

Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France

Les usagers de drogues face au VIH/sida et au VHC

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et pour la 10^{ème} année, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région.

Cette année, l'ORS a choisi de développer la question des usagers de drogues face à l'épidémie de VIH/sida et face à l'infection due au virus de l'hépatite C (VHC). Après un bref point sur l'épidémie de VIH en Ile-de-France, ce Bulletin revient sur les effets de la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues, précise les enjeux de la prise en charge du VIH dans cette population et de la co-infection VIH-VHC et montre notamment que des prises de risque infectieux existent toujours, en particulier chez les jeunes usagers de drogues. Nous avons choisi, pour ce Bulletin, d'avoir un point de vue du "terrain" par rapport à la politique de réduction des risques. Une dernière partie, réalisée par le Dr Sylvie Fauvelot Mahier pour l'Anitea (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) Ile-de-France, est ainsi consacrée à l'évolution des pratiques de terrain en direction des usagers de drogues et aux nouveaux enjeux de la prévention par rapport au VIH/VHC.

La politique de réduction des risques, initiée en 1987 avec la vente sans prescription de seringues, trouvera une véritable reconnaissance politique et un statut plus de quinze ans après, lorsqu'elle sera inscrite dans la loi de santé publique en 2004. Les succès de cette politique sont incontestables (diminution de l'usage d'héroïne, baisse du recours à l'injection et des pratiques de partage des seringues, baisse des décès par surdose, etc.) et en ce qui concerne l'infection à VIH, cette politique a entraîné une diminution des décès par sida grâce à l'accès des usagers aux traitements antirétroviraux et a permis de diminuer de façon notable les contaminations par le VIH. En revanche, cette politique n'a pas véritablement limité les contaminations par le VHC, ce qui s'explique notamment par une méconnaissance chez les usagers de drogues des modes de transmission du VHC et une persistance des pratiques de partage du petit matériel. Le recours au dépistage du VHC est encore insuffisant alors que cette infection concernerait entre la moitié et les trois quarts des usagers de drogues utilisant la voie injectable. L'accès aux traitements contre le VHC reste encore faible et redouté par les usagers de drogues. Les prises de risque infectieux semblent persister dans certaines populations (les jeunes, les personnes détenues), du fait de certaines conditions de vie (la précarité) ou dans des espaces spécifiques (espaces festifs).

De nombreuses institutions, et notamment l'Anitea, soutiennent de nouveaux enjeux de réduction des risques, comme la prévention sur les lieux mêmes de consommation (lieux festifs, etc.), les salles de consommation à moindre risque, les programmes d'héroïne contrôlée ou encore la mise sur le marché de traitements de substitution injectables. Cependant, pour les usagers non substitués, la question de la réduction des risques en milieu carcéral reste entière.

Surveillance des découvertes de séropositivité au VIH et des cas de sida en Ile-de-France : évolutions et données départementales

L'épidémie semble en recul...

Les données franciliennes sur le VIH, corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration, transmises par l'InVS en 2007, semblent montrer une épidémie en recul : en 2004, 3 353 Franciliens ont découvert leur séropositivité, ce chiffre est passé à 3 115 en 2005, 2 788 en 2006 et 2 670 en 2007. Néanmoins, différents aspects méthodologiques doivent conduire à interpréter ces données avec prudence. Depuis 2003, les découvertes de séropositivité font l'objet d'une déclaration obligatoire. Compte tenu des délais de déclaration, les données restent provisoires pendant deux années. Ainsi, celles actuellement disponibles, rendant compte des déclarations reçues par l'InVS jusqu'au 31 décembre 2008, sont provisoires pour les années 2007 et 2008. De plus, l'InVS a pu estimer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH à 70% en 2007, en hausse par rapport à 2004 où elle était de 63%. Au vu de ces éléments, et bien que les données citées apportent un correctif, il est souvent difficile de dresser un constat fiable des évolutions les plus récentes de l'épidémie, en termes de nombre de cas, d'autant que ce nombre dépend également des comportements de recours au dépistage du VIH.

... mais ce recul n'a pas concerné toutes les populations

Globalement, si le nombre de découvertes de séropositivité a diminué en Ile-de-France, ce recul n'a pas bénéficié à toutes les populations. En effet, depuis 2003, parmi les personnes dépistées, alors que la part de celles contaminées par voie hétérosexuelle a baissé (en particulier parmi les étrangers, 57% des cas en 2003, 43% en 2007), de même que par usage de drogues (2,5% à 0,6%), la proportion d'hommes contaminés par voie homosexuelle a, en revanche, sensiblement augmenté passant de 22% des découvertes de séropositivité en 2003 à 28% en 2005 puis 34% en 2007. Les données franciliennes montrent que parmi les hommes contaminés par voie homosexuelle qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2008, un sur deux (51%) avait été contaminé moins de six mois avant le dépistage (proportion de 14% parmi les personnes contaminées par usage de drogues et de 19% parmi celles contaminées par voie hétérosexuelle). Ces données sont concordantes avec l'augmentation des autres infections sexuellement transmissibles chez les homosexuels masculins, ainsi qu'avec la hausse déclarée des prises de risque, et montrent une dynamique épidémique importante dans cette population.

Tab. 1 : Surveillance des découvertes de séropositivité au VIH et des cas de sida au 31 décembre 2008 selon les départements franciliens de domicile, en Ile-de-France (IDF), hors Ile-de-France et dans l'ensemble de la France

| | Départements franciliens de domicile | | | | | | | | Total IDF | Hors IDF | France entière |
|--|--------------------------------------|-------|-------------------|------|-------|-------|------|-------|--------------|-------------|-------------------|
| | 75 | 77 | 78 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | | | |
| Cas de séropositivité diagnostiqués entre 2003 et 2008* | | | | | | | | | | | |
| Nombre de cas (données brutes) | 4823 | 581 | 512 | 672 | 1200 | 2147 | 1191 | 780 | 11906 | 15995 | 27901 |
| % de contamination homo. | 45,6 | 19,6 | 18,4 | 13,4 | 23,8 | 12,0 | 18,9 | 10,9 | 28,6 | 35,4 | 32,3 |
| % de contamination usagers de drogues | 1,3 | 2,4 | 2,8 | 2,8 | 1,3 | 1,6 | 1,8 | 2,1 | 1,6 | 2,9 | 2,3 |
| % de contamination hétéro. | 52,2 | 76,3 | 77,2 | 82,4 | 74,3 | 85,4 | 78,7 | 84,8 | 68,8 | 60,6 | 64,2 |
| % de femmes | 31,9 | 46,1 | 43,0 | 49,0 | 45,0 | 49,3 | 45,8 | 48,6 | 41,0 | 27,4 | 38,0 |
| % d'étrangers | 54,9 | 51,6 | 53,9 | 62,5 | 59,1 | 73,6 | 62,6 | 70,2 | 60,5 | 35,8 | 46,8 |
| chez les femmes | 85,2 | 66,3 | 70,2 | 75,4 | 78,2 | 84,0 | 74,8 | 79,9 | 80,1 | 59,4 | 69,4 |
| chez les hommes | 41,4 | 40,2 | 42,3 | 50,4 | 43,1 | 64,0 | 52,3 | 61,3 | 47,5 | 23,6 | 33,6 |
| % de cas au stade sida | 14,5 | 20,4 | 26,5 | 19,0 | 16,8 | 22,0 | 20,0 | 20,8 | 18,2 | 19,5 | 18,9 |
| chez les homosexuels masculins | 9,1 | 13,7 | 30,4 | 12,2 | 12,5 | 18,2 | 13,3 | 10,5 | 11,1 | 13,3 | 12,4 |
| chez les usagers de drogues | 29,3 | -- | -- | -- | -- | 27,8 | 16,7 | -- | 27,9 | 29,3 | 28,8 |
| chez les hétérosexuels | 19,2 | 20,5 | 22,4 | 16,4 | 16,5 | 21,9 | 21,2 | 20,3 | 19,9 | 19,9 | 19,9 |
| % de contamination < 6 mois | 34,0 | 24,8 | 22,9 | 21,1 | 28,3 | 20,3 | 24,6 | 22,2 | 27,8 | 29,8 | 28,9 |
| chez les homosexuels masculins | 54,2 | 36,8 | 51,1 | 47,8 | 47,8 | 43,7 | 47,1 | 37,0 | 51,3 | 45,0 | 47,6 |
| chez les usagers de drogues | 7,9 | -- | -- | -- | -- | 13,3 | -- | -- | 14,0 | 18,9 | 17,2 |
| chez les hétérosexuels | 16,9 | 23,3 | 18,8 | 18,1 | 23,6 | 16,4 | 19,0 | 19,5 | 18,5 | 24,4 | 21,4 |
| Cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2008* | | | | | | | | | | | |
| Nombre de cas (données brutes) | 1049 | 137 | 142 | 126 | 345 | 502 | 331 | 195 | 2827 | 4099 | 6926 |
| % de contamination homo. | 38,1 | 16,1 | 17,1 | 18,1 | 23,3 | 12,1 | 12,7 | 9,6 | 23,9 | 29,2 | 26,9 |
| % de contamination usagers de drogues | 6,8 | 11,9 | 10,3 | 5,7 | 13,4 | 9,5 | 13,1 | 10,2 | 9,4 | 12,8 | 11,4 |
| % de contamination hétéro. | 53,8 | 68,6 | 70,1 | 75,2 | 62,3 | 77,6 | 72,6 | 78,5 | 65,3 | 55,7 | 59,8 |
| % de femmes | 27,5 | 40,1 | 28,2 | 40,5 | 39,4 | 33,3 | 37,5 | 39,0 | 33,1 | 29,6 | 31,1 |
| % d'étrangers | 27,0 | 43,9 | 48,5 | 49,6 | 51,5 | 65,0 | 58,4 | 61,1 | 53,9 | 28,6 | 38,9 |
| % de personnes décédées | 10,5 | 16,1 | 20,4 | 9,5 | 12,2 | 8,6 | 10,6 | 8,7 | 11,0 | 17,0 | 14,5 |
| % d'adultes ignorant leur séropositivité | | | | | | | | | | | |
| au moment du diagnostic sida | 44,4 | 52,2 | 69,1 | 52,0 | 43,5 | 55,0 | 51,1 | 49,2 | 49,2 | 45,9 | 47,3 |
| chez les homosexuels masculins | 32,3 | 47,4 | 75,0 | 26,3 | 35,2 | 50,9 | 42,5 | 35,3 | 36,8 | 40,3 | 39,0 |
| chez les usagers de drogues | 13,6 | -- | -- | -- | 9,8 | 11,6 | 9,8 | 22,2 | 14,1 | 14,6 | 14,0 |
| chez les hétérosexuels | 56,9 | 58,0 | 70,7 | 53,2 | 51,6 | 58,6 | 58,3 | 56,8 | 57,4 | 51,9 | 54,4 |
| Taux par million d'habitants** | | | | | | | | | | | |
| Découvertes de séropositivité 2007 | 425,4 ¹ | 112,8 | 91,4 ¹ | nd | 213,3 | 288,4 | nd | 260,1 | 229,8 | 74,7 | 103,0 |
| Cas de sida 2007 | 48,4 | 10,9 | 8,6 | 24,8 | 25,1 | 42,4 | 23,7 | 24,0 | 27,9 | 16,9 | 18,9 |

-- Pourcentage non présenté car calculé sur un effectif faible (< 15 cas) - nd Estimation non disponible - ¹ Possible sous-estimation

* Données InVS de surveillance du VIH et du sida au 31 décembre 2008 consultables sur le site de l'InVS. [www.invs.sante.fr], exploitation ORS Ile-de-France.

** Taux calculés à partir des données InVS de surveillance du VIH et du sida au 31 décembre 2007, corrigées pour les délais de déclaration et, uniquement pour les données VIH, corrigées pour la sous-déclaration. Données pour l'Ile-de-France transmises par l'InVS à l'ORS et, pour la France, issues du BEH 45-46/2008. Population estimée par l'Insee au 1er janvier 2007. Exploitation ORS Ile-de-France.

Une région très touchée, avec certaines spécificités

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2008, l'Ile-de-France a enregistré 28 818 cas de sida, soit 45% de l'ensemble des cas diagnostiqués en France. Pour ce qui est des découvertes de séropositivité, dont la déclaration est obligatoire depuis 2003, cette proportion est de 43% (11 906 cas en Ile-de-France). Le nombre de cas 2007 corrigés rapporté à la population** montre un taux de découvertes de séropositivité ou de cas de sida bien supérieur en Ile-de-France que dans le reste du territoire : 229,8 découvertes de séropositivité par million d'habitants contre 74,7 hors de la région et 27,9 cas de sida par million d'habitants contre 16,9 hors Ile-de-France. Outre la gravité de l'épidémie dans la région, le VIH/sida en Ile-de-France présente certaines spécificités par rapport au reste du territoire, notamment : une proportion supérieure de personnes contaminées par voie hétérosexuelle, par conséquent, davantage de femmes, et une épidémie qui touche majoritairement des étrangers (61% des découvertes de séropositivité 2003-2008 contre 36% hors Ile-de-France).

De forts contrastes entre Paris et les autres départements

Les données par département montrent une situation très contrastée. Paris et, dans une moindre mesure, la Seine-Saint-Denis apparaissent les plus touchés par le VIH/sida, les Yvelines et la Seine-et-Marne les moins touchés. Les données de surveillance mettent aussi en relief la spécificité des personnes touchées par le VIH/sida à Paris comparées à celles des autres départements. Parmi les découvertes de séropositivité 2003-2008, 46% à Paris concernent des hommes contaminés par voie homosexuelle alors que cette proportion est deux à quatre fois moindre dans les autres départements. La proportion de contaminations récentes (moins de six mois), bien supérieure parmi les hommes contaminés par voie homosexuelle, est plus importante à Paris : entre 2003 et 2008, une découverte de séropositivité sur trois à Paris a concerné une personne contaminée depuis moins de six mois contre une sur quatre ou cinq dans les autres départements. Par ailleurs, à Paris, comme en Seine-Saint-Denis, la proportion d'étrangères parmi les femmes qui ont découvert leur séropositivité est très élevée (85%).

Les usagers de drogues injecteurs face au VIH/sida et au VHC : les effets de la politique de réduction des risques

De la vente libre des seringues en 1987 à l'inscription d'une politique de réduction des risques dans la loi de santé publique en 2004

Au milieu des années 80, l'usage d'héroïne par voie injectable constituait la principale caractéristique des consommations de drogues des toxicomanes en France. La vente de seringues sans prescription était interdite, le partage du matériel d'injection très fréquent, la prise en charge de la toxicomanie conditionnée par le sevrage, les usagers étaient relativement stigmatisés et éloignés du système sanitaire et social. Dans ce contexte, ils vont être lourdement frappés par le VIH : en 1988, la prévalence du VIH chez les toxicomanes était estimée à 40%^[1]. Ce constat va conduire les pouvoirs publics à autoriser, à partir de 1987, la vente sans prescription de seringues. Cet accès facilité au matériel d'injection va s'inscrire dans une politique plus globale de réduction des risques infectieux consistant, à partir de 1993, à distribuer le matériel dans des programmes d'échange de seringues, à informer les usagers des risques liés à leur consommation et des moyens de les limiter et à mettre à disposition des traitements de substitution aux opiacés (la méthadone à partir de 1995 puis le Subutex® à partir de 1996). Plus généralement, cette politique va viser à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale, en favorisant les contacts avec les usagers de drogues, en particulier à travers le dispositif médico-social, dit de première ligne, mais également, la création, dans les hôpitaux, d'Équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) ou en médecine de ville, de réseaux de médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des toxicomanes. Cette politique, initiée en 1987, trouvera une véritable reconnaissance politique et un statut plus de quinze ans après, avec son inscription dans la loi de santé publique de 2004, puis son financement pérenne, notamment par l'assurance maladie.

Diminution de l'usage d'héroïne, de l'injection et des pratiques de partage des seringues

Cette politique, notamment la mise à disposition de traitements de substitution, a entraîné une baisse importante de l'usage d'héroïne en France. En se référant, par exemple, aux infractions à la législation sur les stupéfiants^[2], pour lesquelles il existe des séries temporelles longues et régulières, le nombre d'interpellations d'usagers d'héroïne est passé, en Ile-de-France, de 4 578 en 1994 à 541 en 2003, soit une baisse de 88%. En comparaison, le nombre d'usagers de cannabis interpellés passait de 7 451 à 22 993, soit une hausse de 308%. Depuis 2003, les interpellations d'usagers d'héroïne sont, de nouveau, en augmentation, ce qui correspond aux observations du dispositif Trend montrant une hausse récente des usages d'héroïne^[3]. Même si des usages détournés, parfois par voie injectable, des traitements de substitution par la buprénorphine haut dosage se sont développés, la politique de réduction des risques a entraîné une baisse du recours à l'injection, et, pour les usagers utilisant la voie injectable, des pratiques de partage des seringues. Les études répétées menées par l'Irep auprès d'usagers de drogues^[1] ont ainsi montré que le partage des seringues était passé de 48% en 1988 à 33% en 1991 puis 13% en 1996. Actuellement, l'OFDT estime que 35% des 210 000 à 250 000

usagers problématiques de drogues en France seraient des injecteurs "actifs", c'est-à-dire ayant utilisé la voie injectable dans le mois^[4].

Amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues et baisse des décès par surdose

Différentes études conduites au début des années 2000 auprès d'usagers de drogues, lors de la diffusion des traitements de substitution, ont montré que l'accès à ces traitements permettait d'améliorer l'insertion sociale des usagers ainsi que leur accès au système de soins en général^[5]. De plus, d'un point de vue sanitaire, la politique de réduction des risques a permis une diminution sensible du nombre de décès par surdoses. En Ile-de-France, selon les données de l'OCRTIS qui comptabilise les décès faisant l'objet d'un signalement par la police ou la gendarmerie^[2], alors qu'environ 250 à 300 décès par surdose (d'héroïne, dans plus de 90% des cas) étaient, chaque année, enregistrés dans la première moitié des années 90, ce chiffre serait désormais d'une trentaine (données OCRTIS) à une cinquantaine (données CégiDC qui enregistre depuis 2000 les décès causés par des substances psychotropes) et ne semble plus en diminution ces dernières années^[6].

Faible nombre de nouveaux cas de sida et de découvertes de séropositivité chez des usagers de drogues

Outre une meilleure prise en charge sanitaire des usagers de drogues contaminés par le VIH et une baisse de leur mortalité liée au sida^[5], la politique de réduction des risques a permis de réduire de façon très notable les contaminations par le VIH chez les usagers de drogues injecteurs, comme en témoigne notamment le faible nombre de nouveaux diagnostics VIH. Parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en Ile-de-France entre 2003 et 2007 et pour lesquelles le mode de contamination est connu, 1,7% ont été contaminées lors d'un usage de drogues par voie injectable et cette proportion est en diminution (2,6% en 2003, 1,9% en 2004, 1,7% en 2005, 1,4% en 2006 et 0,7% en 2007)^[7]. Si on se réfère aux cas de sida pour lesquels on dispose de données bien antérieures à 2003, cette proportion de 1,7% peut être mise en perspective avec le fait qu'environ 25% des nouveaux cas de sida diagnostiqués en Ile-de-France entre 1990 et 1996 concernaient des usagers de drogues injecteurs^[8]. Le faible nombre actuel de nouveaux cas ne semble pas lié à un défaut de dépistage chez les usagers de drogues puisque seul un très faible nombre d'entre eux découvrent leur séropositivité à un stade avancé -sida- de l'infection (en Ile-de-France, 31 personnes depuis 2003). Dans l'enquête Coquelicot conduite en 2003 auprès d'usagers de drogues^[9], les données déclaratives des usagers sur leur sérologie VIH et les résultats de leur test sur prélèvement sanguin apparaissent très concordants (seuls 2% des usagers interrogés se sont déclarés séronégatifs à tort), indiquant, en effet, un bon recours au dépistage.

La prévalence du VIH chez les usagers de drogues injecteurs est passée de 40% en 1988 à 10% en 2006

Actuellement, en se basant sur les données issues de différentes enquêtes conduites auprès d'usagers de drogues, on peut estimer, en Ile-de-France, qu'environ 10% des usagers de drogues ayant

déjà utilisé la voie injectable sont séropositifs au VIH (tab. 2). Cette proportion était de 40% à la fin des années 80 (61% dans une enquête conduite au milieu des années 80 en prison^[10]) et de 20% environ à la fin des années 90 (tab. 2). La proportion de personnes contaminées par le VIH est d'autant plus élevée que les usagers sont âgés. A partir des données recueillies par l'OFDT auprès des usagers des Caarud* franciliens en 2006^[11] (tab. 3), et en ne raisonnant que sur ceux ayant déjà utilisé la voie injectable, soit la moitié d'entre eux, la proportion de séropositifs passe de 0% parmi les moins de 25 ans à 16% parmi les usagers de 40 ans et plus. La proportion de séropositifs est aussi d'autant plus élevée que les usagers ont indiqué partager ou avoir régulièrement partagé leurs seringues : 7% de séropositifs au VIH parmi ceux qui ont déclaré ne jamais partager ou avoir partagé leurs seringues à 23% parmi ceux qui ont indiqué partager ou avoir partagé "régulièrement". Ces mêmes tendances sont retrouvées parmi les usagers franciliens des CSST** interrogés dans l'enquête Recap de l'OFDT en 2007^[12] (tab. 3), mais avec des usagers ayant des parcours de consommations par voie injectable plus longs et anciens, initiés avant la mise en place de la politique de réduction des risques. Ceci peut expliquer les prévalences du VIH très élevées parmi les plus âgés (22%) ou parmi ceux qui ont eu des pratiques régulières de partage des seringues (44%).

