

Usagers de drogues et réduction des risques
Des résultats encourageants pour le VIH, plus limités pour le VHC
Résultats de la phase pilote de l'étude Coquelicot 2002

Synthèse préparée par : Marie Jauffret-Roustide (Institut de veille sanitaire), Julien Emmanuelli (Institut de veille sanitaire), Francis Barin (Centre national de référence du VIH), Martine Quaglia (Institut national des études démographiques), Jean-Claude Desenclos (Institut de veille sanitaire)

Courriel : m.jauffret@invs.sante.fr

Mots-clés : usagers de drogues, VHC, VIH, perceptions des risques, prévention, dépistage, prise en charge

Points essentiels

- L'enquête Coquelicot a pour objectif de tester la faisabilité d'un recueil de sang au doigt sur buvard auprès d'UD, de mesurer la prévalence du VIH et du VHC chez les UD sur Marseille et de comprendre les déterminants des pratiques à risque.
- Le recueil des données de l'étude pilote s'est déroulé en 2002 sur 15 structures spécialisées en toxicomanie et réduction des risques et dans 9 cabinets de médecine de ville.
- La prévalence du VIH était de 22 % chez les UD. La prévalence du VHC était de 73 % chez les UD et de 44 % chez les moins de trente ans. Globalement, 30 % des UD ignoraient leur séropositivité au VHC
- La politique de réduction des risques semble avoir eu un effet sur la diminution de la transmission du VIH chez les UD, mais semble de portée plus limitée sur le VHC.

Introduction

En l'absence de données comportementales chez les usagers de drogues depuis 1998, l'InVS a mis en œuvre une étude transversale sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque vis-à-vis du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (UD) dénommée étude Coquelicot. Cette étude a été réalisée avec le soutien méthodologique de l'Institut National d'études démographiques (Ined) et financier de l'Agence nationale de recherches sur le sida (Anrs).

Une phase pilote a été réalisée à Marseille de septembre 2001 à juin 2002 (incluant phase d'inventaire des dispositifs éligibles pour l'enquête, comités de pilotage, recueil des données épidémiologiques). L'objectif principal de cette étude-pilote était de tester sa faisabilité (recueil de sang au doigt, recours à des enquêteurs professionnels et aux médecins généralistes). Il s'agissait également d'estimer la prévalence du VIH et du VHC chez les UD sur Marseille et de décrire les situations à risque liées à la consommation de drogues et aux comportements sexuels. Sont présentés ici les premiers résultats issus de la phase pilote qui permettent de formuler des pistes en matière de prévention des risques chez les usagers de drogues.

Méthode

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive. Le recueil des données qui s'est déroulé pour la phase de faisabilité du 22 avril au 3 juin 2002 consiste en un

questionnaire socio-comportemental administré à l'UD par un enquêteur professionnel et en un auto-prélèvement de sang au doigt. Les questionnaires ont été administrés au sein des structures spécialisées pour UD.

Afin d'obtenir une bonne représentativité de l'échantillon, une procédure d'échantillonnage a été mise en œuvre. Un inventaire exhaustif des structures spécialisées pour UD susceptibles d'être inclus dans l'étude (UD ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie) a été réalisé sur la ville de Marseille. Les structures ont été réparties selon quatre strates : bas-seuil (boutiques, programmes d'échange de seringues, équipes de rue, consultation de jour du sleep'in) ; consultations (centres de coins spécialisés pour toxicomanes, médecins généralistes gros et moyens prescripteurs de Subutex®) ; hébergement (post-cures, appartements thérapeutiques) ; et une association non spécifique à destination de personnes prostituées.

La constitution de cette base de sondage a ensuite été complétée par une information détaillée sur l'activité des structures (estimation des files actives annuelles et journalières, caractéristiques des UD). Ces données d'activité ont permis d'affecter à chaque structure de la base de sondage une probabilité d'inclusion proportionnelle à leur activité. Finalement, au vu de la taille des files actives des structures, toutes les structures ont été retenues. Au total, 15 structures ont participé à l'étude. Un nombre d'UD à inclure a ensuite été fixé pour chaque structure en tenant compte de sa file active (nombre d'utilisateurs différents reçus par jour). Etant donné la petite taille de l'échantillon (n=166), les résultats sont présentés ici globalement et non selon les strates définies pour l'échantillonnage.

Afin d'estimer la séroprévalence des anticorps contre le VIH et le VHC et de la comparer à celle estimée de manière déclarative, un auto-prélèvement de sang au doigt était systématiquement proposé à l'UD. Le prélèvement était réalisé par l'UD lui-même avec le matériel (buvard, microlancette) remis par l'enquêteur. La méthode utilisée pour détecter des anticorps contre le VIH et le VHC s'inspire de celle utilisée au cours des études Prevagest [Couturier et al. 1992] et Prevadav [Meyer et al. 1996]. L'analyse des buvards a été réalisée par le Centre national de référence VIH de Tours à partir de tests Elisa pour le VIH et le VHC.

Résultats

Parmi les UD éligibles, le taux global de participation était de 71 %, soit un total de 166 personnes. Le taux d'acceptabilité du prélèvement sanguin était de 83 %.

L'échantillon de l'étude Coquelicot est constitué de 70,5 % d'hommes (117/166), l'âge moyen est de 34 ans. Cette population est marquée par l'isolement et la précarité sociale. Les UD de notre échantillon cumulent les situations d'exclusion sociale tant dans le domaine du logement que de l'emploi. La plupart des répondants sont célibataires (75,3 %, 125/166). Au moment de l'étude, 65 % des UD vivent seuls (108/166). L'habitat peut être considéré comme stable (logement personnel ou domiciliation chez les parents) pour 61,2 % d'entre eux (101/166), 30 % bénéficient d'un hébergement associatif (51/166),

6 % sont hébergés chez leur conjoint ou chez un ami (10/166) et 3 personnes disent vivre dans la rue (2,4 %), dont une dans sa voiture.

Enfin, 65% des répondants (108/166) tirent leurs ressources économiques des revenus de transferts ou de prestations sociales (RMI, AAH, allocations diverses) 17,5 % d'un salaire (29/166), et 8,4% des Assedic (14/166) tandis que 8,4 % ne déclarent aucune ressource (14/166). 3 % des UD (5/14) déclarent percevoir d'autres ressources aléatoires (soutien de la famille, pension alimentaire, "débrouille" et "vol").

Prévalences VIH et VHC (Figure 1)

La prévalence du VIH est de 22 % (36/159) en déclaratif et sur prélèvement sanguin. Aucun usager de moins de trente ans n'est séropositif pour le VIH.

La prévalence du VHC est de 52 % (81/157) en déclaratif versus 73 % (93/28) sur prélèvement sanguin et 30 % (27/91) des sujets de l'étude ignorent leur séropositivité VHC.

Pour les moins de trente ans, contrairement au VIH, la prévalence du VHC est très élevée 46% (13/28). On note également qu'après 40 ans, 90 % (24/27) sont séropositifs pour le VHC.

Dépistage

95 % (157/166) des UD disent avoir été testés pour le VHC au moins une fois dans leur vie, 96% (159/166) pour le VIH. Outre les problèmes de santé (43 % des répondants pour le VHC et 41 % pour le VIH), les causes principales de test de dépistage semblent également liées à des situations de dépistage passif regroupées dans la catégorie "autres raisons" (26,5 % pour le VHC et 23 % pour le VIH), au sein desquelles interviennent par ordre décroissant l'incarcération, la grossesse, l'hospitalisation et le sevrage.

Les situations sont plus contrastées entre le VIH et le VHC quand il s'agit de motifs liés à la sexualité ou à l'utilisation de drogues. Les situations à risque liées à l'usage de drogues constituent, avec 20 % des répondants, des motifs deux fois plus fréquents de dépistage pour le VHC que pour le VIH. En revanche, les motifs liés à la sexualité constituent 32 % des démarches de dépistage vis-à-vis du VIH contre 6,5 % pour le VHC.

Consommation de produits psychoactifs

Concernant les consommations de produits psychoactifs, respectivement 15,6% (26/166) et 14,5 % (24/166) des UD disent avoir injecté ou sniffé des produits dans le mois précédant le recueil des données.

