

65^e RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE*

Contentons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre
Georges Braque

QUELLE PRÉVENTION DU **VHC** AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUE ?



DANIELLE MESSAGER

ANIMATRICE, JOURNALISTE, FRANCE INTER

La propagation croissante du virus de l'hépatite C est une question pressante et préoccupante à plusieurs titres. Le VHC est hautement transmissible, plus que le VIH. Les actions de prévention sont manifestement en deçà des besoins. Et les informations disponibles, concernant les risques de transmission et les possibilités de soins, sont souvent mal comprises. La situation des usagers de drogue est particulièrement alarmante, comme nous le verrons ici, à travers les résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot. Cette étude met en lumière le haut niveau de contamination qui touche la population des usagers de drogue et pointe le déficit des politiques de santé publique à l'égard de l'hépatite, sans doute éclipsée jusqu'à présent, par l'épidémie du VIH.

CENTRE RÉGIONAL
DE RESSOURCES
ET D'INFORMATION
SUR LE VIH/SIDA,
LES HÉPATITES,
L'ÉDUCATION À LA VIE
AFFECTIVE ET SEXUELLE,
LES DROGUES,
LES DÉPENDANCES ET
LES CONDUITES À RISQUE
CHEZ LES JEUNES

Tour
Maine-Montparnasse
BP53 /
75755 Paris cedex 15
tél **01 56 80 33 33**
fax **01 56 80 33 00**
www.lecrisp-idf.net
info@lecrisp.net

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

SOCIOLOGUE, INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Lancée en 2004, l'enquête ANRS-Coquelicot « Prévalence du VIH et du VHC, pratiques et perception des risques infectieux chez les usagers de drogue », est la première étude de séroprévalence du VIH et VHC chez les usagers de drogue. Elle a été menée dans cinq grandes villes (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris, Strasbourg), auprès de 1 462 usagers de drogue (UD), par le biais de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés et des dispositifs spécialisés. Un premier recueil de données épidémiologiques et biologiques a été effectué et sera présenté ici. Un second recueil de données anthropologiques est en cours de constitution. La population étudiée est composée aux trois quarts d'hommes, d'une moyenne d'âge de 35 ans. Leur niveau d'études est généralement faible, 65 % d'entre eux sont sans-emploi, 55 % vivent seuls, et la même proportion est sans domicile fixe.

ouvert au public
du **mardi** au **vendredi**
de **13h** à **19h**
le **samedi**
de **10h** à **17h**

* Rencontre du 17 octobre 2006. Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

Les principaux enseignements de l'étude Coquelicot sont les suivants : deux tiers des usagers de drogue sont porteurs du VHC. La prévalence du VIH est de 10,8 %, tandis que celle du VHC s'élève à 59,8 %. Et la quasi-totalité des porteurs du VIH sont porteurs du VHC. La prévalence du VHC augmente avec l'âge. Outre ce taux élevé de contamination, il importe de souligner d'une part, que près d'un tiers des UD porteurs du VHC se croient négatifs à tort (27 %), d'autre part que moins de la moitié des personnes séropositives au VHC sont suivies médicalement.

L'étude a également permis de mettre en lumière les modes de consommation des usagers. 40 % déclarent avoir consommé des benzodiazépines, 30 % du crack (ou freebase), 27 % de la cocaïne, 12 % de l'héroïne au cours du dernier mois. Cette population se caractérise par une consommation associée d'alcool, également très élevée. Près d'un tiers des usagers déclarent en consommer tous les jours, à raison de treize verres par jour, en moyenne. Autant de données inquiétantes pour les porteurs du VHC.

Ils sont 70 % à déclarer avoir pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie et 40 % dans le dernier mois. La première injection a généralement lieu autour de 20 ans. Elle est, dans la majorité des cas, pratiquée par un tiers « initiateur ». Les personnes sondées ont quasiment toutes sniffé : 98 % au moins une fois dans leur vie, 38 % dans le dernier mois. Or l'enquête montre la forte fréquence des pratiques à risque qui ont accompagné la consommation de ces produits au cours du dernier mois, tout en sachant que ces enquêtes font souvent l'objet de sous-déclarations de la part des usagers. Ils sont 38 % à avoir partagé du petit matériel (cuiller, coton). Or 35 % ne sont pas conscients des risques liés à ce partage, 13 % ont partagé leur seringue et 16 % ne sont pas conscients des risques ainsi encourus, 74 % ont réutilisé leur seringue, 73 % ont partagé la pipe à crack et 25 % ont partagé la paille de sniff. Ces chiffres sont d'autant plus inquiétants qu'ils émanent d'usagers majoritairement recrutés dans des structures spécialisées, donc davantage exposés aux messages de prévention.

