

SWAPS

Quelle réduction des risques pour quelles drogues en 2013 ?

Rencontre organisée par la chaire d'addictologie du Cnam, AIDES et vih.org

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 69 / 4^e trimestre 2012

Édito / 24

Les politiques de réduction des risques depuis l'appel de Vienne / 2

Produits de substitution pour la cocaïne : mythe ou réalité ? / 5

« slam » Injection de drogues chez les gays : enquête qualitative pour mieux connaître la pratique, les risques et les demandes / 8

Prévalence de la fibrose hépatique chez les usagers de drogues fréquentant les Caarud et Csapa d'Île-de-France / 17

Avec ou sans protocoles de soins, l'injection parmi les usagers reste un enjeu de santé publique / 22



/ 11

DOSSIER

Quelle réduction des risques pour quelles drogues en 2013 ?

Rencontre du jeudi 29 novembre 2012 organisée par la chaire d'addictologie du Cnam (département DISST), en partenariat avec AIDES et vih.org

Les politiques de réduction des risques depuis l'appel de Vienne

Michel Kazatchkine / Nations unies

Quelques experts scientifiques, cosignataires de l'appel de Vienne en juillet 2010, se sont retrouvés pour évoquer les éventuels changements des politiques afin de promouvoir l'accès aux traitements. Selon Michel Kazatchkine, envoyé spécial des Nations unies pour le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale, quelques progrès sont à noter, ils restent très insuffisants et justifient une mobilisation de tous les acteurs pour peser sur les choix politiques.

Le point de départ est la XVIII^e conférence internationale sur le sida qui a eu lieu à Vienne en juillet 2010. Des chercheurs internationaux, dirigés par le Canadien Evan Wood, ont appelé à signer une déclaration en faveur d'une politique de prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues, appel pressent et urgent pour que les usagers de drogues accèdent au traitement antirétroviral et pour la fermeture progressive et définitive des centres de détention arbitraire, en particulier en Asie, où les usagers de drogues sont conduits après leur arrestation.

Cet appel a été publié dans le *Lancet* en juillet 2010¹ et parmi ceux qui avaient cosigné, nous nous sommes retrouvés il y a quelques mois, sous la houlette des chercheurs de Melbourne, pour faire le point à 2 ans de ce qui s'est passé entre l'appel de Vienne et Washington.

Sur le plan épidémiologique, quelques données indiqueraient que la prévalence du VIH chez les usagers de drogues serait en diminution dans les 6 pays monitorés depuis l'appel de Vienne: Chine, Malaisie, Vietnam, Russie,

Ukraine, États-Unis, sauf peut-être en Malaisie.

Le problème est double: les données sont très pauvres et des changements de méthodologie

sont survenus dans l'acquisition de ces données entre 2009 et 2011.

J'ai proposé à l'ONUSIDA et à son directeur exécutif, M. Fedotov, de créer un groupe des Nations unies pour recueillir des données solides. Avec la dissolution du groupe de référence et depuis que l'ONUSIDA a dit qu'elle ferait l'inventaire de toutes ces données, il ne s'est pas passé grand-chose. La pauvreté des données et le changement de méthodologie entre 2009 et 2012 font qu'il est très difficile de tirer des conclusions.

L'accès aux traitements en Chine, Malaisie, Vietnam, Russie, Ukraine et États-Unis

On a un peu plus de données sur la couverture des traitements dont les tendances sont les suivantes:

En Chine, on a vu très clairement une explosion positive du nombre de centres qui permettent l'accès au traitement substitutif, en particulier la méthadone (+ 30 % en 2 ans). On a vu un accroissement relatif de la couverture en antirétroviraux des usagers de drogues infectés par le VIH, même s'il reste encore très bas, inférieur à 5%.

¹ Wood E, Werb D, Kazatchkine M et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010 Jul 31;376(9738):310-2

En Malaisie également, on a constaté un accroissement des traitements substitutifs, et il se passe des choses intéressantes dans ce pays, on assiste à une véritable conversion. En effet, c'est le ministère de l'Intérieur, lui-même, qui a changé une partie de ses centres en centres de soins. Le nombre de patients sous traitement antirétroviral a augmenté également en Malaisie, mais la couverture est, là aussi, très basse (moins de 5%). Il ne faut pas oublier que c'est le pays où les lois sont parmi les plus répressives en matière d'usage et de trafic de drogues (peine de mort).

Au Vietnam, les traitements de substitution et les antirétroviraux sont en augmentation.

En fédération de Russie, les indicateurs sont tous à la baisse, les programmes d'échange de seringues s'effondrent avec l'arrêt des financements du Fonds mondial, on passe de 133 000 personnes qui en bénéficiaient à 49 000 en deux ans. En Russie, le traitement substitutif est illégal, donc il n'y en a pas. Et enfin, la couverture en antirétroviraux est inférieure à 1%. On est dans le plus mauvais cas de figure.

En Ukraine, la tendance est dans l'ensemble très positive, avec des progrès importants, en particulier dans les programmes d'échange de seringues. En matière de traitements substitutifs, il y a des hauts et des bas.

Aux États-Unis, l'événement important de ces deux ans, surprenant et particulièrement scandaleux, est la réinstitution par le congrès et le président Obama de l'interdiction de financement des programmes d'échange de seringues par l'État américain, que ce soit en interne ou dans les programmes internationaux.

Des progrès sur les centres de détention en Chine et au Vietnam ont été constatés, on passe de 300 000 à 200 000 personnes internées en Chine dans cette période, et de 60 000 à 35 000 au Vietnam.

Aux États-Unis, dans les prisons fédérales, un nombre important de personnes sont en détention pour des questions de drogue : 54% des personnes emprisonnées le sont pour des infractions liées aux drogues (*drug-related offenses*); dans les prisons des États, c'est de l'ordre de 30%.

Un paysage chargé de nuages et plutôt gris

On constate donc quelques progrès dans la couverture des traitements, mais aussi dans le choix des politiques publiques, en particulier en Malaisie. Le fait qu'en Chine et au Vietnam les traitements substitutifs soient en progression est particulièrement intéressant, c'est un exemple qui, un jour, inspirera peut-être la Russie dans le cadre du groupe de Shanghai.

Pour le traitement antirétroviral, on reste dans une crise importante de quasi absence d'accès au traitement pour les usagers de drogues atteints par le VIH.

Dans ce contexte international, on a de plus en plus de données concernant l'Afrique. Au Sénégal, la prévalence du VIH chez les personnes usagères de drogues se situe aux alentours de 10%, au Nigéria et au Kenya, elle est entre 15 et 40% selon les études. Les financements du Fonds mondial, auparavant premier financeur de la réduction des risques dans le monde en développement (400 millions de dollars ont été versés dans les 6 dernières années), sont en baisse, le Fonds dispose de moins de crédits et son conseil d'administration a aussi fait des choix de réorientation stratégique. Tout cela survient dans un paysage des Nations unies relativement neutre où l'on entend des langages discordants entre, d'une part, les agences de santé (OMS, ONU-SIDA), qui tiennent des langages parfois timides mais favorables à la réduction des risques et, d'autre part, l'ONUSIDA de Vienne qui tient souvent des propos qui vont à l'encontre des agences de santé.

Un paysage chargé de nuages et plutôt gris.

Le chemin politique : meilleur moyen pour convaincre

Un article² paru dans le *British Medical Journal* sous forme de méta-analyse montre l'efficacité de la méthadone à réduire les comportements à risque des usagers de drogues, en particulier en matière de transmission du VIH. Dans cette étude, les programmes de substitution diminuent de 54% le risque de transmission du VIH et c'est une donnée très importante. Mais qu'on ne s'y trompe pas, « l'évidence » scientifique ne suffit pas, c'est le chemin politique qui est le meilleur moyen pour convaincre.

Ces dernières années, des organisations non gouvernementales (ONG) nationales, régionales, voire internationales se sont exprimées de plus en plus sur ces sujets, même là où, auparavant, elles n'existaient pas ou ne le faisaient pas, comme en Afrique de l'Est ou australe, en faveur d'un plaidoyer international pour un changement de politique en matière de réduction des risques.

Deux organes ont du poids en la matière :

– l'ONUSIDA, avec sa commission mondiale sur le VIH et le droit (*HIV and the law*), qui appelle très clairement à réorienter les politiques publiques plus axées sur la santé et sur les droits de l'homme ;

– et la Commission mondiale sur les politiques de drogue qui compte 25 personnalités, dont la plupart ont exercé des fonctions politiques importantes et ne sont plus en exercice (8 anciens chefs d'États d'Amérique latine et d'Europe). Elle est présidée par Henrique Cardoso, ancien président du Brésil, y figurent des personnalités importantes des Nations unies, comme Kofi Annan ou Louise Arbour, des personnalités représentant l'Union européenne, comme Javier Solana. Deux médecins figurent dans ce groupe : Pavel Bem, ancien maire

² MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012 Oct 3;345:e5945



de Prague et moi-même. Le groupe a publié 2 rapports, l'un en juin 2011 sur l'échec de la guerre contre les drogues, qui appelle à la décriminalisation de l'usage, à ce qu'on ouvre le débat; ce n'est pas un rapport pour la légalisation, mais plutôt pour un débat ouvert pays par pays, entité par entité, pour revoir les politiques de drogue à la lumière des données nouvelles. Il faut rappeler que les conventions des Nations unies sur lesquelles nous travaillons ont été rédigées avant la prise de conscience de l'épidémie de sida, nous sommes donc en décalage avec la réalité du monde. Nous expérimentons dans un certain nombre de pays des modèles alternatifs au modèle prohibitionniste qui prévaut actuellement. Le deuxième rapport a été publié en juin 2012, il explique comment la criminalisation de l'usage a considérablement favorisé l'expansion de l'épidémie du sida.

Les événements politiques marquants

Lors du sommet de Carthagène ou sommet des Amériques, le président Obama a rencontré les présidents d'Amérique latine et il a été fortement question de la réintégration de Cuba dans le débat régional et dans le débat sur la politique des drogues.

L'Uruguay a annoncé une nationalisation de la production de cannabis et de la distribution, un système régulé national. Il faut dire aussi que deux États américains ont voté pour la dépénalisation du cannabis (l'État de Washington et le Colorado). Le président Obama et le nouveau président du Mexique, Enrique Peña Nieto, ont abordé le sujet de la politique en matière de drogues, le nouveau président du Mexique s'est engagé à changer la politique de lutte contre les cartels de la drogue.

En Europe, la Commission européenne, sous l'égide de la présidence chypriote, avance timidement avec une nouvelle stratégie présentée dans un document assez plat par la vice-présidente de la Commission européenne en charge de ce dossier, Viviane Reding.

La question ne pourra pas rester en dehors d'un fort débat ouvert aux Nations unies; quatorze ambassadeurs, en particulier de pays d'Amérique latine, ont adressé une lettre au secrétaire général des Nations unies, Ban Ki-moon, en lui demandant d'ouvrir un débat public sur ces questions. On constate, pour conclure, que le paysage est toujours chargé de nuages, plutôt gris, mais que les efforts de chacun, petit à petit, finiront par éroder le « mastodonte politique » et c'est le seul moyen pour que les choses changent.

Depuis cette intervention, et à la suite de l'initiative des quatorze ambassadeurs, l'Assemblée générale des Nations unies a décidé de tenir une assemblée extraordinaire sur les politiques en matière de drogues début 2016, qui sera précédée d'un intense processus de préparation.

PUBLICATION



Drogues : sortir de l'impasse Expérimenter des alternatives à la prohibition

Anne Coppel et Olivier Doubre,
éditions La Découverte,
296 pages, 24 euros

Avec son récent livre, « Drogues : sortir de l'impasse » aux éditions La Découverte, écrit à 4 mains avec Olivier Doubre, Anne Coppel poursuit son action pour faire évoluer la politique publique des addictions. Destiné au grand public autant qu'aux professionnels, ce livre retrace l'histoire des politiques publiques, en analyse les échecs et en tire les leçons. Les données les plus techniques y sont présentées et rendues accessibles par une écriture aussi simple qu'efficace. Prolongeant les plaidoyers pour la réduction des risques qu'elle avait précédemment publié, « Drogues : sortir de l'impasse » aborde sans détour la question de la régulation des usages dans nos sociétés. Les données collectées et analysées montrent combien l'actuelle politique de prohibition et de guerre à la drogue tourne en rond. Cette politique inefficace provoque une aggravation du problème, notamment le trafic, qu'il soit international ou local, ne cesse de renforcer les mafias et de les enrichir; la pénalisation de l'usager, loin de dissuader l'usage, a compliqué l'accès aux services et a dégradé la situation des personnes. Ce livre propose d'explorer les perspectives d'une politique alternative, sans outrance, mais sans hésitation.

Jean-Pierre Couteron
Président de la Fédération Addiction

Produits de substitution pour la cocaïne : mythe ou réalité ?

Perrine Roux / Inserm U912, Marseille

Selon les hypothèses de l'étude ANRS-Stimago, le méthylphénidate permettrait d'obtenir une diminution de la consommation de cocaïne et du craving chez des personnes dépendantes à la cocaïne ou au crack, tout en observant une bonne tolérance au médicament, mais aussi une réduction des pratiques à risque liées à la transmission du VHC et une amélioration de la prise en charge des comorbidités psychiatriques. Il permettrait aussi une amélioration de la qualité de vie des patients, une diminution de la criminalité et une amélioration de l'insertion sociale. Ce projet est une étude préliminaire à un essai clinique multicentrique qui nous permettra de répondre à toutes ces questions de recherche.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer la dose efficace de méthylphénidate (MPH) permettant une réduction de la consommation hebdomadaire de cocaïne. Pour cela, la différence de quantité de cocaïne consommée par semaine sera étudiée entre M0 et M3 ajustée à la dose de MPH prescrite et aux concentrations plasmatiques de MPH.

L'un des objectifs secondaires importants sera la mesure de la toxicité potentielle du traitement afin de mieux préparer l'essai clinique randomisé. Ces résultats permettront de valider l'efficacité thérapeutique du MPH dans la prise en charge de la dépendance à la cocaïne.

Lien entre consommation de stimulants et VHC

La France a connu une diffusion croissante de la cocaïne au cours des années 1990, parmi les 18-44 ans, le pourcentage des personnes ayant déclaré l'avoir expérimentée est passé de 1,2% en 1992 à 3,8% en

2005¹. Aujourd'hui, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC), malgré l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), n'a pas connu de décroissance marquée chez les usagers de drogues (UD)². La littérature montre qu'il existe un lien étroit entre la transmission du VHC et la consommation de stimulants, tout particulièrement de la cocaïne et du crack.

La littérature internationale décrit aussi ces phénomènes émergents autour de la consommation de stimulants comme la cocaïne, le crack et les amphétamines^{3,4}. Par leurs propriétés psychostimulantes et leur durée d'action courte dans l'organisme, ces substances conduisent à multiplier les pratiques à risque, notamment en termes de transmission du VHC, liées à une fréquence de consommation plus élevée qu'avec les opiacés^{5,6}. Une étude estime que 5% des consommateurs de cocaïne deviennent dépendants⁷. Mais, à la différence des opiacés, il n'existe aucun traitement de substitution efficace, même si les dérivés amphétaminiques à longue durée d'action sembleraient avoir des effets positifs sur les UD dépendants à la cocaïne⁸. De plus, certaines populations comme les femmes et les personnes en situation précaire apparaissent plus vulnérables. Enfin, en plus de la multiplication des pratiques à risque, l'usage de cocaïne est

¹ OFDT. Drogues, Chiffres clés. Données CNAMTS-exploitation OFDT 2009; 2^e édition. www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/deec09.pdf

² Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 2005;100:1690-700

³ Buchanan D, Tozse JA, Shaw S et al. Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of "crack" cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. *Drug Alcohol Depend* 2006;81:221-9

⁴ Wilkins L, Bissell P, Meier PS. Risky injecting practices associated with snowballing: a qualitative study. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:56-62

⁵ Macias J, Palacios RB, Claro E et al. High prevalence of hepatitis C virus injection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008;28:781-6

⁶ Fuller CM, Ompad DC, Galea S et al. Hepatitis C incidence: a comparison between injection and noninjection drug users in New York City. *J Urban Health* 2004;81:20-4

⁷ O'Brien MS, Anthony JC. Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for the United States, 2000-2001. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1006-18

⁸ Mariani JJ, Levin FR. Psychostimulant treatment of cocaine dependence. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35:425-39



reconnue pour entraver l'efficacité de la prise en charge chez les personnes traitées pour leur dépendance aux opiacés⁹ et est associée à un haut niveau de criminalité.

Absence de traitement pharmacologique pour la dépendance à la cocaïne

Le traitement de référence est actuellement la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dont l'efficacité est insuffisante¹⁰. Selon plusieurs études, les non-répondants à ce traitement seraient caractérisés par un déficit en neurotransmetteurs impliqués dans les processus neurobiologiques des addictions, notamment la dopamine¹¹. Piazza et al. ont montré que 20% des rats exposés pendant une période donnée à la cocaïne deviennent dépendants, c'est-à-dire qu'ils s'auto-administrent la cocaïne de manière croissante et élevée, et ce malgré des mesures coercitives¹². L'équipe de la Columbia a montré que parmi des individus dépendants à la cocaïne, en plus du déficit dopaminergique, les non-répondants à la TCC avaient une histoire de consommation de cocaïne beaucoup plus longue que les répondants¹³.

Peut-être une réponse pour traiter la dépendance à la cocaïne : les psychostimulants

Les premières études réalisées chez le singe ont montré que l'administration prolongée de d-amphétamine permettait de réduire la tolérance à la cocaïne¹⁴. D'autres études réalisées sur l'homme ont mis en évidence la capacité des dérivés amphétaminiques à diminuer la prise de cocaïne chez des UD^{15,16}. Une récente méta-analyse suggère que la recherche sur les traitements tels que le MPH ou les analogues amphétaminiques pour la dépendance à la cocaïne pourrait permettre d'identifier des molécules thérapeutiques efficaces¹⁷. La mise en place d'essais cliniques plus larges, randomisés versus placebo, incluant des populations plus homogènes, est nécessaire¹⁸. Dans une récente étude, le MPH a montré une de ses propriétés particulières liée à son profil mixte d'inhibiteur de la recapture de la dopamine à faible dose et libérateur de dopamine à forte dose¹⁹. Les scientifiques américains⁸ semblent avoir des difficultés à valoriser les résultats en faveur

de ces psychostimulants malgré une étude toute récente montrant l'efficacité d'une combinaison thérapeutique à base de d-amphétamine²⁰.

Méthodologie

En France, le MPH (Ritaline®, Concerta®, Quasym®) est actuellement utilisé pour traiter les déficits de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant de plus de 6 ans ainsi que les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte.

Le Concerta®, choisi pour sa formulation dite « à libération prolongée » (figure), permet une prise quotidienne unique (le matin) et est beaucoup moins à risque de détournement (effet immédiat moins puissant). Afin d'ajuster tous les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et de toxicité, un seul service d'addictologie de l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille, qui prescrit déjà du MPH et qui possède une large expérience des dosages plasmatiques des médicaments, a été choisi pour tester la prise en charge standardisée avec du MPH pendant 1 an sur environ une vingtaine de patients. L'existence de cette étude sera communiquée aux différents centres de soins et de prévention (Caarud, Csapa, associations AIDES, ASUD, etc.) afin d'informer les personnes éligibles de la possibilité de participer à ce protocole de recherche.

Le suivi se fera pendant 3 mois et l'inclusion sera de 6 mois. La durée de l'étude sera donc de 9 mois avec 3 mois supplémentaires pour les analyses préliminaires.

Critères

Les critères seront d'évaluer les changements de consommation hebdomadaire de cocaïne entre 0 et 3 mois, la toxicité pharmacologique et perçue, puis la mesure de l'abstinence vis-à-vis de la cocaïne, les effets subjectifs du traitement, le *craving*, les pratiques à risque VHC, les comorbidités psychiatriques, les actes de délinquance, la qualité de vie, la réinsertion sociale, l'accès aux soins, etc.

Recueil des données

Des questionnaires téléphoniques socio-comportementaux permettront de recueillir des données sociodémographiques et sur le parcours de consommation de drogues des participants. Ces questionnaires renseigneront également sur leur consommation actuelle de drogues, sur leur score de *craving*, sur leurs pratiques à risque ainsi que sur d'autres dimensions psychosociales telles que les troubles psychiatriques, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, la recherche de sensations, le réseau social, la qualité de vie (SF-12) et les actes de délinquance.

⁹ Williamson S, Gossop M, Powis B et al. Adverse effects of stimulant drugs in a community sample of drug users. *Drug Alcohol Depend* 1997;44:87-94

¹⁰ Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165:179-87

¹¹ Martinez D, Greene K, Brojt A et al. Lower level of endogenous dopamine in patients with cocaine dependence: findings from PET imaging of D(2)/D(3) receptors following acute dopamine depletion. *Am J Psychiatry* 2009;166:1170-7

¹² Kasanetz F, Deroche-Gamonet V, Berson N et al. Transition to addiction is associated with a persistent impairment in synaptic plasticity. *Science* 2010;328:1709-12

¹³ Martinez D, Carpenter KM, Liu F et al. Imaging dopamine transmission in cocaine dependence: link between neurochemistry and response to treatment. *Am J Psychiatry* 2011;168:634-41

¹⁴ Czoty PW, Gould RW, Martelle JL, Nader MA. Prolonged attenuation of the reinforcing strength of cocaine by chronic d-amphetamine in rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacology* 2011;36:539-47

¹⁵ Mooney ME, Herin DV, Schmitz JM et al. Effects of oral methamphetamine on cocaine use: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2009;101:34-41

¹⁶ Greenwald MK, Lundahl LH, Steinmiller CL. Sustained release d-amphetamine reduces cocaine but not "speedball"-seeking in buprenorphine-maintained volunteers: a test of dual-agonist pharmacotherapy for cocaine/heroin polydrug abusers. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:2624-37

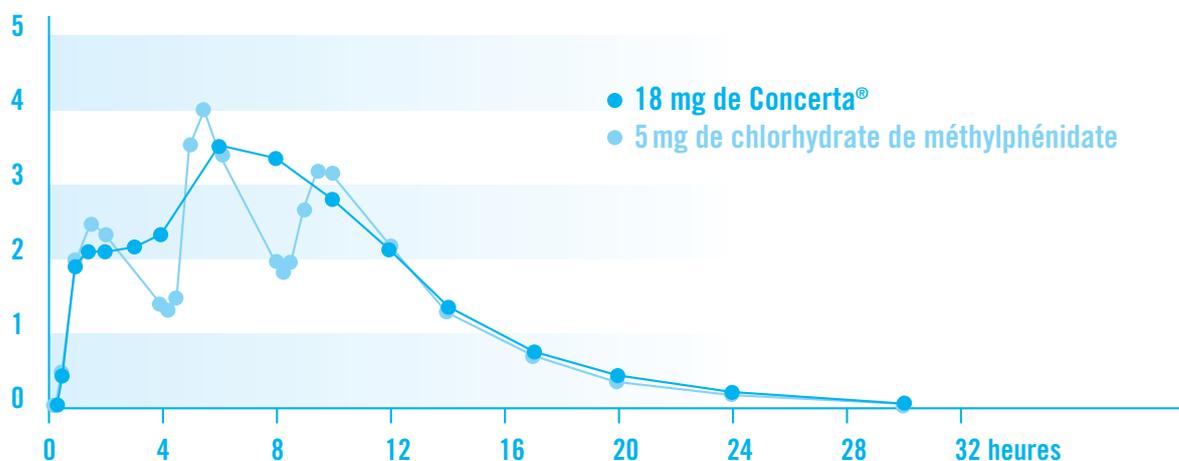
¹⁷ Rush CR, Stoops WW. Agonist replacement therapy for cocaine dependence: a translational review. *Future Med Chem* 2012;4:245-65

¹⁸ Karila L, Reynaud M, Aubin HJ et al. Pharmacological Treatments for Cocaine Dependence: Is there Something New? *Curr Pharm Des* 2011;17:1359-68

¹⁹ Ferris MJ, Calipari ES, Mateo Y et al. Cocaine self-administration produces pharmacodynamic tolerance: differential effects on the potency of dopamine transporter blockers, releasers, and methylphenidate. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:1708-16

²⁰ Mariani JJ, Pavlicova M, Bisasa A et al. Extended-release mixed amphetamine salts and topiramate for cocaine dependence: a randomized controlled trial. *Biol Psychiatry* 2012 Dec 1;72(11):950-6

Figure. Concentrations plasmatiques moyennes de méthylphénidate chez 36 adultes à jeun, après la prise d'une dose unique de 18 mg de Concerta® et de 5 mg de chlorhydrate de méthylphénidate à libération immédiate à intervalles de 4 heures



Médicament utilisé

Le Concerta®, ici hors-AMM, ne pourra pas être pris en charge par la Sécurité sociale. Les dosages plasmatiques réalisés sur chaque patient, ne faisant pas partie de la pratique clinique courante, seront pris en charge par la recherche.

l'essai clinique randomisé par une phase post-essai de suivi des participants qui semble importante afin d'adapter le modèle de prise en charge au contexte environnemental des UD.

Différentes collaborations

Cette entreprise se fera en étroite collaboration entre l'unité U912 et le centre de recherche en neuropsychiatrie de l'université Columbia, dont l'expérience dans les modèles humains de la recherche sur les dépendances nous apportera les outils théoriques nécessaires à l'élaboration de cet essai. Les Prs Comer et Levin évaluent actuellement dans une phase pilote l'efficacité de différentes molécules sur la dépendance à la cocaïne dont la d-amphétamine (Vyvanse®).

De plus, le service de psychiatrie des Prs Lançon et Simon de l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, en collaboration avec l'un de ses praticiens hospitaliers, le Dr Imbert, permettra de faire les choix méthodologiques, cliniques et pharmacologiques appropriés au contexte français pour assurer la faisabilité et la validité de l'essai.

L'originalité du projet à plus long terme sera de mieux coordonner la recherche socio-comportementale et la pratique clinique afin de réaliser des essais cliniques randomisés pertinents pour la santé publique. L'idée est de fonder la conception d'un essai clinique randomisé sur une étude pilote courte préliminaire à l'essai de type observationnelle ou interventionnelle puis de prolonger

Résultats attendus

Nous espérons que le MPH réduira la consommation de cocaïne chez des personnes dépendantes avec une bonne tolérance au médicament et une bonne rétention. Les résultats des analyses pharmacocinétiques et pharmacodynamiques permettront d'établir la dose efficace et une surveillance adaptée lors de l'essai clinique à venir.

À plus long terme, après la phase pilote, l'essai clinique randomisé validera l'efficacité du MPH dans la prise en charge de la dépendance à la cocaïne. Si ce médicament se révèle efficace, cet essai permettra la mise à disposition d'un traitement pharmacologique pour une affection qui n'a pas de réponse médicamenteuse et dont la prévalence et les conséquences négatives représentent un vrai problème de santé publique.

« slam »

Injection de drogues chez les gays : enquête qualitative¹ pour mieux connaître la pratique, les risques et les demandes

Daniela Rojas Castro, Sandrine Fournier, Nicolas Foureur, Vincent Labrouve, Xavier Pascal, Guillemette Quatremère, Marie Jauffret-Roustide / AIDES, Sidaction, Association des médecins gays (AMG), Institut de veille sanitaire (InVs)

Plusieurs acteurs de terrain voient émerger depuis deux ans une nouvelle pratique émergente chez les homosexuels, le « slam ». Une étude coordonnée par AIDES a donc été décidée pour trouver des réponses aux interrogations posées par ces pratiques à risque et aussi pour trouver le moyen d'intervenir.

Le « slam » : de quoi s'agit-il ?

Différents acteurs de santé se sont interrogés sur les conséquences potentielles du slam en termes de santé publique et sur la manière d'intervenir pour réduire les risques. De nombreuses questions se posent : quelles sont les substances utilisées ? Parle-t-on toujours d'injection ou pas ? Le slam concerne-t-il seulement la consommation de méphédronne (et ses dérivées) ou aussi d'autres substances ?

Avant d'y répondre, il est bien sûr nécessaire de comprendre d'abord de quoi il s'agit, d'avoir une connaissance précise de ce phénomène, et de voir dans quelles mesures et comment on peut intervenir. Or, à ce stade, nous n'avons que les récits inquiets des personnes qui rencontraient des slameurs, mais pas les récits des slameurs eux-mêmes.

Ces acteurs de santé rapportaient parfois des ambiguïtés préoccupantes, comme une éventuelle augmentation critique des cas d'affections dues au virus de l'hépatite C (VHC) mais sans aucune alerte de l'Institut de veille sanitaire (InVs). De plus, ce phénomène de mode se prête très facilement à

décrire des situations horribles qui peuvent parfois cacher d'autres réalités.

Nous avons ainsi décidé de mieux connaître le slam en partant des témoignages des personnes concernées directement afin de :

- fournir une connaissance plus précise de ce que recouvre le terme « slam », pour répondre aux incertitudes, aux questions et aux ambiguïtés ;
- avoir une idée plus claire des déterminants de la prise de risque ;
- identifier d'éventuels besoins liés à la pratique du slam et proposer des moyens d'actions pertinents et adéquats pour y répondre et, finalement, identifier des questions à explorer par la suite.

La méthode du « RAP »

Pour atteindre ces objectifs, la méthode du *Rapid Assessment Process* (RAP), a été choisie². Les principes en sont les suivants :

- On part tout d'abord de l'hypothèse que les membres de l'équipe « ne connaissent rien » à la pratique du slam.

¹ Le rapport sera disponible prochainement sur www.aides.org

² Nous remercions France Lert qui a conseillé cette méthode.

– Le recueil d'informations se fait sous la forme d'entretiens collectifs (*focus group*) avec les membres du groupe de recherche (en fonction des envies et du confort des personnes interviewées).

– L'échantillon doit être le plus varié possible (on ne cherche pas à avoir une représentativité mais une vision la plus globale possible; du coup, le recrutement s'arrête à partir du moment où l'information commence à devenir redondante).

En ce qui concerne la constitution de l'équipe de recherche, il est tout d'abord indispensable d'avoir un « *insider* » (initié) au sein de l'équipe. Cet insider, un slameur, prend part tout au long de la recherche et il a le même poids que les autres membres. Il participe à la construction d'une grille d'entretien, mène les entretiens, collabore à l'analyse des résultats et à la rédaction du rapport. Ensuite, il faut que l'équipe soit le plus hétérogène possible, elle doit être constituée d'hommes et de femmes de disciplines différentes, pratiquant des sexualités différentes, mais avec un point commun: une connaissance et une compétence du sujet à traiter.

Notre équipe était constituée d'une anthropologue, d'un médecin, de deux sociologues et d'une psychologue de la santé ayant travaillé sur la consommation des produits ou sur le comportement sexuel chez les gays ou les deux. Le plus important était que le point de vue des slameurs soit respecté et que la méthode mise en place nous aide à les comprendre. Il s'agissait de partir des besoins des personnes pour répondre à leurs besoins, ce qui correspond aux valeurs de la recherche communautaire que nous défendons et pratiquons avec énergie.

Un comité de pilotage a été créé ad hoc (Patrizia Carrieri, Jean-Marie Le Gall, Laurent Michel, Régis Missonier, Catherine Péquart, Annie Velter) et les différentes étapes ont été présentées au conseil scientifique de AIDES.

Positionnement et résultats de l'étude

Des questions ont été posées aux slameurs sur les produits utilisés, leurs effets, leur sexualité, les risques, pour mieux connaître leurs pratiques avec l'aide des regards croisés des membres de l'équipe. On peut connaître les conséquences médicales du slam, nous pouvons constater la capacité addictive d'un produit à partir de ce que les addictologues observent dans leurs consultations, la prise de risques peut s'exprimer par des nouvelles contaminations dues au VHC. Par ailleurs, il a été plus difficile de trouver le lieu et l'opportunité pour que ces personnes décrivent leurs pratiques,

leur perception des risques, et surtout comment le slam s'inscrit dans leur vie.

Nous avons recruté 40 personnes via nos réseaux personnels (tous travaillant plus ou moins directement avec des personnes concernées) et via Internet, notamment par BareBack Zone³, dont 23 personnes ont été interviewées: 10 slameurs, 4 ex-slameurs, qui forcément avaient une vision avec davantage de recul par rapport à leur pratique, 3 proches des slameurs, qui nous offraient une perspective très proche sous un angle différent de la pratique, et 6 personnes ressources qui nous ont apporté leur expertise sur la pratique dans leur domaine d'activité.

Quand nous parlons de slam, il s'agit bien de l'injection de produits psychoactifs dans un contexte sexuel. Il n'y a donc pas forcément une spécificité des cathinones, mais si elles sont le plus souvent consommées, elles ne le sont pas dans le milieu festif (bars gays) mais dans un cadre privé.

Qui sont les slameurs interrogés ?

Les personnes interviewées étaient âgées entre 25 et 57 ans, la plupart socialement insérés (locataires ou propriétaires, avec un emploi, un réseau amical, parfois en couple) et résidant majoritairement en Île-de-France, quelques-unes venaient de Montpellier, Perpignan, Nantes ou d'autres villes.

La majorité d'entre elles est séropositive pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Mais parmi les slameurs interviewés, il y a un nombre non négligeable de personnes séronégatives au VIH. Tous consomment des produits de manière plus ou moins importante dans un contexte festif et/ou sexuel. La plupart déclare des pratiques sexuelles non protégées et exercent le sexe en groupe, notamment le « fist » (pénétration vaginale ou anale avec la main).

Ces caractéristiques et celles données sur les autres slameurs ne nous ont pas permis de décrire un « profil type », mais ces éléments semblent être globalement partagés par les slameurs.

Lorsque l'on demande aux slameurs quels sont leurs motivations à participer, on en compte trois principales: le fait de prendre du recul sur la pratique; l'envie d'échanger sur le slam dans un cadre différent; et le besoin d'alerter sur le risque potentiel d'addiction. On a donc un biais éventuel puisque tous ces slameurs ont du recul (et c'est sûrement le plus intéressant) par rapport à leur pratique. Il y a un dernier point commun assez important: les slameurs ne se perçoivent ni comme des toxicomanes, ni comme des injecteurs.

Ne pas se reconnaître comme un injecteur a bien évidemment des conséquences en ce qui concerne le niveau d'information sur l'injection et les produits injectés, l'accès aux dispositifs s'adressant à un public toxico-

³ Nos remerciements BareBack Zone (www.bbackzone.fr) pour leur étroite collaboration.



mane, et, dans bon nombre de cas, la honte de demander de l'aide à un stade moins avancé.

Cette perception change avec le temps, en fonction aussi du rapport avec les produits. Certains perdent pied et sont confrontés à des difficultés qu'on pourrait attribuer à un toxicomane « classique », telles que la perte de travail, les arrêts maladie, la perte du réseau amical, une rupture amoureuse, etc.

Si on devait dessiner le chemin parcouru par les slameurs interviewés, on peut dire que la première expérience a toujours lieu dans un contexte sexuel à deux ou à plusieurs. C'est l'élément primordial qui apparaît pour se « lancer » à slamer et la sécurité que le cadre et, surtout, l'initiateur offrent. Ainsi, tous les usagers déclarent au début des entretiens que le cadre dans lequel l'injection se produit est « nickel », très propre, très professionnel, ça leur rappelle même l'hôpital ! Or, on découvre au fur et à mesure que ce cadre idéal d'injection ne l'est pas pour la plupart des usagers.

Nous avons constaté que la deuxième prise survient presque dans tous les cas 2 à 3 semaines après la première. Tous les slameurs ont mis en avant la rapidité et l'intensité des effets de la consommation des cathinones. Ils décrivent une exacerbation sensorielle très intense, très rapide, qui, en plus, a l'avantage de se produire de façon simultanée chez tous les participants à la soirée. Ce qui est une véritable spécificité de la méphédronne et de ses dérivés par rapport à d'autres produits où la montée prendra un temps variable en fonction de chaque personne.

Un élément assez intéressant était la réticence de la plupart des usagers à apprendre à s'injecter comme moyen de se préserver d'une potentielle addiction, ce qui les expose à un risque infectieux accru vu le déroulement des plans.

Or, pour d'autres, apprendre à s'injecter, ou pour ceux qui savent déjà injecter et s'injecter, s'auto-injecter est justement la meilleure façon de se protéger et de prendre soin d'eux-mêmes.

Concernant les stratégies de réduction des risques (RdR), on note une utilisation de matériel stérile pour chaque injection (incluant la non-réutilisation du matériel), marquage du matériel et des seringues, et des stratégies alternatives. Mais, dans la plupart des cas, seule l'absence de produit déterminera la fin du plan. Cette volonté de poursuivre les injections jusqu'à épuisement du produit amène les slameurs à ne plus respecter les règles de RdR mises en avant au début des entretiens. Dans certains entretiens, des épisodes de fin de soirée durant lesquelles des injections sont réalisées avec des seringues usagées ont été décrits. On a aussi identifié des problèmes avec l'utilisation du petit matériel.

D'autres points importants dans le parcours du slameur sont la question des réseaux amicaux et sexuels autour de la pratique du slam. En effet, parfois la création de ces nouveaux réseaux facilite la continuation de la pratique et rend plus difficile la sortie, si elle est souhaitée. Un autre point évoqué par tous les slameurs était la difficulté à contrôler la consommation à un moment donné. Ça peut arriver plus tôt, ou plus tard, notamment après l'arrivée d'un événement, tel qu'une rupture amoureuse ou la perte d'un travail, qui va donner à la consommation une autre place dans la vie de la personne.

On a pu constater que, oui, certaines personnes perdent le contrôle, mais il y a en aussi qui maîtrisent. Et c'est justement une vision lucide des risques d'addiction qui va favoriser cette maîtrise. Comme dans le cas d'autres produits, la structuration professionnelle joue un rôle central à l'heure de maîtriser ou pas.

En conclusion, les personnes qui ont arrêté ou qui le souhaitent, le font à la suite de plusieurs épisodes de vie négatives.

On peut dire que le slam s'inscrit dans le continuum qui intègre la prise de produits dans un contexte sexuel, comme un standard de la sexualité de certains sous-groupes.

Les effets perçus et attendus de l'injection de cathinones sont semblables à ceux que l'on sait être associés à d'autres modes d'usages. Ainsi, on constate une intensification du désir, la capacité d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires qui, a priori, ne seraient pas désirés (par exemple des personnes plus âgées) ou la réalisation de pratiques sexuelles qui ne font pas partie de leur répertoire (rites urologiques), une intensification des sensations et une facilitation de la pénétration anale réceptive. Il apparaît une spécificité et la simultanéité des effets, mais aussi une favorisation de l'expression et de l'échange verbale autour de fantasmes sexuels (comme la pédophilie, une partouze avec des skinheads, etc.).

Le slam est donc bien lié au sexe, mais la fréquence des injections produit une diminution de l'activité sexuelle. Parfois, on retrouve des personnes qui ne slament plus en groupe, mais qui se piquent tout seul face à un film porno.

La question des complications médicales a été posée aux usagers interviewés, les complications ne sont pas très différentes de celles qu'on retrouve dans d'autres types de consommation. Peut-être que seules les complications liées à la pratique d'injection pourraient avoir une place différenciée due au fait que pendant un plan slam, le nombre d'injections peut monter très vite à 30 ou 40, ce qui multiplie la probabilité des complications citées.



N° 69

actu- alités scienti- fiques

Swaps réserve un **cahier central** à la diffusion des connaissances scientifiques en addictologie à partir d'analyses critiques et de résumés d'articles issus de la littérature scientifique internationale.

Ce supplément régulier a été rendu possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé.

LA RÉDACTION

** Poudre de tabac humide, parfois conditionnée sous forme de sachet (photo), placée derrière la lèvre supérieure et conservée pendant quelques minutes à quelques heures. Un million de Suédois l'utilisent. Le snus est aussi addictif que le tabac. N'étant pas inhalé, il n'expose pas au cancer du poumon.*

Révision de la directive sur le tabac dans l'Union européenne : réduction du risque refusée aux fumeurs !

Alors que la Commission européenne vient de publier une proposition de révision de la directive sur le tabac (http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/index_en.htm), on ne peut que constater, une fois de plus, que l'on refuse aux fumeurs la possibilité de réduire leurs risques s'ils n'arrivent pas à s'arrêter de fumer. Selon cette proposition, l'interdiction de vente du snus* (le produit du tabac le moins dangereux, mais interdit de vente en Europe, sauf en Suède) serait maintenue, et une proposition de réglementation excessive de la cigarette électronique risque de la faire disparaître, alors qu'elle se profilait comme une alternative crédible par rapport à la cigarette.



Bien qu'étant une étude de l'industrie du tabac suédoise (Swedishmatch), l'enquête de Rutqvist (2012) vient s'ajouter à de nombreuses autres pour montrer que le snus a été utilisé en Suède

par de nombreux ex-fumeurs (22 % des hommes et 5 % des femmes) pour arrêter de fumer (à comparer avec 14 % des hommes et 26 % des femmes ayant utilisé une aide comportementale et/ou pharmacologique; les autres, 68 % des hommes et 78 % des femmes, ayant arrêté sans aucune aide [certains utilisant plusieurs aides, le total est supérieur à 100 %]). De plus, parmi ceux ayant utilisé le snus lors de leur dernière tentative d'arrêt, 81 % des hommes et 72 % des femmes déclarent être abstinents, contre 50 à 60 % de ceux ayant utilisé l'aide à l'arrêt comportementale et/ou pharmacologique. L'éditorial de Gartner et al. (2012) est principalement axé sur la situation en Australie, mais pose cependant une question importante. En Australie, la vente de tabac non fumé de type « snus » est interdite, mais l'importation pour la consommation personnelle est possible. En revanche, la vente de cartouches et de e-liquide pour les cigarettes électronique est interdite, car la nicotine est considérée comme un poison. Mais, à côté de cela, les cigarettes se vendent à peu près n'importe où ! La consommation de tabac non fumé a faiblement augmenté entre 2007 et 2010 (passant de 0,5 à 0,7 % de la population de 14 ans et plus), et il n'existe pas de données sur la e-cigarette dont on estime cependant la consommation très faible. Les auteurs citent en comparaison les consommations d'ecstasy (3 %), de cocaïne (2,1 %), de méthamphétamine (2,5 %) et de cannabis (10,3 %). Compte tenu de l'évolution du contrôle du tabac en Australie au cours de ces 10 dernières années, les auteurs estiment que le risque de voir une explosion de la consommation de produits non fumés est très faible, et qu'une interdiction totale de produits à base de nicotine (sous entendu les e-cigarettes) ne peut apparaître que comme fondé sur des raisons morales plutôt que sur la santé publique.

Compte tenu de l'échec de la politique de lutte contre le tabagisme en France, mis en évidence par la Cour des comptes (www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme), ne serait-il pas temps en France de prendre la réduction du risque tabagique au sérieux ?

Rutqvist LE. Population-based survey of cessation aids used by Swedish smokers.

Harm Reduct J. 2012 Dec 4;9(1):38.

Gartner CE, Hall WD, Borland R. How should we regulate smokeless tobacco

products and e-cigarettes? Med J Aust. 2012 Dec 10;197(11):611-2.

Jacques Le Houezec / Conseil en santé publique, directeur de www.treatobacco.net

Abstracts parus dans la *Lettre de la Société française de tabacologie* n° 31

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer, une nouvelle étude chez les plus de 60 ans le démontre !

L'étude de Doll et Peto publiée en 1984 sur les habitudes en matière de tabac de médecins britanniques suivis pendant 40 ans et d'autres études parus depuis ont confirmé que le tabagisme provoque un risque majeur de mort prématurée et que cela concerne un fumeur sur deux. En fait, la suite de l'étude de Doll et Peto montre qu'il s'agit plutôt de deux fumeurs sur trois qui meurent prématurément du tabac. Cette méta-analyse porte sur 17 études réalisées dans 7 pays. Dans toutes ces études, le tabagisme actuel était associé à une augmentation de la mortalité, toutes causes confondues, et la mortalité relative (MR) par rapport à celle des non-fumeurs était entre 1,2 et 3,4 dans les différentes études, et de 1,83 (IC₉₅: 1,65-2,03; p < 0,001) pour la méta-analyse (un peu plus élevée chez les hommes [MR = 1,90; IC₉₅: 1,72-2,10; p = 0,009] que chez les femmes [MR = 1,80; 1,59-2,04; p < 0,001]). La MR diminue avec l'âge, elle passe de 1,94 (1,57-2,40) pour les 60 à 69 ans, à 1,86 (1,55-2,22) pour les 70 à 79 ans et à 1,66 (1,30-2,12) pour les 80 ans et plus. Pour les ex-fumeurs, la MR (1,34; 1,28-1,40) diminue aussi avec l'âge de 1,54, 1,36 et 1,27 respectivement dans les trois classes d'âges mentionnées ci-dessus. Pour les ex-fumeurs, la réduction du risque est de 27 % (1,83-1,34; 1,83). Dans les trois classes d'âge de cette même population, la réduction du risque est de 21 % (60 à 69 ans), 27 % (70 à 79 ans) et 23 % (80 ans et plus), montrant ainsi que le bénéfice de l'arrêt persiste même lorsqu'il est réalisé à un âge avancé. Dans tous les cas, cette réduction du risque s'accroît bien évidemment avec la durée de l'abstinence, ceux ayant arrêté avant 40 ans réduisent considérablement ce risque, voire n'en subissent aucune conséquence.

Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality

in older people: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med.

2012 Jun 11;172(11):837-44.

Un nouveau vaccin anti-nicotine : fera-t-il mieux que les précédents ?

Les précédents vaccins fondés sur l'utilisation d'un hap-tène (grosse molécule captant la nicotine afin qu'elle soit

reconnue par le système immunitaire, qui fabrique ensuite des anticorps anti-nicotine) n'ont guère donné de résultats concluants chez l'homme jusqu'à présent (voir la déclaration de Nabi Biopharmaceuticals en novembre 2011 à propos de l'échec de l'essai de phase III (<http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=100445&p=irol-newsArticle&ID=1626882&highlight=>). Ce nouveau type de vaccin, fondé sur une thérapie génique (on « injecte » un gène qui va s'installer dans le foie et fabrique directement les anticorps anti-nicotine) serait, selon ses auteurs, un meilleur candidat pour l'aide à l'arrêt du tabac. Cependant, on connaît le rôle critique joué par la vitesse d'arrivée de la nicotine au cerveau, qui fait que la cigarette est particulièrement addictive. Si ce nouveau vaccin doit démontrer une efficacité chez l'homme, il faudra qu'il soit capable de capter la majeure partie de la nicotine le plus rapidement possible. Or, dans l'étude de Hicks et al. réalisée chez la souris, la nicotine libre (non fixée par les anticorps) dans le sang ou le cerveau, 1 minute après l'injection (intraveineuse de 0,8 g de nicotine, l'équivalent de 2 cigarettes selon les auteurs), était de l'ordre de 15 % de la dose. Il reste donc à savoir si, cependant, cette faible quantité n'est pas suffisante pour produire des effets renforçateurs. Il faut se rappeler qu'une étude de Brody et al. (Int J Neuropsychopharmacol. 2008) a montré que des cigarettes dénicotinisées, ne contenant que 0,05 mg de nicotine, permettaient d'obtenir une occupation des récepteurs nicotiques cérébraux de l'ordre de 30 %. Ce qui est loin d'être négligeable et qui explique, au moins en partie, pourquoi ces cigarettes suppriment le *craving*. Compte tenu de la capacité de compensation du fumeur (modification de la façon de fumer), il n'est pas exclu que même avec seulement 15 % de la nicotine absorbée, celle-ci soit en mesure de produire un effet capable d'entretenir ou de créer une dépendance. Ce nouveau vaccin est le bienvenu, car, s'il démontre son efficacité chez l'homme, il sera une nouvelle arme contre la dépendance au tabac. Reste encore à savoir quelle sera son utilisation : l'arrêt, la prévention de la rechute ou encore la prévention de l'initiation ? Les mêmes questions se posent qu'avec les vaccins précédents, sauf que, cette fois, s'il démontre son efficacité, il ne sera pas nécessaire de réactiver la production d'anticorps, car il s'agit d'une thérapie génique qui devrait se maintenir dans le temps, sans nécessiter d'injections de rappel.

Hicks MJ, Rosenberg JB, De BP et al. AAV-directed persistent expression of a gene encoding anti-nicotine antibody for smoking cessation. *Sci Transl Med*. 2012 Jun 27;4(140):140ra87.

Brody AL, Mandelkern MA, Costello MR et al. Brain nicotinic acetylcholine receptor occupancy: effect of smoking a denicotinized cigarette. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2009 Apr;12(3):305-16.

Jacques Le Houezec / Conseil en santé publique, directeur de www.treatobacco.net

Impact des pratiques d'injection sur l'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogue

L'impact de l'hépatite C pour les consommateurs de drogue est majeur et ne régresse pas ou peu. La rapidité de l'infection en début de carrière de consommation et le niveau de prévalence posent la question des stratégies de réduction des risques classiques et les éléments scientifiques manquent. C'est pourquoi l'analyse groupée de six études réalisées au Royaume-Uni apporte des éléments intéressants sur l'impact des deux services de base de la prévention de l'hépatite C que sont les programmes d'échange de seringues (PES) et les traitements de substitution.

Six études publiées depuis 2000 et hors milieu carcéral ont été groupées, car elles comportaient des données individuelles sur l'utilisation des deux services et sur la contamination. Elles ont été menées dans différentes villes ou régions (Birmingham, Leeds, pays de Galles, Glasgow, Bristol et Londres). Elles reposent sur des enquêtes en population ou sur la méthode RDS (*Respondent Driven Sampling*). Elles ont inclus des injecteurs actifs dans les quatre dernières semaines, à l'exception d'une qui a inclus tout usager avec une histoire d'injection. L'indicateur mesuré est l'acquisition récente de l'hépatite C. Dans les quatre études transversales, la contamination a été définie sur la base d'un test biologique sur buvard et l'identification d'une infection récente (HCV RNA+) tandis que les deux cohortes ont tenu compte d'une séroconversion dans l'année après un test négatif. L'exposition aux programmes de réduction des risques est définie par trois indicateurs :

- Les traitements de substitution : être sous traitement de substitution ou l'avoir été plus de six mois dans les douze derniers mois.
- La couverture par les PES : l'indicateur d'exposition est le ratio de seringues obtenues d'un PES sur le nombre d'injections pendant la période (quatre semaines dans

cing études). La valeur de référence retenue est de 100 %, c'est-à-dire au moins autant sinon plus de seringues que d'injections. Cette mesure n'était pas disponible dans une des études.

– Un troisième indicateur combine les deux notions avec trois catégories : réduction des risques complète, réduction des risques partielle, réduction des risques minimale. Au total, 2 986 individus ont été inclus, dont 1 457 avait un test négatif à l'inclusion. L'étude de l'impact du traitement de substitution a été menée sur 1 079 sujets, celle sur les PES concernait 922 sujets. L'analyse statistique a été menée selon les méthodes classiques des méta-analyses, qui vérifient l'absence de biais d'hétérogénéité. La réduction du risque de séroconversion est mesurée par un

odds-ratio (OR)* ajusté sur le sexe, le fait d'être sans domicile et celui de s'injecter du crack.

Dans des contextes de taux de prévalence variant de 26 à 70 % selon les sites, l'incidence annuelle est de 5 pour 100 personnes années dans 3 sites (Birmingham, Leeds, pays de Galles), de 10 personnes/année à Glasgow et de 40 personnes-année à Bristol et Londres.

L'OR associé à la substitution est de 0,41 (IC₉₅ : 0,21-0,82), celui associé à une couverture complète des injections est de 0,48 (IC₉₅ : 0,25-0,93). Lorsque la réduction des risques est complète, la réduction de l'incidence est accrue avec un OR associé au risque de 0,21 (IC₉₅ : 0,08-0,52), lorsqu'elle est partielle, la réduction du risque est moindre et pas complètement significative (0,5 ; IC₉₅ : 0,22-1,12). Cette étude se limite aux injecteurs actuels et ne tient pas compte des effets de contexte qui auraient pu être mesurés si les effectifs avaient été suffisants pour mener une étude multi-niveau. Il reste qu'ils sont majeurs, car ils démontrent l'impact très fort de ces deux piliers de la réduction des risques que sont les traitements de substitution et les PES.

Ces résultats sont très importants et mériteraient d'être répliqués dans le contexte français où les modalités et les contenus de ces programmes sont différents et où nous tardons encore à voir s'infléchir la courbe de l'hépatite C.

Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 Nov;106(11):1978-88. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03515.x. Epub 2011 Aug 24.

France Lert / Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

Nouvelle formation diplômante en Addiction

Le Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam) propose un nouveau parcours de la licence professionnelle « Intervention sociale, coordonnateur de projets collectifs en insertion » intitulé « Santé, prévention » en partenariat avec la Fédération Addiction. Accessible en cours du soir à Paris, la licence est ouverte à toute personne justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans le domaine de l'insertion (sans condition de diplôme) ou aux titulaires d'un diplôme bac + 2. Les candidats assistant de service social ou éducateur spécialisé bénéficient d'une dispense automatique de 3 unités d'enseignement du tronc commun (1 UE = 40 à 60 heures).

Début des cours : octobre 2013

Durée : 1 ou 2 ans

Tronc commun (6 UE + 1 UA)

1. Publics en difficulté et intervention sociale
2. Les dispositifs d'insertion et leurs acteurs
3. Socio-dynamique des organisations
4. Pratiques orales et écrites de la communication professionnelle
5. Accompagnement du projet collectif
6. Anglais
7. Expérience professionnelle ou stage (UA)

Parcours santé, prévention, addiction (4 UE)

1. Fondements et approches de l'addictologie
2. Santé, addiction, dispositifs
3. Prévention des addictions, insertion sociale
4. Conduite de projets collectifs en insertion professionnelle

Pour tout renseignement

<http://intervention-sociale.cnam.fr>

Contact

catherine.lemouzy@cnam.fr

esmerina.qello@cnam.fr

Que veulent les slameurs ?

Deux véritables questions émergent : les usagers veulent apprendre à mieux s'injecter et ils demandent que le personnel soignant soit disposé et apte à les écouter et à les orienter.

En ce qui concerne l'injection, la plupart des interviewés demande un accès facilité aux kits d'injections (ils ne voient pas aller dans un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue [Caarud] et encore moins dans une pharmacie), ils souhaitent avoir accès à des infos sur les produits, les risques et surtout comment bien s'injecter. Le moyen préféré est, semble-t-il, Internet, ce qui n'est pas très étonnant dans la mesure où ils achètent les produits et trouvent leur partenaires sur Internet.

En ce qui concerne le personnel soignant, des cas de discrimination et de déni de la pratique assez troublants ont été rapportés. Ce qui évoque un manque d'outils et d'information dans certaines consultations par rapport à la consommation des produits. De plus, pour ceux qui sont allés chercher des infos dans le milieu associatif, un manque important de transversalité sexe-drogue a été évoqué.

Pour certains d'entre eux, ils veulent trouver un lieu, un espace où le dialogue est possible, utile et sans préjugés.

S'agit-il d'un épiphénomène ou d'un risque émergent ?

On ne peut répondre actuellement à cette question, ce n'était pas non plus l'objectif de cette étude qualitative. En revanche, on en parle beaucoup plus et il reste à réa-

liser une étude quantitative visant à évaluer le nombre de slameurs actifs. À partir des entretiens, nous avons l'impression que, oui, il y a des personnes qui commentent cette pratique, mais il y en a aussi qui arrêtent. De ceux-là, on en parle moins. Nous ne parlons pas non plus des personnes qui maîtrisent et qui restent « invisibles », « invisibles » de certains dispositifs et consultations médicales.

Tout ça nous amène à se poser la question centrale de quelle est la place du plaisir, inhérente aux normes sociales et morales, dans tout cela ? Il semble qu'on s'intéresse de façon inégale à ces questions par rapport aux risques, aux dangers. Or, pour comprendre la consommation des produits, le plaisir et les normes externes mais aussi les normes intégrées chez les usagers peuvent nous expliquer beaucoup de choses.

Il serait aussi intéressant de se questionner sur l'énorme intérêt que cette pratique suscite alors que d'autres populations vivent des difficultés similaires et ne profitent pas du même investissement et inquiétude.

S'agit-il d'une question d'inégalités sociales de santé ? On a pu remarquer que parmi les personnes qui maîtrisent ou qui ont arrêté, ceux qui ont un meilleur statut, qui peuvent se payer une consultation privée chez un addictologue, chez un psy, s'en sortent mieux que ceux qui sont moins bien lotis...

Ces premiers éléments de recherche serviront peut-être à donner une réponse aux besoins des personnes concernées. L'échange entre les usagers, les militants associatifs mobilisés et les chercheurs investis sur cette thématique assurera probablement la pertinence de la suite.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail



Prévalence de la fibrose hépatique

chez les usagers de drogues fréquentant les Caarud et Csapa d'Île-de-France

Élisabeth Avril / Directrice de l'association Gaïa-Paris

En France, la première cause de contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) reste le partage du matériel contaminé entre les usagers de drogues (UD). Selon l'étude InVs-ANR Coquelicot, en 2004, la prévalence du VHC parmi les UD est de 59,8% et passe à 72,5% chez les usagers de crack. Un grand nombre d'UD injectés ne sont pas soignés, par peur du traitement, des examens ou encore parce qu'ils en sous-estiment la gravité. L'utilisation du FibroScan® permet une évaluation non invasive de la fibrose hépatique et aussi de passer du dépistage, stade auquel souvent les UD arrêtent leur démarche de soin, au stade de diagnostic, plus parlant. Chez certains, cette vision instantanée de leur foie peut leur faire prendre conscience de la gravité de leur pathologie. Cet examen se révèle particulièrement adapté pour les « populations en rupture de soins » ayant de nombreux facteurs de risque de développer une fibrose sévère : alcoolisation massive et chronique et infections par les hépatites virales.

L'accès aux soins est l'une des priorités de la politique de réduction des risques (RdR). Aussi, les consultations en Csapa et les entretiens en Caarud sont aussi des occasions de dépistage, d'orientation et de soins.

Le projet doit rendre accessible le diagnostic non invasif de fibrose hépatique par l'utilisation d'un **FibroScan®** dans les structures d'Île-de-France recevant un public d'UD souvent précarisés. Un volet du projet est consacré à la mobilisation et à la formation des professionnels de la RdR et de l'addiction à la problématique du VHC.

Patients et méthode

Ce projet, souhaité et piloté par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS-IDF) a été mené en lien avec l'association Gaïa-Paris, désigné comme coordinateur du projet. Cette dernière a acquis un FibroScan® en juin 2009 et l'a partagé jusqu'en juin 2011 avec les associations Charonne et EGO, toutes deux gérantes d'établissements de soins et de prévention pour les UD (Csapa et

Caarud). Lors de ce premier projet, 424 UD ont bénéficié d'un examen par FibroScan®. À la demande de l'ARS, le projet a été étendu aux Csapa et Caarud d'Île-de-France en juin 2011. Un FibroScan® mobile avec un véhicule léger a donc été acheté et les intervenants ont été formés au maniement de l'appareil et à l'interprétation des résultats : un médecin, une infirmière, une médiatrice de santé et un travailleur pair (équipe pluridisciplinaire). Ce dispositif fonctionne 16 heures par semaine depuis février 2012.

Chaque session est précédée d'une séance d'information des équipes, puis d'une animation auprès des usagers réalisée par la médiatrice de santé et la travailleuse paire. Soixante séances d'animation ont été réalisées qui ont donné lieu à un travail collectif (inter-structures) de création de jeux et de badges sur le thème de l'hépatite C : modes de contamination, représentations, dépistage, suivi et traitements.



Population étudiée

De juin 2009 à juillet 2012, un examen par FibroScan® a été proposé aux usagers rencontrés lors des séances préalables d'information et par voie d'affichage. Ainsi, 1 025 usagers ont bénéficié d'une consultation médicale, 1 018 d'un examen par FibroScan® et d'une orientation et/ou d'un suivi au sein des 25 structures partenaires (13 Csapa et 12 Caarud) dans les départements 75, 77, 91, 92, 93 et 94 d'Île-de-France. Chaque structure a été visitée au moins quatre fois.

Recueil des données

Au moment de l'examen, un questionnaire, administré par le médecin ou l'infirmière recueillait des données socio-démographiques, le statut sérologique et des données sur les pratiques addictives.

Une deuxième partie (dossier médical) était à compléter par le médecin de la structure partenaire ou par le médecin qui pratiquait le FibroScan® lors d'un dépistage sanguin et/ou d'une demande de soins ultérieure. Un an après l'examen, une troisième partie était à remplir par l'équipe éducative et médicale sur l'évolution sociale et les pratiques addictives des usagers.

Évaluation de la fibrose hépatique

L'évaluation de la fibrose a été classée en 3 groupes de patients : ceux avec un score inférieur à 7 kPa, classés F0F1 (sans fibrose ou fibrose légère), ceux dont le score se situe entre 7 et 12, classés F2F3 (fibrose modérée à sévère), ceux dont le score est supérieur à 12, classés F4 (fibrose sévère, cirrhose).

Résultats

Sur les 1 018 UD qui ont bénéficié de l'examen, un score de fibrose a été obtenu chez 980 personnes, 188 dossiers médicaux ont été saisis, 129 personnes ont bénéficié d'une seconde évaluation à un an (3^e partie du questionnaire). Nous poursuivons l'étude en récupérant les données manquantes auprès des partenaires, en particulier les données médicales.

Étude de la population

Les caractéristiques socio-démographiques et les pratiques addictives sont décrites dans le [tableau 1](#). La moyenne d'âge est élevée (40,2 ans) et 83 % sont des hommes. Ainsi, 53,9 % des usagers ont été rencontrés dans un Csapa¹ et 38,7 % dans un Caarud². Ces structures accueillent de nombreux usagers précaires, ce qui est corroboré par cette étude : 33,2 % ont un logement précaire (institution, foyer, tiers) et 21,9 % sont SDF (vivant dans la rue, dans des abris, dans des squats précaires); 27,1 % n'ont pas de couverture maladie, d'où une grande difficulté à s'inscrire dans le soin; 32,1 % n'ont pas de ressources.

¹ Csapa : Centre de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie

² Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

Dans le [tableau 2](#), 60,6 % des usagers ont déjà pratiqué l'injection intraveineuse, dont 21,2 % dans le mois précédent l'examen (cocaïne/crack et opiacés). L'âge moyen des premières injections est de 21,6 ans. En ce qui concerne l'alcool, 672 personnes (67,5 %) en ont consommé dans le mois précédent l'examen, dont 367 (53,9 %) quotidiennement, 108 personnes (10,8 %) en consommaient par le passé.

Parmi les usagers, 65 % bénéficiaient d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO), dans 72,3 % des cas par le chlorhydrate de méthadone, 27,7 % par la buprénorphine.

Résultats des mesures du FibroScan®

Parmi les 1 025 personnes, 1 018 ont accepté de répondre au questionnaire et de pratiquer l'examen, 980 scores ont été obtenus. Chez 38 personnes, le score obtenu n'a pas été retenu, la corpulence ou l'anatomie des personnes ne permettant pas un résultat fiable.

Les résultats sont présentés dans le [tableau 3](#). Le score moyen est de 7,8 Kpa. La majorité des usagers (70,8 %) ont un score de fibrose inférieur à 7 Kpa, mais on note que 19,7 % présentent une fibrose modérée à sévère et que 9,5 % présentent une cirrhose.

Statuts sérologiques des virus des hépatites B et C et du VIH

Le questionnaire explorait les antécédents de dépistage des personnes ayant bénéficié du FibroScan®. Les données sont déclaratives et, pour une partie d'entre elles, les résultats biologiques étaient disponibles à cette étape. La prévalence de l'hépatite C est de 73,1 % parmi les usagers ayant déjà injecté et 13,6 % parmi les non-injecteurs ($p < 0,001$; MH [modifier of hemostasis]).

Ainsi, 870 (86,9 %) rapportaient un antécédent de sérologie VHC ([tableau 4](#)). Parmi eux, 502 (50,1 %) déclaraient une sérologie VHC+ ; 368 (36,8 %) une sérologie VHC- et 131 (13,1 %) déclaraient ne pas avoir fait de test ou ne pas connaître le résultat. Nous n'avons pas pu, pour des raisons financières et logistiques, proposer un dépistage sur place. Des prescriptions de dépistage ont été réalisées lorsque les usagers disposaient d'une couverture maladie ou qu'ils étaient orientés vers des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Trois cent usagers ont déclarés être vaccinés contre l'hépatite B, 53 (6,1 %) être contaminés par le VIH et 147 avoir eu une hépatite B par le passé.

L'analyse du deuxième questionnaire ([tableau 5](#)), mis en place lorsqu'un usager revoyait le médecin en consultation, a permis le recueil de données biologiques plus fiables : 107 personnes ont réalisé une recherche d'anticorps anti-VHC, 92 étaient positifs dont 79 présentaient un ARN-VHC positif. Les génotypes les plus représentés sont le 1 (39 cas) et le 3 (29 cas).

Tableau 1. Principales données socio-démographiques de la population

Caractéristiques	n = 1 018
Âge moyen (années)	40,2 (± 6 ans)
Sexe masculin	814 (83,1 %)
Origine de la demande	
Csapa	513 (53,9 %)
Caarud	368 (38,7 %)
Logement	
Stable	421 (44,8 %)
Précaire (temporairement chez des amis, de la famille, dans des institutions)	312 (33,2 %)
Sans logement (SDF, squat, vivant dans la rue)	206 (21,9 %)
Couverture maladie	
CMU ou Sécurité sociale	162 (16,4 %)
CMU complémentaire	271 (27,4 %)
ALD30	54 (5,5 %)
AME	53 (5,4 %)
Sécurité sociale + mutuelle complémentaire	182 (18,4 %)
Aucune couverture sociale	268 (27,1 %)
Ressources	
Salaires	205 (20,8 %)
Aides sociales	463 (47 %)
Sans ressources	317 (32,1 %)

Tableau 2. Drogues consommées et usages dans la population

Caractéristiques	n = 1 018
Usage de drogues par voie intraveineuse	
Oui actuel (mois précédent)	210 (21,2 %)
Oui antérieure	390 (39,4 %)
Sniffeurs/fumeurs	389 (39,3 %)
Consommation actuelle	
Cannabis	496 (48,7 %)
Cocaïne	304 (29,9 %)
Opiacés hors prescription	261 (25,6 %)
Sédatifs	242 (23,8 %)
Alcool actuel	672 (67,5 %)
Alcool antérieur	108 (10,8 %)
Dont consommation quotidienne	367 (53,9 %)
Âge des premières injections (années)	21,6 (± 4 ans)
Substitution actuelle prescrite	575 (65 %)
Substitution par buprénorphine	157 (27,7 %)
Substitution par méthadone	409 (72,3 %)

Tableau 3. Résultats des mesures du FibroScan®

Caractéristiques	n = 1 018
Mesures valides du FibroScan®	980 (96,3 %)
Médiane du FibroScan® (KPa) [Q1 ; Q3]	5,7 (4,6-7,6)
Moyenne du FibroScan® (écart-type)	7,8 (8,0)
Nombre de mesures	10
FibroScan® < 7 Kpa (F0F1)	694 (70,8 %)
FibroScan® entre 7 et 12 Kpa (F2F3)	193 (19,7 %)
FibroScan® > 12 Kpa (F4)	93 (9,5 %)

Tableau 4. Statuts sérologiques déclaratifs/confirmés par la biologie

Caractéristiques	n = 1 001
Sérologie VHC+ déclarée/confirmée biologiquement	n = 502 (50,1 %)/182
Sérologie VHC- déclarée/confirmée biologiquement	n = 368 (36,8 %)/62
Sérologie VHC inconnue ou non faite	n = 131 (13,1 %)
Sérologie VHB+ déclarée/confirmée biologiquement	147 (14,8 %)/46
Vaccinations VHB déclarées/confirmées biologiquement	300 (30,2 %)/80
Sérologie VHB- confirmée biologiquement	343 (34,5 %)/65
Sérologie VHB inconnue ou non faite	203 (20,4 %)
Sérologie VIH+ confirmée biologiquement	53 (6,1 %)/28
Sérologie VIH- confirmée biologiquement	817 (93,9 %)/121
Sérologie VIH inconnue ou non faite	93 (9,3 %)

Tableau 5. Bilan virologique réalisé à distance lors de la deuxième consultation

Bilan virologique	n = 107
Anticorps anti-VHC positif	92
Anticorps anti-VHC négatif	15
ARN-VHC par PCR positif	79
ARN-VHC par PCR négatif	17
Génotype 1	39
Génotype 2	5
Génotype 3	29
Génotype 4	5
Génotype 5	1

PCR: polymerase chain reaction

Tableau 6. Facteurs associés au statut VHC positif déclaratif

	Odds-ratio	IC ₉₅	p
Analyse univariée			
Âge ≥ 35 ans	2,37	1,74-3,23	< 0,001
Sexe masculin	1,20	0,84-10,71	NS
Injection actuelle et antérieure	15,07	10,53-21,59	< 0,001
Consommation quotidienne d'alcool	0,59	0,44-0,79	< 0,001
Âge des premières injections	0,95	0,92-0,98	< 0,002
FibroScan® ≥ 7 Kpa	3,15	2,27-4,36	< 0,001
Analyse multivariée			
Âge ≥ 35 ans	2,96	1,92- 4,55	< 0,001
Injection actuelle et antérieure	21,39	13,77-33,23	< 0,001
Consommation quotidienne d'alcool	0,46	0,31-0,69	< 0,001
FibroScan® ≥ 7 Kpa	3,29	2,07-5,23	< 0,001

NS: non significatif

Tableau 7. Facteurs associés aux scores de fibrose (SF), analyse multivariée ajustée sur l'âge et le sexe (le modèle estime la probabilité d'avoir un score de fibrose plus élevé)

Variables	SF < 7 Kpa (n = 694)	SF entre 7 et 12 Kpa (n = 193)	SF > 12 Kpa (n = 93)	Odds-ratio	p
Âge moyen (années)	39,3	41,4	43,9	1,04	< 0,001
Sexe masculin	550 (69,7%)	164 (20,8%)	75 (9,5%)	1,23	NS
Sexe féminin (référence)	114 (74,5%)	24 (15,7%)	15 (9,8%)	1	
Âge moyen des premières injections	21,8	21,1	21,1	0,98	NS
Effet du logement					
Stable (référence)	274 (71,9%)	72 (18,9%)	35 (9,2%)	1	NS
Précaire	205 (70,9%)	55 (19%)	29 (10%)	1,30	NS
Sans logement	135 (72,2%)	37 (19,8%)	15 (8%)	1,25	NS
Couverture maladie					
Non	179 (72,8%)	45 (18,3%)	22 (8,9%)	1	NS
Oui	445 (69,8%)	133 (20,4%)	64 (9,8%)	0,97	NS
Ressources					
Sans ressources	249 (70,7%)	71 (20,2%)	32 (9,1%)	1	NS
Prestations sociales	256 (71,9%)	63 (17,7%)	37 (10,4%)	0,84	NS
Salaires/ASSEDIC	125 (67,2%)	45 (24,2%)	16 (8,6%)	1	NS
Injection intraveineuse*					
Non (référence)	283 (79,7%)	51 (14,4%)	21 (5,9%)	1	
Oui	354 (65,1%)	124 (22,8%)	66 (12,1%)	2,18	< 0,001
Substitution**					
Non (référence)	225 (80,4%)	40 (14,3%)	15 (5,4%)	1	
Oui	344 (65,6%)	118 (22,5%)	62 (11,8%)	2,09	< 0,001
Consommation d'alcool					
Non (référence)	140 (71,1%)	41 (20,8%)	16 (8,1%)	1	
Oui	501 (70,9%)	135 (19,1%)	71 (10%)	1,06	NS
Consommation quotidienne d'alcool					
Non (référence)	368 (76,3%)	84 (17,4%)	30 (6,2%)	1	
Oui	214 (64,3%)	75 (22,5%)	44 (13,2%)	1,87	< 0,001

* Actuelle ou antérieure

** Substitution en prescription médicale (méthadone ou buprénorphine)

NS: non significatif

En analyse univariée, les facteurs associés significativement à une sérologie VHC positive sont l'âge ≥ 35 ans, le fait d'être ou d'avoir été injecteur, de déclarer une consommation quotidienne d'alcool, de pratiquer les premières injections plus tôt (âge moyen 21,1 ans) et d'avoir un score de FibroScan® ≥ 7 Kpa.

En analyse multivariée (tableau 6), les facteurs associés sont l'âge ≥ 35 ans, le fait d'être ou d'avoir été injecteur, de déclarer une consommation quotidienne d'alcool et d'avoir un score de FibroScan® ≥ 7 Kpa.

Les facteurs associés aux scores de fibrose élevés

En analyse multivariée ajustée sur l'âge et le sexe (tableau 7), les facteurs associés significativement à un score de fibrose supérieur ou égal à 7 Kpa sont : être ou avoir été injecteur, être en traitement de substitution, consommer de l'alcool quotidiennement ($p < 0,001$). Le facteur « être en traitement de substitution » est corrélé significativement avec un score de fibrose élevé qui s'explique par le recrutement des usagers dans les centres de soins ; ils sont plus âgés et plus souvent dans une démarche de soins que les plus jeunes.

Discussion

Il s'agit, à notre connaissance, de la plus importante étude prospective d'évaluation de la fibrose hépatique chez les UD pris en charge dans les Csapa et Caarud d'Île-de-France.

La prévalence déclarative de l'infection par le VHC (50,9%) dans une cohorte dont l'âge moyen est de 40,2 ans est comparable aux données de la littérature³. Elle est corrélée à l'âge, aux injections passées ou actuelles de drogues et à la consommation quotidienne d'alcool.

L'acceptation de l'évaluation par FibroScan® est excellente dans cette population précaire (97,6%).

Une fibrose hépatique significative supérieure à F1 est présente chez 29,2% de la cohorte, dont 9,5% de cirrhose. Elle est significativement plus élevée chez les patients substitués, plus âgés, injecteurs actuels ou passés de drogues et ceux dont la consommation d'alcool est quotidienne.

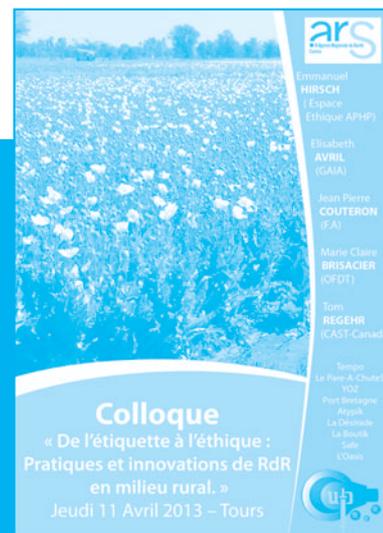
Grâce à un travail coordonné entre les différents acteurs médico-sociaux, près de 11% de cette cohorte a bénéficié d'une deuxième évaluation médicale avec données biologiques et virologiques complémentaires permettant une prise en charge thérapeutique effective d'une population n'ayant pas accès aux structures académiques et dont la pathologie hépatique est source de mortalité.

³ Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Dubois F et al. The hepatitis C surveillance system committee and the scientific committee for the national prevalence survey of hepatitis B and C markers. The impact of the prevention program of hepatitis C over more than a decade: the French experience. *J Viral Hepat* 2010; 17: 435-43

Conclusion

L'utilisation du FibroScan® en première ligne auprès d'une population d'UD précaires a permis le dépistage de 29,2% de fibrose hépatique modérée à sévère. Par le travail de médiation et d'animation mené par l'équipe FibroScan®, l'hépatite C a pris plus de place dans la prise en charge des usagers des Caarud et des Csapa d'Île-de-France. Cette appropriation de l'outil (intégré dans les services proposés), doit mener à la mise en place d'un réseau de soins autour des hépatites : CDAG, laboratoires, consultations spécialisées d'hépatologie.

La mise en évidence de l'importance des consommations d'alcool quotidiennes dans cette population a permis de développer un travail interpartenarial de réflexion sur la réduction des risques de l'alcool qui ne fait que commencer. Les données relatives aux mises sous traitement (dossier médical) et à l'évolution des usagers sur le plan médico-social sont en cours de recueil auprès des différents partenaires.



Jeudi 11 avril 2013

Centre de vie du Sanitas

10, place Neuve, 37000 Tours

Colloque organisé par GCSMS Cup RdR, association Espace sur le thème :

« De l'étiquette à l'éthique : pratiques et innovations de RdR en milieu rural »

tél. : 02 47 31 39 00

coordination et contact : Valérie Dorso

tél. : 06 51 94 17 77

e-mail : vdorso70@gmail.com

Avec ou sans protocoles de soins¹, l'injection parmi les usagers reste un enjeu de santé publique

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Le mésusage des traitements de substitution est surtout le fait de jeunes consommateurs en grande précarité, d'usagers qui sont le plus en difficulté avec leur consommation. Aider les médecins à mieux prescrire et développer des actions de réduction des risques pourraient faire baisser l'incidence de ces usages détournés.

L'importance du mésusage des médicaments de substitution aux opiacés (MSO), et en particulier de l'injection de buprénorphine haut dosage (BHD) et d'autres substances psychoactives, varie selon les populations étudiées et dans le temps : ainsi, le pourcentage de patients injecteurs de BHD est de 74 % dans les populations précarisées et hors d'une prise en charge médicale, dans le mois écoulé (Trend 2010)².

¹ On compte 145 000 patients en traitement par des médicaments de substitution aux opiacés, soit 109 000 sous BHD et 36 000 sous méthadone. Rapport national OFDT 2012 (données 2011) à l'OCEDT par le point focal français du réseau Reitox.

² Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Lahaie E. et al. Drogues et usage de drogues - État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT. Saint-Denis 2010;121,123,140-1

³ Courty P. Buprénorphine haut dosage et pratiques d'injection. Ann Med Interne (Paris). 2003 Jun;154 Spec n° 1:835-45

⁴ OPPIDUM 2011 (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse). Résultats de l'enquête 21, octobre 2009 ; Afssaps, avril 2011

⁵ OPEMA (Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire CEIP/AFSSAPS) www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance résultats d'enquête 2008 et OPUS R. Étude observationnelle prospective de l'utilisation en situation réelle de Subutex® ou de son premier générique de BHD (Arrow) juin 2007-décembre 2008. Résultats présentés à l'Afssaps, non publiés

⁶ Fontaa V, Bronner C. Persistance de la pratique d'injection chez des patients substitués par méthadone ou buprénorphine haut dosage. Ann Med Interne (Paris) 2001;152,Suppl.7:59-69

⁷ Grau D, Vidal N, Faucherre V et al. Complications infectieuses induites par le mésusage de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) : analyse rétrospective de 42 observations. Revue Med Interne 2010;31,3:188-93

Toujours plus précarisés

Les usagers qui détournent la BHD de son usage thérapeutique sont non seulement plus précarisés que les autres, mais encore plus jeunes : 32 % ont moins de 26 ans, 22 % vivent en squatt, contre respectivement 20 et 3 % pour les injecteurs intégrés dans un protocole de soin systématique³. Si l'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage, elle est donc également pratiquée par une frange de patients pris en charge médicalement. Ainsi, dans la population vue en Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) en 2009, comme en 2008, 7 % des usagers sous protocole de substitution en pratiquaient l'injection, mais ils étaient plus du double (16 %) quand ils étaient hors protocole (enquête OPPIDUM, 2011)⁴. Ils étaient 9 % à déclarer un usage de drogue par voie intraveineuse (i.v.) dans la semaine qui avait précédé leur inclusion, lorsqu'ils étaient suivis en médecine de ville⁵.

Par ailleurs, globalement, la tendance à la baisse des pratiques d'injection de la cocaïne et de l'héroïne ne s'est pas prolongée en 2009, et à la différence de l'héroïne, la cocaïne est de moins en moins fumée. Ainsi, parmi les usagers qui fréquentent les Caarud, donc essentiellement hors protocoles de soins, les pratiques d'injection sont fréquentes pour consommer les opiacés (à l'exception de la méthadone) et plus d'un sur deux injecte la cocaïne¹. Leurs motivations ? L'obtention d'un flash, le désir de conserver un rituel de prise et la rencontre avec des personnes qui injectent aussi^{2,3}, l'impulsivité et l'état dépressif, le sous-dosage du médicament de substitution, sa disponibilité, la possibilité de le fractionner...⁶. Ces pratiques d'injection ont pour conséquence une dégradation veineuse importante à laquelle s'ajoutent de lourdes complications psychologiques, infectieuses et circulatoires (syndrome de Popeye, abcès, etc.) particulièrement fréquentes au sein de ces populations précaires, celles que l'on rencontre dans les Caarud, celles que ciblent particulièrement les enquêtes sur les consommateurs de substances psychoactives de Trend (PRELUD [Première ligne d'usagers de drogues], SINTES [Système d'identification national des toxiques et des substances], etc.). D. Grau les a analysées sur la période de mars 1999 et décembre 2008. Il s'agit de complications infectieuses cutanées (27 cas), ostéo-articulaires (4 spondylodiscites, 1 sacro-iliite), d'endocardites (9 cas), et d'embolie vasculaire avec baisse de l'acuité visuelle (1 cas)⁷.

La méthadone, aussi substitution de rue

Le nombre de signalements de primo-consommation de BHD et son implication comme premier produit ayant

entraîné une dépendance restent faibles (respectivement 27 et 69 cas). Ceux concernant la méthadone sont en revanche en hausse par rapport à 2008 (premier produit expérimenté pour 2 sujets versus 0 en 2008, premier produit ayant entraîné une dépendance pour 11 sujets versus 4 en 2008)⁴. Bien que sa prescription soit toujours très encadrée et initiée dans les centres de soins spécialisés, la méthadone est donc malgré tout sortie « des murs » : la proportion de méthadone consommée en dehors d'un protocole était de 3,3 % en 2008, et 2,9 % en 2009, mais très rarement pour la forme gélule qui progresse sensiblement⁴, avec quelques rares cas d'injection intraveineuse. Toutefois, si l'on sait que ce sont les patients les plus précaires, comme pour la BHD, qui injectent ces MSO, peu d'études françaises ont pu, en réalité, étudier les pratiques d'injection parmi eux.

Au fond des seringues

C'est précisément pour mieux cerner les pratiques d'injection des MSO, comme de toutes autres substances psychoactives détournées de leur usage ou illicites, que l'association SAFE, qui gère un important programme d'échange de seringues par automates en Île-de-France, a mis en œuvre, en novembre 2011, une étude de la composition chimique des résidus de produits dans les seringues usagées⁸. Elle a été conduite en partenariat avec le groupe de recherche santé publique et environnement de la faculté de pharmacie de l'université Paris-Sud (UMR 8079). Les premiers résultats obtenus sur l'analyse des contenus de 209 seringues sur 5 sites d'observation différents ont mis en évidence une forte proportion de polyconsommation (plus de 50 % des seringues contiennent au moins deux produits) et un petit pourcentage de réutilisation des seringues.

Par ailleurs, au moins 8 % des seringues contenaient des produits dont l'injection simultanée ne se rencontre jamais chez les usagers injecteurs de drogues, tel le mélange « héroïne + buprénorphine », ce qui signifie qu'elles ont été utilisées plusieurs fois. Ces analyses objectives et rigoureuses ont permis de dégager des tendances concernant certaines pratiques des usagers de l'agglomération parisienne qui vont parfois à l'encontre de représentations ou de données d'enquêtes déclaratives. Par exemple, le faible pourcentage de seringues contenant de la buprénorphine (12 %) ne correspond pas aux estimations indiquant que sa consommation est très importante chez les usagers de drogues à Paris. Il en est de même pour la forte proportion de seringues contenant de la cocaïne (78 %).

Par comparaison, la prévalence déclarée de l'injection par produit, au cours du dernier mois, selon les données obtenues lors de l'enquête PRELUD/TREND⁹ sur le site de Paris, était respectivement de 62 % pour la buprénorphine, 40 % pour la cocaïne/crack (et 85 % pour l'héroïne, 79 % pour les amphétamines, 44 % pour la kétamine, 25 % pour l'ecstasy).

Développer l'éducation thérapeutique

Reste qu'on a la certitude que l'injection reste une vraie préoccupation de santé publique aujourd'hui et qu'elle n'est pas en rapport avec le médicament de substitution « du protocole », puisque le pourcentage d'injecteurs est sensiblement le même parmi ceux qui sont sous BHD ou sous méthadone : autour de 20 %. En revanche, c'est le produit injecté qui diffère : la BHD pour les premiers, essentiellement l'héroïne, la cocaïne et autres substances psychoactives pour les seconds⁶.

Enfin, on peut relativiser la gravité de la poursuite de ces pratiques d'injection, du moins parmi ceux qui sont suivis et sous traitement, car ils échangent nettement moins leurs matériels que les autres, et ceux qui injectent uniquement la buprénorphine semblent aller mieux que ceux qui injectent également d'autres substances illicites¹⁰. D'ailleurs, si l'on se réfère au rapport Trend 2010, 51 % de ces injecteurs y recouraient... pour arrêter l'héroïne au cours du dernier mois, ce qui n'est pas en soi un viatique pour baisser la garde sur ce point, bien au contraire !

Pour diminuer l'incidence de ces pratiques d'injection, il faudrait donc aider les médecins à adopter une démarche d'éducation thérapeutique digne de ce nom, adaptée et prise en compte par les partenaires sociaux, éventuellement envisager un changement thérapeutique pour la combinaison buprénorphine/naloxone, mettre en place un accompagnement « comprehensive » de chaque évolution de traitement, et mieux prescrire (prises non fractionnées, posologies adaptées, parler des motivations pour l'injection...)¹¹. Et, bien sûr, passer à la vitesse supérieure pour développer les actions de réduction des risques en direction des populations les plus précarisées. L'ouvrage est déjà sur le métier, avec l'engagement de la ministre de la Santé de donner bientôt le coup d'envoi à l'ouverture, à titre expérimental, d'une salle de consommation à moindres risques à visée éducative (SCMRE) à Paris, sur un projet de Médecins du Monde et Gaïa (voir *Swaps* n° 68, p.15), et à Strasbourg, élaborée par l'association Ithaque, soutenue par la municipalité.

PROCHAINE FICHE TECHNIQUE SUR LE SNIFF

⁸ Neřau T, Karolak S, Levi Y, Duplessy C, Bara J-L. Analyse des résidus de drogues dans les seringues usagées. *Le Courrier des Addictions* 2011;13:2

⁹ Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006. Tendances récentes sur le site d'Île-de-France (TREND) février 2008

¹⁰ Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict* 2004;13, Suppl. 1: S17-28

¹¹ L'Afssaps a élaboré une mise au point sur : « Initiation et le suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage » destinée plus particulièrement aux médecins généralistes, dans le but de les aider dans la prise en charge de leurs patients. Afssaps, octobre 2011. www.afssaps.fr

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles PIALOUX

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Philippe Périn
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Valérie Berrebi

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Stipa / 4M
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
case 216
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : 01 56 01 74 36
Fax : 01 56 01 74 38
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec la participation
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien financier de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Depuis sa création autour de la santé, de la réduction des risques et de l'usage des drogues, le sommaire de cette 69^e livraison de *Swaps* pourrait résumer ses différentes missions éditoriales. À la fois dans son aspect pluriel, parce qu'**il est ici question de sujets aussi divers que le traitement de l'addiction à la cocaïne, de l'évaluation de la fibrose hépatique dans les Caarud et Csapa d'Île-de-France** (voir page 17 l'article d'Élisabeth Avril) **ou des pratiques d'injections** avec une « fiche technique », rubrique inaugurée avec ce numéro. Il est aussi question **d'épidémiologie avec des données alarmantes dans certains pays quant à la prévalence du VIH chez les usagers de drogues**, comme le souligne Michel Kazatchkine dans sa mise au point sur les politiques de réduction des risques depuis l'appel de Vienne (voir page 2). Cet aspect critique, autant nord-sud que est-ouest, est avant tout pluridisciplinaire et multi-approche.

C'est précisément le vœu 2013 pour *Swaps*, que l'on retrouve désormais en ligne sur www.vih.org. Autre innovation en filigrane de ce numéro 69, **l'organisation d'un premier colloque commun Cnam/AIDES/vih.org le 29 novembre dernier au Conservatoire National des Arts et Métiers**, en préambule de la journée de lutte contre le sida. Journée particulièrement riche qui aurait valu plusieurs numéros de *Swaps* et qui a vu scientifiques, politiques, usagers, représentants associatifs, prescripteurs de produits de substitution, travailleurs sociaux, échanger sur les multiples aspects pluriels de la réduction des risques. Prochain thème annoncé en guise de *teasing*: « La santé pour tous ».

À la lecture de ce numéro, on remarquera à la fois les indiscutables marqueurs d'efficacité de la réduction des risques à l'image de l'analyse de 6 études réalisées au Royaume-Uni sur la prévention de l'hépatite C (voir l'analyse de France Lert page 13). Et aussi ses limites (voir page 11) puisque la Commission européenne vient de publier une proposition de révision de la directive sur le tabac qui va contre la réduction des risques en matière de tabac, malgré l'échec de la lutte contre le tabagisme en France, qui stagne depuis 2008.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE