
Contribution de l'association Safe

Usagers problématiques et accessibilité aux seringues

Nombre d'usagers de drogues problématiques

Si nous pouvons comprendre que l'OFDT recueille les informations selon les modes de calcul préconisés par l'OEDT, nous aurions souhaité que l'expertise propose un mode de calcul critique des usagers réellement problématiques, le mode de calcul actuel étant trompeur sur l'ampleur du phénomène (il nous semble en effet surprenant de considérer que tous les usagers en traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine restent des usagers problématiques).

Recours *versus* accessibilité

L'association Safe s'étonne que le groupe d'experts puisse conclure à une bonne accessibilité aux seringues en France.

L'explication donnée est basée sur le nombre de seringues diffusées corrélativement au nombre d'usagers actifs de drogue par injection, or cela donne une indication du recours à la seringue et non pas de l'accessibilité aux seringues.

Même si le recours à la seringue est quantifié, aucun élément ne nous permet d'évaluer qu'il est satisfaisant et correspond à une bonne pratique (1 injection=1 seringue).

Nous n'avons pas retrouvé le mode de calcul indiquant comment l'OFDT parvient au chiffre de 81 000 d'usagers de drogue par injection actifs par mois.

Mais, si nous considérons ce chiffre de 81 000 usagers de drogue ayant injecté au moins une fois, il ne nous renseigne pas pour autant sur la fréquence de la pratique d'injection ; certains injectent occasionnellement, certains tous les jours voire plusieurs fois par jour. Donc le recours à 15 millions de seringues par an environ n'est pas forcément suffisant.

D'ailleurs, nous relevons que la réutilisation des seringues reste très fréquente.

Une enquête sur le contenu des fonds de seringues menée par Safe à Paris en 2009 démontre qu'au moins 1/3 des seringues sont réutilisées, compte tenu de la présence de produits qui n'ont pu être injectés simultanément.

Plusieurs enquêtes démontrent que les seringues sont réutilisées (enquête 2001 à Mulhouse : au moins 3 fois, enquête d'Apothicom à Perpignan en 2001 et Ivry-sur-Seine en 2004 : en moyenne réutilisées 2 à 4 fois).

Deux facteurs sont déterminants pour expliquer le niveau de recours : le prix et l'accessibilité géographique

Dans le cadre d'une enquête réalisée par Safe en 2009 sur le don de matériels d'injection en pharmacies, il apparaît que le prix du matériel d'injection est un frein à la prévention et que le passage d'un mode d'accès payant à un mode d'accès gratuit démultiplie fortement la délivrance de seringues.

Or, l'accès gratuit (associations et pharmacie) représente à peine un tiers de la diffusion de seringues.

Répartition géographique de l'accès gratuit

Les enquêtes nationales menées par Safe en 2006 et 2009 démontrent que :

- à peine plus de 300 communes disposent d'un programme d'accès au matériel gratuit ;
- seules 2 % des pharmacies sont impliquées dans un programme de don de matériel d'injection (alors que le Baromètre santé de 2003 faisait état de 6 % des pharmaciens engagés dans un tel programme).

Répartition géographique de l'accès payant

La délivrance payante de matériels d'injection pourrait être effectuée dans 85 % des officines puisque selon le Baromètre santé de 2003, 85 % des pharmaciens reçoivent au moins une fois par mois des usagers de drogues ; dans cette même étude, 78 % des pharmaciens déclarent délivrer de la substitution.

Nous nous interrogeons sur la couverture territoriale de l'accès payant en 2010. Les résultats intermédiaires d'une enquête déclarative que nous menons à Paris montrent aujourd'hui que : 65 % des pharmacies délivrent des seringues (44 % le stéribox, 43 % des seringues à l'unité) et seules 47 % délivrent les traitements de substitution (42 % le Subutex, 30 % la Méthadone).

Au final, nous pensons que le recours au matériel d'injection n'est pas satisfaisant, car se cumulent à la fois un problème d'accessibilité (inégalité territoriale) et l'insuffisance de distribution gratuite de matériels.

Travaux sur les outils de prévention

Safe pilote un groupe de travail « Kit 2cc », qui vise à diversifier l'offre de matériels d'injection en proposant une nouvelle trousse de prévention adaptée aux usagers consommateurs de produits nécessitant une injection avec une seringue 2 ml.

Ce groupe est composé de partenaires associatifs et de deux scientifiques, un chercheur en biologie moléculaire, et un docteur en pharmacie.

Le groupe de travail propose une analyse critique des matériels actuellement proposés.

Problème de l'hygiène

Pour assurer la meilleure prévention possible, la question de l'hygiène est fondamentale. Or, dans les troussees actuellement proposées, il n'y a pas de possibilité de se laver les mains ni de possibilité de préparer le *shoot* sur une surface propre. Le groupe préconise de donner une lingette nettoiyante et un champ de soin.

Problème de l'adaptation des outils : quelle pertinence, quelle performance ?

Les lingettes désinfectantes (point d'injection)

L'utilisation d'alcool n'est pas satisfaisante d'une part parce que les usagers utilisent régulièrement le produit pour chauffer et non pour l'usage prévu au départ, et d'autre part parce qu'il n'est pas le mieux adapté à la peau déjà abîmée des usagers. Il est parfois utilisé pour comprimer le point d'injection, ce qui nuit également à la cicatrisation et à l'arrêt du saignement. Le groupe a mis en expérimentation un produit alternatif à l'alcool (digluconate de chlorhexidine).

L'eau PPI

L'hypothèse du groupe est que l'utilisation par les usagers de fioles d'eau PPI (eau pour préparation injectable) de contenance 5 ml peut conduire à des contaminations par le VHC.

Une étude menée par Thorpe et coll. (2002) à Chicago, entre 1997 et 1999 auprès de 353 usagers de drogues, montre que le partage du « petit matériel » de préparation de l'injection et notamment des fioles d'eau PPI est fortement impliqué dans la transmission du VHC.

Le travail de terrain auprès des usagers montre d'une part que les usagers rincent très fréquemment leur seringue après l'injection et d'autre part que l'eau restant dans la fiole est conservée pour une ou plusieurs utilisations ultérieures (1 à 4). Et nous savons que même si les partages de seringues sont de plus en plus rares, le partage des cupules, de l'eau ou la préparation commune de produits dans une même cupule sont encore fréquents.

Actuellement, il n'existe aucune étude virologique (en laboratoire) prouvant la présence de VHC dans ces flacons. Cependant plusieurs articles scientifiques font état de transmissions nosocomiales du VHC liées à l'utilisation de flacons multidoses. Nous avons produit une synthèse bibliographique qui apporte la preuve que le partage de flacons multidoses est un important facteur de risque de transmission du VHC et également d'infections bactériennes en milieu hospitalier. Il est évident alors que si des professionnels de santé qualifiés rencontrent ce genre de problème dans des établissements de santé, il y a de grands risques pour que les usagers de drogues injecteurs, dans

leurs conditions les plus précaires, subissent ce type de transmission du VHC à travers le partage des fioles d'eau PPI de 5 ml distribuées dans les trousseaux ou à l'unité.

Le tampon sec post-injection

Les retours des usagers indiquent que le tampon sec (du Kit+) est actuellement très peu utilisé, notamment en raison de sa petite taille (peu pratique, vite souillé, surtout chez ceux qui se piquent plusieurs fois avant de trouver leur veine).

Le filtre

Cet outil est déterminant en matière de réduction des risques, en raison des conséquences de santé liées aux excipients contenus dans les médicaments injectés mais aussi en raison des contaminations par bactéries et mycoses.

Le groupe estime que le filtre doit être un outil efficace pour lutter contre les principales bactéries et mycoses pathogènes pour les usagers, les abcès, les poussières, les excipients et les risques respiratoires.

À ce jour, aucun des filtres proposés en France (y compris sterifilt) n'apporte ces garanties, alors que de tels filtres (toupies par exemple) sont diffusés dans certains pays étrangers.

L'équipe de Safe reste à disposition pour vous fournir tout autre complément d'information.

Catherine Duplessy-Garson
Directrice de l'association Safe