

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.