par voie intraveineuse.

3 – Rien n'exclut non plus qu'un certain nombre d'entre eux, substitués ou non, continue à s'injecter plus ou moins régulièrement. Dans ce cas, cela peut signifier qu'ils ont pour partie reporté leurs consommation de seringues sur les PES ou les automates et/ou qu'ils réutilisent ou partagent plus fréquemment leur seringue.

4 – Enfin, cette apparente désaffection dans l'achat de seringue en pharmacie peut aussi traduire un moindre nombre d'injecteurs en activité en dehors de tout phénomène de captation des UDIV par les programmes de substitution (moins d'entrées dans la toxicomanie intraveineuse).

Quoiqu'il en soit, il convient de rester vigilant dans les mois qui viennent pour savoir si ces tendances sont durables et comment il faut les interpréter. La DGS qui travaille actuellement sur un projet de nouvelles seringues en remplacement des 2ml a déjà consulté les PES pour creuser ces différentes hypothèses (résultats début 2001). Au même moment, la firme BD devrait disposer d'informations fiables sur la partition des consommateurs de la nouvelle BD.

Annexes

ANNEXE 8 : les disparités régionales en analyse de correspondance factorielle⁷³

A – Cartes factorielles présentant les disparités régionales

L'analyse factorielle est une technique descriptive destinée à analyser des données multidimensionnelles. Elle permet à la fois de résumer l'information en réduisant le nombre de variables et de détecter des structures de relations entre données. Ainsi, l'Analyse en Composantes Principales (ACP) permet de trouver des axes ou facteurs qui sont moins nombreux que les variables et qui les résument. Sur les plans formés par ces axes, on projette les données qui apparaissent structurées selon leurs ressemblances. Le but de cette présentation des données est d'obtenir un agencement clair des individus (ici les régions) et des variables (ici les indicateurs) ayant les contributions à la formation de ces axes - en terme de variance - les plus élevées. Avec la succession des axes, le volume d'information restitué décroît avec le pourcentage de variance expliquée ; c'est pourquoi on doit sélectionner un nombre suffisant de ces axes pour restituer le maximum d'information.

Une ACP a été réalisée à partir du logiciel Stata sur les 22 régions de la métropole pour les indicateurs d'offre d'outils de réduction des risques et les indicateurs de risques médico-sociaux pour les années 96 et 97. On distingue ainsi 11 variables au total: le nombre de Stéribox® vendus, le nombre de boîtes équivalent 6 mg de Subutex®, le nombre de flacons équivalent 60 mg de Méthadone, le nombre de seringues distribuées dans le cadre de programmes d'échanges (PES), le volume des Interpellations sur La législation des Stupéfiants (ILS) héroïne et cocaïne.

Tous ces indicateurs sont exprimés en taux rapportés à la population régionale des 20-39 ans pour 96 et 97 (96 seulement pour le PES). Les données ont été normées pour rendre comparables l'ensemble des indicateurs qui s'expriment dans diverses unités.

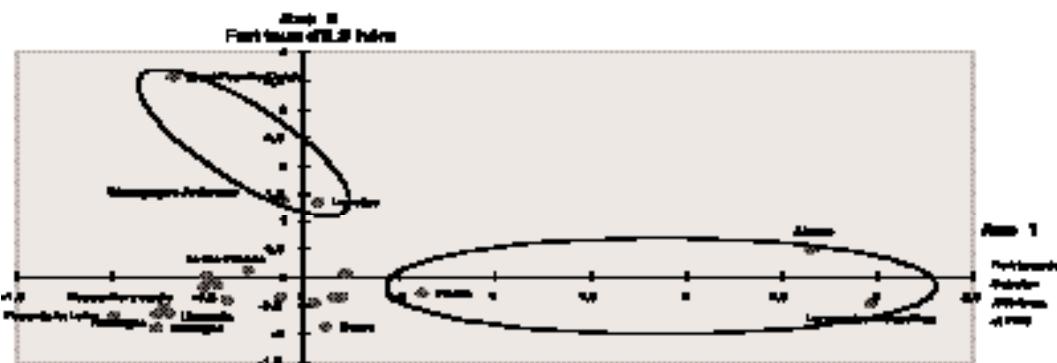
L'étude des valeurs propres amène à garder 3 axes de projection qui conservent 89% de la variance des données. L'axe 1 met en valeur les variables Stéribox® 96 et 97, Subutex® 96 et 97 et PES 96 du côté positif. A lui seul, cet axe rend compte de près des 2/3 de l'information (62 % de la variance expliquée). Ce qui revient à dire que le Subutex® et le Stéribox® sont les principaux facteurs explicatifs de la répartition des régions sur les cartes factorielles. L'axe 2 (14% de la variance expliquée) fait appa-