Concernant les perceptions liées au VHC, 92 % des usagers ont conscience de la gravité de la maladie. 77 % estiment qu'il existe des traitements efficaces mais seulement 55 % pensent que ces traitements sont facilement accessibles.

Dans cette population, nous assistons donc aujourd'hui à une diminution importante de la prévalence du VIH, mais à une augmentation de la prévalence du VHC. En 1996, l'étude Irep¹ (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) faisait état d'une prévalence du VIH de 20 % et du VHC de 47 %,

selon des données déclaratives. Les données déclaratives de l'enquête Coquelicot donnent une prévalence de 11 % du VIH et de 60 % pour le VHC.

Cette situation en France est à cet égard analogue à ce qui est constaté en Grande-Bretagne ou en Australie, où les contaminations par le VHC n'ont pas diminué depuis une dizaine d'années. Cette différence d'évolution des contaminations VIH/VHC peut s'expliquer par plusieurs facteurs : une plus grande transmissibilité du VHC, l'un des principaux modes de transmission étant le partage du petit matériel lors de l'injection. Les contaminations ont généralement lieu dès l'initiation à l'injection par voie intraveineuse. Notons aussi l'importance de la pratique de l'injection chez les plus jeunes usagers et une persistance des pratiques à risque. Les conditions sont donc favorables à la persistance des transmissions du VHC. J'espère que cette rencontre nous permettra de trouver des moyens pour enrayer cette situation en repensant les messages de prévention et en étendant le dispositif de réduction des risques.

ELLIOT IMBERT MÉDECIN, APOTHICOM

Je vais présenter ici un nouvel outil de prévention du VHC, le Stérifilt[®], et les nouvelles actions à mener autour de la préparation à l'injection.

Chronologiquement, la contamination peut survenir par aspiration avec une cupule infectée, par la filtration avec un coton-filtre contaminé, enfin par injection avec une seringue souillée. Le VHC peut encore se propager par une hétéro-infection manu-portée, notamment lors de l'initiation, mais je me concentrerai sur une séquence précise de la préparation, importante en termes d'incidence de l'infection et sur laquelle on pourrait agir dès maintenant.

Plusieurs études ont mis en évidence la part des risques de transmission liée au partage du petit matériel. L'étude de Chicago, la première, réalisée en 2001, avait conclu à un risque de contamination relatif supérieur de 5,9 lorsque la cupule ou le coton ont été partagés. Une seconde étude, lancée en 2002 à Seattle, portant sur une cohorte de 1 100 usagers, avait déjà conclu à un taux d'incidence des contaminations trois fois supérieur en cas de partage du coton-filtre uniquement.

En dehors de la seringue, le filtre constitue le premier mode de contamination du VHC. En France, une étude² publiée il y a deux ans environ, mettait à son tour en évidence les risques liés au partage de chacun des éléments du petit matériel. Ces travaux menés dans le Nord et l'Est, auprès de 186 usagers de drogue, faisaient état de 10 % de personnes contaminées par an, soit 3 600 primo-contaminations par an, soit dix conta-

1 - Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, Ingold et al., Irep ; 455 pages ; octobre 1996

2 - Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du nord-est de la France, Lucidarme et al., BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) n° 2 ; volume 2005 ; pagination 7-8 ; 11 janvier 2005

minations par jour. Le risque relatif au partage de seringue est de 6,5 et le risque relatif au partage du filtre de 16,4. Cette étude démontrait que lorsqu'il y a un partage de la seringue et/ou du filtre, il y a un risque fort de contamination. Le taux d'incidence est six fois plus élevé lorsque le filtre est réutilisé.

Aux États-Unis, il a été démontré que le VHC peut rester actif pendant vingt jours. En Australie, l'analyse du matériel d'injection récupéré sur dix lieux de shoot a donné 40 % de filtres contaminés. À partir de ces résultats, nous avons réfléchi à mettre au point un outil de prévention.