Tab. 2 : Prévalences déclarées du VIH et du VHC dans différentes enquêtes parmi les usagers de drogues utilisant ou ayant utilisé la voie injectable (UDVI)

| Enquêtes | Population interrogée | Année | VIH+ | VHC+ |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------|-------|-------|
| Thèse-A. Veisse ^[10] | UDVI incarcérés à Fresnes | 1985 | 60,8 | - |
| Enquête-Irep ^[11] | UDVI rue + institutions | 1988 | 40,0 | - |
| Enquête-Irep ^[11] | UDVI rue + institutions | 1991 | 34,5 | - |
| Enquête CsstH-Ceses ^[16] | Résidents UDVI de CSSTH | 1993 | 22,2 | - |
| Enq novembre-Drees ^[17] | UDVI centres spécialisés | 1994 | 23,0 | 51,0 |
| Enquête CsstH-Ceses ^[16] | Résidents UDVI de CSSTH | 1995 | 14,7 | - |
| Enquête CsstH-Ceses ^[16] | Résidents UDVI de CSSTH | 1996 | 13,9 | 60,4 |
| Enquête-Irep ^[11] | UDVI rue + institutions | 1996 | 20,0 | 48,0 |
| Enq novembre-Drees ^[17] | UDVI centres spécialisés | 1996 | 18,0 | 57,0 |
| Enquête CsstH-Ceses ^[16] | Résidents UDVI de CSSTH | 1997 | 13,8 | 62,1 |
| Enq novembre-Drees ^[17] | UDVI centres spécialisés | 1997 | 18,3 | 62,1 |
| PES-InVS/Inserm ^[18] | UDVI fréquentant les PES | 1998 | 19,2 | 58,4 |
| Enq novembre-Drees ^[17] | UDVI centres spécialisés | 1999 | 16,0 | 63,1 |
| Manif 2000-Inserm ^[19] | Patients VIH+ UDVI | 1995-99 | *** | 98,0 |
| Vespa-Inserm/Ined ^[14] | Patients VIH+ UDVI | 2003 | *** | 88,0 |
| Enq novembre-Drees ^[17] | UDVI centres spécialisés | 2003 | 12,2 | 57,6 |
| Un jour donné-InVS ^[15] | Patients VIH+ UDVI | 2004 | *** | 92,8 |
| Coquelicot-InVS ^[13] | UDVI pris en charge à Paris | 2004 | 10,8* | 76,0* |
| Ena-Caarud-OFDT ^[11] | UDVI des Caarud en IDF** | 2006 | 10,6 | 49,6 |
| Recap-CSST-OFDT ^[12] | UDVI des CSST en IDF** | 2007 | 13,9 | 60,4 |

* Estimations sur des prélèvements sanguins et non des données déclaratives.

** IDF : Ile-de-France.

*** Dans ces enquêtes, seuls les patients VIH+ ont été interrogés.

VHC : dépistage insuffisant et prévalence très importante chez les usagers de drogues injecteurs

En revanche, la politique de réduction des risques n'a pas permis de limiter (ou insuffisamment) les contaminations par le VHC chez les usagers de drogues, notamment ceux utilisant la voie injectable. Parmi ces derniers, la prévalence du VHC, estimée dans l'enquête Coquelicot en 2004 à partir de prélèvements biologiques, est de 76% à Paris^[13]. À la différence du VIH, les données de l'enquête montrent de fortes divergences entre la prévalence du

Tab. 3 : Prévalence déclarée en Ile-de-France du VIH et du VHC chez les usagers des Caarud et des CSST ayant déjà utilisé la voie injectable (parmi les usagers testés)

| | Caarud (N=892) 2006 | | CSST (N=14 737) 2007 | |
|--|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | VIH+ | VHC+ | VIH+ | VHC+ |
| Age des usagers | | | | |
| 15-24 ans | 0,0 | 21,2 | 1,0 | 9,5 |
| 25-29 ans | 4,8 | 41,9 | 1,4 | 21,7 |
| 30-34 ans | 8,6 | 44,1 | 4,0 | 42,7 |
| 35-39 ans | 12,6 | 60,0 | 8,5 | 59,5 |
| 40 ans et plus | 15,8 | 58,3 | 21,9 | 72,4 |
| Fréquence déclarée de partage des seringues | | | | |
| Jamais | 6,6 | 40,0 | 9,9 | 46,7 |
| Presque jamais | 9,3 | 51,9 | 15,3 | 77,6 |
| Occasionnellement | 17,1 | 69,4 | 29,1 | 80,0 |
| Régulièrement | 23,1 | 65,4 | 43,6 | 89,7 |
| Ensemble | 10,6 | 49,6 | 13,9 | 60,4 |

Sources : OFDT, enquête Ena-Caarud 2006 – OFDT, enquête Recap-Csst 2007, exploitation des données régionales, ORS Ile-de-France

VHC déclarée par les usagers et les résultats des tests effectués sur prélèvements sanguins (27% des usagers interrogés se sont déclarés séronégatifs au VHC à tort)^[9]. Les prévalences déclarées par les usagers dans les différentes enquêtes (tab. 2) doivent donc être considérées comme des minimums. Les données les plus récentes collectées par l'OFDT dans les Caarud (2006) ou les CSST (2007) d'Ile-de-France montrent une prévalence déclarée du VHC respectivement de 50% et 60% parmi les usagers injecteurs (8% et 10% chez les usagers n'ayant jamais utilisé la voie injectable). Si on se réfère à l'enquête Vespa de 2003^[14] ou à l'enquête "Un jour donné" de juin 2004^[15] auprès de patients séropositifs au VIH, la quasi-totalité (de l'ordre de 90%) des usagers injecteurs contaminés par le VIH sont co-infectés par le VHC (tab. 2). Comme pour le VIH, la proportion d'usagers indiquant être contaminés par le VHC est d'autant plus élevée que l'âge augmente ou que des pratiques fréquentes de partage des seringues ont été déclarées (tab. 3). Néanmoins, à la différence du VIH, les contaminations par le VHC interviennent rapidement dans le parcours de consommations des usagers. Chez les moins de 25 ans, 21% des usagers des Caarud franciliens ayant déjà utilisé la voie injectable ont déclaré être contaminés par le VHC (10% dans les CSST). La persistance de contaminations parmi les usagers s'explique par des pratiques encore fréquentes de partage du produit ou du petit matériel servant à l'injection. Ainsi, en Ile-de-France, 30% des usagers injecteurs des Caarud^[11] ont indiqué avoir partagé, au moins une fois au cours du dernier mois, l'eau, le coton, le filtre ou la cuillère lors d'une injection. Ils sont également 8% à déclarer avoir partagé leurs seringues au cours du dernier mois (15% des usagers de moins de 30 ans contre 5% de ceux de 30 ans et plus, écart significatif). Compte tenu de la prévalence extrêmement élevée du VHC parmi les usagers injecteurs, les pratiques de partage, même occasionnelles, du produit ou du petit matériel, et a fortiori des seringues, présentent des risques majeurs de contamination par le VHC. Les pratiques d'injection de groupe, les lieux insalubres de consommation, les injections réalisées dans la précipitation, les injections de cocaïne - pratique qui serait en hausse - induisant des comportements très compulsifs et une multiplication des injections, la faible connaissance des usagers injecteurs sur la transmission du VHC, le manque de matériel et/ou la réutilisation de certains éléments servant à l'injection constituent autant de facteurs favorisant les risques de contamination par le VHC^[3].

* Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques des usagers de drogues

** Centre de soins spécialisés aux toxicomanes

Enjeux de la prise en charge du VIH et des co-infections VIH-VHC

Recours élevé au dépistage du VIH, dépistage du VHC à promouvoir

Différentes données issues des déclarations obligatoires du VIH ou du sida ou issues d'enquêtes, indiquent que les usagers de drogues ont un bon recours au dépistage du VIH : un pourcentage faible d'usagers de drogues domiciliés en Ile-de-France ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic sida établi entre 2003 et 2008 (tab. 1), 14% contre 37% chez les homosexuels et 57% chez les hétérosexuels, une proportion élevée d'usagers de drogues interrogés dans l'enquête Coquelicot déclarent avoir fait un dépistage du VIH (96% des usagers de drogues parisiens^[13]) et une faible proportion de ces usagers se croient à tort négatifs (2%)^[9]. La proportion élevée d'usagers découvrant leur séropositivité au stade sida (28% des nouveaux diagnostics de séropositivité entre 2003 et décembre 2008, tab. 1) concernerait des usagers anciennement contaminés qui auraient échappé au dépistage^[27]. Dans l'enquête Coquelicot, la quasi-totalité des usagers de drogues séropositifs au VIH ont été contaminés par le VHC^[9]. Même si la proportion d'usagers déclarant avoir été dépistés pour le VHC a augmenté (de 72% à 91% entre 1996 et 2004^[9,27]), 27% des usagers interrogés se sont déclarés à tort séronégatifs au VHC^[9].

Spécificité de la prise en charge de la co-infection VIH-VHC

Si le VHC ne semble pas influencer sur l'évolution de l'infection VIH, en revanche cette dernière augmente l'impact de l'hépatite C : augmentation de la charge virale VHC d'un facteur 2 à 8, du risque de transmission, diminution de la possibilité de guérison spontanée après une hépatite aigüe et aggravation du pronostic de l'infection par le VHC^[20]. Aujourd'hui, les lésions hépatiques induites par l'infection chronique due au VHC sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez les patients VIH. La co-infection VIH-VHC implique donc des stratégies spécifiques de prise en charge. Les recommandations sont de ne pas retarder la mise sous traitement antirétroviral du fait de la présence du VHC. Le traitement anti-VIH doit être considéré comme prioritaire sur celui contre le VHC. Lorsque tous deux sont nécessaires, le traitement anti-VHC vient dans un second temps dès que le traitement antirétroviral a atteint ses objectifs. L'existence d'interactions néfastes entre certains traitements antirétroviraux et de l'hépatite C nécessite d'adapter le choix des molécules utilisées, en cas de traitements simultanés, d'effectuer un suivi rapproché des fonctions hépatiques du fait de l'hépatotoxicité de la plupart des antirétroviraux.

Un accès aux traitements anti-VHC encore trop faible

Parmi les usagers des Caarud en Ile-de-France séropositifs au VIH, 93% déclarent être suivis pour leur infection^[11]. Si les bénéfices dus aux traitements Haart* sont démontrés par la baisse du nombre de décès liés au sida, différentes études montrent que ces gains chez les usagers de drogues sont moins élevés que dans les autres groupes de patients^[29] du fait d'un retard à la mise sous traitement (préjugés des médecins sur l'observance des usagers de drogues, moindre demande des usagers liée à leurs mauvaises conditions de vie), moindre observance, état dépressif plus fréquent^[29]. Dans la cohorte Manif 2000^[23], les patients abstinents avaient, à état immunitaire comparable, trois fois plus de chances de recevoir un

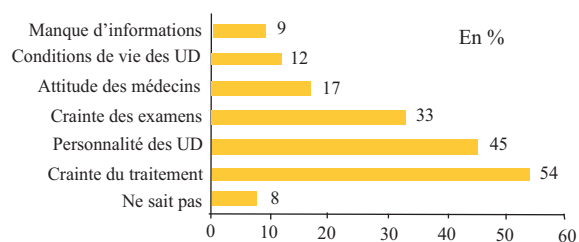
traitement antirétroviral que les patients toujours dépendants des opiacés, actifs ou substitués.

Le suivi de l'hépatite C est moins fréquent que celui du VIH : 44% des usagers franciliens des Caarud se déclarant positifs pour le VHC sont suivis pour leur hépatite^[11]. En revanche, 89% de ceux co-infectés se déclarent suivis pour le VIH et le VHC. Les traitements contre le VHC sont perçus comme difficilement accessibles par 28% des usagers de drogues interrogés dans Coquelicot^[26] et des informations négatives vis-à-vis du traitement contre le VHC circulent chez les usagers : il est redouté par 54% d'entre eux (graph. 1) du fait de ses effets secondaires connus (fatigue, troubles psychiatriques, etc.) et un tiers craint la ponction-biopsie, examen invasif qui évalue l'état hépatique et oriente les traitements. D'autres tests non invasifs de la fibrose** ont été mis au point et apportent des informations comparables^[20]. L'accès à ces nouvelles méthodes reste encore difficile du fait de l'absence de prise en charge de certains tests biologiques par l'assurance maladie et de leur grande disparité géographique d'accès.

Une meilleure observance aux traitements chez les patients substitués

Les patients infectés par usage de drogues par voie intraveineuse semblent avoir une moindre observance aux traitements antirétroviraux^[21]. Une analyse de l'enquête Vespa nuance cette moindre observance et montre que ce n'est vrai que pour les patients n'ayant pas renoncé à l'héroïne ou l'ayant remplacé par l'alcool^[22]. L'usage d'héroïne, activité pouvant occuper la journée, rend difficile l'observance à un traitement nécessitant une grande rigueur. Par contre, le traitement de substitution serait associé à une meilleure observance^[22] et 78% des patients substitués de la cohorte Manif seraient observants contre 42% des UDVI actifs non substitués^[23]. Certains facteurs sont associés à une moindre observance aux traitements Haart : âge plus jeune, consommation élevée d'alcool, événements de vie négatifs durant les 6 derniers mois et usage actif de drogues^[23], difficultés financières, perception d'effets secondaires du traitement ou perception d'attitudes de rejet de la part de médecins ou de soignants^[24]. La reprise d'une pratique d'injection est également associée à un risque plus élevé de rupture d'observance. La mise en place d'une stratégie globale de prise en charge de l'infection à VIH, de l'hépatite C et des addictions implique de maintenir le taux élevé de dépistage du VIH et d'encourager le dépistage du VHC chez les usagers de drogues.

Graph. 1 : Raisons invoquées par les usagers de drogues pour expliquer le non accès aux traitements de l'hépatite C des usagers de drogues (plusieurs réponses possibles)



Source : Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004 [26]

* Highly active antiretroviral therapy

** Fibrotest[®], Fibromètre[®], Hépascore[®], Fibroscan[®]

Persistance de prises de risque infectieux, notamment chez les jeunes

Si la mise en place de la politique de réduction des risques a permis de réduire de manière très notable les pratiques à risque (cf. p.3), certaines prises de risque semblent persister, soit dans certaines populations, soit du fait de certaines conditions de vie, et seraient même en légère augmentation. Les données parisiennes de l'enquête Coquelicot^[13] indiquent que parmi les usagers de drogues qui ont injecté au cours des derniers mois, 13% déclarent avoir partagé la seringue et 43% du petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère) ou l'eau, et pour les données sur l'ensemble des villes dans lesquelles l'enquête s'est déroulée, 74% ont réutilisé leur seringue, 81% ont partagé la pipe à crack et 25% la paille de snif. La politique de réduction des risques a entraîné une baisse de l'usage d'héroïne en France (cf. p.3), ce qui a permis notamment une diminution du recours à l'injection et ainsi une baisse des pratiques à risque. Certains éléments issus des observations Trend à Paris en 2008^[3], et déjà en 2007, font cependant craindre un retour de l'usage d'héroïne : accroissement de la disponibilité d'héroïne, coût relativement faible et en diminution, plus grande accessibilité et amélioration de l'image de l'héroïne auprès des usagers de drogues^[3]. Des surdoses d'héroïne en nombre ont conduit les agences et institutions publiques compétentes à émettre des alertes sanitaires sur la circulation d'une héroïne fortement concentrée^[3].

La précarité favorise les pratiques à risque

Une des hypothèses avancées sur les liens entre précarité et prise de risques est que "la précarité soumet l'utilisateur de drogues à la dépendance aux autres pour l'obtention du produit et rend plus complexe la gestion des circonstances de consommation. Elle renforce donc l'exposition au risque de partage du matériel de consommation^[32]."

Or les usagers de drogues interrogés dans l'enquête Coquelicot vivent dans une situation de précarité sociale : 55% n'ont pas de logement stable, c'est-à-dire ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ni chez leurs parents et, parmi ceux-ci, 19% sont dans une situation de grande précarité et vivent dans des squats ou dans la rue^[9]. Les patients de l'enquête Vespa contaminés par le VIH lors d'un usage de drogues se caractérisent par une vulnérabilité sociale : près de la moitié sont inactifs ou au chômage, la majorité des patients vivent seuls, quatre personnes sur cinq ne sont pas satisfaites de leur logement ou ont un logement précaire^[31].

Les femmes usagères de drogues en situation de précarité, souvent en rupture avec leur famille, ont peu d'autonomie financière et, lorsqu'elles dépendent de leur conjoint pour leur consommation de drogues, la pratique de partage du matériel a lieu le plus souvent au sein du couple^[32]. Ce partage de seringues ou de pipe à crack servirait à témoigner de la confiance qu'elles ont en leur compagnon, souvent sous la pression de ce dernier^[3].

Espaces festifs : de nouveaux modes de consommation pouvant entraîner des pratiques à risque

L'analyse des données de l'enquête Trend à Paris dans les espaces festifs^[30] montre que la pratique d'injection dans les événements festifs de type "alternatif" (teknivals, *free parties*) est apparue il y a quelques années, même si elle reste marginale. Si la plupart des usagers de ces espaces connaissent les risques infectieux (VIH et VHC) par le partage de seringues, il y aurait une méconnaissance

importante, en particulier chez les plus jeunes, des risques de contamination par le VHC lors du partage du matériel (coupelle, cuillère, filtre, etc.) et de l'eau servant à la préparation. De plus, les consommations importantes d'alcool, de médicaments détournés de leurs usages et les mélanges de produits tendent à réduire la vigilance et à provoquer des comportements à risque, même chez les personnes qui en ont une bonne connaissance.

Chez les consommateurs de cocaïne dans les espaces festifs commerciaux (bars, clubs, discothèques, soirées privées, concerts, etc.), les notions de réduction des risques seraient quasiment inconnues et les risques de transmission du VHC semblent peu pris en compte lors des consommations par la voie nasale (snif)^[3].

Des prises de risques plus fréquentes chez les jeunes

La séroprévalence au VHC déjà élevée dans la population des usagers de drogues de moins de 30 ans interrogés dans l'enquête Coquelicot (28%) semble indiquer l'existence de pratiques à risque dans cette population, mais peut aussi témoigner d'une contamination possible par leurs aînés, souvent leurs initiateurs à l'injection et chez qui le taux de prévalence au VHC atteint 71%^[9]. Selon les données franciliennes de l'enquête Ena-Caarud^[11], les jeunes injecteurs de moins de 30 ans sont plus nombreux à avoir partagé au moins une fois au cours des douze derniers mois du petit matériel d'injection (cuillère, coton/filtre, produit, etc.) que leurs aînés, 56% contre 27%, et également plus nombreux à avoir partagé une seringue au moins une fois au cours des 12 derniers mois, 15% contre 5%. Ces constats questionnent sur l'accès des plus jeunes aux messages de prévention et/ou au matériel.

Prises de risque importantes en milieu carcéral

La politique judiciaire et pénale a pour conséquence une entrée régulière en prison de personnes ayant des consommations de produits illicites : sur les 36 234 condamnations pour infractions sur les stupéfiants en France en 2005, 52% sont des peines d'emprisonnement ferme ou avec un sursis partiel^[33]. Selon l'enquête Coquelicot, 61% des usagers de drogues ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie.

Malgré l'interdiction de produits illicites en prison, cannabis, héroïne, cocaïne, buprénorphine haut dosage hors d'un cadre prescrit circuleraient, avec l'existence d'une initiation à l'injection, permettant de potentialiser l'effet de produits rares et difficiles à obtenir. Dans l'enquête Coquelicot^[9], 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés ont eu recours à l'injection en prison dont 30% ont partagé la seringue. Malgré l'inscription de la politique de réduction des risques dans la loi de santé publique de 2004 et le principe d'équivalence des soins et de la prévention en prison et hors prison, la distribution de seringues n'est pas autorisée dans les prisons, occasionnant des pratiques à risque et probablement des contaminations virales chez les usagers injecteurs du fait de la difficulté de se procurer du matériel d'injection^[33].

Différentes études menées en prison dans les années 80 indiquent une prévalence du VIH de 60% chez les UDVI (tab. 2). Si des études récentes en prison font défaut, la diminution des contaminations par le VIH a sans doute entraîné une baisse de la prévalence du VIH chez les UDVI incarcérés.

