

LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'INJECTION EN 2011 : QUELLES NOUVEAUTÉS ?

- Animation : **Hélène Cardin**, journaliste
- Introduction par **Jean-Luc Romero**, président du Crips

Certains ont pu dire que l'institutionnalisation de la réduction des risques (RdR) aurait pu avoir un effet pervers : freiner l'innovation. Certains le pensent peut-être encore. Aujourd'hui, un des défis majeurs dans la RdR est clairement le VHC, un virus dont on connaît très bien la forte transmissibilité. Alors que, concernant le VIH, les choses se sont améliorées de façon très importante au point que les usagers ne représentent plus que 1 à 2 % des nouvelles contaminations par le VIH, la situation concernant le VHC est beaucoup plus problématique : 60 % des usagers sont contaminés au VHC, 27 % qui pensent être négatifs mais qui sont en fait positifs, plus de 40 % qui ne connaissent pas tous les risques de transmission du VHC notamment quant au petit matériel.

Aujourd'hui, pour avancer dans la politique de RdR, il nous faut tenir compte des changements de pratique, des profils d'usagers, de consommation. Il faut faire confiance à la capacité d'apprendre des usagers.

Il faut penser aux lieux, notamment la prison. Les prisonniers font partie des exclus de la RdR. Quoi qu'en disent les autorités, les usages y existent. La prévalence du VHC y est de 4,8 % contre 0,84 % dans la population générale.

En France, en ce qui concerne les toxicomanies, la décision ne se fait pas via un processus rationnel à la recherche de l'intérêt général : elle est intimement liée à l'opinion publique. C'est sans doute dommage mais c'est la réalité. Je prends l'exemple des salles de consommation ; le travail de vulgarisation qui a été fait a permis de faire considérablement évoluer l'opinion sur ces structures.

Pour améliorer la politique de réduction des risques, il faut donc informer le grand public sur ses résultats et ainsi convaincre nos concitoyens de sa pertinence. C'est, je crois, un vrai défi totalement indispensable à relever.

Le 12 décembre 2011.

Les rencontres du Crips Île-de-France sont organisées avec le soutien de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Accueil documentaire

par téléphone :

01 56 80 33 10

du lundi au mercredi

de 9h30 à 12h30

et de 14h à 18h

et le vendredi

de 9h30 à 12h30

et de 14h à 17h

par courriel :

documentation@lecrips.net

Centre Régional
de Ressources
d'Information et de
Prévention sur le
VIH/SIDA, les IST, les
hépatites, l'éducation
à la vie affective et
sexuelle, les drogues,
les dépendances et les
conduites à risque chez
les jeunes



Informier • Prévenir • Former

* Île de France

Crips Île-de-France

14, rue Maublanc

75015 Paris

T : 01 56 80 33 33

F : 01 56 80 33 00

info@lecrips.net

www.lecrips-idf.net

« Il s'agissait de comprendre les circonstances et les pratiques parmi les jeunes usagers, mais aussi de découvrir des profils échappant à des dispositifs habituels »

- **Anne Guichard**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Inpes
- **Résultats de l'enquête Prim Inject : Comment se passent les premières fois.**

« La nécessité de faire cette enquête est partie de plusieurs constats. Le premier c'est que l'initiation à l'injection est une période particulièrement à risque pour la contamination VHC », explique Anne Guichard.

« L'âge moyen de la première injection est de plus ou moins 18 ans. Sur une prévalence de 60 % positifs au VHC, près de 30 % des usagers de moins de 30 ans sont infectés. Ces usagers sont jeunes et inexpérimentés. La première injection est souvent faite par un tiers, la plupart du temps contaminé ».

La chercheuse évoque un deuxième constat : « Les stratégies appliquées au VIH sont moins efficaces pour le VHC. Les outils développés peinent à atteindre les usagers les plus jeunes, qui ne sont pas en contact avec les structures ».

Dès lors, pour Anne Guichard, « Il s'agissait de comprendre les circonstances et les pratiques parmi les jeunes usagers, mais aussi de découvrir des profils échappant à des dispositifs habituels ». C'est pourquoi Prim Inject a été diffusé en ligne.

911 répondants pour prim inject

Il y a eu 911 répondants, dont la moitié (456) a déjà injecté au moins une fois. Plusieurs enseignements ont pu être tirés des réponses : « L'héroïne demeure un produit fréquemment expérimenté, qui varie peu au fil du temps. En revanche, pour ce qui est des psycho-stimulants et médicaments opiacés, il y a des disparités. »

« Si on regarde l'âge moyen à la première injection, poursuit Anne Guichard, cela semble varier au fil du temps ; 19 ans pour ceux qui sont entrés dans l'injection avant 1987. Dans les périodes récentes, plutôt 22 ans ». Comme produit injecté la première fois, l'héroïne recule de 76 % à 56 %. Dans le contexte de la première injection, l'injection par un tiers recule. En revanche, la proportion de ceux qui étaient seuls à ce moment-là progresse, de 3 à 30 %. Le délai de passage à l'injection baisse.

En conclusion, Anne Guichard veut retenir les bienfaits d'une enquête sur le web : « En passant par internet, on touche un public différent, que l'on va peut-être voir arriver dans les structures dans quelques années et qui correspond aux nouveaux usages, notamment au niveau des carrières d'utilisation avant l'injection ».

« Il y a une vraie pudeur chez les usagers, un vrai frein à réaliser une injection devant des non-injecteurs »

- **David Seban**, éducateur à la santé, Médecins du Monde
- **Présentation du projet ERLI (Education des Risques Liés à l'Injection) Médecins du Monde - En partenariat avec Sida Paroles et Gaïa Paris**

En matière de réduction des risques liés au VHC, il y a pour les usagers parfois un long cheminement depuis la théorie à la pratique. Le Projet ERLI tente de s'attaquer au problème.

« Travailler sur l'éducation aux risques de l'injection », telle est l'ambition du projet ERLI, selon David Seban. ERLI s'inscrit dans la problématique VHC : « Chez l'utilisateur il y a une vraie confusion entre les hépatites et le VIH et les modes de contamination. Il y a une mauvaise perception des risques. On se rend compte qu'au bout de plusieurs années les messages de prévention sont sus, compris, mais pas appliqués ».

L'étude ERLI a débuté il y a un an. « Nous travaillons sur la file active de deux Caarud, dans la boutique de Sida Paroles et en unité mobile auprès de Gaïa. La file active de Sida Paroles est assez petite. Gaïa intervient Gare du Nord et Gare de l'Est, où elle gère une file active très hétéroclite de 1500 personnes, principalement injectrices de Skenan. La répression y est constante. Ce qui ne facilite pas le travail des associations ».

Les objectifs de ERLI sont multiples : « Favoriser l'ouverture d'un dialogue et entrer en contact avec les usagers ; renforcer leur capacité à adopter des comportements de prévention ; repérer les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité ; promouvoir d'autres modes de consommation que l'injection et favoriser le recours au dépistage et aux soins », explique David Seban.

Pour être sélectionné, l'utilisateur doit au préalable répondre à un questionnaire avec un chercheur de l'Inserm et être francophone. « On présente ensuite l'action pour évacuer le risque de confusion avec une salle d'utilisation, complète le responsable de l'étude. Une fois inclus, on va observer leurs pratiques, pour pouvoir adapter au mieux les messages à la pratique ».

Pour l'instant, ERLI accompagne une cinquantaine de personnes. « Sur une tranche de six heures, nous faisons quatre séances maximum. On pourrait croire que les usagers sont en demande, mais il y a une vraie pudeur, un vrai frein à réaliser une injection devant des non-injecteurs ».

« On observe un décalage important entre les recommandations et l'accès aux mesures de RdR »

- **Laurent Michel, praticien hospitalier, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes**
- **Inventaire PRI²DE : Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus**

Les usagers de drogues sont nombreux en prison. Une loi et une circulaire française, ainsi qu'une directive de l'OMS y fixent le cadre de l'accès aux soins et à la réduction des risques. Sont-elles appliquées ? Réponse avec Inventaire PRI²DE.

L'usage de drogues n'est pas anodin en milieu carcéral. « En prison, on est confronté à une population à haut risque en termes de troubles addictifs. On y dénombre de 30 à 40 % d'usages psycho-actifs voire plus si on inclut l'alcool », affirme Laurent Michel.

En France, l'organisation des soins en prison est régie par la loi de 1994 et des recommandations de l'OMS. En 1996, une circulaire - moins exigeante que la loi de 1994 - a fixé le dispositif et le guide méthodologique.

Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des personnels sanitaires portant sur un ensemble d'éléments : eau de javel, préservatifs et lubrifiants, traitements de substitution aux opiacés, information VIH, IST Hépatites et RdR, traitement post-exposition (TPE), dépistage du VIH et des hépatites.

Au total, 68 % des établissements français ont répondu, soit 116 sur 171, qui correspondent à 77 % de la population française incarcérée.

Recommandations pas toutes suivies

Les résultats de l'enquête montrent que les recommandations ne sont pas toutes suivies, loin s'en faut. Peu d'établissements distribuent correctement l'eau de javel. L'accès aux préservatifs est mieux assuré, du moins les masculins qui sont disponibles dans 95 % des établissements. Les féminins sont eux accessibles dans 21 % des établissements.

Les traitements de substitutions aux opiacés (TSO) sont distribués à 9 % des détenus, 3 % utilisent de la méthadone. « La reconduction des TSO à l'entrée en détention est acquise dans la grande majorité des établissements », indique le responsable de l'étude. Les chiffres montrent également une augmentation de ces traitements de substitution en prison, mais très en retrait par rapport à ce qui se passe à l'extérieur. « Les choses s'améliorent, néanmoins », tempère Laurent Michel.

Le dépistage est une mesure largement mise en œuvre. Dans plus de 90 % des établissements les dépistages VIH et VHC sont systématiquement proposés. La restitution des résultats négatifs est autour de 70 %. Par ailleurs, 83 % des établissements proposent une vaccination au VHB.

Globalement, Laurent Michel observe un « décalage important entre recommandations et accès aux mesures de RdR. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : le tabou des pratiques d'injection, la réticence politique, une politique centrée sur le VIH et pas sur les autres maladies comme le VHC, un manque de formation ».

Comment améliorer la situation ? Laurent Michel avance quelques pistes : « En déployant les mesures déjà préconisées, avec des moyens supplémentaires, une formation pour les professionnels en milieu pénitentiaire, et la mise en place d'un dispositif de surveillance, pour repérer notamment les séroconversions ».

« Certaines particules comme le talc ne sont pas solubles et resteront toujours dans le corps »

- **Lenneke Keijzer, chargée d'Études, Apothicom.**
- **L'injection des médicaments : réduire les risques**

L'injection des médicaments - qui sont censés être ingérés - peut entraîner un certain nombre de complications locales, pulmonaires et cardiaques. Petit tour d'horizon de ces risques et des pistes pour les réduire.

Lenneke Keijzer rappelle d'abord le contexte : « La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) est prescrite à plus de 100 000 personnes et 15 % des personnes l'injectent. Plus de la moitié des personnes fréquentant les Caarud l'ont injectée au cours du mois. L'injection du Skenan[®] est en augmentation parmi les personnes fréquentant les Caarud (7 % en 2003, 12,9 % en 2008). L'injection de Ritaline[®] peut être élevée dans certaines villes, comme Marseille. En revanche, celle de benzodiazépines ne concerne que peu de monde ».

L'injection expose à un certain nombre de risques : virus, bactéries, champignons. Lenneke Keijzer attire l'attention sur le problème des particules insolubles : « Les médicaments injectés sont prévus pour un usage oral. Ils contiennent des particules insolubles, comme le talc, l'amidon ou la cellulose microcristalline, qui peuvent entraîner des complications locales, pulmonaires ou cardiaques.

Lenneke Keijzer précise : « Si les usagers s'injectent dans des petites veines au niveau des mains, il peut y avoir obstruction : cela se nomme des micro-embolies ».

Elle cite ensuite comme autre risque l'irritation des parois veineuses (phlébite ou formation de caillots). Il y a également des risques d'ulcère, d'abcès et de cellulite mais aussi d'œdème de la main appelé « syndrome de Popeye », phénomène handicapant au niveau social, notamment lorsqu'on serre la main.

Irréversibles

Les complications peuvent aussi être pulmonaires et cardiaques. Elle précise que les capillaires du poumon peuvent être obstrués par les particules injectées, créant un risque d'embolie.

Quand il y a plusieurs petites embolies, la pression pulmonaire augmente, ce qui peut mener à l'hypertension pulmonaire et à l'insuffisance cardiaque. « Tous ces symptômes ne vont pas se mettre en place en quelques semaines mais sont irréversibles, même si on arrête la consommation de drogues », indique Lenneke Keijzer.

Il existe quelques solutions pour réduire les risques : « Si on ne peut pas arrêter, on peut demander l'équivalent ne contenant ni talc, ni cellulose microcristalline. Si on peut, éviter de chauffer le produit. On peut utiliser de plus grands volumes pour le dissoudre ou bien utiliser un filtre efficace, comme le Stérifilt® ou encore éventuellement pratiquer une double filtration. Chaque pratique a ses avantages et ses inconvénients ».

« Les UDI ne considèrent pas nécessairement cette pratique comme du partage de matériel »

- **Elise Roy, médecin de santé publique rattachée à la Direction de santé publique de Montréal**
- **Injection des résidus de drogue : Une nouvelle préoccupation pour la transmission du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables**

Chez les usagers de drogue injectable (UDI) canadiens, l'injection de médicaments - essentiellement des analgésiques opioïdes - a explosé depuis 2004.

La chercheuse Elise Roy s'est intéressée à une pratique, l'injection de résidus de drogue, et à ses conséquences sur la contamination au VHC.

« Plusieurs études épidémiologiques ont permis d'évaluer les risques de transmission du VHC associés au partage entre

UDI de certains matériels utilisés pour la préparation et l'injection de drogues (seringue, filtre, contenant, eau) ». En revanche, aucune étude ne s'est pour l'instant intéressée au risque de transmission du VHC pour une autre pratique « bien documentée, mais plutôt de manière empirique » : l'extraction de restes de drogues à partir d'un filtre et son mélange avec l'eau, connue aussi sous l'appellation « faire les cotons », comme le rappelle un participant dans la salle.

Elise Roy détaille la pratique : « Les produits peuvent laisser des résidus sur les parois des cups. Cela demande beaucoup d'eau, plus que ce que peut contenir le cup. Souvent les gens sont obligés de s'injecter plusieurs fois pour avoir une dose entière. Ils font donc un va et vient entre la veine et le filtre, ce qui entraîne une contamination du filtre et du contenant. Puisqu'il est saturé, le contenant acquiert une deuxième vie. Le cup est souvent récupéré par l'utilisateur. Si jamais il est en manque il a sa police d'assurance dans les poches. Il peut le donner, l'échanger contre du crack ».

Problème : « les UDI ne considèrent pas nécessairement cette pratique comme du partage de matériel ».

Recrutement en 2001 et 2004

L'étude a ciblé les jeunes sans-abri de Montréal, recrutés en juillet 2001 et juin 2004.

Ils devaient avoir été sans-abri plus d'une fois ou avoir utilisé régulièrement les services destinés aux jeunes dans la dernière année, avoir entre 14 et 23 ans, parler français ou anglais. Une fois recrutés, ils ont passé un entretien et donné un échantillon de sang. « Nous avons calculé les taux d'incidence et modélisé les risques d'acquérir l'hépatite C », explique Elise Roy.

L'échantillon final se composait de 858 jeunes (69 % d'hommes) : 46 % étaient infectés (dont 31 % au cours des six derniers mois). L'analyse a ensuite été restreinte aux 346 jeunes rapportant s'être injectés une première fois au cours des 6 mois précédant l'entretien : 235 n'avaient pas d'anticorps et 175 ont réalisé un entretien subséquent.

La drogue principale d'injection reste la cocaïne, pour 38 % d'entre eux. L'injection de résidus est rapportée par 7,2 % des jeunes. Mais la surconsommation de médicaments est apparue à partir de 2004. Parmi les 175 UDI suivis, 26 % ont contracté le VHC.

« En excluant la cocaïne, le partage de seringue augmente le risque de conversion du VHC », observe la chercheuse, avant de relativiser. En raison de plusieurs biais, on peut difficilement généraliser à tous les usagers.

« L'injection de résidus de drogues pourrait jouer un rôle significatif dans la transmission du VHC, mais l'indice de confiance est limité », conclut Elise Roy.

« L'Herbe bleue, journal intime d'une jeune droguée a été lu par beaucoup de gens qui avaient 15 ans en 1970 »

● **Jimmy Kempfer**, anthropologie historique des drogues : Historique de l'injection

Du clystère à la seringue, de Richelieu à Sid Vicious, des images érotisées aux photos choc, la représentation de l'injection et de ses pratiques a considérablement évolué. Jimmy Kempfer raconte.

L'injection, toute une histoire... Jimmy Kempfer est revenu en images sur la représentation de l'injection à travers les époques. « L'origine des seringues ce sont les clystères et cela remonte à 4000 ans en Egypte.

Jusqu'au XIX^e siècle, on ne connaissait que les clystères. Richelieu ou Louis XIV se faisaient administrer des clystères d'opiacés.

La toute première seringue date de 1830. Il n'y avait pas d'aiguille, on faisait une incision et on administrait de la morphine ou autre dans l'incision.

Charles Gabriel Pravaz est l'un des inventeurs de la seringue. Sa femme est la première personne connue à avoir été toxicomane par intraveineuse. Rapidement, la médecine s'est rendu compte de la rapidité de cet outil, notamment sur les champs de bataille, qui permettait à la morphine d'arrêter instantanément la douleur. Les seringues ont d'abord eu un pas de vis pour régler le dosage.

Puis, l'usage commence à être érotisé. Les caricatures aussi se multiplient, comme dans L'Assiette au beurre. Durant les années 1920 et 1930, on peut voir beaucoup d'images de femmes lascives. Une carte postale italienne, « Cocaina », montre même des enfants.

« L'herbe Bleue »

Au début des années 1930, aux États-Unis c'est la fin de la prohibition et 60 000 policiers qui étaient investis auparavant dans l'alcool sont mobilisés sur la répression de la marijuana. Une campagne est lancée, avec notamment un visuel mettant en scène un homme avec une seringue.

Dans les années 1950, les journaux parlent énormément de drogues alors qu'il n'y a que quelques centaines de cas en France. Les images se font plus provocatrices et plus incitatives. L'Herbe bleue, journal intime d'une jeune droguée, est lu par beaucoup de gens qui avaient 15 ans en 1970. A l'époque, on ne savait pas que l'héroïne pouvait se sniffer. Elle était obligatoirement associée à l'injection.

Le Nouvel Observateur de 1969 a tout changé. Il n'y avait aucune actualité et il y avait eu une overdose près de Toulon. Le Nouvel Observateur et tout le monde en a fait un article sur le thème de la « menace sur la jeunesse ». Les images continuent à se multiplier : Lou Reed se fait un shoot sur scène en 1974, des centaines de timbres et d'enveloppes antidrogues sont lancées, notamment par l'ONU, Sid Vicious, bassiste des Sex Pistols, devient une icône. Dans les années 1980 avec l'apparition du sida, les provocations se font plus hard. Des magazines sont créés. Avec le magazine Addict, l'addiction devient fashion. On peut citer aussi Addiction ou The Good Life ». Jimmy Kempfer conclut sa présentation avec une image attendrissante, un chat qui est nourri avec une seringue. « Parce qu'une seringue, cela peut aussi servir à ça », termine-t-il dans un sourire.

