

Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007

Marie Jauffret-Roustide (m.jauffret@invs.sante.fr)^{1,2}, Lila Oudaya¹, Marc Rondy², Yann Le Strat¹, Elisabeth Couturier¹, Julien Emmanuelli¹, Jean-Claude Desenclos¹

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Cesames, Centre de recherches psychotropes, santé mentale, société (CNRS UMR8136, Inserm U611, Université Paris Descartes), France

Résumé / Abstract

Contexte - En France, l'accès au traitement de l'hépatite C a longtemps été restreint pour les usagers de drogues (UD), mais il s'est amélioré ces dernières années. Entre 2004 et 2007, l'enquête Coquelicot a permis d'appréhender les représentations du traitement de l'hépatite C chez des usagers de drogues, en confrontant résultats quantitatifs et approche qualitative.

Méthodes - L'enquête Coquelicot est une enquête épidémiologique transversale multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille) menée auprès de 1 462 usagers de drogues ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Un volet socio-anthropologique complémentaire a été mené auprès de 99 usagers.

Résultats - Quatre-vingt-douze pour cent des UD perçoivent l'hépatite C comme une maladie grave et 77 % sont conscients de l'existence de traitements efficaces. En revanche, 55 % pensent que ces traitements sont faciles d'accès pour les UD. Les difficultés d'accès au traitement sont expliquées par les craintes liées au traitement (54 %), des traits de personnalité stéréotypés accordés aux UD (45 %), les craintes liées aux examens préalables (33 %). L'attitude des médecins, la précarité des conditions de vie et le manque d'information sont évoqués par 20 % des UD.

Discussion-conclusion - Le volet qualitatif de l'enquête illustre les difficultés de l'interaction médecin-patient et l'importance de la circulation d'informations négatives sur le traitement de l'hépatite C au sein de la population des UD. Les UD souhaiteraient la mise en place de structures favorisant la prise en charge conjointe de l'hépatite C, de l'addiction, et des traitements à seuil adapté.

Representations of hepatitis C treatment among drug users. InVS-ANRS Coquelicot Survey, France, 2004-2007

Context - In France, even though access to hepatitis C treatment was restricted for drug users (DUs) for a long time, the situation has improved these last years. Between 2004 and 2007, the Coquelicot Survey, contributed to describe the social perception of hepatitis C treatment among DUs, by confronting quantitative results and qualitative approach.

Method - A cross-sectional epidemiological survey was performed among 1,462 DUs having injected or snorted drugs at least once, in five cities (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, and Marseilles). Additional socio-anthropological research was conducted with 99 DUs.

Results - Ninety-two percent of DUs perceive hepatitis C as a severe disease, and 77% are aware of the existence of efficient treatments. On the other hand, 55% only think that access to treatments is easy for DUs. Among the reasons cited by DUs, half those questioned mention fears concerning treatment protocol (54%), stereotypical characteristics of DUs' personality (45%), fears linked to the preliminary exams (33%). Physicians' behaviours, precarious living conditions, and the lack of information are mentioned by 20% of DUs.

Discussion-conclusion - The qualitative analysis of the survey underlines the difficulties of the doctor/patient interaction and the importance of negative information about HCV treatment among the DUs' population. DUs claim for the implementation of structures taking into account hepatitis C and addiction, and low threshold treatments.

Mots clés / Key words

Usagers de drogues, hépatite C, traitement, représentations sociales, épidémiologie, sociologie, anthropologie / Drug users, hepatitis C, treatment, social representation, epidemiology, sociology, anthropology

Contexte

L'infection par l'hépatite C se caractérise par un passage à la chronicité dans 55 à 90 % des cas. La décision de traiter les patients s'effectue en fonction de critères histologiques, biochimiques et virologiques. Le traitement de l'hépatite C consiste actuellement en une bithérapie conjuguant l'interféron alpha pégylé et la ribavirine. Ce traitement comprend des effets indésirables connus (syndrome pseudo-grippal, troubles psychiatriques...), mais il aboutit globalement à une guérison dans plus de la moitié des cas [1], voire dans plus de 80 % des cas pour les génotypes II et III. Si les usagers de drogues (UD) constituent la majorité des cas d'hépatite C en France et dans le monde [2], leur accès au traitement reste encore aujourd'hui difficile. Durant de nombreuses années, les UD actifs ont été exclus de la mise sous traitement pour soigner

leur hépatite C [3], principalement parce qu'ils étaient perçus par le corps médical comme des patients peu observants, peu enclins à supporter les effets secondaires liés au traitement et susceptibles de consommer de l'alcool de manière abusive, un ensemble de facteurs ne favorisant pas la réussite du traitement. Par ailleurs, la poursuite de pratiques d'usage de drogues laissait craindre des réinfections par le virus de l'hépatite C [4]. En France, l'accès au traitement de l'hépatite C chez les UD fait encore l'objet de réticences, mais s'est considérablement amélioré ces dernières années [5]. Plusieurs enquêtes internationales ont confirmé l'importance de favoriser l'accès au traitement chez les patients UD actifs, et ont montré que l'observance du traitement chez les patients UD était considérablement améliorée quand la prise en charge de l'hépatite C s'inscrivait dans un accom-

pagnement personnalisé [6,7]. L'épidémiologie de l'hépatite C et les facteurs de risque chez les UD ont fait l'objet de nombreuses publications internationales, mais les représentations des UD vis-à-vis du traitement de l'hépatite C ont été plus rarement étudiées [8,9]. Nous présentons dans cet article des données françaises relatives aux représentations du traitement de l'hépatite C, issues de l'enquête Coquelicot, en confrontant résultats quantitatifs et approche qualitative, dans une perspective de santé publique.

Méthodes

Dans cet article, les résultats présentés sont issus des deux volets de l'enquête Coquelicot, menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en collaboration avec le Centre de recherches psychotropes, santé mentale et société (Cesames), l'Institut national d'études démographiques (Ined) et le

Centre national de référence (CNR) VIH de Tours, avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS). Le volet épidémiologique de l'étude Coquelicot est une enquête descriptive transversale menée auprès d'un échantillon aléatoire d'UD. Fin 2004, 1 462 sujets ont été inclus, le critère d'inclusion étant d'avoir injecté et/ou sniffé au moins une fois dans sa vie. Cette enquête était multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et le recrutement des UD s'est effectué dans la quasi-totalité des dispositifs de prise en charge et de réduction des risques liés à l'usage de drogues (101) et dans 36 cabinets de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés. Un plan de sondage stratifié (villes et services/médecins) a été mis en œuvre. Le recueil des données consistait en un questionnaire socio-comportemental (d'une durée de 30 à 40 minutes) administré à l'UD par un enquêteur professionnel, et en un auto-prélèvement de sang au doigt déposé sur papier buvard [10]. L'analyse des résultats du volet épidémiologique a pris en compte la stratégie d'échantillonnage (stratifications, degrés, poids de sondage). Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata® 9.

L'enquête Coquelicot n'avait pas pour objectif principal d'étudier les représentations du traitement de l'hépatite C, mais quelques variables du questionnaire exploraient la dimension de la perception de la gravité de la maladie, de l'existence de traitements efficaces, de l'accessibilité à ces traitements, et des raisons de leur inaccessibilité pour la population des UD. De plus, dans le cadre du volet épidémiologique, le questionnaire se terminait sur un espace de commentaires libres. Sur 1 462 questionnaires recueillis, environ un tiers des UD interrogés ont souhaité rajouter un commentaire à la fin de la passation du questionnaire. Tous ces commentaires ont été retranscrits, puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Parmi ces 433 commentaires, 47 évoquaient spontanément la question de l'hépatite C. Ces commentaires ont été pris en compte dans l'analyse qualitative.

Un volet socio-anthropologique a été conduit de manière complémentaire à l'approche épidémiologique. La méthodologie a consisté en des entretiens semi-directifs (99), réalisés entre 2005 et 2007. Parmi ces 99 entretiens semi-directifs, 49 UD ont abordé de manière plus ou moins détaillée leurs connaissances, croyances, attitudes et pratiques relatives à la transmission du virus de l'hépatite C et leur vécu de la maladie et du traitement. Le volet socio-anthropologique n'ayant pas abordé systématiquement la question des représentations de la maladie et du traitement de l'hépatite C avec les UD interrogés, il

n'intervient ici qu'en complément et en illustration des données quantitatives. L'échantillon de l'enquête socio-anthropologique a été constitué de manière progressive par une méthode dite boule de neige : les UD interrogés ont été contactés par le biais de personnes insérées dans le milieu de l'usage de drogues et ont pu ensuite indiquer eux-mêmes d'autres UD à interroger. Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données, les prénoms des personnes interviewées ont été modifiés. Une analyse de contenu thématique a été réalisée à partir d'un travail de codification et d'indexation des entretiens facilité par le logiciel NVivo®. Il s'agissait ici de restituer des expériences vécues par les personnes en s'efforçant de saisir le sens qu'elles attribuent à la maladie, à la prise en charge et plus particulièrement au traitement, en inscrivant leur expérience dans leur trajectoire de vie.