Durant cette période, 80 % d'entre eux ont consommé des produits de substitution (méthadone, Subutex®), 50 % des benzodiazépines, et 25 % des produits illicites. 70 % des répondants sont polyconsommateurs avec un nombre moyen de 2,6 produits consommés dans le dernier mois.

Connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC

Les modes de contamination « majeurs » du VHC (partage de la seringue) et du VIH (partage de la seringue et rapports sexuels non protégés) étaient connus par 90 % des usagers. Ce niveau de connaissances diminuait pour d'autres risques, comme le partage du petit matériel (coton, récipient), aux alentours de 70 % tant pour le VIH que pour le VHC.

De plus, plus de 60 % des usagers interrogés considéreraient que la réutilisation de leur seringue ne présentait aucun risque de contamination (71 % pour le VIH et 64 %

pour leVHC) alors que le risque existe bien dans le cadre de la consommation de drogues à plusieurs.

Perception du VHC (figure 2)

Il n'existe pas vraiment de données précises sur la perception de l'hépatite C par les UD. L'étude Coquelicot qui a consacré quelques questions à ce sujet montre que l'hépatite C représente une maladie grave pour 92,3 % des répondants (153/166) et que 77 % (128/166) pensent que cette maladie peut être traitée efficacement avec des traitements.

Parmi les raisons qui peuvent expliquer pourquoi les usagers qui en ont besoin n'accèdent pas à ces traitements (plusieurs réponses possibles étaient proposées), la moitié des personnes interrogées (80/166) évoquent des craintes autour du protocole thérapeutique : crainte des effets secondaires liés à l'interféron (62/166), crainte des examens à subir (44/166) et/ou crainte des injections (18/166). Douze pourcents (19/166) évoquent également les perceptions globalement négatives du traitement et 19 % (31/166) l'absence de confiance dans l'efficacité du traitement. Seize pourcents (27/166) estiment que cette difficulté tient aussi à la « personnalité des usagers de drogues » : manque de volonté, de motivation ou d'envie de se soigner, sentiments de peur ou de honte qui empêchent de faire les démarches ou de parler du problème, indifférence ou négligence qui fait que la maladie n'est pas considérée comme une priorité de santé ou comme un problème tout court. Le manque d'information concernant la maladie et les traitements sont cités dans 3 % des cas (5/166).).

Discussion

Bien que la taille de l'échantillon (N=166) incite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, cette étude est originale à double titre. Tout d'abord, son originalité principale est de procéder à une mesure objective de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD grâce à un prélèvement de sang capillaire, technique utilisée pour la première fois auprès d'une population UD en France. Ensuite, le recrutement des UD s'effectue dans l'ensemble de la chaîne thérapeutique (centre de soins spécialisés pour toxicomanes, centres de post-cure, appartements thérapeutiques, sleep-in, boutiques, programmes d'échange de seringues, équipes de rue), alors que les autres études produites sur cette population sont généralement restreintes à un seul aspect de la prise en charge des UD et ne nous renseignent donc que sur une partie de la population cible. Ces données ne nous renseignent donc pas sur les populations d'usagers qui ne fréquentent pas ces dispositifs. Une partie de cette population dite « cachée » est constituée par des UD qui ne se reconnaissent pas dans une identité « toxicomane ». Cette population sans contact avec les structures spécialisées est mal connue, les informations disponibles sont essentiellement des données qualitatives issues d'études socio-anthropologiques (Bouhnik 2002 ; Fontaine 2003 ; Reynaud-Maurupt 2003 et 2004). Il s'agirait apparemment plutôt d'usagers plus jeunes se situant aux deux extrêmes de l'échelle sociale, les plus précaires et les plus « intégrés » socialement.

Les données de consommation de produits psychoactifs ont fait probablement l'objet d'une sous déclaration, ce qui nous amène à les interpréter avec prudence. Afin de

favoriser les déclarations sur des pratiques socialement stigmatisées comme l'usage de drogues, il aurait été préférable de poser également la question sur une période antérieure plus large ou à différents moments dans le questionnaire. De plus, la réalisation des questionnaires au sein des structures de prise en charge ne favorise pas la prise de parole des UD sur ces questions.

