

Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites

A survey among crack users in the Paris area (France). Feedback on a risk reduction tool aiming at reducing HIV and HCV transmission

Date de soumission : 25/03/2010 Date of submission: 03/25/2010

Marie Jauffret-Roustide^{1,2} (m.jauffret@invs.sante.fr), Marc Rondy², Lila Oudaya¹, Gaëlle Guibert², Caroline Semaille¹, Catherine Pequart³, et le collectif inter-CAARUD sur le crack*

* M. Allamel, E. Avril, L. Cavalcanti, R. Delacroix, C. Douaud, S. Hénot, H. Lallouf, A. Lounis, S. Louis, J. Mallet, P. Nguyen, P. Polomeni, A. Prévost, Y. Roux, A. Torres.

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

2/ Cermes3 (Inserm-CNRS-Université Paris Descartes-École des hautes études en sciences sociales), Paris, France

3/ Association Charonne, Paris, France

RÉSUMÉ

En France, la population des consommateurs de crack est particulièrement exposée à la transmission de l'hépatite C par le biais du partage de pipes à crack en verre, facilement cassables et conduisant bien la chaleur. De nombreuses lésions sur les mains et les bouches, consécutives à l'utilisation de ces pipes en verre, peuvent être des portes d'entrée à la contamination par des agents infectieux. À ce jour, la politique de réduction des risques reste centrée autour de l'injection, et ne prend pas en compte cette exposition au risque spécifique. Ce constat a amené l'Institut de veille sanitaire et le Cermes3 à conduire une enquête épidémiologique exploratoire à visée descriptive, dans le but de mieux connaître les besoins de cette population en France et d'évaluer l'impact de la distribution d'un nouvel outil de réduction des risques sur l'état de santé des consommateurs de crack. Cette recherche-action est menée en collaboration avec un collectif inter-associatif et les usagers de drogues eux-mêmes.

ABSTRACT

In France, crack users are particularly exposed to hepatitis C transmission, through the use of glass pipes, which are responsible for a lot of burns and cracks on users' lips and hands. They also represent transmission pathways for infectious agents. To date, the main political measures in the harm reduction field remain focused on injection practises, without considering exposure to this specific risk. This situation led the French Institute for Public Health Surveillance (InVS) and CERMES3 to conduct an exploratory cross-sectional study to better know the needs of this population in France, and to assess the impact of the delivery of such a tool on the crack users' health. This action research is carried out through an active process of collaborative work between harm reduction associations and drug users.

Contexte

Le partage du matériel d'injection entre usagers de drogues (UD) constitue la première cause de contamination par le VHC dans les pays industrialisés [1]. D'autres modes de transmission sont rapportés comme le snif [2] et, plus récemment, l'usage de crack par voie fumée [3-5]. La littérature internationale indique par ailleurs que la prévalence du VHC parmi les consommateurs de crack est particulièrement élevée et peut atteindre 50 à 75% [6]. La transmission du VHC chez les usagers de crack semble liée à l'utilisation de pipes en verre qui, facilement cassables et conduisant bien la chaleur, provoquent des brûlures et des coupures aux lèvres et aux mains, portes d'entrée pour la transmission des virus. Le partage de la pipe à crack entre les usagers constitue ainsi un mode de transmission du VHC.

La population des consommateurs de crack a fait l'objet de peu de recherches en France, tant épidémiologiques que sociologiques. Le nombre d'usagers de crack est estimé entre 6 000 et 10 000 personnes par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) avec un regroupement important dans le Nord-Est parisien [7]. L'étude ANRS-Coquelicot, réalisée entre 2004 et 2007 [8], a montré que le crack était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (30% des UD), avant la cocaïne (27%) et l'héroïne (21%) ; la prévalence du VHC chez les consommateurs de crack était supérieure à 70%. La pratique de partage de la pipe à crack y était rapportée par 8 usagers sur 10 dans le dernier mois. L'enquête a aussi montré que la consommation de crack par voie fumée était associée à la séropositivité VHC, après ajustement sur l'injection [8], venant ainsi conforter le lien entre transmission du VHC et consommation de crack par voie fumée [9,10].

Ces nouveaux risques ont amené des associations de réduction des risques (RDR) à délivrer aux usagers de crack du matériel de consommation sous forme d'embouts pour pipes à crack puis de « doseurs », éventuellement sous forme de kit. Ces outils n'ont cependant pas fait l'objet d'évaluation. Dans ce contexte, l'Institut de veille sanitaire, en collaboration avec le Cermes3 (Équipe Cesames) et un comité inter-CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la RDR auprès des usagers de drogues) a développé, avec le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), une recherche-action sur ces risques et l'évaluation d'un outil de RDR spécifique aux consommateurs de crack. Cet article présente la méthodologie et les résultats préliminaires du volet socio-anthropologique du projet.

Matériel et méthodes

La recherche-action vise à décrire l'état de santé des usagers de crack en France, et en particulier leurs vulnérabilités spécifiques vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC, à mesurer la diffusion et l'utilisation des outils de RDR actuellement disponibles et à contribuer à l'évaluation d'un nouvel outil de RDR chez les consommateurs de crack fumé.

Le schéma d'étude est de type transversal avant/après la mise en place de l'intervention. Celle-ci comporte un volet d'évaluation médicale (sur l'état des mains et de la bouche des usagers de crack) et un volet socio-comportemental (sur les pratiques d'usage de produits, les prises de risque et

l'utilisation des outils). Ces deux volets de l'enquête seront menés à deux reprises en 2009 et 2010 et ces deux phases sont séparées par l'intervention, qui consiste en la distribution massive d'un kit de RDR sélectionné sur sa capacité à réduire les risques.

La première enquête transversale, avant l'intervention, s'est déroulée entre octobre et décembre 2009 au sein des structures de RDR d'Île-de-France. Le critère d'inclusion était d'avoir fumé du crack au moins une fois dans le dernier mois. La participation était volontaire et les UD étaient tirés au sort dans les structures selon un pas de sondage. Un questionnaire socio-comportemental en face à face était administré par un enquêteur extérieur aux structures pour une durée de 35 à 45 minutes. Il explorait les caractéristiques sociodémographiques, la trajectoire de consommation, les pratiques à risque, particulièrement lors de la consommation de crack par voie fumée, l'état de santé somatique et psychique, les lésions des mains et de la bouche, et les attentes en matière de RDR. Ont été inclus 350 consommateurs de crack. Les résultats de cette phase épidémiologique seront disponibles fin 2010.

Un volet qualitatif comprenant une phase exploratoire et une enquête socio-anthropologique est venu compléter l'enquête épidémiologique. La phase exploratoire, réalisée en amont de la première enquête transversale, inclut une revue de la littérature, un recensement des outils existants et une analyse des politiques publiques en France et à l'étranger (Canada, Espagne, Pays-Bas, Grande-Bretagne). La recherche bibliographique a été effectuée au moyen de PubMed et de Google Scholar afin d'avoir accès à la « littérature grise » sur le sujet. L'analyse des politiques publiques a reposé sur des entretiens et des observations menées dans les dispositifs de RDR en France et à l'étranger (France, Canada, Espagne) et auprès de représentants des pouvoirs publics. L'enquête socio-anthropologique, fondée sur des entretiens semi-directifs avec des intervenants en toxicomanie et des groupes focaux avec des usagers de crack, visait à appréhender les risques liés à l'usage de crack, en particulier en repérant les séquences à risque lors de la préparation et la consommation de crack fumé, et à connaître les besoins des usagers de crack fumé en matière de RDR. Quatre groupes focaux composés d'une trentaine d'usagers de crack ont été constitués et réunis chacun à deux reprises entre mai et septembre 2009.

Résultats

La phase socio-anthropologique a permis de repérer, à partir de « savoirs de terrain », de nombreuses pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites : utilisation du cutter pour débiter la galette en cailloux, souvent associée à des coupures aux doigts ; partage quasi-systématique de cet outil avec les autres outils, ce qui en fait un vecteur probable d'agents infectieux ; fabrication du filtre à partir de fils de cuivre récupérés (fils de téléphone, d'appareils électroniques...) qui occasionne des coupures et des abcès sur les doigts des UD. L'identification de cette pratique dangereuse en termes de transmission a conduit à mettre au point des filtres déjà préparés qui seraient distribués aux UD. Enfin, l'utilisation du doseur à pastis en verre (outil choisi par les usagers à partir des années 1990) provoque des brûlures, des plaies, des lésions ulcérées et des coupures sur les lèvres et dans la bouche,

sources de saignements favorisant ainsi la transmission.

L'analyse des politiques publiques a identifié le Canada comme pionnier dans la RDR liés à la consommation de crack, avec des programmes de distribution de matériels de RDR spécifiques (kit crack) [11]. Plusieurs grandes villes ont fait le choix de s'engager dans ce type d'action [12]. Ces programmes de distribution de kits crack sont l'objet de controverses, à l'instar des programmes d'échange de seringues au moment de leur mise en place [13] et restent donc fragiles à implanter sur le long terme. Le matériel de RDR distribué au Canada comprend un tube de pyrex, des embouts en plastique, des filtres (sous la forme de grilles métalliques), des préservatifs, des baumes à lèvres, des compresses alcoolisées, des lingettes pour les mains et de la gomme à mâcher pour stimuler la salivation. Une évaluation de type avant/après de la mise à disposition de pipes en pyrex, menée à Ottawa [14], indique que les usagers de crack y ont adhéré de manière immédiate, importante et soutenue. Suite à la mise à disposition de cet outil, les usagers de crack ont diminué leur pratique de partage de la pipe à crack et renoncé à l'injection pour préférer la voie fumée. Le programme a également capté de nouvelles populations d'UD qui ne fréquentaient pas les structures de RDR, par manque de matériel adapté à leurs besoins. Cette expérience atteste de l'efficacité du programme de distribution de pipes à crack en termes de RDR, tant sur le plan infectieux (recul du partage de la pipe à crack et de l'injection) que sur le plan social (prise de contact avec des populations isolées).

Dans notre étude, les quatre groupes focaux auprès des usagers de crack avaient pour but de choisir, parmi quatre types de matériels, l'outil de RDR à évaluer lors de l'expérimentation : tube pyrex comme celui proposé au Canada ; deux autres formes de doseurs (pipe « ballon » et pipe « réservoir ») ; filtres sous forme de grilles métalliques. La première réunion de groupe recueillait le point de vue des UD sur l'outil qu'ils utilisaient actuellement, les dommages associés à son utilisation et leurs attentes en matière de RDR. Une démonstration pratique de l'utilisation des nouveaux outils était réalisée par les intervenants des CAARUD. Suite à cette première rencontre, chaque groupe d'usagers a été réuni une deuxième fois afin de recueillir leurs avis sur les trois nouveaux tubes/doseurs et les filtres.

Les données qualitatives recueillies ont ainsi permis de déterminer l'outil à évaluer lors de l'intervention, à savoir un tube pyrex droit, deux embouts, deux paquets de cinq grilles plates qui servent de filtres, une baguette en bois, deux sachets de crème hydratante, trois tampons alcoolisés et un dépliant de prévention. Les grilles plates remplacent le filtre en fil de cuivre source de plaies des doigts et des mains. Elles sont travaillées par assemblage de quatre ou cinq pastilles, pliées entre elles pour former une masse compacte qui est insérée dans le tube et tassée à l'aide de la baguette en bois. Le tube pyrex a été choisi par les usagers pour sa maniabilité. Les tubes en pyrex ont été préférés car plus solides et moins conducteurs de chaleur que les doseurs à pastis en verre. Ce kit fera l'objet de l'intervention avec une distribution large à partir d'avril 2010 et sera suivi de la seconde enquête transversale en mai 2011.

Discussion - Conclusion

Les données ethnographiques de cette enquête sont cohérentes avec la littérature internationale qui montre que les pipes en verre, facilement cassables et conduisant très bien la chaleur, provoquent des plaies et des brûlures aux lèvres des fumeurs [4, 15]. Lors du partage de ces pipes à crack, un usager peut ainsi transmettre, *via* les saignements de ces lésions, le VHC à d'autres. Ceci est conforté par les données virologiques révélant la présence du virus de l'hépatite C dans les sécrétions nasales [16] et la salive [17], et sa présence sur des pipes à crack usagées.

