

## **VHC et toxicomanie : l'indispensable prise de conscience n'a pas eu lieu**

**L'hépatite C continue de frapper les toxicomanes, mais tout se passe comme si on n'avait pas encore pris la mesure de la gravité de l'épidémie. Faudra-t-il attendre que des cirrhoses se développent en masse, dans les années à venir ? Pour l'heure, les efforts de prévention apparaissent insuffisants, bien que des outils intéressants aient été élaborés, et les toxicomanes restent les grands exclus de l'accès au traitement.**

D'année en année, c'est toujours la même distorsion qui saute aux yeux. D'un côté, les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), sensibilisés aux programmes d'échange de seringues, sont devenus extrêmement minoritaires dans les statistiques VIH (2 % des nouvelles infections). De l'autre, ils n'en finissent pas de se contaminer par le virus de l'hépatite C (VHC) : sur les 5 000 nouvelles personnes touchées chaque année, 70 % sont des toxicomanes (1). Si 20 % d'entre eux guérissent spontanément de l'infection, 80 % s'orientent vers une hépatite C chronique, qui aboutit dans 20 % des cas à une cirrhose.

Il existe pourtant des outils de réduction des risques, des traitements efficaces, des structures spécialisées dans l'accueil et le suivi des toxicomanes et un cadre légal puisque la France s'est dotée de deux plans successifs de lutte contre l'hépatite C. Qu'est-ce qui fait donc obstacle à contenir l'épidémie de VHC parmi les toxicomanes ?

### **Un message de prévention plus complexe**

En 1981, le slogan « une seringue, un shoot », a été rapidement adopté par les UDVI. Les nouvelles contaminations à VIH se sont mises à chuter de manière spectaculaire. Ce message, plutôt bien intégré aujourd'hui, demeure insuffisant pour prévenir le VHC. En effet, le VHC se transmet par contacts sanguins. Mais il a la particularité d'être dix fois plus contaminant que le VIH, qui ne se transmet « qu'à chaud », tandis que le VHC reste vivace entre 24 et 48 heures à l'air ambiant. Dès lors, le risque ne se limite pas à l'échange de seringues contaminées, mais aussi au partage du petit matériel servant à préparer les injections : il suffit que du sang contaminé s'y soit déposé. Il est fréquent que le coton qui sert de filtre pour préparer sa seringue soit utilisé plusieurs fois, conservé pour les moments de manque afin d'en retirer encore un peu de substance, et prêté à d'autres qui en auraient besoin. Or, tout coton utilisé par quelqu'un dont la seringue est contaminée à VHC devient contaminant pour celui qui s'en sert. La remarque vaut également pour le partage des cuillères, des récipients – dans lesquels les membres d'un groupe préparent la drogue et trempent leur seringue individuelle – ou pour le partage de l'eau qui sert à rincer les seringues... Mais les utilisateurs de drogue par voies non injectables sont aussi concernés par l'épidémie. Bien que cela n'ait pas encore été démontré scientifiquement, on ne peut écarter que l'échange de pailles pour sniffer (qui abîment les muqueuses nasales), et la pratique du crack, dont l'utilisation occasionne de nombreuses coupures (cf. encadré p. 19), ne comportent des risques de contamination.

« Cette diversité de facteurs contaminants rend le message de prévention du VHC plus ardu que celui du VIH », constate Guillaume Pfaus, chef de service de l'association Espoir Goutte d'Or. Aussi, si des outils ont été développés pour réduire les risques, ils ne peuvent être véritablement utiles qu'accompagnés d'un discours de prévention sans cesse répété. « La Stéribox® de deuxième génération fournit du matériel de lutte contre les hépatites : une coupelle, un coton stérile et un tampon pour se désinfecter après l'injection. Mais c'est oublier que le problème ne se situe pas à ce niveau. Si on n'explique pas les modes de contamination aux usagers de drogue, ce coton gratuit ne les empêchera pas de s'infecter ! Évidemment, ce travail de prévention exige de s'être renseigné sur la façon dont les gens se shootent », analyse le Dr Pascal Mélin, vice-président de SOS hépatites et hépatologue à Saint-Dizier. Or, les efforts réalisés par les associations semblent insuffisants. Alberto Torres, chef de service du centre de réduction des risques « Step » (association Espoir Goutte d'Or), estime la prévention quasi inexistante en France : « Beaucoup d'associations se contentent de fournir du matériel mais oublient tout le discours qui doit aller avec. » Et d'ajouter qu'il arrive que des réducteurs de risques rechignent à fournir certains nouveaux outils, comme le Stériefilt®, un filtre stérile, qui ne retient aucune substance (contrairement au coton) et se met au bout de la seringue. Ce qui laisse à penser que la complexité du message de prévention de l'hépatite C n'a pas été intégrée par certains professionnels eux-mêmes. Un constat auquel adhère la présidente de SOS hépatites-Paris, Michèle Sizorn. Elle qui reçoit de nombreux toxicomanes au cours des permanences hebdomadaires qu'elle assure, critique la mise à disposition insuffisante et inadaptée des seringues dans certains

quartiers : résultat, une seringue peut être réutilisée six ou sept fois. Elle déplore par ailleurs la faible sensibilisation des personnels, notamment dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) : « Certains personnels de ces centres considèrent que leurs patients ne se droguent plus et qu'il n'y a donc pas de message à faire passer mais c'est sans compter sur ceux qui se font une défonce une ou deux fois par an, et sur tous ceux qui s'injectent leur produit de substitution. Résultat : on ne parle pas du risque lié au petit matériel et dans certains centres, le dépistage de l'hépatite C n'est quasiment pas pratiqué. L'un de nos stagiaires s'est récemment rendu dans un CSST où seuls 20 % des 360 usagers de drogue accueillis ont été dépistés ! » Michèle Sizorn estime donc nécessaire de mieux former les personnels des centres de substitution et d'accueil des toxicomanes.