Le coton-filtre a une fonction de purification, mais aussi une fonction de réserve. Le filtre garde 10 % du produit, il est donc précieux, conservé et réutilisé en période de manque ou prêté, mendié, vendu. Déjà en 1954, William Burroughs, expliquait, dans *Junky*, comment les cotons imbibés de drogue sont conservés pour les cas d'urgence. S'il est réutilisé, le coton peut transmettre le VHC à une seringue éventuellement neuve. L'objectif du Stérifilt® est de remplacer ce coton par un filtre à usage unique. Celui-ci est de surcroît plus propre que du coton ou un filtre de cigarette et ne conserve aucun produit stupéfiant. L'utilisateur n'est donc pas tenté de le réutiliser. Il s'agit d'une membrane, qui se met au bout de la seringue. Cet outil a été présenté à la Direction générale de la santé en 2002. Sa mise à disposition a été soutenue et financée par les pouvoirs publics en 2003. Après six mois d'expérimentation, le Stérifilt® a été mis à disposition dans les programmes d'échanges de seringues en octobre 2004. Aujourd'hui en moyenne 100 000 Stérifilt® sont échangés chaque mois. Les chiffres augmentent rapidement. Le Stérifilt® induit effectivement des changements de comportement. Le ratio Stérifilt®/seringue distribués était de 0,47 au départ. Ce qui veut dire qu'une part importante des usagers conservaient leur habitude de réutilisation. Aujourd'hui, le ratio est de 0,91 %. Donc le Stérifilt® est adopté par les usagers, là où il est proposé. Enfin, il entraîne un changement de comportement des usagers vers l'usage unique.

Mais la généralisation de l'usage du Stérifilt® pourrait être freinée. En son temps, le Stéribox®, mis au point fin 1990, est arrivé dans les pharmacies seulement fin 1994. Deux ou trois ans ont ainsi été perdus. Il en a été de même pour la Stéricup® (cupule à usage unique), mise au point en 1995, finalement incluse dans les Stéribox® en 1996, disponibles en pharmacie en 1999. En 2006, le Stérifilt® n'est toujours pas distribué en pharmacie, faute de décision en ce sens des autorités sanitaires.

QUESTIONS DE LA SALLE

ANTONIO UGIDOS, CRIPS-CIRDD — Parmi les usagers recrutés dans le cadre de l'enquête Coquelicot, 10 % sont déclarés comme ayant pris un traitement substitutif

« hors cadre médical », dans le dernier mois : s'agit-il alors d'un traitement ?

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — Nous n'avions pas les moyens de faire la distinction entre une utilisation du Subutex® comme produit ou comme médicament dans le cadre de Coquelicot. En revanche, nous savons que 16 % des personnes injectent le Subutex®. Cependant, injecter le traitement ne signifie pas forcément s'en servir comme produit. L'utilisation de Subutex® hors cadre médical peut être le cas, par exemple, de personnes en situation irrégulière, qui ont difficilement accès à un médecin. Ces précisions seront davantage étudiées dans le volet anthropologique de l'enquête. Il est délicat de questionner les gens sur ce point dans le cadre d'une étude épidémiologique.

ÉRIC LABBE, ACT UP-PARIS — Assimiler injection de produit de substitution à du détournement est à mon avis une énorme erreur. C'est une fausse évidence. Tant qu'il n'y aura pas de traitement injectable, ceux qui ne peuvent pas se passer d'injection continueront de s'injecter le Subutex®.

CYNTHIA BENKHOUCHA, AIDES — Le débat est centré sur la prévention primaire du VHC. Or une approche globale serait souhaitable, comprenant le dépistage et l'accès au traitement, qui réduisent aussi les risques de contamination. Il n'est pas étonnant de voir à travers cette étude que beaucoup estiment que les traitements sont difficiles d'accès.

DANIELLE MESSAGER — Est-il possible de préciser quels sont les obstacles, réels ou supposés, aux traitements ?

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — Plusieurs raisons ont été évoquées : l'attitude des médecins à leur égard, la peur des examens (biopsie, lourdeur des effets secondaires). Or il me semble que les traitements ont évolué, les effets secondaires sont moins lourds aujourd'hui, l'Interféron n'étant plus utilisé seul, mais accompagné de traitements qui le rendent plus supportable.

CYNTHIA BENKHOUCHA, AIDES — En réalité, les traitements sont toujours très lourds et il importe de réfléchir à leur amélioration.

DANIELLE MESSAGER — Quelles sont les réponses des autorités sanitaires concernant la distribution du Stérifilt® en pharmacie ?

ELLIOT IMBERT — La question est posée aux pouvoirs publics depuis 2002. Mais, en dépit des avis très favorables d'experts, nous restons dans l'attente d'une décision du ministère. Il n'est pas question de coût, puisque le nouvel outil pourrait être mis à disposition dans les Stéribox®. L'outil qui est actuellement disponible dans les Stéribox®, a l'avantage d'être stérile par rapport à un filtre de cigarette, mais il est potentiellement contaminant car il est absorbant. Par ailleurs, sans attendre le Stérifilt®, il y a urgence à informer les usagers des risques qui restent méconnus. Cette information pourrait déjà être délivrée lorsqu'ils se procurent des Stéribox® (10 000 usagers achètent le Stéribox® chaque jour en pharmacie). C'est désormais prouvé, les

usagers de drogue se protègent quand ils ont connaissance des risques.