Réduction des risques : pratiques de terrain et nouveaux enjeux de la prévention

Dr Sylvie Fauvelot Mahier, APS Contact, pour l'Anitea* Ile-de-France

Etat des lieux et contexte actuel

Apparue en 1926 en Grande-Bretagne, la politique de réduction des risques (RdR) a été adoptée en France, comme dans d'autres pays d'Europe du sud, avec l'apparition de l'épidémie de sida. Ainsi a-t-on vu naître des associations d'usagers ; la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987, les kits de *shoot propre* ; les Programmes d'échange de seringues (PES), l'ouverture de lieux dits à *bas seuil* ("boutiques") au début des années 90 et la prescription de substituts opiacés en 1995 (méthadone et surtout buprénorphine haut dosage mise à disposition en médecine libérale). Cette politique a fait chuter la mortalité par overdose de 80% et la prévalence estimée du VIH (tab. 2) dans des proportions presque comparables dans la population toxicomane.

Les accueils de première ligne : succédant aux structures à bas seuil ouvertes en 1992, les Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud) sont créés en 2005 sous financement de l'assurance maladie. Leur mise en place a permis la pérennisation des financements et la professionnalisation des équipes. Cependant de nombreuses structures fonctionnaient avec d'anciens usagers qui n'ont pas pu se professionnaliser. La création des Caarud a permis la reconnaissance par les institutions et le public d'une politique de RdR, tout en perdant la richesse de l'expérience de l'auto-support des premières "boutiques".

L'expérience du Bus méthadone bas seuil de Médecins du Monde (Association Gaïa à Paris et Médecins du Monde à Marseille) : entre les Caarud et les Csapa, le Bus méthadone propose un accès *bas seuil* aux traitements de substitution à la méthadone. Ses objectifs sont de rencontrer une population d'usagers marginalisés, en grande précarité, tous les jours, en unité mobile, de permettre l'accès à la méthadone en délivrant une dose quotidienne avec un seuil d'exigence minimal et enfin d'améliorer l'accès aux soins et l'accès aux droits sociaux élémentaires. Ce programme a permis une prise en charge médico-psychosociale qui correspond aux attentes et aux modes de vie des usagers les plus précaires, méconnus des dispositifs habituels de soins.

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (Csapa) : anciennement Centres de soins spécialisés pour toxicomanes ou Centres de cure ambulatoire en alcoologie, tous les Csapa, spécialisés ou non, ont maintenant l'obligation de mettre en œuvre des mesures de RdR à destination du public qu'ils prennent en charge (mission obligatoire). La RdR concerne soit les risques liés aux produits eux-mêmes (drogues illicites et alcool), soit les risques liés aux modes d'usage, soit, enfin, ceux liés aux circonstances de consommation. Si la prévalence du VIH chez les usagers de drogue injecteurs est passée de 40% en 1998 à 10% en 2006, en revanche la prévalence du VHC est restée élevée (de 50% à 60%) parmi les usagers injecteurs. Le nouvel enjeu central de la RdR devient donc la prévention de l'infection par le VHC.

Un Programme national hépatites virales en 2005 : en décembre 2005, le ministère de la Santé a élaboré un programme dont les objectifs étaient principalement d'améliorer l'information auprès des usagers sur les risques d'infection virale B ou C et de former

les intervenants ; d'améliorer l'accès à la méthadone qui semble supérieure à la buprénorphine pour réduire l'incidence de l'hépatite C ; d'améliorer le dépistage du VHC (chaque établissement médico-social accueillant des usagers devant établir une convention avec un Centre de dépistage anonyme et gratuit, CDAG) ou un laboratoire d'analyses pour faciliter le dépistage. Ce dépistage devant être répété tous les 4 à 6 mois, des alternatives au prélèvement par voie veineuse doivent être proposées (le micro prélèvement au bout du doigt et la salivette), de plus il importe que le dépistage puisse être effectué le jour même de la prescription du test (la réalisation différée du test est souvent très aléatoire) ; d'améliorer la prise en charge des usagers infectés par le VHC à travers la formation pluridisciplinaire des intervenants des différentes structures, proposer des alternatives à la ponction biopsie hépatique (tests biologiques de fibrose et/ou la mesure de l'élasticité du foie par Fibroscan®) ; de proposer le traitement aux usagers poursuivant leur consommation de drogues lorsque ceux-ci manifestent leur motivation à suivre un traitement. Il s'agit aussi de renforcer l'accompagnement global de la personne pendant et après son traitement ; de mettre en place des consultations d'hépatologie au sein des CSST ; enfin, concernant le milieu carcéral, de proposer systématiquement le dépistage du VHB, du VHC et du VIH et la vaccination contre le VHB, lorsqu'il y a lieu, de former les cliniciens et les équipes médicales des Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), de promouvoir l'initiation de traitement en prison et de faciliter l'accès des associations de malades au milieu carcéral.

Un nouveau Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) vient d'être mis en place.

Des programmes nationaux sont mis en œuvre "Hep'tox" (hépatite C toxicomanie) en 2007 et les rencontres Interrégionales Hépatites et Addictions : reprenant les objectifs du plan national concernant les CSST, les programmes "Hep'tox" améliorent la prévention et le dépistage de l'hépatite C chez les usagers de drogues suivis en Csapa ainsi que leur prise en charge pour l'hépatite C, dans ce même lieu, par le rapprochement entre un hépatologue confirmé et disposé à s'occuper de la population des usagers de drogues et une équipe de Csapa prête à intégrer un hépatologue pour le traitement de l'hépatite C.

Organisées par les laboratoires pharmaceutiques soutenant ces programmes, deux rencontres multidisciplinaires auxquelles ont participé hépatologues, infectiologues, addictologues, psychiatres, psychologues, infirmières, directeurs de centres et associations d'usagers, ont montré l'intérêt de tels dispositifs dans l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des usagers de drogues porteurs de l'hépatite C.

Quelques nouveaux enjeux soutenus par l'Anitea

Les usagers de drogues présentant le plus de prises de risque infectieux reste la population des plus jeunes, notamment au début de leurs consommations. La politique de RdR à mener devrait donc cibler davantage cette population. Ce pourrait être les actions de RdR suivantes :

La prévention sur les lieux mêmes de consommation semble un moyen possible. Ces interventions sont basées sur trois axes

* Association nationale des intervenants en toxicomanie et en addictologie

principaux : une information orale et écrite sur les produits avec distribution de matériel pour les consommer à moindre risque (eau, pailles propres, kits de *shoot propre*, etc.), une assistance médicale, un contrôle rapide des produits (réactifs de Marquis), accompagné parfois d'une analyse pharmacologique. En France, les actions de RdR en milieu festif sont tout juste tolérées dans les rassemblements type *free parties*. Les patrons de lieux festifs privés (discothèques, bars, etc.) restent frileux à organiser des actions de RdR dans leurs établissements, contrairement à d'autres pays d'Europe du sud, la législation française les rendant responsables de la consommation de drogues illicites qui pourrait s'y produire.

Les salles de consommation à moindre risque : une autre proposition qui a fait ses preuves serait l'ouverture de salles de consommation. En effet, ces salles offrent plusieurs avantages dont la sécurité sanitaire pour les usagers, permettant de réduire les risques liés à l'injection (VIH, hépatites, infections, septicémies, overdoses, etc.). C'est un outil privilégié permettant aux professionnels de rentrer en contact avec des usagers de drogues ayant des difficultés à entrer dans un parcours de soins et, enfin, la sécurité et la tranquillité pour les habitants des quartiers concernés. Un collectif composé des associations Asud, Anitea, ActUp Paris, Sos Hépatites Paris, Safe, Gaïa et salledeconsommation.fr, a présenté une salle de consommation

fictive à l'occasion de la Journée mondiale des hépatites du 19 mai 2009, puis lors des 30èmes journées de l'Anitea les 11 et 12 juin et, enfin, au colloque THS à Biarritz du 13 au 16 octobre. Cette action a été un succès dans la participation et dans les débats qu'elle a suscités pour l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Paris.

La question de la RdR en milieu carcéral reste entière. Dans l'enquête Coquelicot⁽⁹⁾, 12% des usagers de drogues ayant fait au moins un passage en prison déclarent s'être injectés pendant leur détention et parmi eux 30% ont partagé le matériel avec d'autres. La pratique de l'injection en prison présente des risques maximum. L'eau de javel est distribuée dans beaucoup d'établissements mais sans mode d'emploi, peu d'établissements proposent des préservatifs et en matière de substitution, malgré la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la prescription et l'initiation de la méthadone en prison, la prescription n'est pas assurée partout et la distribution est disparate. Quant aux Programmes d'échange de seringues, les pouvoirs publics sont pour l'instant opposés à leur introduction dans les prisons françaises.

D'autres pistes restent à explorer en matière de réduction des risques, notamment les programmes d'héroïne contrôlée (déjà mis en place en Suisse), voire la mise sur le marché de traitements de substitution injectables.

Nous remercions vivement Sylvie Fauvelot Mahier (APS Contact pour l'Anitea Ile-de-France) pour sa précieuse collaboration à ce Bulletin, ainsi que l'InVS pour les données de surveillance du VIH-sida et l'OFDT pour les données régionales d'Ena-Caarud 2006 et de Recap 2007

Références

- [1] Ingold F.-R., Ingold S. (dir.). Les effets de la libéralisation de la vente des seringues. Rapport d'évaluation. Irep, juillet 1988. Ingold F.-R. (dir.). La transmission du VIH chez les toxicomanes. Irep, mars 1992. Ingold F.-R. (dir.). Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Irep, décembre 1996.
- [2] Données OCRTIS 1994-2007, exploitation ORS Ile-de-France.
- [3] Halfen S., Grémy I. Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2008. Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND). ORS Ile-de-France, juin 2009.
- [4] Costes J.-M., Vaissade L., Colasante E. et al. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France – estimation 2006. OFDT, juin 2009.
- [5] Costes J.-M., Bello P.-Y., Palle C. et al. Substitution aux opiacés. Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. OFDT, 2003.
- [6] Données Iliad. OFDT. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>. Janssen E. Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique. RESP, 2009 ; n° 57 : pp. 126-129.
- [7] InVS. Déclarations obligatoires des découvertes de séropositivité au 31-12-2007 – exploitation, ORS Ile-de-France.
- [8] InVS. Déclarations obligatoires des cas de sida au 31-12-2007 – exploitation, ORS Ile-de-France.
- [9] Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 2006 ; n° 33 : pp. 244-247.
- [10] Veisse A. Que sont devenus 756 toxicomanes incarcérés à Fresnes en 1985/86 ? Thèse de médecine. Faculté de médecine Necker enfants malades, mars 1993.
- [11] Enquête OFDT, Ena-Caarud, 2006. Exploitation des données franciliennes, ORS Ile-de-France.
- [12] Enquête OFDT, Recap-CSST, 2007. Exploitation des données franciliennes, ORS Ile-de-France.
- [13] Enquête InVS-ANRS Coquelicot 2004. Extractions parisiennes non publiées.
- [14] ANRS. Enquête ANRS-VESPA. Premiers résultats. Actualité en santé publique, novembre 2004.
- [15] Larsens C. et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. BEH, 2005 ; n° 23 : pp. 109-112.
- [16] Six C., Hamers F., Brunet J.-B. Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993 à juin 1998. Ceses, juin 1999.
- [17] Bellamy V. La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social. Drees. Série Statistiques, 2005 ; n° 83 : pp. 25-27.
- [18] Emmanuelli F., Lert F., Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. InVS, Inserm, OFDT, novembre 1999.
- [19] Marimoutou C., Poisot-Martin I., Loundou, A. et al. Motifs d'hospitalisation et mortalité dans la cohorte MANIF 2000 composée de sujets infectés par le VIH et contaminés par usage de drogues en intraveineux, 1995-1999. La Presse Médicale, 2003 ; n° 32 : pp. 587-594.
- [20] Yeni P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts, Rapport 2008. Médecine-Sciences, Flammarion.
- [21] Gordillo V. et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS, 2009 ; 13 : p.1763-1769.
- [22] Peretti-Watel P. et al. Usages de drogues et adhérence aux traitements, in Peretti-Watel P., Spire B., Groupe ANRS-VESPA, Sida, une maladie chronique passée au crible. Presses de l'EHESP, 2008.
- [23] Moatti J.P. et al. and the Manif 2000 study group. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. Aids, 2000 ; 14: pp. 151-155.
- [24] Peretti-Watel P. et al. et l'équipe de l'enquête Vespa. Les personnes séropositives pour le VIH infectées par injection de drogues : une vulnérabilité persistante. La revue du praticien, 2005 ; 55 : pp. 2093-2100.
- [25] Toufik A. et al. Profils, pratiques des usagers de drogues ENA-CAARUD, Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des "usagers" des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, Trend. OFDT ; 2008.
- [26] Jauffret-Roustide M. et al. Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007. BEH, 2009 ; 20-21 : pp.213-217.
- [27] Lot F. et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. BEH, 2006 ; 48 : pp.371-378.
- [28] Emmanuelli J. et al. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. BEH, 2003 ; 16-17 : pp. 97-99.
- [29] Lert F. Réduction des risques et traitement anti-VIH. Swaps, 2006 ; 44.
- [30] Halfen S. et al. Usages de drogues et pratiques d'injection dans les espaces festifs à Paris : évolution et caractéristiques en 2007. ORS Ile-de-France, 2008.
- [31] Peretti-Watel P. et al. Faire enquête en population séropositive in Peretti-Watel P., Spire B., Groupe ANRS-VESPA. Sida, une maladie chronique passée au crible. Presses de l'EHESP, 2008.
- [32] Jauffret-Roustide M. Précarité et prises de risque chez les usagers de drogues, 70ème rencontre du Crips Ile-de-France, 2008.
- [33] Halfen S. et al. Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009. Document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009.

Bulletin réalisé par Sandrine Halfen, Catherine Embersin-Kyprianou, Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France, Sylvie Fauvelot Mahier, APS contact, pour l'Anitea Ile-de-France.

L'ORS Ile-de-France est subventionné par l'Etat
(la Préfecture de région d'Ile-de-France et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)
et par le Conseil régional d'Ile-de-France.