

## **Améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues.**

La question de l'hépatite C chez les usagers de drogues est devenue un enjeu majeur de santé publique.

L'infection par le VHC est une des premières causes de mortalité chez les usagers de drogues par voie injectable. Alors que la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est d'environ 1 % dans la population française, elle s'élève, selon les études, à 50 % voire 70 % des usagers de drogues par voie injectable. Dans cette population, les co-infections VIH-VHC sont également plus fréquentes alors qu'elles sont plus rapidement responsables de lésions hépatiques sévères. Enfin, l'incidence des nouvelles contaminations serait d'environ 5 000 personnes par an dont 70 % d'usagers de drogues qui constituent dorénavant le réservoir essentiel de nouvelles contaminations

Les actions traditionnelles de réduction des risques très efficaces contre l'infection par le VIH n'ont pas eu la même efficacité contre le VHC. Cela résulte du caractère à la fois résistant et très contaminant du VHC : les usagers peuvent être très rapidement infectés aux tous débuts de leur trajectoire d'injecteurs. Ainsi beaucoup d'entre eux ignorent leur statut et, le cas échéant, leur propre pouvoir contaminant ce qui accroît d'autant les risques de diffusion du virus. Les traitements de substitution aux opiacés, tout aussi utiles qu'ils soient par ailleurs, n'ont pu enrayer ce phénomène. Les actions de prévention ne peuvent reposer essentiellement que sur une prévention des comportements à risques (injection, partage ou réutilisation de matériel d'injection) et une réduction du « réservoir » contaminant (information, dépistage, accès aux soins, traitement).

Les actions nouvelles nécessitent d'agir sur les primo-injections (prévention du passage à l'injection mais aussi accessibilité renforcée aux matériels stériles et éducation à l'injection). Mais un axe prioritaire est clairement d'améliorer le dépistage pour permettre aux personnes contaminées d'être attentives aux risques qu'elles font courir aux autres et leur permettre d'accéder à des traitements efficaces. Les raisons du retard au dépistage et dans l'accès aux soins sont mieux connues et notamment les difficultés relatives aux prélèvements biologiques et à la distance de ces patients par rapport aux institutions, entre autres hospitalières.

Cela impose donc une aide à l'implication des médecins généralistes déjà sensibilisés pour beaucoup à ces questions notamment les prescripteurs de TSO. Cela amène également à promouvoir les techniques non invasives de dépistage et de suivi ainsi qu'une prise en compte diagnostique et thérapeutique de l'infection par le VHC dans les Centres mêmes que fréquentent les usagers : CSAPA ou CAARUD, en partenariat avec les acteurs de la ville et de l'hôpital.

L'Anitea a depuis deux ans investi de façon majeure et volontariste la question des hépatites tant il s'agit d'une question cruciale pour l'avenir des personnes que nous recevons. Elle a participé à de nombreux colloques sur cette question, elle a organisé des rencontres inter régionales sur « hépatites et addictions » afin que les acteurs de terrain puissent valoriser et capitaliser les innovations et les bonnes pratiques développées en transdisciplinarité dans les centres mais aussi en lien avec la ville et les hôpitaux, elle contribue à soutenir et promouvoir toutes les avancées en matière de prévention et de prise en charge des hépatites chroniques. Ce document est donc la synthèse des problématiques rencontrées sur le terrain et des pistes de réponses. Il sera suivi d'un document « politique » disponible pour nos prochaines 30èmes journées nationales en juin 2009.

Dr Jean-Michel DELILE  
Vice-président de l'Anitea

### **Plan du document technique**

- I. Les problématiques rencontrées sur le terrain**
- II. Comment agir, que faire ?**
- III. Les propositions de l'anitea**

## Les problèmes rencontrés :

Les stratégies de réduction des risques, reconnues pour être efficaces contre la transmission du VIH, ont eu un impact très limité dans le domaine de l'hépatite C. Dans le même temps où le VIH reculait de façon remarquable chez les usagers de drogues, il y eut à l'inverse une diffusion massive de l'hépatite C dans cette population. En France, on estime que 600 000 personnes sont atteintes par le VHC, parmi lesquelles 200 000 usagers de drogues par voie intraveineuse - anciens ou actuels -. Ils représentent 70 % des nouvelles contaminations par le VHC et 40 % des prises en charge hospitalières au titre du VHC (50 % des hommes). Pourquoi ce différentiel et cette inefficacité relative des actions de réduction des risques par rapport à l'infection par le VHC ? Il importe de bien analyser cet apparent paradoxe et de mieux en comprendre les raisons afin d'améliorer l'efficacité des actions de prévention/réduction des risques en matière d'hépatite C.

- ◆ **Les primo-injections** : les contaminations par le VHC ont souvent lieu lors des toutes premières injections dans un contexte généralement peu propice aux messages de prévention et en compagnie d'autres usagers pouvant eux-mêmes ignorer leur éventuelle contamination par le VHC.

Sur cette base et en l'état actuel des connaissances, il apparaît que ce différentiel est essentiellement dû au génie propre de ce virus : le VHC a un fort pouvoir contaminant et il résiste bien à la dessiccation et à la chaleur...

- ◆ **Primo-infection discrète** : l'infection par le VHC est peu symptomatique en aigu et évolue surtout sur un mode chronique longtemps discret, la morbidité et la létalité induites sont différées et beaucoup de personnes contaminées restent donc durablement asymptomatiques, en tout cas plus longtemps que les toxicomanes contaminés par le VIH dans les années 1980. Cela a produit un double effet : une augmentation régulière du nombre de personnes contaminées (et donc contaminantes mais dont beaucoup ignorent leur contamination) et une méconnaissance ou une banalisation relatives des risques liés au VHC par rapport à ceux du VIH qui décimaient les populations des usagers injecteurs des années 1980.

- ◆ **Contaminations précoces** : lors des toutes premières injections, d'où des difficultés de contact à visée préventive avec les personnes concernées. C'est ainsi que l'étude prospective de Maher et al. portant sur une cohorte de 584 usagers de drogues par voie veineuse en Australie entre 1999 et 2002 a pu mettre en évidence 68 séroconversions VHC. Pour la cohorte dans son ensemble, l'espace moyen entre la 1ère injection et la séroconversion était de 4,4 ans contre 1,6 ans chez les nouveaux initiés (moins de 2 ans). Ce délai très bref ne laisse qu'une très petite fenêtre d'opportunité pour les actions de prévention. Cette étude mettait également en évidence un sur-risque pour les plus jeunes usagers, les plus désocialisés, les injecteurs de cocaïne et les femmes.

## Comment agir, que faire ?

### → Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Les traitements de substitution aux opiacés sont d'une efficacité relative face au VHC, virus très rapidement contaminant ainsi que le démontrent les données épidémiologiques rappelées plus haut et celles reprises dans le travail de l'équipe d'Amsterdam, l'étude de cohorte lancée en 1985 avec 1640 sujets.

Ces traitements, conduits dans un cadre global et contrôlé de prise en charge, concourent à la réduction des risques infectieux en aidant à diminuer les pratiques d'injection. Mais ils ne les annulent pas chez tous les patients, ni complètement, ni très vite : de nombreux patients sous méthadone s'injectent plus ou moins occasionnellement de la cocaïne, de nombreux patients sous Subutex s'injectent le Subutex lui-même... Ces phénomènes sont particulièrement observés chez les usagers marginalisés rencontrés en CAARUD. Diverses études canadiennes et australiennes tendent par ailleurs à démontrer que le risque de séroconversion VHC est supérieur chez les injecteurs de cocaïne que chez ceux d'héroïne alors même que les usages de cocaïne sont en développement rapide dans notre pays (OFDT, 2007).

Ces traitements sont indiqués chez les personnes dépendantes or les contaminations VHC ont souvent lieu chez des jeunes en tout début d'intoxication dont les consommations sont souvent plus du registre de l'abus que de la dépendance à ce stade.

Enfin, la BHD est parfois le premier opiacé « de rue » utilisé, par détournement, souvent en snif ou par voie intraveineuse, et ce sont dans bien des cas ces premières injections de BHD qui ont pu être contaminantes, ce qui nous rappelle, si besoin en était encore, que les traitements de substitution ne sont pas un vaccin.

Les usagers et les professionnels (cliniciens et spécialistes de santé publique) ne doivent donc pas placer des espoirs excessifs dans l'efficacité de ces traitements dans le domaine de la prévention primaire de l'infection par le VHC même si évidemment ils y concourent indirectement en réduisant l'usage de la voie veineuse quand ils sont bien conduits.

### → Intérêt dans le traitement

Relatif dans la prévention, l'intérêt des TSO est évident dans le traitement. Ils permettent de mieux prendre en charge les usagers et de faciliter leur accès aux soins mais aussi d'améliorer la compliance et donc l'efficacité des traitements de l'hépatite C mis en œuvre. Le traitement de l'hépatite C chez des usagers de drogues ainsi pris en

charge avec des TSO encadrés peut atteindre des niveaux d'efficacité comparables à ceux retrouvés chez des patients non toxicomanes, y compris chez des patients présentant des troubles psychiatriques associés. Chez les toxicomanes « actifs » en revanche, non traités par TSO notamment, les interruptions prématurées de traitements sont plus fréquentes.

Mais même dans ce cadre, il est à rappeler que l'étude de cohorte d'Amsterdam montre que ni les TSO seuls (méthadone en l'occurrence), ni l'échange de seringues en soi ne sont associés avec une réduction de l'incidence du VHC, seule la participation complète à des programmes combinés, associant TSO et programme de réduction des risques (échange de seringues...) peuvent contribuer à un tel résultat quand ils sont intégrés à une approche globale médico-psychosociale.

### → **Prévention des injections et connaissance du statut sérologique :**

La clef du problème se trouve bien du côté des injections et notamment des premières injections. Dans cette perspective les données fournies par l'étude Coquelicot (InVS-ANRS) sont d'un grand recours. La prévalence VHC était de 59,8 % par prélèvement sanguin. Les données étaient plus particulièrement préoccupantes chez les moins de 30 ans : alors que dans cette population la prévalence du VIH est devenue quasiment nulle, celle du VHC s'élève à 28 %. D'autre part, la comparaison des données biologiques et déclaratives indiquait que 27 % des UD se déclaraient négatifs à tort.

Au-delà de l'importance de cette prévalence VHC, cela indique donc que près de 30 % des personnes ignoraient leur séropositivité VHC, cet écart atteignant 50 % chez les usagers les plus jeunes (< 30 ans).

Ces données rejoignent celles de Denver qui relevaient un fort pourcentage (60 %) de personnes séropositives pour le VHC et qui l'ignoraient. L'auteur observait que ceux qui connaissaient leur statut (des usagers plus âgés et au plus long passé de toxicomanes) avaient des pratiques moins à risques et il concluait donc à l'importance décisive du dépistage.

Le volet qualitatif a permis de mieux préciser les connaissances des usagers sur les modes de transmission des virus VIH et VHC : 90 % d'entre eux connaissaient les modes de transmission « majeurs » du VIH (partage de seringues, relations sexuelles non protégées) et du VHC (partage de seringues) mais seulement 65 % connaissaient l'existence de risques lors du partage du petit matériel (coton, récipient). De fait, l'étude Coquelicot mettait en évidence que le niveau de partage du petit matériel restait très élevé (38 %). Ces données confirment les difficultés des actions de réduction des risques à limiter la transmission du VHC : le pouvoir infectant du VHC est tel qu'il n'est pas rare qu'une injection ou un partage de matériel une seule fois dans la vie soit suffisant pour être contaminé.

### → **Initiations/primo-injections :**

Les toutes premières injections se font généralement dans le cadre d'initiations par des pairs plus âgés, potentiellement contaminés par le VHC et qui peuvent l'ignorer, d'où l'importance de développer les campagnes de dépistage dans cette population.

L'initiation est bien une période à très haut risque. L'étude de cohorte de Roy et al qui a porté sur 980 jeunes des rues à Montréal entre 1995 et 2000 dont 530 ont commencé à injecter des drogues dans cette période, a ainsi montré que la 1ère injection était majoritairement administré par une personne (un ami proche dans 41 % des cas, une connaissance : 15 %, une relation amoureuse : 10 %, une autre personne : 7 %) contre 27 % d'auto-administration d'emblée. Globalement, 84 % des jeunes avaient utilisé une aiguille propre pour leur 1ère injection et seulement 62 % du matériel de préparation propre. Les 2/3 d'entre eux avaient déjà utilisé le même produit auparavant (cocaïne ou héroïne en général) mais par d'autres voies d'administration et sans en être dépendants pour la majorité (2/3) d'entre eux.

La prévention de l'injection est donc un enjeu décisif qui doit amener à creuser toutes les pistes susceptibles de réduire l'initiation à l'usage de la voie veineuse (24, 40). Il est également fondamental de dépister le plus tôt possible les usagers contaminés/contaminants pour qu'ils puissent se soigner mais aussi pour les aider à avoir des pratiques plus « responsables » quand ils se trouvent en position de mentor ès injections...

Comme le rappelait l'Agence de santé publique du Canada (Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique. Volume 25S2, juin 1999), « étant donné que la contamination par le VHC se produit très rapidement après l'initiation à l'utilisation de drogues injectables, les mesures de prévention doivent viser avant tout (mais non exclusivement) les nouveaux utilisateurs de drogues injectables et ceux qui songent à faire l'essai de ces drogues. »

### → **« Sécurisation » des injections :**

Pour ceux qui injectent il importe évidemment de poursuivre les actions de réduction des risques déjà mises en œuvre dans notre pays en développant encore la mise à disposition de matériels propres d'injection et de préparation, la diffusion de messages de prévention avec des méthodes adaptées rappelant notamment les risques liés au partage ou à la réutilisation de matériels et l'intégration de ces programmes à des approches combinées avec l'accès aux TSO. En revanche, il convient de rappeler que les salles d'injection, si elles ont pu montrer leur aptitude à recevoir les usagers les plus marginalisés, à faciliter l'accès aux soins et à réduire la mortalité directe n'ont pu mettre en évidence une quelconque efficacité en matière de réduction de l'incidence du VHC. La précocité des séroconversions VHC ne peut en effet que réduire encore leur « efficacité », déjà non évaluable dans le domaine du VIH...

## → Dépistage, accès aux soins, unité de lieu : CSST/CAARUD

A côté de la mobilisation des acteurs sanitaires hospitaliers et libéraux et compte tenu de la précocité des séroconversions et du sur-risque chez les usagers les plus jeunes et les plus marginalisés, il convient de développer encore le réseau des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD, ex-« boutiques » et PES) en les dotant de moyens médicaux et paramédicaux leur permettant de jouer un rôle encore plus actif en matière de dépistage. Ce sont en effet les structures les plus à même de recevoir ces patients rétifs aux prises en charge institutionnelles. Très accessibles, offrant des prestations sanitaires et sociales de base dans une ambiance nécessairement très ouverte et chaleureuse qui en fait l'efficacité, ces structures sont d'excellents points de contact et d'accès aux soins. Compte tenu néanmoins des difficultés de relais de ces patients réticents vers les structures sanitaires lourdes, il est intéressant de réfléchir à une sorte de « guichet unique » permettant de dépister sur place avec les techniques les moins invasives possibles et ainsi de mieux mobiliser encore vers l'accès aux soins.

De ce point de vue, une attention toute particulière doit être portée aux techniques pas ou peu invasives de prélèvement (salivettes, « buvards », micro-prélèvements...) qui peuvent permettre de procéder rapidement et simplement à un dépistage ou d'y amener (FibroScan®). Elles peuvent être très utiles chez un patient hésitant ou réticent à cause de son mauvais état veineux et des mauvais souvenirs liés aux tentatives antérieures de prélèvements sanguins, souvent longues, douloureuses et peu fructueuses.

Par ailleurs, ces dispositifs légers peuvent être mis en œuvre dans des structures de première ligne à très faible plateau technique (« boutiques » et même programmes mobiles d'échange de seringues) au plus près donc de patients marginalisés, ne fréquentant pas les lieux de soins « officiels », souvent moins informés et à plus haut niveau de pratiques à risques et donc de contamination. Un travail récent a mis en évidence l'efficacité de ces techniques dans l'amélioration des taux de dépistages chez les usagers injecteurs.

## Propositions de l'anitea :

- Prévenir le passage à l'injection et réduire les pratiques d'injection
- Informer largement les usagers « aguerris » et potentiellement contaminants, souvent à leur insu, des risques qu'ils font courir lors d'initiations. Action communautaire.
- Diffuser des messages de prévention concernant les risques liés aux premières injections, au partage du petit matériel et à la réutilisation des seringues
- S'appuyer sur la participation et l'implication des usagers à partir de divers supports (DVD, Groupes d'usagers, etc...)
- Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité au matériel d'injection
- Développer l'accessibilité de l'accompagnement global médico-psychosocial prenant en compte les différents besoins des patients (accès aux traitements de substitution en toute sécurité, sevrage, suivi psychologique, logement, etc...) indispensable pour l'observance des traitements hépatites..
- Renforcer l'accès au dépistage et aux soins et promouvoir les techniques non invasives de dépistage (salivettes, micro-prélèvements capillaires, etc.) et d'évaluation en prenant en compte les réticences des usagers à se faire tester pour le VHC (notamment la question des voies d'abord veineux) et à se faire soigner :
- Contribuer ainsi à réduire également le « réservoir » de contamination.
- Vacciner contre le VHB
- Renforcer les moyens médicaux, paramédicaux et techniques des structures de réduction des risques (CAARUD) et des CSST fréquentées régulièrement par ces usagers : nombreuses expériences en France de « guichets uniques » (dépistage « simplifié », bilans biologiques, mise en route et suivi des traitements).
- Maintenir un effort continu de sensibilisation et de formation des équipes des CSST et CAARUD à la problématique du VHC
- Promouvoir les alternatives à la ponction-biopsie du foie (PBF) : FibroTest®, FibroScan®
- Ne pas récuser un traitement antiviral au seul motif que l'abstinence n'est pas totale.
- Développer les approches transdisciplinaires et les partenariats (hépatologie, addictologie, psychiatrie, travail social, ville, hôpital, CSST, CAARUD...)
- Travailler sur les représentations stigmatisantes souvent attachées aux usages de drogues et à l'hépatite C.

## Contexte :

Trois Plans Nationaux contre les hépatites ont été mis en œuvre par les pouvoirs publics depuis 1999 et un Comité stratégique du programme national a été mis en place en 2004 pour accentuer la mobilisation. Annonces du Ministère de la Santé VHC/CSST/CAARUD. Plan gouvernemental Mildt.

Implication de l'Anitea dans le Groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge coordonnée ville-hôpital de l'hépatite chronique C (Coordinateur : Professeur Michel Doffoel).

Partenariats privés Roche/Schering-Plough

INPES et prévention primo-injection.

Rédaction : Jean Michel Delile – vice président de l'anitea

Comité de relecture : Jean Pierre Couteron – Martine Lacoste – Véronique Garguil – Marie Villez – Bernard Fontaine – Jean Jacques Santucci – Brigitte Reiller