Résultats du volet épidémiologique : exploitation des données quantitatives

Les principaux résultats de l'enquête épidémiologique de la population de l'étude et, en particulier, les caractéristiques sociodémographiques détaillées, les pratiques de consommation de produits psychoactifs et leurs modalités, et le rapport à la santé sont disponibles dans un article précédent [10]. Le tableau présente un résumé de ces données.

Dépistage et séroprévalence de l'hépatite C

Plus de 91 % des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VHC. La séroprévalence du VHC est de 59,8 % [IC 95 % : 50,7-68,3]. Parmi les UD séropositifs pour le VHC, 43,7 % d'entre eux déclarent être suivis pour leur hépatite¹.

Perception de la gravité de la maladie et de l'accès au traitement contre l'hépatite C

La très grande majorité des UD (92 %) perçoivent l'hépatite C comme une maladie grave, et ils sont également très nombreux (77 %) à être conscients de l'existence de traitements efficaces. En revanche, seule la moitié d'entre eux (55 %) pensent que ces traitements sont faciles d'accès pour les UD, 28 % difficilement accessibles, et 17 % n'ont pas d'opinion.

Les raisons invoquées (figure) pour expliquer les difficultés d'accès au traitement de l'hépatite C pour les UD sont tout d'abord les craintes liées au traitement (effets secondaires du traitement, injection du traitement) pour 54 % des UD. Sont cités ensuite, pour 45 % d'entre eux, des traits de personnalité stéréotypés attribués aux UD (« les UD ne veulent pas s'occuper de leur santé », « envahissement » de la dépendance au détriment des autres aspects de l'existence...), cités spontanément par les UD eux-mêmes lors de la passation du questionnaire. Puis, les craintes liées aux examens préalables au traitement sont signalées par 33 % des UD. Enfin, l'attitude des médecins, la précarité des conditions de vie des UD et le manque d'information sont évoqués par moins de 20 % d'entre eux.

Données qualitatives : entretiens issus du volet socio-anthropologique et commentaires du volet épidémiologique

Le volet socio-anthropologique intervient ici en complément du volet quantitatif et permet de comprendre de manière approfondie les connaissances, croyances et attitudes vis-à-vis du traitement de l'hépatite C. À la fin du volet

¹ La définition du suivi pour l'hépatite C correspondait au fait de consulter un médecin au moins deux fois par an à ce sujet.

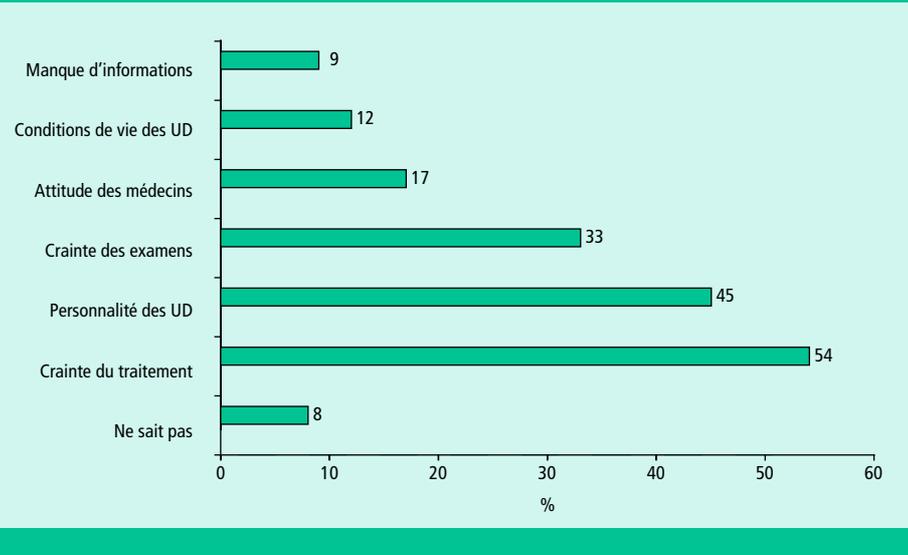
Tableau Caractéristiques sociodémographiques, pratiques liées à la consommation de produits psychoactifs et rapport à la santé. Enquête Coquelicot, France, 2004 (n=1 462) / *Table Socio-demographic characteristics, practices related to the consumption of psychoactive substances and relating to health. Coquelicot Survey, France, 2004 (n=1,462)*

Sexe	Hommes	74 %
	Femmes	26 %
Âge moyen		35 ans
Inactivité professionnelle		35 %
Logement	Stable	45 %
	Précaire	55 %
Produits consommés*	Crack / Free base	30 %
	Cocaïne	27 %
	Héroïne	20 %
Pratique de l'injection	Au cours de la vie	70 %
	Dans le dernier mois	40 %
Prévalences (données biologiques)	VIH	11 %
	VHC	60 %
Recours au dépistage**	VIH	95 %
	VHC	91 %

* au cours du dernier mois

** au moins une fois au cours de la vie

Figure Raisons invoquées pour expliquer le non accès au traitement de l'hépatite C chez les UD, selon les UD (plusieurs réponses possibles), Enquête Coquelicot, France, 2004 (n = 1 462) | Figure Reasons cited for explaining the lack of access to hepatitis C treatment among DUs (multiple answers possible), Coquelicot Survey, France, 2004 (n = 1,462)



épidémiologique, les commentaires des UD reprennent de manière détaillée les items évoqués dans le questionnaire pour expliquer les difficultés d'accès au traitement de l'hépatite C chez les UD. Les entretiens semi-directifs et les commentaires des UD peuvent être qualifiés de « témoignages des UD », l'utilisation du terme témoignage permettant de regrouper à la fois les entretiens issus du volet socio-anthropologique et les commentaires libres issus du volet épidémiologique.

Circulation d'informations négatives vis-à-vis du traitement VHC

La circulation d'informations négatives autour des effets indésirables liés au traitement peut constituer un frein à l'entrée en traitement chez certains UD. Les témoignages recueillis dans le volet épidémiologique mettent en évidence les craintes des UD vis-à-vis du traitement. Les adjectifs « dur », « douloureux », « fatiguant » reviennent fréquemment pour qualifier le traitement. À l'instar de Rémi, 36 ans : « J'aimerais avoir un traitement pour l'hépatite C, mais j'ai peur du traitement interféron. C'est un traitement très dur. » Ou Mélanie, 43 ans : « Il faudrait trouver un traitement moins douloureux que l'interféron. » Geneviève, 29 ans, insiste sur les effets secondaires : « Il faut que les personnes malades soient motivées pour faire les démarches, et le traitement est lourd et bon courage, car il en faut. » Et pour Lucien, 39 ans, l'incitation au dépistage est inutile car il n'est pas convaincu de l'efficacité du traitement : « Même les tests ne servent à rien car les médicaments ensuite ne font rien. »

Les entretiens recueillis dans le volet socio-anthropologique permettent d'approfondir cette

question. Ainsi Sandy, 40 ans, contaminée par le VHC, justifie son refus des traitements conventionnels de l'hépatite C par la circulation d'informations négatives autour d'expériences du traitement, liées aux effets secondaires tels que la fatigue et les troubles psychiatriques. La question des conditions de vie comme préalable pour supporter les contraintes liées au traitement est également mise en avant pour justifier son refus du traitement : « Lui (à propos de son mari) il a fait son traitement pendant cinq mois et il a arrêté parce que c'était trop dur. Heu, c'était quelqu'un que je ne reconnaissais plus et c'était, ouais, vraiment dur et, en fait, il est mieux sans traitement en fait, il arrive à, ça va quoi, ça va bien. Donc heu, je préférerais moi commencer à faire un traitement plutôt alternatif (...) ». À propos de son mari qui a suivi un traitement : « Fatigué heu...déprimé, ensuite il était en colère tout le temps. Il a perdu ses cheveux, il mangeait plus tellement donc il maigrissait un petit peu, heu, c'était pas terrible quoi, non. Peut-être que c'était trop fort mais bon déjà on lui baiss... il en prenait, c'était une injection par semaine tous les jours les comprimés c'était... Bon après ça dépend des gens quoi, c'est vraiment... Voilà parce que je connais des gens ça c'est guéri, y'en a plus mais ils ont été beaucoup déprimés, ça a été dur quand même. Et moi, en fait, j'avais pas envie de le faire quand mon petit était petit parce que j'étais toute seule et je, je... Je savais pas je, voilà quoi, comme j'avais pas de famille ici, je pouvais pas me permettre de faire ce traitement et puis j'avais peur de perdre mes cheveux. »