Les résultats attendus de cette enquête sont à la fois d'ordre scientifique et opérationnel. On disposera en France fin 2010 de données sur l'état de santé et les profils des consommateurs de crack, à partir des différents volets de l'enquête, mais aussi de données sur leurs savoirs, pratiques et croyances vis-à-vis d'infections telles que le VIH ou le VHC et leur prévention. Ce travail permet également de comprendre plus finement les déterminants psychosociaux de la prise de risque et d'évaluer l'acceptabilité des outils de RDR proposés.

Cette étude illustre également la collaboration étroite entre des structures de terrain, des organismes de surveillance et des chercheurs. En effet, l'InVS et le Cermes3 (Équipe Cesames) ont été sollicités par les acteurs de terrain (collectif inter-CAARUD) pour définir, mettre en place un outil de RDR et évaluer son impact. Dans le même temps, l'InVS avait été l'objet d'une saisine de la Direction générale de la santé pour évaluer les outils de RDR liés à l'injection et à la consommation de crack par voie fumée. Enfin, l'enquête ANRS-Coquelicot avait mis en évidence la vulnérabilité spécifique des usagers de crack face à la transmission du VHC.

Visant à évaluer des actions de prévention menées sur le terrain, en collaboration directe avec les acteurs de terrain et les usagers, ce travail a une finalité opérationnelle forte. Il permettra d'évaluer la capacité des outils de RDR existants à induire des comportements de prévention vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de crack par voie fumée. Durant le processus d'évaluation, la phase de mise au point de l'outil et de sa distribution a été confiée à un comité de pilotage constitué d'associations de RDR. Suite à l'évaluation avant/après sur le terrain, si les résultats sont concluants, l'outil de RDR pourra être utilisé dans un cadre qui ne sera plus expérimental. Des brochures d'accompagnement, élaborées à partir des données obtenues sur les représentations du risque de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de crack, viendront enrichir le dispositif.

La politique de RDR s'est principalement concentrée sur les usagers de drogues par voie injectable avec, en France, la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987 et la mise en place de programmes d'échange de seringues et du Steribox à partir des années 1990 [18]. Avec l'évolution des usages de drogues, il est devenu nécessaire de repenser la politique de RDR en l'adaptant notamment à la population des consommateurs de crack qui ont des expositions à risque spécifiques et intenses. Les décisions politiques récentes tendent à intégrer les risques liés à d'autres pratiques que

l'injection dans la politique de RDR. Ainsi, dans le cadre de la loi de Santé publique de 2004, le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 propose notamment la « distribution de matériel de prévention » et vise entre autres « la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques : tampons alcoolisés, flacons d'eau stériles, filtres stériles, cupules stériles, seringues, matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, pansements ».

Différents plans gouvernementaux [19,20] ont également récemment intégré la nécessité d'adapter les outils de RDR à la consommation de crack, sur la base d'évaluations scientifiques. Notre évaluation d'un outil de RDR spécifique aux consommateurs de crack par voie fumée s'inscrit dans ces préconisations. Elle s'inspire de la démarche des essais d'intervention communautaire quasi-expérimentaux (schéma avant/après), l'intervention évaluée ici étant la distribution d'un outil de RDR choisi en lien avec les usagers. Le design s'efforce de concilier les réalités politiques et de terrain avec des exigences scientifiques et éthiques. L'approche est pluridisciplinaire, associant l'épidémiologie et la socio-anthropologie [21], les intervenants et la communauté concernée. Ce dialogue entre chercheurs, professionnels de santé publique, intervenants de terrain, usagers et autorités sanitaires est indispensable pour rendre compte du processus d'évaluation d'outils innovants et anticiper les retombées pragmatiques de l'étude sur les programmes de terrain. La prise en compte des besoins et des attentes des UD dans une démarche participative permet de faire évoluer la RDR. En effet, ces interventions doivent s'inscrire dans une démarche de mutualisation des savoirs, favorisant la responsabilité des individus concernés et l'implication des pouvoirs publics.