raître du côté positif les variables ILS héroïne 96 et 97. L'axe 3 (12% de la variance expliquée) fait apparaître du côté positif les ILS cocaïne 96 et 97 ainsi que la Méthadone 96 et 97. Il est bien entendu que ces axes retracent des tendances qualitatives et non pas des valeurs quantitatives (l'échelle des axes ne renseigne ni sur les volumes ni sur les rapports entre indicateurs).

Lorsque l'on reporte les régions sur les graphiques, on voit comment celles-ci se répartissent selon les critères caractérisant les axes :

⇒ Sur le **graphique des axes 1-2** (fig. A), on voit que *l'Alsace* et *le Languedoc-Roussillon* se détachent sur l'axe 1 c'est-à-dire que ces deux régions ont de forts taux pour les indicateurs Subutex®, Stéribox® et PES, la région *PACA* se détache également mais de manière plus discrète. D'autre part, à *l'opposé* on trouve les régions *Pays de la Loire*, *Auvergne*, *Bretagne*, *Limousin* et *Basse-Normandie*, pour lesquels ces mêmes indicateurs sont faibles. on constate également que le *Nord-Pas-de-Calais* contribue fortement à la construction de l'axe 2 suivi par les régions *Champagne-Ardenne* et *Lorraine*. Ces régions présentent en effet un fort taux d'ILS héroïne, à *l'opposé* de *la Corse* et *la Bretagne* notamment.

Fig. A : graphique de l'ACP normée sur les régions



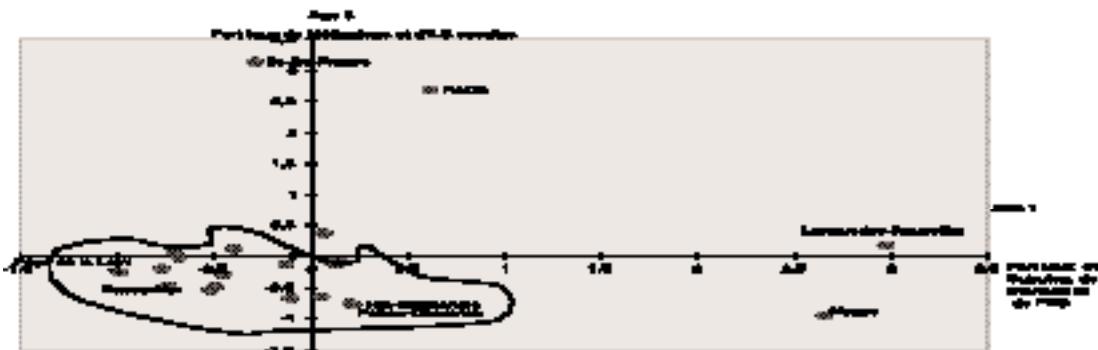
⁷³ Travail réalisé avec Amarillys GUILLOT, stagiaire ENSAE à l'In VS en juillet/août 1998

Annexes

⇒ Sur le **graphique des axes 1-3** (cf. fig. B), on voit que *l'Ile-de-france* et *la région PACA* ont de fortes coordonnées sur l'axe 3, c'est-à-dire qu'elles se caractérisent par de forts taux pour la Méthadone et les ILS cocaïne à l'opposé du

Poitou-Charentes, de la Haute-Normandie et de l'Alsace. Ces trois régions ont de faibles volumes d'ILS cocaïne mais l'Alsace se distingue en plus par une consommation de Méthadone plus forte sur 96 et 97.