Concernant la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC chez les UD, les réponses relatives à la réutilisation de la seringue personnelle sont préoccupantes car seuls 30% des UD percevaient cette pratique comme un vecteur de transmission du VHC. Si l'usager qui réutilise sa seringue personnelle est porteur du VHC, et qu'il pompe le produit à injecter dans un récipient commun, cette pratique peut constituer un risque de transmission indirecte par relargage de virus dans le récipient où d'autres usagers aspirent le produit. Si chacun des participants réunis à l'occasion d'une injection en commun ne pas partage pas sa seringue, il suffit que l'un d'eux infecté par le VHC réutilise sa seringue personnelle pour contaminer le reste du petit matériel, pratique qualifiée par Ingold de « partage indirect ». Dans cette perspective, celui qui réutilise sa seringue personnelle ne prend aucun risque pour lui-même, mais en fait plutôt prendre à ceux qui partagent le produit avec lui. S'il y a risque, c'est donc pour autrui, et il est probable que la plupart des répondants ont répondu "NON" à cette proposition en signifiant ainsi qu'ils n'encouraient pas de risque personnel à réutiliser leur seringue.

L'absence de contamination par le VIH chez les moins de trente ans tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques, qui se traduisent par de moindres proportions d'injecteurs actifs et une intégration de pratiques « safe » en matière d'injection. On peut en effet supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues injectables après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation. On doit également évoquer la dévalorisation de l'injection chez les plus jeunes usagers, cette pratique d'injection étant souvent associée à la contamination par le VIH et au décès de proches plus âgés.

Toutefois, l'importance de la prévalence du VHC est particulièrement inquiétante chez les plus jeunes (moins de trente ans). Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale élevée (73 %) et une probabilité de transmission du VHC plus élevée que le VIH pour un même niveau d'exposition. De ce fait, la transmission du VHC peut se produire pour un nombre d'injections et de partage plus faible que pour le VIH. Les jeunes usagers étant souvent initiés à l'injection par des pairs plus âgés et possiblement contaminés, on conçoit que le risque d'infection par le VHC puisse être élevé dans cette sous-population.

Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude pilote sont à interpréter avec précaution, les conclusions devront être confirmées par l'étude nationale qui sera réalisée sur 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille) auprès d'un échantillon de 1 500 UD. Les résultats de cette extension seront disponibles en 2006.

Les résultats préliminaires issus de la phase pilote tendent à montrer que la politique de réduction des risques a eu un fort impact sur la transmission du VIH. Cependant,

cette politique semble encore avoir peu d'effet sur l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues. Ces données sont confirmées par la littérature nationale (Bruandet et al. 2005) et internationale (Zwahlen et al. 2003) Il semble cependant, au vu des taux de dépistage du VHC, que les UD aient une plus grande conscience des risques et de la gravité de la maladie ainsi que de l'existence de traitements efficaces. Pour diminuer le niveau de transmission du VIH et surtout du VHC, il est important de prévenir le passage à l'injection, de maintenir l'accès aux seringues stériles tout en proscrivant le partage du petit matériel (notamment celui du coton) et la réutilisation de sa seringue personnelle.

Il convient également de favoriser l'accès au dépistage et aux soins qui prennent en compte les réticences des usagers à se faire tester pour le VHC et à se faire soigner le cas échéant. Enfin, il est important d'appréhender le lien entre les réticences des usagers de drogues à se faire dépister et leurs perceptions du traitement de l'hépatite C.

La phase pilote de l'étude Coquelicot montre que les usagers peuvent hésiter à se faire prendre en charge pour leur hépatite en raison de représentations négatives autour du protocole thérapeutique. A ces représentations négatives du traitement s'ajoutent les hésitations d'une partie du corps médical vis-à-vis des patients usagers de drogues identifiés comme peu compliants au traitement de l'hépatite C et les conditions de vie précaires de la plupart de ces personnes qui rendent complexe leur prise en charge médicale. Le traitement de hépatite C n'étant pas celui de la toxicomanie, il faut toujours garder à l'esprit le risque de réinfections chez des usagers traités et guéris. Ainsi, une politique de prévention de l'hépatite C chez les usagers de drogues doit appréhender ce phénomène dans sa complexité, en prenant en compte l'ensemble des pratiques et des acteurs impliqués.

Remerciements : aux membres du comité de pilotage de l'Anrs : François Beck (OFDT), Alain Ehrenberg (CESAMES), Jean-Marie Firdion (Ined), Isabelle Gremy (ORS IDF), Dominique Hausser (Irec), Anne Laporte (InVS), Anne Lovell (Université de Toulouse).

A Pascal Arduin (Ined), aux enquêteurs (Cécile Coquillat, Monique Courchet, Germaine De Angelis, Christiane Latard, Michèle Mounition, Henri Sigaud)

Aux structures ayant participé à l'étude Coquelicot : Centre de soins AMPTA, Hébergement AMPTA, Bus méthadone MDM, Local MDM Mission réduction des risques, Equipe de rue MDM Centre-ville, Equipe de rue MDM quartiers, Aides PES, Protox, Unité de substitution hôpital St Marguerite, Point Marseille – SOS DI, Entracte – SOS DI, Sleep'in consultation, Sleep'in équipe de rue, Centre Casanova, Intersecteur des pharmacodépendances, Autres regards.

Aux médecins ayant participé à l'étude Coquelicot : Dr Arnoulet, Dr Berria, Dr Betti, Dr Chiappe, Dr Fédérici, Dr Martin, Dr Mattéi, Dr Nusimovici, Dr Philibert.

Références

Bouhnik et al. 2002. *Sous le signe du matos. Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*. OFDT

Bruandet A. et al. 2005. Incidence et facteurs de risque de séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers intraveineux du Nord-Est de la France. BEH. N°2, 7-9

Couturier E et al., 1992. HIV infection at outcome of pregnancy in the Paris area, France. Lancet. Sep 19, 340(8821), 707-709.

Emmanuelli E, Jauffret-Roustide M. Etude multicentrique multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot), Rapport InVS pour l'ANRS, 2003

Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. BEH n° 16-17/2003, p. 97-99

Fontaine, A., Fontana, C. 2003. Drogues, activité professionnelle et vie privée. OFDT

Meyer L. et al., 1996. Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris. AIDS. 10, 401-405

Reynaud-Maurupt, C., Verchère, C. 2003. *Les nouveaux usages de l'héroïne*. OFDT

Reynaud-Maurupt, C., Akoka, S. 2004. *Usages détournés de la kétamine en France*. OFDT

Zwahlen M. Vlahov D. 2003. Commentary : modelling and understanding differences in human immunodeficiency and hepatitis C virus epidemiology in injection drug users. International Journal of Epidemiology. 32, 715-716

Tableaux et figures

Fig 1 : Prévalences de la séropositivité VIH et VHC par mode de recueil et par classe d'âge (étude Coquelicot, 2002)

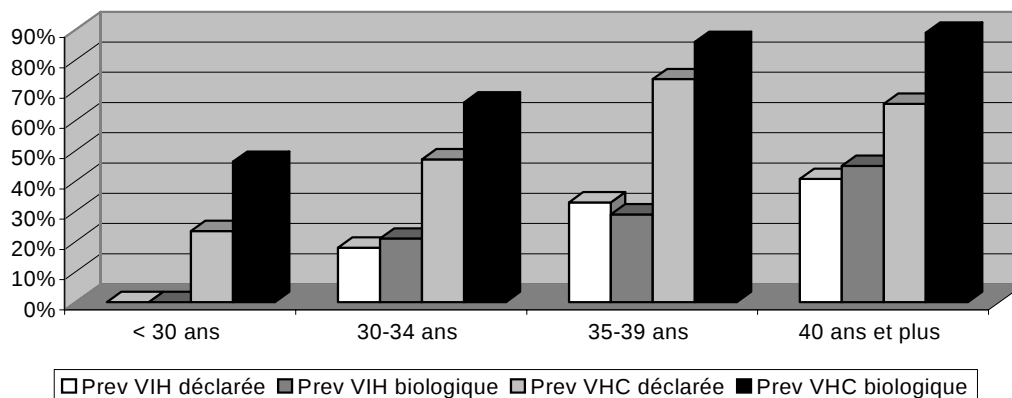


Fig 2 : raisons de la difficulté d'accès au traitement du VHC d'après les UD etude Coquelicot, 2002