### **Une population quasiment pas traitée**

Le risque de l'hépatite C et sa gravité restent manifestement sous-estimés. Cette représentation a des conséquences non seulement en matière de prévention et de dépistage, mais aussi en ce qui concerne l'accès au traitement des toxicomanes, qui reste très faible. « Seuls 500 toxicomanes sont traités par an, alors que dans le même temps, entre 3 500 et 4 000 d'entre eux s'infectent au VHC. Cela signifie qu'on ne s'occupe pas de cette population », constate le Dr Mélin. Dès lors, ces patients porteurs du virus deviennent « les principaux réservoirs infectants pour le VHC » (2). L'idée même de pouvoir traiter les toxicomanes n'est certes pas vieille : elle n'est reconnue qu'avec la Conférence de consensus française de 2002 qui aboutit à la conclusion qu'il « faut envisager un traitement chez les usagers de drogue ». Or, si des structures dédiées aux toxicomanes, des médecins et des unités de soins prennent aujourd'hui en charge des usagers de drogue pendant leur traitement, de fortes résistances demeurent, tant du côté des patients que du côté des personnels soignants (3).

Du côté des usagers, l'un des principaux freins à l'accès au traitement est de ne pas considérer le VHC comme une maladie grave : souvent, ceux qui sont morts dans l'entourage des toxicomanes sont apparus comme étant séropositifs ou alcooliques, mais on n'a pas retenu qu'ils avaient une hépatite C. Cette difficulté à se représenter la maladie tient aussi au fait qu'elle peut aussi bien être minime, qu'aller jusqu'à la cirrhose et au cancer du foie. A quoi viennent s'ajouter la peur de la biopsie (cf. encadré p. 17), du traitement – perçu comme rendant malade – et, plus généralement, le rejet du monde médical. Les usagers de drogue redoutent enfin qu'on les contraigne à arrêter leur consommation de drogue ou d'alcool brutalement. Les médecins, de leur côté, ont souvent tendance à considérer que l'hépatite est minime chez les toxicomanes, des études étant allées dans ce sens. Un jugement réfuté par Pascal Mélin : les études réalisées jusqu'à présent n'ont, selon lui, pas suffisamment de recul (il faut environ trente ans pour qu'une cirrhose se déclare) et se sont basées sur des toxicomanes triés sur le volet : « Je me suis rendu dans des squats, où les personnes vivaient dans la crasse, totalement dénutries. Ces personnes-là n'arrivent pas jusqu'à nos services d'hépatologie, mais elles sont atteintes d'hépatites sévères ! », témoigne-t-il. Les a priori des médecins portent par ailleurs sur les toxicomanes eux-mêmes, vus comme des patients difficiles à gérer, auxquels on ne peut pas faire confiance, présentant des risques de dépression accrues sous traitement anti-VHC et de réinfection, ou dont la consommation d'alcool ne permettrait pas d'initier un traitement.

« Il y a tout un tas de mauvaises raisons de ne pas s'occuper des toxicomanes », conclut le Dr Mélin, qui insiste au contraire sur la nécessité de traiter ces populations, notamment celles qui sont les plus toxicomanes et les plus alcooliques, car ce sont elles qui présentent les plus lourds risques de développer une hépatite grave. Cette prise en charge est possible, et elle rencontre de réels succès en termes d'observance et de guérison. Il ajoute que le traitement provoque des effets annexes très bénéfiques : « Beaucoup de personnes arrêtent leur substitution ou leur consommation d'alcool pendant le traitement en outre, réussissent à supporter un traitement très pénible a souvent pour effet de renforcer l'estime de soi de personnes qui peuvent avoir l'impression de n'avoir rien su faire de bien pendant leur vie. »

Mais surtout, cette expérience fait des toxicomanes les meilleurs agents de prévention qui soient : « Le bon angle n'a pas encore été trouvé en matière de prévention. Il faut qu'on explore de nouvelles logiques. Mais en attendant, les toxicomanes sont capables de passer des messages entre eux... A Saint-Dizier, ceux qui étaient sous traitement sont allés à la rencontre de leurs copains pour leur montrer combien le traitement les faisait souffrir et les avertir de ne pas se contaminer. L'effet dissuasif a été radical. Nous avons vraiment vu les contaminations chuter. Quant aux personnes infectées, elles sont venues se faire traiter. » Une réussite à méditer.

### **Laetitia Darmon**

(1) Conférence de consensus « Traitement de l'hépatite C », 27-28 février 2002.

(2) Conférence de presse « L'hépatite C chez le toxicomane : pourquoi encore si peu prise en charge », Schering-Plough, 15 juin 2005.

(3) SOS hépatites a recensé ces résistances dans le livret n° 10 de la série « Etre hépatant », intitulé Drogues, alcool et traitement de l'hépatite C – inventaire des a priori des usagers et des médecins. Des réponses aux

différentes peurs sont apportées pour aider les uns et les autres à accepter l'idée d'un traitement. A télécharger sur [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)