Fig. B : graphique de l'ACP normée sur les régions

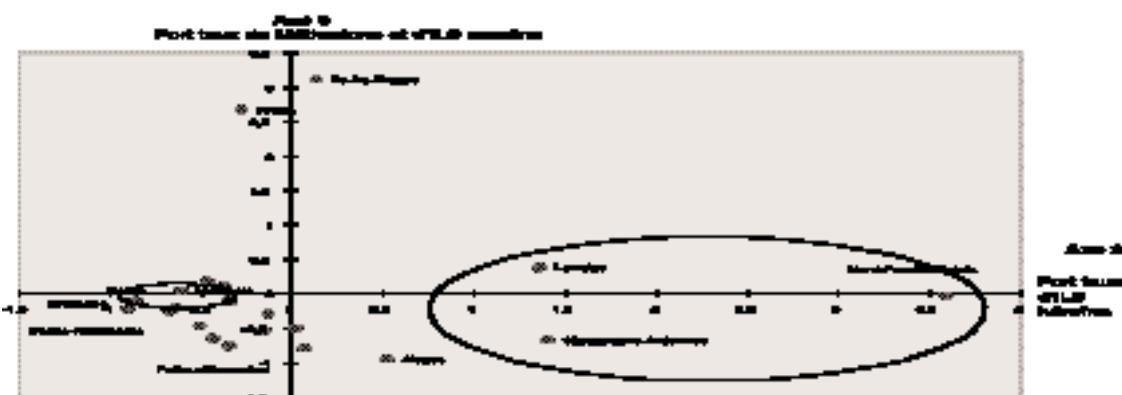


⇒ Sur le **graphique des axes 2-3** (fig. C), on trouve le groupe *Nord-Pas-de-Calais Champagne-Ardenne, Lorraine* qui est caractérisé par un fort taux d'ILS héroïne. *Champagne-Ardenne* pré-

sente en parallèle à ce fort taux d'ILS héroïne un faible taux d'ILS cocaïne. L'Alsace, quant à elle, présente encore un taux d'ILS héroïne important mais qui a largement décru entre 1996 et 1997.

Annexes

Fig. C : graphique de l'ACP normée sur les régions



B – Classification des régions

Technique descriptive destinée à analyser des données multidimensionnelles, la classification consiste à regrouper les individus selon leurs caractéristiques communes. L'algorithme qui fabrique les classes utilise la minimisation de la variance intra-groupe et la maximisation de la variance intergroupe. Ainsi les individus d'un même groupe se ressemblent le plus possible et les groupes entre eux sont le plus dissemblables possibles.

La classification donne un répartition des régions selon les quatre groupes suivant.

1^{er} groupe	Alsace, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, PACA	Valeurs fortes pour les indicateurs Subutex, Stéribox et PES ou/et la Méthadone et les ILS cocaïne sur les deux années 96 et 97 prises en compte et par une forte décroissance de 96 à 97 des ILS héroïne . A l'intérieur, on peut distinguer Alsace et Languedoc-Roussillon d'avec Ile-de-France et PACA. Les 2 premières ont des <u>taux plus forts</u> pour le Subutex , les 2 secondes, où sont concentrés de nombreux centres Méthadone, ont des taux plus forts pour la Méthadone et les ILS cocaïne .
2^{ème} groupe :	Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais	Taux d' ILS à l'héroïne très importantes en et ne décroissant pas ou peu entre 96 et 97. Il est également caractérisé par des <u>faibles consommations</u> de Méthadone (sauf pour la Lorraine) et une <u>faible implantation</u> et/ou activité des PES
3^{ème} groupe :	Corse, Limousin	Valeurs plutôt faibles pour tous les indicateurs à l'exception d'1 ou 2. En Limousin, le taux d'ILS cocaïne a eu un pic de hausse en 1996 contrastant avec les années 1995 et 1997 tout comme en Corse, où on note également un doublement des taux de ventes de Stéribox et de Subutex .
4^{ème} groupe :	Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes Picardie, Pays de la Loire, Rhône-Alpes	Valeurs globalement plus faibles que les autres régions pour tous les indicateurs. Il s'agit sans doute de régions où l'usage de drogues par voie intraveineuse est moins fréquent qu'ailleurs ou localisé à un département à l'intérieur de chaque région (<i>effet de dilution à l'échelon régional</i>). On pense notamment au département du Rhône, de la Haute-Savoie en Rhône-Alpes, à la Gironde et aux Pyrénées-Atlantiques en Aquitaine