UN PARTICIPANT — Pourquoi n'a-t-on pas réagi face au VHC comme pour le sida ? Cette question renvoie à la perception qu'ont les usagers de drogue de cette épidémie, mais aussi les autorités sanitaires. Le fait que l'hépatite C se déclare au bout d'un certain temps explique sans doute aussi en partie cette sous-estimation de la maladie. Lorsque nous discutons du Stérifilt®, les autorités sanitaires semblent ne pas prendre la mesure des risques et du coût à long terme.

ANTONIO UGIDOS, CRIPS-CIRDD — L'enquête Coquelicot nous apporte une fois de plus l'exemple d'une étude de qualité, qui préconise un certain nombre de mesures, mais qui n'est pas suivie d'effet, ou pas assez rapidement. En 1989, le Crips a organisé sa première rencontre sur l'échange de seringue, et en 1994 sur les Stéribox®³. Mais ces rencontres nous amènent toujours à constater les retards pris dans les actions de prévention. L'étude Coquelicot prouve que 13 % des usagers partagent la même seringue et que 16 % disent qu'ils ne sont pas conscients des risques liés à cette pratique. Nous savons aussi qu'il faut délivrer un message spécifique à ceux qui initient les usagers. Or je ne connais aucune brochure qui s'adresse aussi aux initiateurs.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — Il est particulièrement important de rappeler qu'une seule injection suffit pour être contaminé par le VHC. Depuis six mois que nous avons ces premiers résultats de l'étude Coquelicot, nous insistons beaucoup sur ce point. L'HC est perçue comme moins grave que le VIH. Les UD se disent qu'ils prennent tellement de risques par ailleurs, qu'ils ne sont pas à un risque près. À cela s'ajoute effectivement le fait que la maladie se déclare tardivement.

ANNE-MARIE JULLIEN-DEPRADEUX, DGS, CHEF DE PROJET « PROGRAMMES DES HÉPATITES VIRALES » — Le dossier du Stérifilt® n'a pas été abandonné. Mais nous n'avons pas encore tous les éléments en main. Il serait notamment intéressant de voir dans quelle mesure la prévalence du VHC diminue chez les utilisateurs de Stérifilt®. Une telle étude a-t-elle été menée ? Notons en outre que l'injection n'est pas le seul facteur de contamination. Les risques s'appliquent au partage de n'importe quel objet coupant. D'autre part, l'enquête Coquelicot comprend un volet anthropologique, quand sera-t-il rendu public ?

ELLIOT IMBERT — Nous disposons effectivement d'études sur l'incidence du Stérifilt® parmi ses utilisateurs. Elles sont à votre disposition.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — L'étude anthropologique devrait être présentée dans six mois. Mais nous n'avons rien de plus en termes de pratiques à risque. Et les chiffres sont déjà suffisamment inquiétants pour agir.

TABLE RONDE

LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VHC EN MILIEU FESTIF : QUELS MESSAGES, QUELLES ACTIONS, QUELS OUTILS ?

LIONEL SAYAG

MEMBRE DU CONSEIL INTERCOMMUNAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (CILD), CO-AUTEUR DU FILM 17'10...

UNE INJECTION À MOINDRE RISQUE

Le film que nous présentons ici a pour objectif de réduire les risques de contamination lors de l'injection. Il est destiné à pallier le déficit d'information et de connaissances d'un nombre important d'UD, mais aussi des professionnels qui interviennent auprès d'eux. Ce film montre les gestes successifs accomplis par l'UD, tandis qu'une voix off précise ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas faire. Ce film (disponible en trois langues) s'adresse aux soignants, travailleurs sociaux, pharmaciens, distributeurs de Stéribox®, etc. Il sera distribué aux associations concernées, qui pourront en commander d'autres (7 euros).

QUESTIONS DE LA SALLE

ELLIOT IMBERT — Il est notable que dans toutes les cohortes existantes (1 000 à Seattle, 1 200 à Chicago, 186 en France), il n'y a jamais eu de contamination sans injection préalable. Une étude transversale réalisée aux États-Unis chez les donneurs de sang a également montré que les utilisateurs de cocaïne, et les sniffeurs potentiels contaminés avaient tous injecté au moins une fois dans leur vie. C'est donc bien quand il y a eu effraction sanguine soit par injection, soit au moyen d'un rasoir, qu'il y a contamination.

HEINO STÖVER

MÉDECIN, SPÉCIALISTE DU VHC EN ALLEMAGNE, UNIVERSITÉ DE BRÈME, ASSOCIATION FIXPUNCT

J'espère que ce séminaire marquera le début d'une collaboration franco-allemande en ce domaine. La situation épidémiologique en Allemagne est la suivante : environ 500 000 personnes sont porteuses du virus de l'hépatite C, ce qui représente 7 500 cas d'infections par an. Le risque d'infection est plus élevé chez les jeunes hommes et dans les villes, et les usagers de drogue (250 000) sont les plus exposés au risque. 60 % à 85 % d'entre eux sont infectés, un chiffre supérieur à

3 - Lettre d'information du Crips n° 30 - 17^e rencontre « Le rôle du pharmacien dans la prévention de l'infection par le VIH »



celui donné pour la France. Le risque majeur tient au partage de la seringue, notamment en prison. Le taux de contamination sur l'ensemble de la population est comparable à celui de la France, puisqu'il est évalué entre 0,3 à 1 % en Allemagne. Notons que, contrairement à la Stéricup®, le Stéribox® n'est pas très répandu en Allemagne. Et les pharmacies s'en tiennent à la vente de seringues stériles.

En Allemagne comme en France, le VHC a été totalement occulté. L'accent a été mis sur le sida, tandis que l'épidémie de VHC se développait. Politiques, professionnels, scientifiques ont sous-estimé cette épidémie. Les réponses en matière de santé publique ont été insuffisantes et inadaptées face à cette pathologie. Parallèlement, un certain pessimisme a prévalu quant aux efforts de prévention d'une part, aux traitements et à leur accès d'autre part. La prévention est complexe et doit varier en fonction des groupes sociaux et des individus. Aujourd'hui encore, la conscience des risques et de l'importance des mesures d'hygiène est très faible parmi les populations les plus exposées. Le développement de messages simples et pratiques, semblables à ceux du film de Lionel Sayag, très proche de la vie quotidienne, vont dans la bonne direction.

En l'absence de politique de santé publique adéquate, des associations d'usagers se sont regroupées pour former un groupe d'action intitulé « Le VHC et les usagers de drogue ». Association pionnière fondée en 1988, Fixpunct a eu pour objectifs de mettre en réseau les expertises, d'impliquer et de former les professionnels de santé et sociaux, d'améliorer l'accès aux traitements et de lutter contre les stigmatisations et les discriminations des personnes infectées. C'est Fixpunct qui a mis en place des automates pour la distribution de seringues stériles. Ils contiennent désormais des Stéricup® et des préservatifs. Le dispositif a démarré avec trois cents machines réparties dans cent cinquante villes allemandes, accessibles 24 h/24 h. Aujourd'hui, treize automates fonctionnent à Berlin. S'y ajoutent des antennes mobiles de distribution d'aiguilles, deux antennes mobiles de médecine de base, une antenne dentaire, et une antenne comprenant une salle de consommation de drogue. Des actions de prévention destinées à des groupes de populations spécifiques ont été mises en place, la cible privilégiée étant les jeunes toxicomanes. L'association a édité un manuel destiné aux professionnels, inspiré d'un exemple suisse (disponible en France). Mais nous manquons d'une politique nationale de prévention qui aurait un effet moteur sur l'ensemble des personnes concernées.

QUESTIONS DE LA SALLE

DANIELLE MESSENGER — L'association Fixpunct a-t-elle pu évaluer les effets de son action concernant la réduction des risques ?

HEINO STÖVER — À Berlin, les « clients » des automates et des antennes de Fixpunct ont été interrogés sur leurs pratiques. Ces enquêtes tendent à montrer que l'action de Fixpunct induit des changements de comportements positifs.

UN PARTICIPANT — Les salles de consommation sont-elles inscrites dans un cadre légal, expérimental ou hors la loi ?

HEINO STÖVER — Trente salles de consommation fonctionnent, depuis une dizaine d'années, dans une quinzaine de villes. Leur implantation dépend des *landers*. Six les ont déjà autorisées.

GÉRALD SANCHEZ, ACT UP-PARIS — Le lieu d'injection est en effet un facteur essentiel du respect de bonnes conditions d'hygiène. Le film de Lionel Sayag montre une injection dans un appartement « à la cool », ce qui ne correspond pas à la réalité dans bien des cas. L'implantation de salles d'injection en France, constituerait une avancée importante. Il est significatif d'entendre certains se demander si les salles de consommation sont légales. Oui, c'est bien légal en Allemagne comme cela l'est en Espagne ou en Suisse.

JEAN-LOUIS BARA, FIRST — Avez-vous expérimenté, en Allemagne, les dépistages rapides par salivette ou buvard ?

HEINO STÖVER — Cela a seulement commencé récemment, en prison. Mais ces tests ne sont pas encore répandus.

PASCAL PEREZ

SIDA PAROLES

J'ai commencé à travailler avec les usagers de drogue, il y a une quinzaine d'années, avec l'association Arcade (aujourd'hui C3R). Les usagers venaient assez librement nous voir. Désormais la présence policière dans les cités les empêche de fréquenter les antennes mobiles de prévention. Ils longent les murs pour aller se shooter dans les toilettes du premier troquet, le Mac Do, les caves ou les cages d'escaliers. Il est clair que la police n'a pas arrangé la prévention des risques en France. J'ai aussi eu l'occasion d'aller dans des appartements et d'être confronté à la pratique de l'injection. Je me suis rendu compte que la simple délivrance de matériel adéquat pour éviter les contaminations et de messages de prévention était insuffisante. Il y a un décalage entre théorie préventive et pratique. Les messages sont plus pertinents au moment de l'injection et les mauvaises pratiques plus facilement abandonnées. Depuis trois ans, Médecin du monde (MDM) expérimente cette méthode d'accompagnement à la consommation dans le milieu « festif techno ». Ce milieu permet de travailler de cette façon. Les demandes d'intervention augmentent. Nous touchons un public beaucoup plus jeune qui échappe complètement aux centres de soins. Or les injecteurs sont nombreux parmi les 18-25 ans.

BENOIT DELAVault**MISSION RAVE, MÉDECINS DU MONDE**

Quand je suis arrivé au sein de la mission de MDM, les gens qui venaient chercher des kits d'injection étaient relativement fuyants et il était difficile de parler. L'injection est aussi stigmatisée en milieu festif. D'autre part, en se promenant sur les sites, dans les camions, les tentes, nous nous rendions compte du décalage entre les messages de prévention et la pratique. Les lieux d'accompagnement à la consommation des produits dans les raves, permettent d'expliquer l'utilisation des kits (Stéribox®, paille à usage unique, eau stérile pour se rincer le nez, kit pour les pipes à crack avec des embouts individuels), comment injecter, comment fumer de la base (le terme freebase est moins stigmatisant que le crack et ils le fabriquent eux-mêmes à partir de la cocaïne) et expliquer les modes de contaminations. L'idée est aujourd'hui d'élargir cet accompagnement en milieu urbain. L'implantation, à l'instar de ce qui se fait en Allemagne, de salles de consommation, paraît importante.

QUESTIONS DE LA SALLE

DANIELLE MESSEGER — Nous avons évoqué plusieurs fois les risques liés à l'injection, mais qu'en est-il plus précisément des risques concernant le sniff ?

GÉRALD SANCHEZ, ACT UP-PARIS — Le débat sur les risques de transmission par le sniff, n'est pas clos, y compris dans le milieu médical. Les premières études parlant de l'hypothèse d'une possible contamination par le sniff ont été menées en 1998 à New York. La cocaïne (ou le speed), toxiques et vasodilatateurs occasionnent des lésions et des gouttes de sang peuvent se déposer sur la paille. Mais la démonstration de ce risque fait encore l'objet de polémiques. Deux études françaises intéressantes sont intervenues sur le sujet. Celle de la CPAM en 2004 pour réévaluer la prévalence du VHC et du VHB. Parmi ceux qui avaient sniffé, le taux de prévalence du VHC était de 9 % alors qu'il est de 0,86 % pour la population générale, et de 68 % pour ceux qui injectaient. Tous les sniffeurs ont été à nouveau questionnés pour évaluer les sous-déclarations et 70 % d'entre eux ont alors déclaré avoir déjà injecté. Les messages de prévention devraient aborder tous les modes de consommation des produits. Et en travaillant les messages sur le sniff, il est possible de toucher les usagers avant qu'ils ne se mettent à injecter.

ANNE-MARIE JULLIEN-DEPRADEUX, DGS — Selon l'enquête précitée conduite sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire, le sur-risque d'infection par voie nasale s'établit à 6,86 % et par voie veineuse à 94,05 %. Rappelons enfin que selon cette même enquête, 367 000 personnes présentent des anticorps positifs et 65 % ont le virus de l'hépatite C, soit 230 000 personnes ayant une infection chronique par le VHC.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — Le fait qu'il y ait un risque théorique sur la question du sniff, même si ce n'est pas prouvé épidémiologiquement, est important et il faut le prendre en compte. Rappelons aussi que les risques liés au partage de la pipe à crack sont également importants.

ROBERTO BIANCO-LEVRAIN**MISSION SQUAT, MÉDECINS DU MONDE**

La vocation de la mission squat est de travailler dans la continuité avec les UD, alors même que 5 % à 10 % d'entre eux sont sans domicile fixe. La mission s'est donc rendue dans les squats. Il est très important de prendre en compte la situation générale de l'UD, qui fait face à des problèmes autres que les risques de contamination. Dans cette optique, MDM a initié une consultation médico-psycho-sociale, dans le squat « la petite Roquette » dans le 11^e arrondissement, avec une permanence le mercredi après-midi. L'association envisage aussi de créer une permanence qui irait de squat en squat. À la même adresse, nous avons également mis en place un « sleeping », qui permet à la personne de rester sur place entre une et quatre semaines, en étant suivie par l'équipe médico-sociale. C'est un travail d'orientation et d'accompagnement. À la demande des usagers, des sessions d'analyse de drogue, puis d'informations ont été organisées. C'est le seul lieu de ce type pour l'instant. Mais d'autres lieux sont en cours de développement en région parisienne.

VINCENT BENSO**TECHNO PLUS,****ASSOCIATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

La question de la stigmatisation de l'injection au sein du milieu festif a déjà été abordée, et elle est effectivement un frein à notre travail. La pratique du sniff étant mieux admise, la distribution des « roule-ta-paille » (paille à usage unique) a eu une efficacité réelle dans les technivals. Ces constats nous conduisent à la question, certes complexe, des salles d'injection. Disposer d'un endroit dans les technivals où la consommation serait « normalisée », permettrait d'évaluer ce qui se passe et de mieux faire passer les messages.

QUESTIONS DE LA SALLE

BENOIT DELAVault — Nous organisons un accompagnement à l'injection depuis très peu de temps, occasionnellement. Il y a un cadre posé, avec un médecin présent. Il est intéressant de voir par exemple que très peu savent qu'il faut utiliser le tampon alcoolisé avant et pas après pour se désinfecter. Ils ont du mal à trouver un point d'injection. Certains ne savaient pas « chasser le dragon » (manière de fumer l'héroïne à moindre



risque). Notre intervention permet des changements de comportement et à des personnes qui se trouvent hors des dispositifs de soins d'y être intégrées.

VINCENT BENSO — Les contaminations par le VHC ont lieu au cours des premières années d'injection. Or il y a énormément de primo-usagers et primo-injecteurs dans les technivals. C'est un bon moyen de les toucher. Par ailleurs, l'information sur l'hépatite C doit circuler davantage. Je n'étais pas au courant, par exemple, pour la transmission par les pipes à crack.

ROBERTO BIANCO-LEVRAIN — Cinq municipalités sont venues voir le travail effectué à la Petite Roquette. Mais nous manquons de lieux pour mettre en œuvre des dispositifs de prévention.

ANNE-MARIE JULLIEN-DEPRADEUX — La précarité est en effet un facteur majeur de contaminations. Une étude a montré que les personnes bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) sont trois fois plus touchées par le VHC que les autres. Cela doit nous obliger à prendre contact avec les personnes qui interviennent sur les problèmes de précarité et de logement.

LA QUESTION DU DÉPISTAGE

PIERRE GOISSET

MÉDECIN DIRECTEUR, CSST LA MOSAÏQUE

La prévention se réduit souvent aux tests de sérologie des hépatites dans les centres médicaux spécialisés pour les toxicomanes. Très peu de centres de dépistage proposent des informations de réduction des risques. Ce qui s'explique notamment par le faible niveau de formation des professionnels en matière de réduction des risques. Or il faut éviter que le dépistage ne devienne l'unique action de prévention. Concernant les tests eux-mêmes, les techniques évoluent. La biopsie invasive et dissuasive peut aujourd'hui être remplacée par les fibro-tests, tests par ultrasons, qui permettent de voir le retentissement de la maladie sur le foie. On perd actuellement la moitié des patients en cours de dépistage. Et l'on finit par traiter cinquante personnes sur les deux cents qui en auraient besoin. Il faudra réduire les étapes de prélèvements sanguins et faire des consultations d'hépatologie sur les lieux de prévention des risques et de prise en charge addictologique.

Les traitements sont deux fois plus efficaces qu'il y a dix ans. L'Interféron n'a pas disparu et reste difficilement toléré, mais certains traitements sont plus simples aujourd'hui. L'hépatite C pose un problème : la maladie laisse tellement de temps aux malades, son développement est tel, que les jeunes et les usagers de drogue, notamment, ont tendance à l'oublier.

Concernant les malades, il faut souligner les risques de surcontaminations provenant de la consommation

de produits psychotropes hépato-toxiques (alcool, cocaïne, MDMA...). La lutte contre l'alcoolisme est l'un des enjeux majeurs pour les malades, souvent en grande difficulté pour arrêter. Les décès par cirrhose du foie, de l'ordre de 3 000 à 4 000 par an, ont dépassé ceux dus au sida.

Ce traitement, qui engendre des états dépressifs et une plus grande irritabilité, est propice à la reprise de benzodiazépines ou d'alcool. Les thérapies comportementales cognitives (TCC) pourraient être utilisées avant d'entamer le traitement. Il importe de se demander quelles sont les priorités de la personne concernée, de s'interroger sur l'opportunité d'administrer des soins difficiles à tel ou tel moment. La question de l'environnement, du soutien éventuel du malade à soigner, doit être prise en compte.

Le test est aussi une mesure que l'individu prend pour protéger les autres. Et pour les malades, une série de précautions peuvent suivre pour éviter d'autres contaminations, comme ne pas laisser sa brosse à dents à disposition, par exemple.

QUESTIONS DE LA SALLE

GÉRALD SANCHEZ, ACT UP-PARIS — Le nombre de cirrhoses du foie explose depuis 2000. L'accompagnement thérapeutique avant, pendant et après le traitement est fondamental. Mais les assistants sociaux, entre autres, n'y sont pas formés.

CATHERINE DUPLESSIS, SAFE — Je voudrais insister sur le problème d'accès aux seringues en France. L'usage multiple des seringues reste un facteur essentiel de contamination. Le nombre de programmes d'échanges de seringues (270 PES en France) et d'automates est insuffisant. La situation dans les petites villes et les zones rurales est difficile.

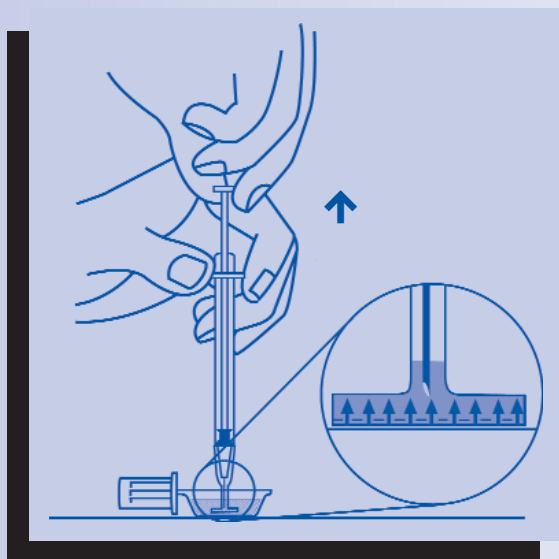
MARIE-CHRISTINE CHARANSONNET, MÉDECIN — Il faudrait, en effet, trois à quatre fois plus de seringues disponibles dans les pharmacies et les PES.

CONCLUSION

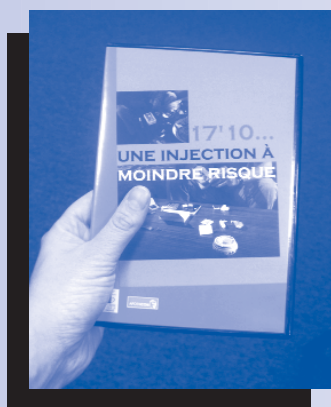
ANTONIO UGIDOS, CRIPS-CIRDD — Les actions de réduction des risques donnent des résultats positifs. Les messages de prévention clairs sont suivis d'effets. La réduction de l'épidémie VIH chez les usagers de drogue en est la preuve. Il revient aujourd'hui aux pouvoirs publics et aux professionnels de se mobiliser pour informer les usagers des risques réels de transmission des hépatites et de favoriser l'utilisation ou la création par les usagers d'outils dont ils sauront se saisir pour éradiquer cette épidémie. C'est aussi l'un des objectifs de ces rencontres du Crips.

Sonia Labesse
Bénédicte Astier
Isabelle Baldisser
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693



Stérefilt®
mode d'emploi : Le Sterifilt® est constitué d'un embout, s'adaptant sur l'aiguille de la seringue, qui comporte une membrane filtrante d'une porosité de 10 microns. Il suffit d'appliquer la surface filtrante à plat au fond du récipient de dilution et d'aspirer.



17'10... Une injection à moindre risque
Ce DVD RB Prod, Cildt et Apothicom est disponible chez apothicom3@wanadoo.fr et cildt.sayag@wanadoo.fr