Youri, 32 ans, a été confronté personnellement à l'expérience du traitement contre l'hépatite C et met en avant la fatigue, sans qu'il soit évident de distinguer la part de fatigue imputable au

traitement ou à la maladie : « Pendant cette période que j'ai eu l'hépatite, ça a été dur, ça a duré un moment, elle a été soignée, stabilisée et tout ça, elle est guérie (...) D'un coup le docteur m'a fait faire une prise de sang et puis voilà, il a vu de suite et c'était l'hépatite C. De suite, on a attaqué ». Tu as attaqué quoi ? « Le traitement, le traitement. Ouais, très dur, très dur. Ouais, très dur parce qu'il m'a tué et puis j'arrivais plus à marcher. Cette maladie, elle m'a fait mal, elle m'a fait mal parce que j'arrivais plus à me lever. Trois mois dans le lit et deux mois à l'hôpital. Pendant cinq mois, je bougeais pas. »

Mise à distance de son expérience personnelle et valorisation du traitement

Une part plus marginale des témoignages des UD s'efforce de valoriser le traitement et de susciter la motivation des UD, en mettant en évidence que les réticences vis-à-vis du traitement ne sont pas fondées, et qu'elles reposent plutôt sur un déficit d'informations. Ainsi Hippolyte, 38 ans, relate les contraintes auxquelles il a été confronté lors de son expérience personnelle du traitement, mais insiste également sur la nécessité de connaître son statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C afin de pouvoir initier un traitement de manière précoce. Il parvient ainsi à se détacher de son expérience négative de vécu du traitement en prenant en compte les bénéfices thérapeutiques à terme : « Y a beaucoup de monde qui ont l'hépatite C et ils le savent pas. Ça, c'est dommage. Ils pourraient se soigner... Le plus tôt, c'est le mieux parce que, plus tu vieillis, plus le traitement, il est lourd et il est dur à supporter. Moi depuis 92, on m'a fait trois biopsies. Bon, ça va. Ça va, on va dire. Là, j'ai fait le dernier traitement. Avant de sortir, on me l'a arrêté parce que, sur les effets secondaires, ça allait pas trop bien. » Une partie des témoignages des UD vont également dans le même sens et insistent sur la nécessité de « dédramatiser » le traitement interféron, à l'instar de Vincent, 43 ans : « Il y a beaucoup de crainte de la part des toxicomanes de se faire soigner. Il y a une mauvaise information par rapport à l'interféron. C'est moins douloureux qu'on le dit. » Ou de Marcel, 44 ans, qui valorise son expérience du traitement : « C'est une maladie qu'il faut soigner. Le traitement que j'ai me va bien. Je souhaite à tous d'avoir la même chance. » Et de Marius, 30 ans, qui fait valoir celle de ses proches : « Ma copine a eu un traitement interféron et c'est très efficace. Il ne faut pas hésiter à aller voir les médecins. »

Améliorer l'accès au traitement

Les témoignages des UD recueillis dans l'enquête Coquelicot reviennent sur la complexité de la prise en charge de l'hépatite C chez les UD, en

pointant à la fois les responsabilités du patient et du médecin, mais également l'importance de la prise en compte des conditions de vie des patients. Certains des UD interrogés ont également fait des propositions pour améliorer l'accès au traitement pour les UD. Ainsi Basile, 30 ans, résume la complexité de l'accès au traitement contre l'hépatite C à un « désintérêt » de la part des patients concernant la nécessité de se soigner. Il insiste sur l'importance de l'information sur les traitements et du rôle du médecin dans la motivation du patient pour améliorer l'accès au traitement : « *Les personnes porteuses d'hépatite ou du VIH ne veulent pas guérir, pensent qu'il faut bien mourir de quelque chose, attendent le jour où ça va vraiment mal et c'est trop tard. Informer les gens les pousse à se traiter. Les médecins doivent être plus fermes avec les gens qui doivent se traiter.* » Pour Édouard, 38 ans, les conditions de vie précaires des UD ne favorisent pas l'accès au traitement. Il insiste à la fois sur l'importance du soutien de l'entourage et sur la nécessité d'un partenariat thérapeutique médecin/patient basé sur le dialogue autour des effets secondaires du traitement et la proposition de stratégies pour les limiter : « *Il n'y a pas assez d'aide pour les gens qui ont une hépatite, financièrement, vis-à-vis de la fatigue. Il faudrait trouver un traitement sûr et pas prendre les gens pour des cobayes, et prévenir les gens des effets secondaires. Dans mon cas, je n'avais pas été prévenu et je m'en sors parce que j'ai ma compagne.* » Et pour Sébastien, 41 ans, c'est l'attitude des médecins qui est dénoncée comme un frein à l'accessibilité au traitement : « *Je veux un traitement pour mon hépatite C, mais les médecins sont trop pénibles.* »

Quelques témoignages d'UD ont de plus proposé de nouvelles stratégies de prise en charge autour de l'hépatite C, centrées autour d'une unité de lieu pour la prise en charge et de la notion de seuil d'accès au traitement. Raymond, 32 ans, déplore : « *Il y a aucun suivi pour l'hépatite C. On n'est pas pris en charge réellement. Il faudrait des centres pour les hépatites, spécialement pour cela. C'est fait pour le sida mais pas pour les hépatites. Il faut des centres spécialisés. On manque d'information sur les hépatites.* » Ou Agnès, 37 ans, qui propose une application de la notion d'accès bas-seuil à la prise en charge du VHC : « *Si un bus pouvait intercepter les personnes avec l'hépatite C pour les soigner avec un traitement interféron.* »

Discussion

La confrontation de différentes sources de données quantitatives et qualitatives permet de mieux appréhender les représentations des UD vis-à-vis du traitement de l'hépatite C et la

complexité des facteurs expliquant les difficultés liées à l'accès au traitement. L'utilisation des données qualitatives issues de l'enquête Coquelicot pour appréhender les représentations des UD vis-à-vis du traitement de l'hépatite C comporte toutefois un certain nombre de limites. Le volet socio-anthropologique n'ayant pas été centré sur cette question, seulement un quart des entretiens ont abordé les perceptions vis-à-vis de l'hépatite C et de son traitement et, parfois, de manière très succincte, ce qui rend complexe la contextualisation du discours.

L'étude Coquelicot montre que les UD ont conscience des risques et de la gravité de la maladie, ainsi que de l'existence de traitements efficaces, mais ils considèrent encore aujourd'hui, pour plus d'un tiers d'entre eux, que ces traitements leur sont peu accessibles. Les raisons de l'inaccessibilité des traitements pour les UD sont, selon eux, liées majoritairement aux craintes des patients vis-à-vis du traitement (effets secondaires, examens préalables) et aux traits de personnalité attribués aux UD et, plus minoritairement, à l'attitude des médecins, au manque d'information et aux conditions de vie des patients. La mise en exergue de traits de personnalité évoqués spontanément par les UD eux-mêmes peut témoigner d'une forme d'intériorisation du stigmate que constitue la dépendance aux drogues. En parlant de la population des UD en général, il est fort probable que les UD interrogés nous fassent part de leurs expériences personnelles de prise en charge médicale et témoignent de la manière dont ils se sentent perçus par le corps médical et la population générale. De manière plus marginale, ces propos peuvent également refléter une forme d'autodépréciation, observable chez des patients présentant des épisodes dépressifs, qui peuvent par projection penser que les autres (les médecins en l'occurrence ici) ne s'intéressent pas à eux parce qu'ils n'en valent pas la peine. Le volet qualitatif de l'enquête illustre les difficultés de l'interaction médecin-patient, le patient se sentant parfois considéré comme un « cobaye » par manque d'information autour des effets secondaires du traitement et des solutions de prise en charge adaptées. Les témoignages des UD mettent en évidence l'importance de la circulation d'informations négatives sur le traitement de l'hépatite C au sein de la population des UD et demandent à ce que les médecins informent leurs patients de l'existence de traitements efficaces et favorisent ainsi, de manière active, la volonté d'entrée en traitement chez le patient.

Ainsi, les résultats de notre enquête montrent, à l'instar d'autres études [11-13], que les barrières vis-à-vis du traitement de l'hépatite C chez les UD sont encore présentes et multifactorielles,

mais également que ces difficultés peuvent être dépassées. Le volet qualitatif met en évidence des expériences de traitements réussies que les patients souhaiteraient mieux valoriser, afin de contrecarrer la circulation d'informations négatives dans leur « communauté ». La connaissance d'expériences positives de traitement favorisant l'observance chez les patients, il serait intéressant d'inventer des stratégies pour favoriser la valorisation de ces expériences et la circulation d'informations positives vis-à-vis du traitement de l'hépatite C. Il est également intéressant de prendre en compte les propositions concrètes émises par les patients pour améliorer l'accès au traitement dans cette population et, en particulier, la question du seuil d'exigence. Cette demande de la part des UD d'accès à des traitements à bas-seuil d'exigence correspond au modèle de la réduction des risques utilisé pour réduire les risques infectieux liés aux pratiques d'usage de drogues. Ce modèle d'intervention postule que les outils de prévention et de prise en charge liés à l'usage de drogues (seringues, traitements de substitution) doivent aller au devant des populations concernées et non pas attendre que les patients viennent dans les services. La prise en compte du mode de vie des patients et de leur trajectoire constitue un élément central de ce modèle. Dans l'enquête Coquelicot, les UD sont également demandeurs d'une prise en charge globale de l'hépatite C, conciliant une prise en compte conjointe de l'addiction et du virus de l'hépatite C. Ce type de démarches globales et intégrées est initié depuis plusieurs années en France dans quelques centres spécialisés pour toxicomanes, au sein desquels des consultations spécialisées en hépatologie ont été mises en place [14,15]. Les hépatologues vont alors à la rencontre des patients à traiter et travaillent de manière concertée avec les spécialistes de l'addictologie. Cet accès facilité au traitement est également favorisé par la proposition de techniques de dépistage non invasives, telles que le Fibroscan® ou le Fibrotest®. Ces méthodes de dépistage non invasives permettent de faciliter l'accès au traitement chez les UD, qui redoutent pour un tiers d'entre eux les examens préalables au traitement et, plus particulièrement, la biopsie hépatique. Ainsi, pour être efficace, une politique de prise en charge de l'hépatite C chez les UD doit appréhender ce phénomène dans sa complexité en prenant en compte l'ensemble des acteurs impliqués, ainsi que les conditions de vie, les craintes et les attentes des patients concernant la prise en charge.

Remerciements

À tous les usagers de drogues, les enquêteurs et les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé à l'enquête dans les cinq villes :

Paris : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues Jeunes, Moreau de Tours, Murger, Cassini, Emergence, EGO, MDM, Aides, La Terrasse, Marmottan, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour - **Lille** : Boris Vian, CIRD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, Aides, Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageolet - **Strasbourg** : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam - **Bordeaux** : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas - **Marseille** : Ampta, MDM, Aides, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

Enquêteurs de l'enquête épidémiologique :

Paris : A. Aberkane, I. Alet, P. Boudet, B. Burnel, C. Flament, S. Golenishev, E. Guillaud, C. Hamelin, H. Léon, L. Quaglia, J. Quenet-Vincent, M. Roussier, M. Tiloy, B. Schuh - **Lille** : P. Legroux, A. Luyckx, M. Makouala, C. Sarazin - **Strasbourg** : M. Duwig, N. Olivier-Martin, J. Oswald, - **Bordeaux** : F. Bordes, P. Chambreau, E. Lion, E. Martinheira, E. Rappeneau - **Marseille** : C. Coquillat, J. Denoyer, H. Habert, C. Latard, M. Mounition, H. Sigaud

Partenariat méthodologique de l'Ined : C. Lefevre, M. Quaglia, N. Razandratsima, G. Vivier

Suivi des enquêteurs : K. Guenfoud, A-M. Noël

Enquêteurs de la recherche socio-anthropologique : A. Benrezkhal, F. Chatot, L. Oudaya, S. Priez

Comité scientifique : F. Beck, V. Doré, A. Ehrenberg, JM. Firdion, I. Grémy, F. Lert

Références

- [1] Guignon N, Haury B, Tortay I. La prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique. *Études et Résultats* 2006;470:1-8.
- [2] Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *J Hepatol.* 2006; 44:S6-S9.
- [3] Davis GL, Rodrigue JR. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *N Engl J Med.* 2001; 345:215-7.
- [4] Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, et al. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Engl J Med.* 2001; 345:211-5.
- [5] Jauffret-Roustide M. Hépatite C et addictions : entre espoirs et inquiétudes. *Swaps* 2008; 52:6-8.
- [6] Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users : a model to improve engagement and outcomes. *Int J Drug Policy* 2007;18:406-10.
- [7] Backmund M, Reimer J, Meyer K, Gerlach JT, Zachoval R. Hepatitis C virus infection and injection drug users: prevention, risk factors, and treatment. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 Suppl 5:S330-S335.
- [8] Stein MD, Maksad J, Clarke J. Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willin-

ness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 61:211-5.

[9] Grebely J, Genoway KA, Raffa JD, Dhadwal G, Rajan T, Showler G, et al. Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 93:141-7.

[10] Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006; 33:244-7.

[11] Schaefer M, Heinz A, Backmund M. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence : time to change the rules? *Addiction* 2004; 99:1167-75.

[12] Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 Suppl 5:S276-S285.

[13] Rey D, Carrieri MP, Spire B, Loubiere S, Dellamonica P, Gallais H, et al. Factors associated with liver biopsy performance in HCV-HIV coinfecting injecting drug users with HCV viremia: results from a five-year longitudinal assessment. *J Urban Health* 2004; 81:48-57.

[14] Delile JM, Reiller B, Foucher J, Lédighen V, Gachie JP. Hépatite C chez les usagers de drogues. Comment améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge ? *Alcoologie et addictologie* 2008; 30:385-94.

[15] Foucher J, Reiller B, Jullien V, Leal F, di Cesare ES, Merrouche W, et al. FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. *J Viral Hepat.* 2009; 16:121-31.

Étude de perception des risques de l'hépatite virale B et de sa prévention vaccinale dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne en 2007

William Tosini (wilto@libero.it)^{1,2}, Christophe Rioux^{1,2}, Gérard Péliissier², Élisabeth Bouvet^{1,2}

1/ Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris, France

2/ Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), Faculté de Médecine Xavier Bichat, Paris

Résumé / Abstract

Introduction - Cette étude vise, d'une part, à apprécier chez les consultants d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne la connaissance et la perception du risque vis-à-vis de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), et d'autre part à évaluer l'acceptabilité de la vaccination.

Méthodes - Entre avril et mai 2007 les consultants à la CDAG ont été sollicités pour répondre à un questionnaire évaluant, vis-à-vis du VHB, leurs facteurs de risque (FDR), leur connaissance, leur perception du risque de contamination et l'acceptabilité à la vaccination. Une recherche d'association entre perception d'être à risque d'infection par le VHB et les FDR et caractéristiques sociodémographiques a été effectuée en analyse univariée et multivariée.

Résultats - Pour les 511 questionnaires qui ont été exploités : 70 % des répondants appartenaient à la population à risque pour le VHB ; 74 % connaissaient la voie de transmission sexuelle et 63 % la voie sanguine ; seuls 37 % connaissaient la possibilité d'évolution chronique de l'infection. Quinze pour cent des répondants se percevaient à risque pour le VHB. Les FDR significativement associés à cette perception étaient, en analyse multivariée, avoir un porteur du VHB dans l'entourage ou comme partenaire ($p=0,003$), et être originaire d'une zone d'endémie ($p=0,02$).

Par ailleurs, 66 % des personnes interrogées déclaraient accepter une proposition de vaccination, et 21 % de ceux qui la refusaient la considéraient dangereuse. Parmi les consultants dépistés, 55 % étaient immunisés et 2 % étaient AgHBs positifs.

Study on the risk perception of viral hepatitis B and its vaccine prevention among people consulting in a free and anonymous screening centre (CDAG), 2007, Paris, France

Introduction - The aim of this study was to explore the knowledge and the risk perception regarding hepatitis B virus (HBV) infection among the people consulting in a Parisian free and anonymous screening centre (known as CDAG in French), and evaluate their acceptance of vaccination.

Methods - Between April and May 2007, all subjects that consulted in the CDAG were requested to answer a questionnaire to evaluate the risk factors (RF), their knowledge of HBV, their perception of contagious risks and the acceptance of vaccination. A search for association between the perception of being at risk of HBV infection, risk factors and sociodemographic characteristics was conducted through a univariate and multivariate analysis.

Results - Among the 511 questionnaires which were analyzed, 70% of subjects belonged to the risk population for HBV infection. 74% of them had a good knowledge of the potential sexual transmission, and 63% of blood transmission, but only 37% were aware that the infection could turn into a chronic disease.

Fifteen per cent of respondents perceived themselves at risk for HBV infection. In the multivariate analysis, RFs significantly associated with this perception were having household or sexual contacts with an HBsAg-positive person ($p=0.003$) or coming from an endemic area ($p=0.02$).