La visualisation de ces groupes se fait de manière claire sur les cartes factorielles de l'ACP (fig.D et fig. E).

Fig. D : 2nd et 3^{ème} groupes de régions obtenus en classification

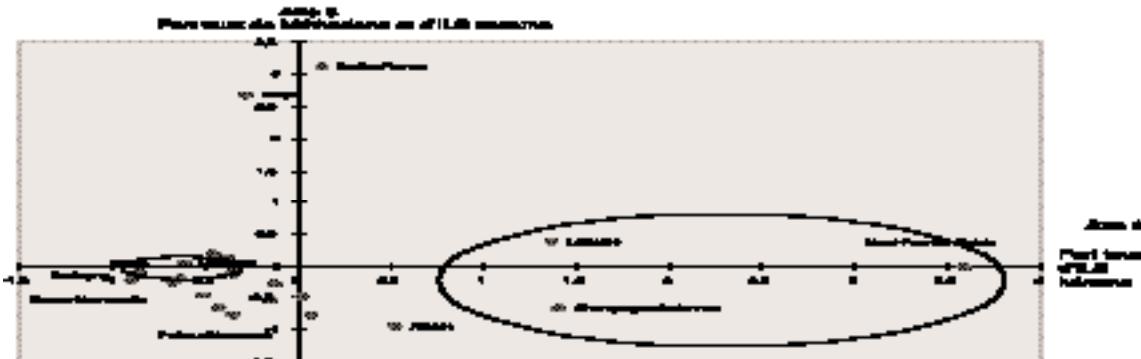
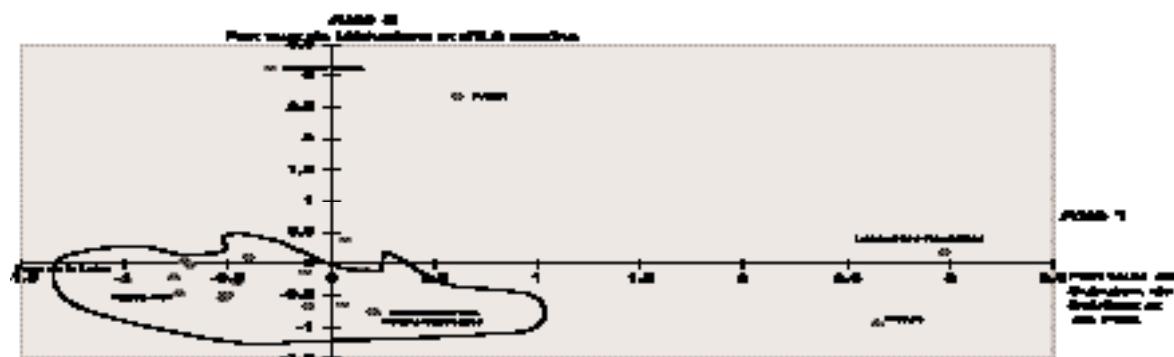


Fig. E : 3^{ème} et 4^{ème} groupes de régions obtenus en classification



Annexes

ANNEXE 9 : les disparités départementales en analyse de correspondance factorielle⁷⁴

A- Cartes factorielles présentant les disparités départementales

L'ACP a été réalisée sur les 96 départements de la métropole pour les indicateurs d'offre d'outils de réduction des risques et les indicateurs de risques médico-sociaux pour les années 96 et 97. On distingue ainsi 11 variables au total : nombre de Stéribox® vendus, nombre de boîtes équivalent 6 mg de Subutex®, nombre de flacons équivalent 60 mg de Méthadone, nombre de seringues distribuées en PES, le volume des ILS héroïne et cocaïne (crack inclus).

Tous ces indicateurs sont exprimés en taux rapportés à la population régionale des 20-39 ans pour 96 et 97 (96 seulement pour le PES). Les données ont été normées pour rendre comparables l'ensemble des indicateurs qui s'expriment dans différentes unités. L'étude des valeurs propres amène à garder 3 axes de projection qui conservent 86% de la variance des données..

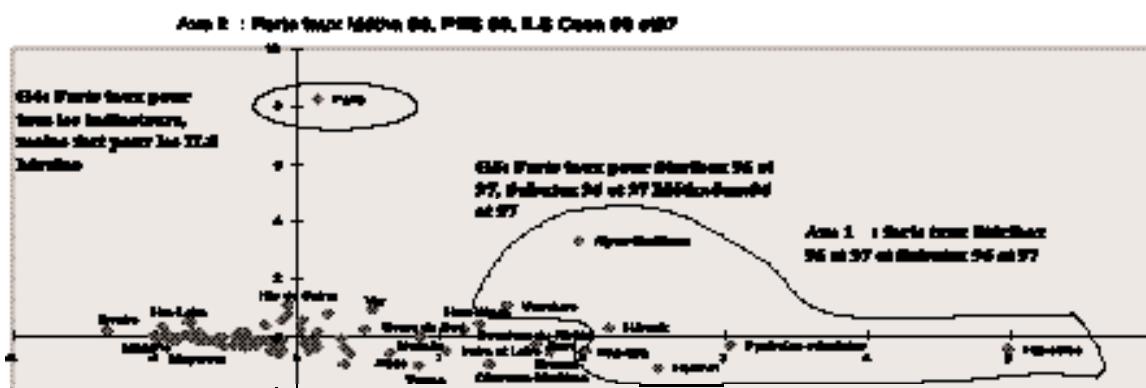
L'axe 1 met en valeur les variables Stéribox® 96 et 97 et Subutex® 96 et 97 du côté positif. A lui seul, cet axe rend compte de plus de la moitié de l'information (57 % de la variance expliquée). Ce qui revient à dire que le Subutex® et le Stéribox® sont les principaux

facteurs explicatifs de la répartition des départements sur les cartes factorielles. L'axe 2 (15% de la variance expliquée) fait apparaître du côté positif les variables ILS cocaïne 96 et 97 ainsi que la Méthadone 96 et les PES 96. L'axe 3 (14% de la variance expliquée) fait apparaître du côté positif les ILS héroïne 96 et 97. Rappelons que ces axes ne renseignent ni sur les volumes ni sur les rapports entre indicateur mais expriment des tendances qualitatives.

Lorsque l'on reporte les départements sur les graphiques, on voit comment ceux-ci se répartissent selon les critères caractérisant les axes :

⇒ Sur le **graphique des axes 1-2** (fig. A), on voit que *la Haute-Corse, les Pyrénées orientales, le Haut-Rhin, le Bas-Rhin, l'Hérault, les Alpes-Maritimes, la Creuse, le Gard, le Vaucluse, la Charente-Maritime et les Hautes-Alpes et les Bouches du Rhône* se détachent sur l'axe 1 (forts taux pour les indicateurs Subutex® et Stéribox® pour les années 96 et 97). A l'opposé on trouve notamment *les départements du Doubs, de la Manche, de la Mayenne et de la Haute-Loire* pour lesquels ces mêmes indicateurs sont faibles.

Fig. A : ACP normée sur les départements (axes 1-2)



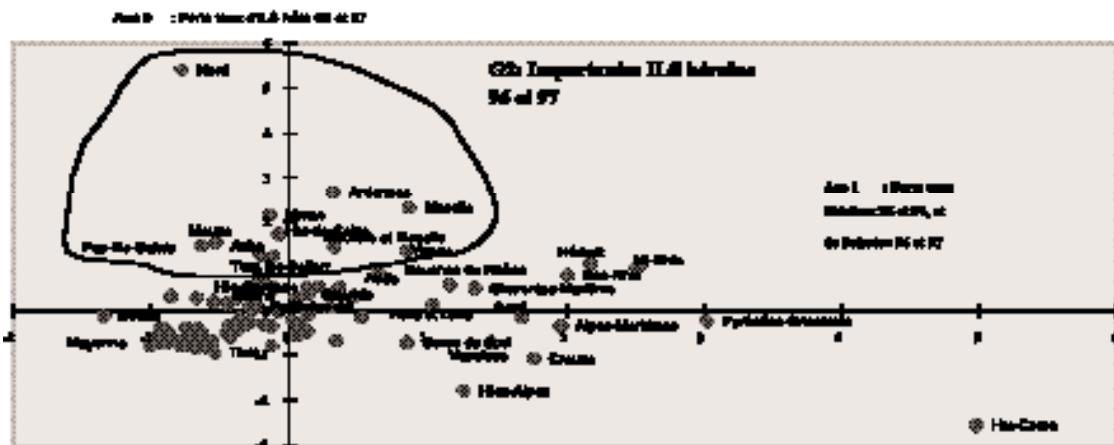
⁷⁴ Travail réalisé avec Amarillys GUILLOT, stagiaire ENSAE à l'In VS en juillet/août 1998

L'axe 2 présente les départements à fort taux pour la Méthadone, les PES et les ILS pour la cocaïne en 96 et 97. Paris contribue très fortement à la construction de cet axe, ce qui atteste du caractère très original de ce département quant à la concentration des structures de délivrance de la Méthadone et des PES et pour ce qui concerne la consommation de cocaïne et du crack. Viennent ensuite les départements des Alpes-Maritimes, des Hauts de Seine, du Vaucluse et du Var ainsi que la Seine-Saint-Denis. A

l'opposé se trouvent notamment *le Haut-Rhin, l'Yonne et la Charente-Maritime*.

⇒ Sur le **graphique des axes 1-3** (fig. B), on voit que *le Nord, les Ardennes, la Moselle, la Marne, les Hauts-de-Seine, la Meuse, le Pas-de-Calais, la Meurthe-et-Moselle et l'Yonne* se caractérisent par de forts taux pour les ILS héroïne en 96 et 97 (axe 3). A l'opposé, on trouve notamment *la Haute-Corse, les Hautes-Alpes, la Creuse*.

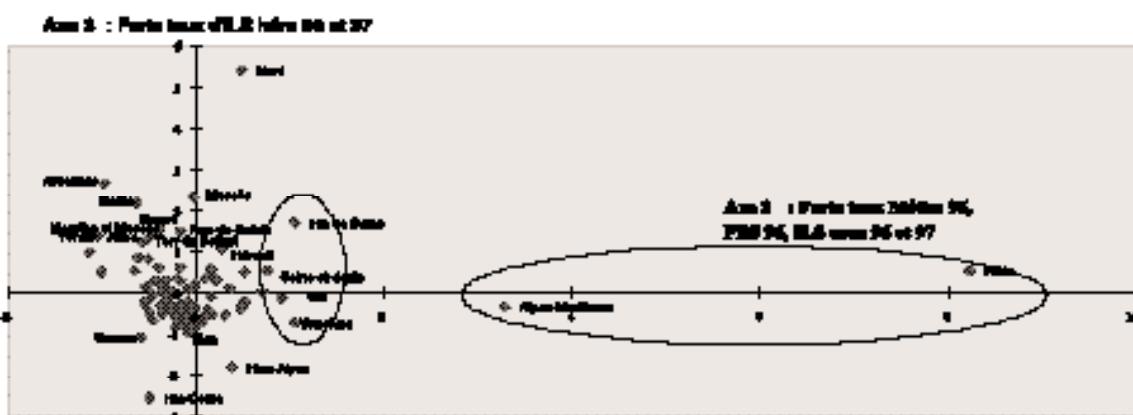
Fig. B : ACP normée sur les départements (axes 1-3)



⇒ Sur le **graphique des axes 2-3**, (fig. C), on retrouve le groupe qui se distingue notamment par de forts taux de Méthadone, de PES et d'ILS cocaïne qui est constitué de *Paris et des Alpes-Maritimes* (départements les plus à part

et les plus semblables en terme d'usage de drogues et d'implication en réduction des risques), *des Hauts de Seine, du Vaucluse et du Var ainsi que la Seine-Saint-Denis*.

Fig. C : ACP normée sur les départements (axes 2-3)



Annexes

B – Classification des départements

selon les cinq groupes suivant :

La classification donne un répartition des régions

1^{er} groupe	Ain, Aisne, Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Charente, Cher, Corrèze, Côte-d'Or, Côtes d'Armor, Dordogne, Doubs, Drôme, Eure, Eure et Loir, Finistère, Gers, Ille-et-Vilaine, Indre, Isère, Jura, Landes, Loir-et-Cher, Loire, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Haute-Marne, Mayenne, Morbihan, Nièvre, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Savoie, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Val d'Oise,	<u>Départements très peu concernés</u> par le problème de la toxicomanie et de la réduction des risques.
2^{ème} groupe	Ardennes, Aube, Hauts-de-Seine, Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Yonne, Territoire-de-Belfort	<u>Valeurs fortes d'ILS héroïne</u> sur les 2 années de l'analyse.
3^{ème} groupe	Hautes-Alpes, Aude, Bouches-du-Rhône, Charente-Maritime, Creuse, Corse-du-Sud, Gard, Haute-Garonne, Gironde, Indre-et-Loire, Pyrénées-Atlantiques, Rhône, Haute-Savoie, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Var, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne	<u>valeurs fortes en taux quasi uniquement pour le Stéribox</u> en 96 et 97.
4^{ème} groupe	Paris	<u>Valeurs fortes globalement</u> pour tous les indicateurs à l'exception des taux d' ILS à l'héroïne .
5^{ème} groupe	Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Haute-Corse, Hérault, Pyrénées-Orientales, Vaucluse	Taux très importants pour le Subutex et Stéribox en 96 et 97.

La visualisation des groupes 2, 4 et 5 qui contiennent les départements les plus concernés par la toxi-

comarne et la RDR se fait clairement sur les cartes factorielles de l'ACP (cf. fig. D, E).

Fig. D : 4^{ème} et 5^{ème} groupe de départements obtenus par classification

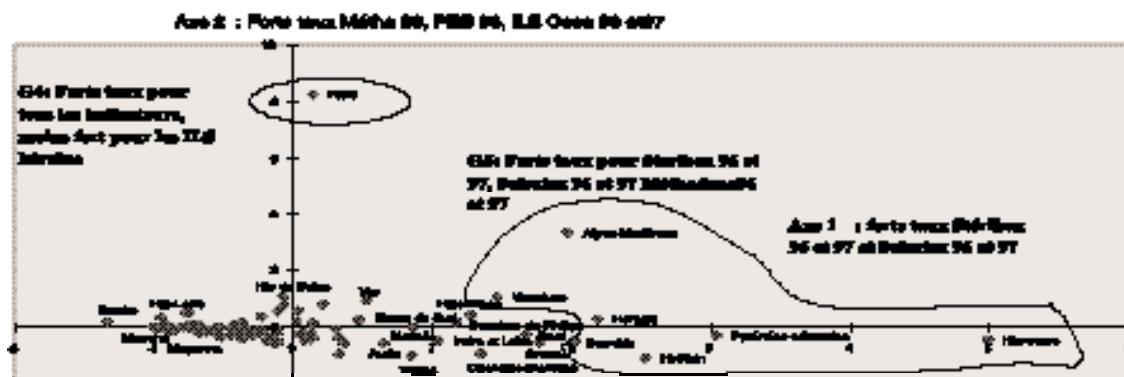


Fig. E : 2^{ème} groupe de départements obtenu par classification



Annexes