RÉFÉRENCES

- > [1] Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. Am J Epidemiol. 2002;155:645-53.
- > [2] Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des J, Flom PL, et al. *Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review*. Drug Alcohol Depend. 2007;89:1-12.
- > [3] Roy E, Haley N, Leclerc P, Boivin JF, Cedras L, Vincelette J. *Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths*. CMAJ. 2001;165:557-60.
- > [4] Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. *Health issues associated with increasing use of «crack» cocaine among female sex workers in London*. Sex Transm Infect. 2000;76:292-3.
- > [5] Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC. *HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention*. AIDS 2005;19 Suppl 3:S199-S207.
- > [6] Fischer B, Powis J, Firestone CM, Rudzinski K, Rehm J. *Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2008;20:29-32.
- > [7] Chalumeau M, Stawinski A, Toufik A, Cadet-Taïrou A. *Les CAARUD en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité*. Saint-Denis: OFDT, 2009;21 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxmccpc.html>
- > [8] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, et al. *A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design*. BMC Infect Dis. 2009;9:113.

- > [9] Neaigus A, Gyarmathy VA, Zhao M, Miller M, Friedman SR, Des Jarlais DC. *Sexual and other noninjection risks for HBV and HCV seroconversions among noninjecting heroin users*. J Infect Dis. 2007;195:1052-61.
- > [10] Macias J, Palacios RB, Claro E, Vargas J, Vergara S, Mira JA, et al. *High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack*. Liver Int. 2008;28(6):781-6.
- > [11] Boyd S, Johnson JL, Moffat B. *Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver*. Harm Reduct J. 2008;5:34.
- > [12] Réseau juridique canadien VIH/sida. *Abolition du programme de trousse pour l'usage plus sûr du crack : un geste irresponsable et de courte visée, du Conseil municipal d'Ottawa*. Communiqué de presse, 2007-07-11. <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=731>
- > [13] Haydon E, Fischer B. *Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'*. Can J Public Health 2005;96:185-8.
- > [14] Leonard L, DeRubeis E, Pelude L, Medd E, Birkett N, Seto J. *«I inject less as I have easier access to pipes»: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed*. Int J Drug Policy 2008;19:255-64.
- > [15] Faruque S, Edlin BR, McCoy CB, Word CO, Larsen SA, Schmid DS, et al. *Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1996;13:87-92.
- > [16] McMahon JM, Simm M, Milano D, Clatts M. *Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user*. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2004;3:6.
- > [17] Suzuki T, Omata K, Satoh T, Miyasaka T, Arai C, Maeda M, et al. *Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients*. J Clin Microbiol. 2005;43:4413-7.
- > [18] Jauffret-Roustide M. *Les drogues: approche sociologique, économique et politique*. Paris : La Documentation Française, 2004 ; 162 p.
- > [19] *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Paris : La Documentation Française, 2008 ; 112 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000436/>
- > [20] *Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012*. Paris : Direction générale de la santé, 2008 ; 88 p. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-les-hepatites-b-et-c-2009-2012.html>
- > [21] Jauffret-Roustide M. *Sciences sociales et épidémiologie: des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues*. Bull Epidemiol Hebd. 2006;(2-3):21-3.

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- l'ANRS, pour son soutien scientifique et financier sur le projet, ainsi que la Drassif, l'Inpes, la Mairie de Paris et la Ddass 93 ;
- le comité scientifique de l'enquête : V. Doré (ANRS), S. Halfen (ORS IDF), N. Lydié (Inpes), M. Quaglia (Ined) ;
- l'ensemble des usagers de drogues ayant participé au projet, les équipes de terrain qui nous ont accueillis dans les structures (AIDES, Charonne, EGO, Gaïa, IPSSUD-La Terrasse, SOS DI) et nous ont transmis leurs savoirs sur les risques liés à la consommation de crack ;
- les enquêteurs ayant participé au recueil des données (E. Guillaies, L. Quaglia).

Comment citer cet article

Jauffret-Roustide M, Rondy M, Oudaya L, Guibert G, Semaille C, Pequart C, et le collectif inter-CAARUD sur le crack. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites. BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm