



**Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues**

**SWAPS**

**N° 30**

avril/mai 03

## **VHC : Améliorer la prise en charge des usagers de drogues**

### **Les obstacles de la clinique quotidienne**

Gilles Pialoux

### **Une consultation de psychiatrie spécialisée au CHU de Nice**

Faredj Cherikh

### **Chronique d'une saison en enfer**

Jimmy Kempfer

### **Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers marseillais**

Julien Emmanuelli et Marie Jauffret-Roustide



**Santé**  
**Réduction des Risques**  
**Usages de Drogues**

**SWAPS n° 30**



***VHC : Améliorer la prise en charge des usagers de drogues***

# **Les obstacles de la clinique quotidienne**

**par Gilles Pialoux**

S'il est une spécificité de l'hépatite C en France, c'est probablement la sous-estimation actuelle - tant par les pouvoirs publics que par les prescripteurs - d'une différence notable observée entre les résultats des essais thérapeutiques et ceux issus de la clinique quotidienne, hors essais donc. Plusieurs études mettent l'accent sur ce qui s'oppose, objectivement ou subjectivement, à une prise en charge efficiente de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues, à la différence de ce qui est observé dans les grands essais de phase III.

L'étude de Grando-Lemaire et al. parue récemment dans *Gastroentérologie clinique et biologique*\* illustre parfaitement les difficultés rencontrées dans une population de toxicomanes fréquentant un centre spécialisé ambulatoire du "9-3". Cette enquête, menée en Seine-Saint-Denis, entre juillet 1997 et septembre 2000, démontre, en effet, que sur 404 toxicomanes ayant consulté dans un centre spécialisé (51% de consommateurs excessifs d'alcool, 94% de substitués, 23% de coinfectés par le VIH, données qui pèsent dans l'interprétation des résultats), 60% seulement acceptent une sérologie de dépistage (84% de sérologies positives !) et encore 68% seulement un simple dosage des enzymes hépatiques.

La ponction biopsie hépatique (PBH), souvent présentée comme le "seul" obstacle aux soins hépatologiques du toxicomane n'arrive qu'en troisième place de ces obstacles avec tout de même 70% d'acceptation (88/120). Au bout du compte, si le traitement est indiqué une fois sur deux (47/88), seules 5 personnes atteintes par le VHC atteindront l'objectif thérapeutique de

"réponse virologique prolongée". Ce résultat (225 VHC+/5 guéris) devrait logiquement permettre de conclure à l'inefficacité de la prise en charge du VHC dans ce type de population d'usagers de drogues. Pourtant, au-delà du simple constat d'échec, cette étude francilienne soulève bien des pistes de progrès. A commencer par l'effort de dépistage qui, comme le soulignent Damien Lucidarme et Bernard Filoche dans leur éditorial, *"ne se résume pas à l'effort de pédagogie de l'injection aseptique"*, en ce sens que *"tout ce qui orientera vers un usage non parentéral des drogues contribuera à diminuer le risque viral tant qu'une vaccination (ndlr: qui demandera des dizaines d'années sans doute !) ne sera pas disponible"*.

On le sait, la France est en retard en ce qui concerne la prévention du VHC dans la population des usagers de drogues. Comme elle est en retard dans la promotion de la recherche pharmacologique ne serait-ce qu'en matière de produits - drogues ou substitution - non injectables. Sans compter le non-développement des altérations à la prise de sang (sérologies VHC salivaires ou capillaires) et aux alternatives à la ponction biopsie hépatique type Fibrotest®. Il semble donc que, d'obstacles en obstacles, l'incidence de nouvelles contaminations par le VHC demeure supérieure aux guérisons, qu'elles soient spontanées ou thérapeutiques. C'est ce que l'on appelle une épidémie "non contrôlée".

L'étude Coquelicot (voir l'article *"Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers marseillais"* dans ce numéro) en est, pour sa part, au stade d'étude pilote. Non sans apporter des renseignements précieux obtenus auprès de 166 usagers de drogues recrutés dans 15 structures de prévention marseillaises où, tout d'abord, il apparaît que la prévalence déclarée de séropositivité VHC est bien inférieure à la séropositivité réelle sur buvard (51,6% *versus* 72,6%). Avant 30 ans, la séropositivité VHC est de 43% et celle du VIH de zéro, ce qui atteste d'une différence notable d'impact des messages respectifs de réduction des risques.

Troisième étude, en cours d'évaluation qui entend apporter sa contribution à la compréhension et à l'amélioration des parcours diagnostiques et thérapeutiques des personnes atteintes (ou à risque) par le VHC : Gymkhana, initiée par le Groupe de recherche ville-hôpital (Gervih). Le but en est d'identifier et d'analyser les obstacles au test de dépistage du VHC, au bilan paraclinique, à la PBH dès lors qu'il existe une indication, à l'initiation du traitement... et de distinguer qualitativement les obstacles relevant du soignant de ceux propres à l'utilisateur. Une centaine de médecins, de ville (80) et d'hôpital (21), ont participé à cette enquête. Durant une semaine, tous les patients consultants ont été inclus. Parmi ceux-ci (4935 patients), 86,2% présentaient "au moins un facteur de risque de VHC" tels que déterminés par le Gervih.

Parmi eux, 40% seulement avaient déjà bénéficié d'un dépistage de l'hépatite C (28,2% de séroprévalence). Parmi les obstacles à la prise en charge, on peut citer :

- la prise de sang (7,9%) ;
- la réalisation d'examens sanguins (9,6%) ;
- la consultation du spécialiste (16,2%) ;
- la prescription de la PBH (35,4%) ou sa réalisation (13,2%) ;
- la mise en œuvre du traitement (15%).

On l'a compris, en dépit des progrès thérapeutiques indiscutables, la prise en charge du toxicomane VHC+ en France reste en retrait. Dans quelle attente ?

Celle d'un rassemblement pluridisciplinaire de toutes les énergies et volontés soignantes, comme le préfigure la consultation spécifique mise en place au CHU de Nice (voir l'article "*Une consultation de psychiatrie spécialisée au CHU de Nice*" dans ce numéro) ? S'agit-il d'un problème d'information, de formation des médecins prescripteurs ? De la prise en charge politique d'une question avant tout sanitaire ? Comment, enfin, réduire l'écart entre la prise en charge des usagers de drogues et des non-usagers VHC+ ?

---

\* Gastroentérologie clinique et biologique, 2002 ; 26 :1077 - 1079



**Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues**

**SWAPS n° 30**



***VHC : Améliorer la prise en charge des usagers de drogues***

# **Une consultation de psychiatrie spécialisée au CHU de Nice**

**par Faredj Cherikh**

Développée sous la direction du Dr Anne Sarrassat et du Pr Guy Darcourt depuis 1997 à l'hôpital de l'Archet, l'équipe de psychiatrie de liaison et psychologie médicale\* assure une consultation au lit du malade, chez les personnes présentant des difficultés psychologiques et/ou psychiatriques dans les unités médico-chirurgicales (environ 800 lits). Son activité consiste aussi et surtout en un travail de lien avec les équipes médicales et paramédicales dans la gestion des difficultés de prise en charge des patients.

Le suivi psychologique des patients en gastroentérologie ou au Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) a montré la fréquence du VHC et de ses complications. Au début, cette affection concernait le tiers des consultants. Partant de ce constat, la mise en place d'une consultation spécifique est devenue nécessaire pour répondre à la demande des patients en souffrance, et à celle des hépatologues pour faciliter et améliorer la prise en charge.

## **Consultation ouverte à tous**

Destinée aux patients atteints d'hépatite C, pris en charge en hospitalisation ou en ambulatoire qu'ils soient traités ou non, la consultation a lieu à la demande des patients eux-mêmes, de leur famille ou à celle des hépatologues ou des médecins traitants. Il s'agit soit d'un avis à un moment de la prise en charge médicale (type diagnostique et/ou thérapeutique), d'une évaluation avant mise sous traitement, d'une évaluation des

répercussions psychologiques de l'affection, d'un suivi de patients, d'une prise en charge psychologique et/ou psychoéducatrice.

La proximité de la consultation et le fait qu'elle soit située au même niveau permet même aux plus réticents de venir voir le psychiatre pour faire le point, pour une baisse du moral, une insomnie et/ou irritabilité, mais aussi avant mise sous interféron (appréhension du traitement, avis sur traitements psychotropes et hépatite, leurs associations avec l'interféron et la ribavirine...).

Chez certains patients porteurs du VHC, on retrouve une augmentation des troubles psychiatriques et notamment de la dépression, qu'il s'agisse :

- de dépression réactionnelle engendrée par une fatigue excessive au long cours (relation entre fatigue et dépression) ;
- de plaintes somatiques multiples, qui masquent souvent la dépression (insomnie, perte d'appétit et irritabilité peuvent inaugurer le tableau clinique) ;
- ou de l'existence de facteurs de risques de dépression représentés par une maladie chronique, un abus de substances psychoactives, et une personnalité vulnérable.

En ce qui concerne la comorbidité psychiatrique sous interféron, on enregistre tout d'abord l'irritabilité, signe le plus fréquent (40%, souvent signalée par l'entourage), l'anxiété, les troubles du sommeil, le développement de phobies, et la dépression (35%, plus fréquente lors de la surinfection au VIH), d'installation progressive, qui peut aggraver un état dépressif antérieur ou latent, et représente un risque potentiel à n'importe quel moment. La dépression a un impact négatif sur la qualité de vie des patients, d'où la nécessité de la dépister et de la traiter, avant et pendant le traitement de l'infection.

## **Prise en charge psychologique**

Le dépistage précoce mis en place dans le cadre du suivi des patients VHC+ a ainsi permis de mettre en évidence 3 types de troubles déjà rapportés par la littérature : accentuation des traits de caractère, troubles dépressifs et anxiodépressifs, troubles délirants et psychotiques. Le vécu des patients diffère, quant à lui, selon le mode de contamination :

- Les "victimes", souvent contaminées par transfusion ou soins médicochirurgicaux, avec un vécu d'injustice, un véritable traumatisme psychique.
- Les anciens toxicomanes ou ayant des antécédents de toxicomanie, avec un sentiment de culpabilité pour les personnes déjà sevrées.
- Et les patients qui ne connaissent pas l'origine de leur contamination qui présentent des sentiments de doute et d'incompréhension.

Le traitement de ces complications est d'ordre biologique (médicamenteux)

ou psychothérapeutique (relationnel) et rentre dans le cadre de la prise en charge proposée au sein de notre consultation. La prise en charge psychologique améliore la tolérance, le pronostic, et la compliance. Il s'agit d'un suivi soutenu (entretien individuel, en face à face, d'une durée de 30 mn, à raison d'une fois par mois) qui n'exclut pas la possibilité de prescrire des psychotropes, à base d'hypnotiques inducteurs de sommeil en cas de survenue d'insomnie, ou d'antidépresseurs sérotoninergiques (IRS) en cas de dépression. Ces médicaments aident à la poursuite du traitement par interféron ou par bithérapie. Il est utile de faire participer la famille ou l'entourage proche, en l'informant sur l'affection, le traitement et ses contraintes. Lors d'une évaluation d'avant mise sous traitement, on demande toujours s'il existe une famille, un conjoint ou autre, afin d'apporter une garantie de plus à la surveillance du traitement et au signalement des effets non remarqués par le patient (irritabilité, changement de caractère, troubles du comportement, déni des patients).

## **Conclusion**

Un suivi mis en place avec un cadre clair et une équipe pluridisciplinaire rassure le patient et permet de prévenir les complications psychiatriques (notamment le risque suicidaire), de traiter les patients qui présentent des troubles psychologiques avant la mise sous traitement et de les préparer psychologiquement. Il permet également d'aider les sevrages et de traiter les troubles psychiatriques pendant le traitement par interféron en renforçant le suivi, en s'appuyant sur l'entourage et sur le médecin traitant pour pouvoir aller jusqu'au bout du traitement.

Dans cette prise en charge, le rôle du médecin psychiatre ne se résume pas uniquement à porter des contre-indications psychologiques au traitement de l'hépatite C, mais à participer activement au dépistage précoce des troubles et à les traiter afin de permettre de débiter le traitement dans de bonnes conditions et au bon moment grâce à une préparation psychologique faite au préalable.

Autrement dit, aider le patient pour qu'il bénéficie du traitement et pour ne pas avoir à l'interrompre pour des raisons psychologiques.

---

\* Placée sous la direction du Pr Tran et constituée d'un psychiatre à temps plein, et de deux mi-temps de psychologues et psychiatres, l'équipe fait partie du secteur 6 des Alpes-Maritimes.

CCAA de l'Archet II  
Route de Saint Antoine de Ginestière  
06012 Nice cedex  
tel : 04 92 03 62 32  
fax : 04 92 01 61 34



**Santé**  
**Réduction des Risques**  
**Usages de Drogues**

**SWAPS n° 30**



***VHC : Améliorer la prise en charge des usagers de drogues***  
***Témoignage***

## **Chronique d'une saison en enfer**

**Propos recueillis par Jimmy Kempfer**

*Si, dans la plupart des cas, la bithérapie s'avère efficace et le souvenir de ces longs mois se dissipe rapidement, pour d'autres, la période de traitement est extrêmement pénible. Il ne faut donc pas hésiter à anticiper l'aide et le soutien de l'entourage, de psychiatres ou de groupes de paroles. Georges, 45 ans, marié, hépatite C depuis 20 ans, méthadone depuis 8 ans, génotype 3 et fibrose bien avancée (A2-F3), s'est lancé, confiant en sa bonne étoile. Il en avait vu d'autres. Voici son témoignage.*

"Deux ans que je me traînais. Une fatigue continuelle, obsédante minait ma vie. Le boulot, la vie de famille..., tout m'était de plus en plus pénible. C'est quand je me suis vu prendre de la coke pour pouvoir bosser que je me suis décidé. De toute façon, je n'assurais plus rien. Abruti de fatigue, j'entrevois le traitement comme une période de repos qui me permettrait enfin de me consacrer un peu à ma vie personnelle. Le médecin m'a prescrit un arrêt maladie, j'ai prévu l'aide d'un bon psychiatre et j'ai démarré, confiant. Interféron peg et ribavirine pendant 6 mois...  
Cure de sommeil les premiers jours, puis je me rends chez mon dentiste pour des soins. Le lendemain mes gencives sont pleines de trous horriblement douloureux. Les piqûres d'anesthésiant ont provoqué des

ulcérations. Heureusement, la propolis en vient à bout rapidement. A partir du 10<sup>e</sup> jour, sensation d' "irréalité", comme si j'étais imbibé d'un peu de LSD. Beaucoup de mal à dormir bien qu'envahi par une immense lassitude. Le traitement m'apparaît peu à peu comme quelque chose d'infiniment lourd. J'ai de plus en plus de mal à me concentrer. Je voulais profiter de cette période pour lire mais je me contente de feuilleter des BD dont j'oublie aussitôt le contenu. Ma pensée devient de plus en plus difficile à formuler. Je suis si las... et me mets peu à peu à "psychoter". Des bribes de mon enfance, des souvenirs totalement oubliés me reviennent, souvent avec une violence cinglante. Ça me laisse une impression d'être extrêmement vulnérable, faible, fragile... Je commence à voir du danger, de l'hostilité partout. Je perds tout. J'oublie tout. Je suis de plus en plus parano mais j'en suis totalement conscient...

Le lendemain de ma troisième piqûre, tout à coup, quelque chose se brise dans ma tête. Submergé par un irrépressible tsunami émotionnel, je m'écroule en pleurs. Et, surgissant du fin fonds de ma mémoire, une suite d'émotions inouïes, fragments de ma plus lointaine enfance m'envahissent par vagues incontrôlables pour me laisser fracassé et sanglotant sur le parquet... Personne ne peut rien pour moi... La moindre marque de sollicitude semble receler d'inavouables calculs... Je ne maîtrise absolument plus mon esprit... Et cette impression d'être perpétuellement sous acide... Je me sens devenir de plus en plus fou. Je sombre. Mon Dieu ! Un moment je veux prier... Je me sens si désespérément indigne... mais je ne me souviens plus d'aucune prière. J'ai mal à l'intérieur. Quelque chose d'horriblement indéfinissable. Ce qui me rend parfois odieux, con... Juste parce que j'ai mal et que je veux que les autres souffrent aussi. Et quelle douleur quand je réalise ma bêtise, mon égoïsme... Sensation d'inhumanité... Comme si j'étais habité par un autre... hostile qui veut... épuiser ma connerie... Comme cette secte qui voulait épuiser le mal en le commettant... Je n'ai plus prise sur les choses, les évènements... Je subis ces accès presque quotidiennement, de plus en plus intensivement. Je perds la notion des choses, du temps. Certains jours, je ne supporte plus d'être seul. J'attends fébrilement que ma compagne rentre du boulot.

Je me décide à prendre un peu de Seresta<sup>®</sup>, mais refuse neuroleptique et antidépresseur. Un peu d'héroïne sera bien plus efficace... et plus agréable pour calmer mes accès maniaques. Je m'accorde ainsi un ou deux "répits" par semaine. Peu à peu, j'augmente la méthadone. De 50 mg/jour, je passe à 100, 150, 300, 360 mg. Tout est si bouleversé. Je suis persuadé d'avoir besoin de 300 mg par jour. Mais je réalise que si je supporte 300 mg, 100 suffiront... Mes pupilles généralement minuscules à cause de la méthadone sont constamment dilatées comme si j'étais en manque.

Un mois après le début du traitement, j'ai perdu 14 kg. Je n'ai jamais faim. Tout ce qui est odorant, goûteux me dégoûte. Je ne supporte rien. Je suis

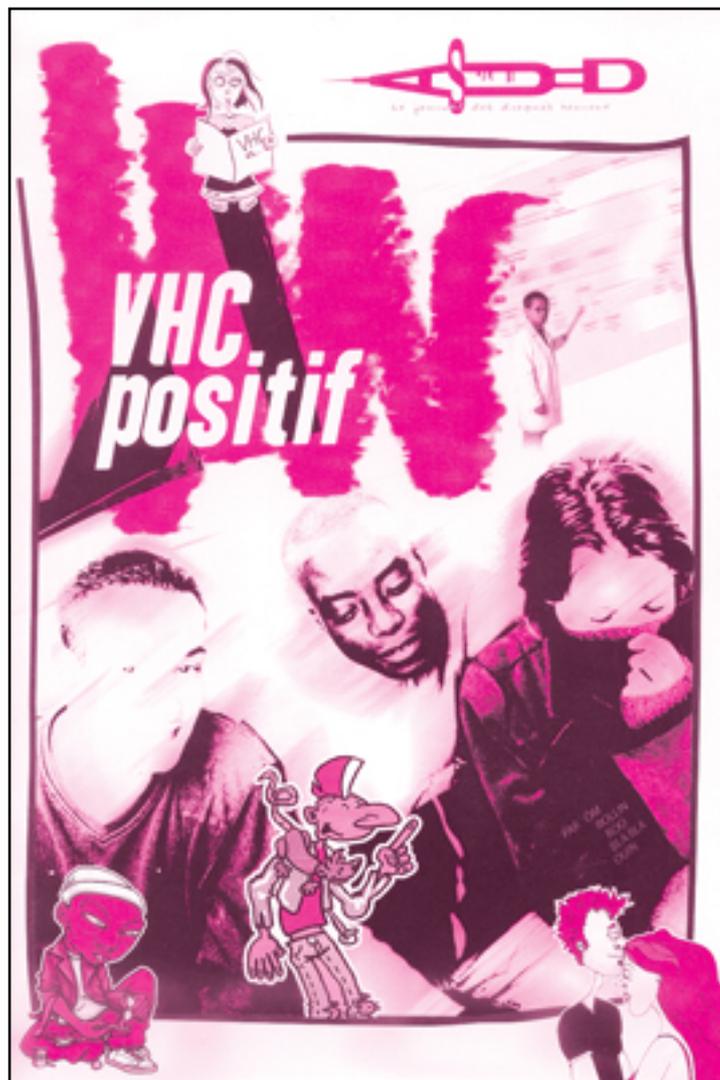
totallement confus, prostré. Mes seules sorties sont pour aller voir mon psychiatre. Un jour nous recalculons mon dosage d'interféron et nous nous apercevons que je me trompais lors de la préparation. J'en prenais 40% de trop... ce qui explique en partie l'intensité des effets secondaires.

Ma compagne qui m'a soutenu et encouragé de façon exemplaire jusqu'à présent commence à craquer. Mes sautes d'humeur, mes accès maniaques l'exaspèrent de plus en plus. Je me sens un poids mort. Je n'ai envie de rien. Aucun désir. Aucune énergie. Rien ! Un légume. L'héroïne qui seule m'apportait un peu de soulagement au début me révulse maintenant. Je ne pourrais pas supporter d'altérer cette conscience si bouleversée et si fragile. Des amis pensaient me faire plaisir en me proposant du cannabis, connu pour soulager parfois les effets secondaires de ce traitement, mais je serais totalement incapable d'en fumer. Le simple fait d'anticiper les effets psychoactifs déclenche une crise d'angoisse.

L'ambiance est parfois si pesante que je songe à arrêter le traitement. Il nous faut de l'aide. Les séances du groupe hépatite de Aides\* nous seront extrêmement bénéfiques. Le fait de partager notre expérience avec d'autres personnes en traitement permet de relativiser, de prendre un peu de distance. Quinze jours après être passé à un dosage d'interféron normal, les accès maniaques diminuent peu à peu mais la confusion, l'épuisement et l'incapacité à se concentrer persistent.

Après trois mois de traitement, j'ai l'impression de "m'habituer", mais je m'endors à tout bout de champ, perds constamment mes affaires et suis incapable de fixer mon attention plus de quelques minutes... Je recommence à travailler doucement. Heureusement que les collègues sont indulgents mais leur patience a des limites.

Les choses commencent à rentrer dans l'ordre doucement environ deux mois après la fin du traitement. Trois mois après, j'arrive à lire un bouquin sans oublier la phrase que je viens de lire. Six mois après, j'ai bien récupéré physiquement mais souffre encore de quelques troubles de concentration et de mémoire. Il me faudra encore un peu de temps pour retrouver totalement ma personnalité d'avant. Le tout aura duré plus d'un an. Le traitement, heureusement, a marché !"



---

Réalisée par l'association Asud, la brochure "VHC positif" constitue un excellent outil de prévention et d'information sur l'hépatite C.

Alliant BD et roman-photo pour aborder les modes de transmission, la prise en charge et les traitements du VHC, elle est disponible sur demande auprès d'Asud :

206 rue de Belleville, 75020 Paris

Fax : 01 43 15 01 11

[www.asud@club-internet.fr](mailto:www.asud@club-internet.fr)

\* "Libre parole sur les hépatites": tous les premiers et troisièmes mercredis du mois, de 19h30 à 21h00

Aides-Paris, Arc-en-Ciel

52 rue du Faubourg-Poissonnière, 75010 Paris

Tel : 01 53 24 12 00



**Santé**  
**Réduction des Risques**  
**Usages de Drogues**

**SWAPS n° 30**



***VHC: Améliorer la prise en charge des usagers de drogues***

# **Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers marseillais**

**par Julien Emmanuelli et Marie Jauffret-Roustide**

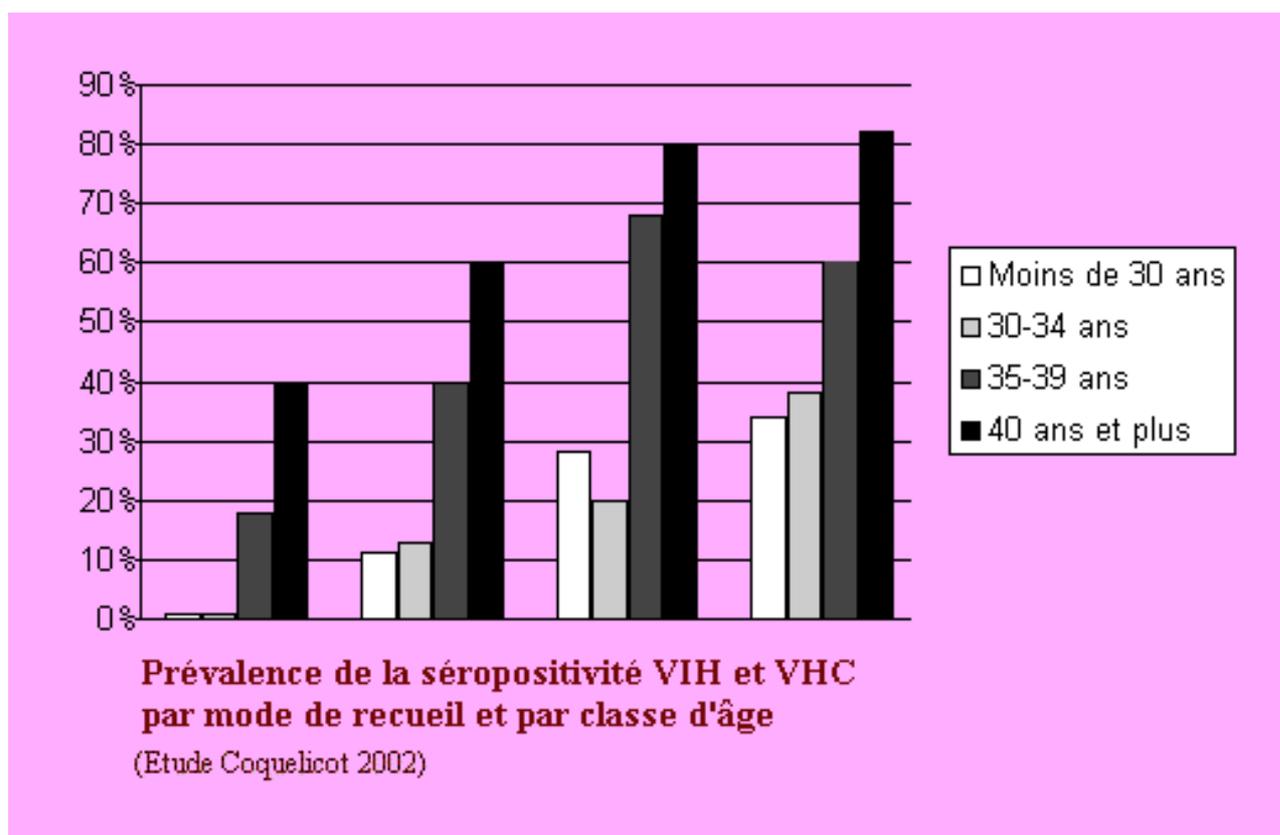
En l'absence de données comportementales chez les usagers de drogues depuis 1998, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a proposé de mener une étude transversale sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque vis-à-vis du VIH et de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues (UD). Bien que la taille de l'échantillon (n=166) et la nature de cette étude (une phase pilote réalisée à Marseille de septembre 2001 à juin 2002) incitent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, son originalité principale est de procéder à une mesure objective de la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues grâce à un prélèvement de sang capillaire sans restitution des résultats. Résumé des données spécifiques au VHC.

## **Différence déclaratif/biologique**

La prévalence déclarative et biologique du VIH est de 22% (36/156). Chez les moins de 30 ans, on note l'absence de toute séropositivité (0/35). La prévalence déclarée du VHC est de 51,6% (81/157) contre 72,6% par le test sérologique sur buvard (93/128). 30% des sujets positifs au VHC sur le sang capillaire (27/91) ont ainsi déclaré ne pas être contaminés par ce virus. Contrairement au VIH, la prévalence du VHC chez les UD de moins de 30 ans est de 43% (13/28). Ces 27 faux-négatifs ne se distinguent du reste de l'échantillon ni par l'âge ni par le sexe, et plus de la moitié disent vivre dans des conditions précaires (40% en logement stable). Par rapport à l'échantillon global, ces personnes considèrent moins souvent l'hépatite C comme une maladie grave (81,5% *versus* 92%). Enfin, les usagers déclarant avoir sniffé des produits dans le dernier mois sont rares dans cette sous-population (7,4%).

Un peu plus de la moitié des sujets séropositifs au VHC sont suivis médicalement. Pour ceux testés négativement, seules 40% des dates du dernier test négatif sont disponibles (67/166). Deux tiers (65%) de ces tests remontent à plus de six mois.

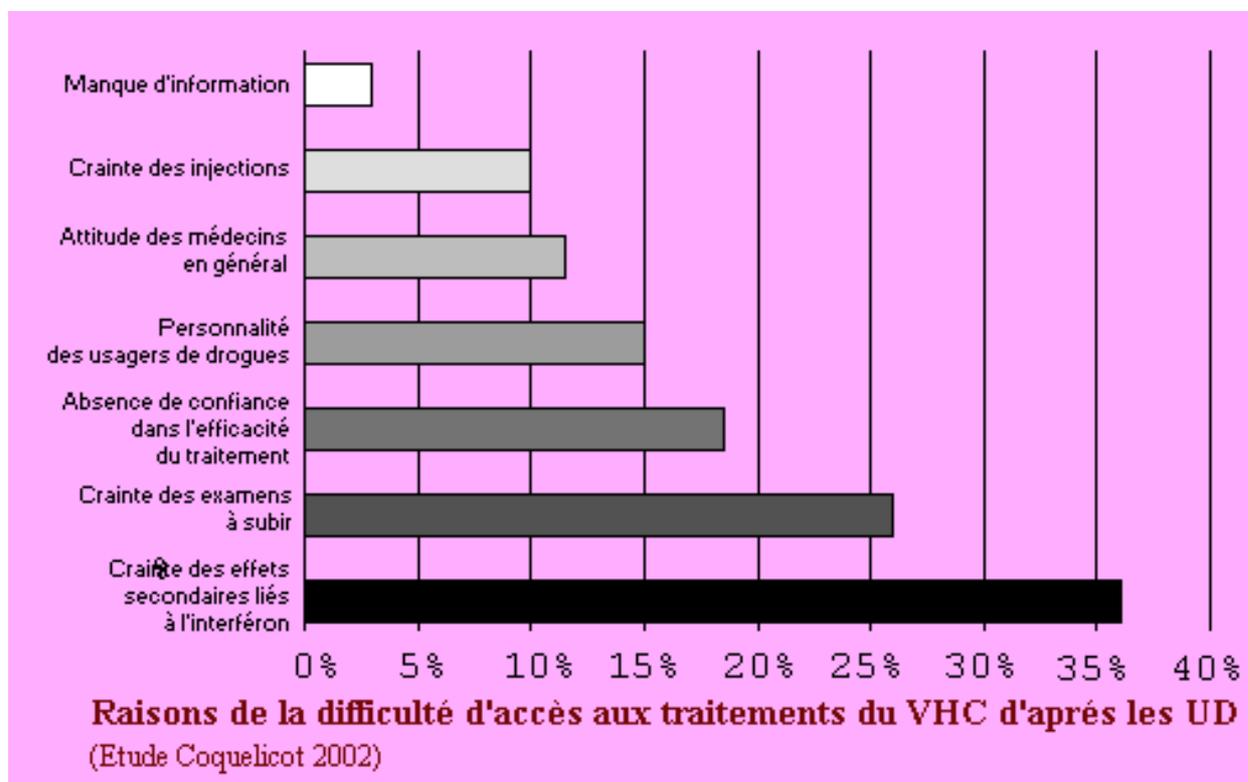
Cette proportion n'est plus que de 30% (5/15) chez les sujets injecteurs actifs pour lesquels cette date existe (15/36). On enregistre une confusion entre les raisons et le contexte du test: outre le recoupement partiel entre la proposition "bilan de santé" (35% des répondants) et celle en relation avec les problèmes de santé (8,4% des répondants), les causes principales de test semblent également liées à des situations de dépistage "passif" (c'est-à-dire proposé plutôt que demandé, voire parfois réalisé à l'insu des personnes) regroupées dans la catégorie "autres raisons" (26,5%), parmi lesquelles l'incarcération représente 39% des réponses, la grossesse, l'hospitalisation et le sevrage chacune 10%.



## Difficultés d'accès au traitement

Il n'existe pas vraiment de données solides sur la perception de l'hépatite C par les UD. L'étude Coquelicot, qui a consacré quelques questions à ce sujet, montre que l'hépatite C représente une maladie grave pour 92,3% des répondants (153/166) et que 77% (128/166) pensent que cette maladie peut être traitée efficacement avec des traitements. Parmi les raisons qui peuvent expliquer pourquoi les usagers qui en ont besoin n'accèdent pas à ces traitements (plusieurs réponses possibles étaient proposées), la moitié des personnes interrogées (80/166) évoquent des craintes autour du protocole thérapeutique : crainte des effets secondaires liés à l'interféron (62/166), des examens à subir (44/166) et/ou crainte des injections (18/166). 12% (19/166) évoquent également les perceptions globalement négatives du traitement et 19% (31/166) l'absence de confiance dans l'efficacité du traitement. 16% (27/166) estiment que cette difficulté tient aussi à la "personnalité des usagers de drogues" : manque de volonté, de motivation ou d'envie de se soigner, sentiments de peur ou de honte qui empêchent de faire les démarches ou de parler du problème, indifférence ou négligence qui fait que la maladie n'est pas considérée comme une priorité de santé ou comme un problème tout court. Le manque d'information concernant la

maladie et les traitements sont cités dans 3% des cas (5/166). Il est intéressant de noter les distinctions entre les représentations que les usagers déclarent avoir eux-mêmes de l'hépatite C et celles qu'ils attribuent aux autres usagers, ce qui peut être interprété comme une volonté de se distinguer du reste de la population des usagers de drogues.



## Recommandations

Sous réserve d'ajustements mineurs, cette phase pilote démontre la faisabilité d'une telle étude et son extension possible à d'autres grandes agglomérations. La bonne acceptation du prélèvement de sang au doigt constitue un résultat très encourageant pour la suite du protocole. A Partir de 2003, l'étude Coquelicot sera donc étendue (Lille, Strasbourg, Paris, Ile-de-France, Bordeaux, Marseille), toujours sous la responsabilité scientifique de l'InVS avec un financement de l'ANRS.

Ces résultats préliminaires suggèrent un impact notable des actions et messages de réduction des risques sur le VIH (absence de séropositivité avant 30 ans) mais de portée très limitée sur le VHC dont la prévalence élevée chez les jeunes UD laisse supposer un risque de contaminations important dès le début de l'usage. Au-delà de biais de déclaration probables, ils confirment également l'évolution des tendances récentes chez les UD : chute des consommations des produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes, et baisse importante de l'injection.

En plus de maintenir un niveau d'accessibilité suffisant au matériel d'injection stérile, ces premières données incitent d'ores et déjà à mettre un accent particulier sur l'accès au dépistage et aux soins qui prennent en compte les réticences des usagers à se faire tester pour le VHC et à se faire soigner pour leur hépatite. En effet, le dépistage VHC étant souvent appréhendé comme une démarche "longue et fastidieuse", une proposition de test réalisé au sein même des structures fréquentées au quotidien

pourrait y remédier. Dès lors, il est important d'envisager les modalités d'utilisation de ce test dans le cadre des programmes de prévention afin d'améliorer la prise en charge globale des publics exposés. De plus, les usagers peuvent hésiter à se faire prendre en charge pour leur hépatite en raison de représentations négatives autour du protocole thérapeutique, et ce d'autant plus que la fréquente coinfection VIH-VHC et les conditions de vie précaires de la plupart de ces personnes rendent complexe leur prise en charge médicale.

- Menée avec le soutien méthodologique de l'Institut national d'études démographiques (INED) et le financement de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), l'étude Coquelicot a pour objectif de tester sa faisabilité (recueil de sang au doigt, recours à des enquêteurs professionnels et aux médecins généralistes), de décrire les situations à risque liées à la consommation de drogues et aux comportements sexuels, d'identifier les principaux déterminants de la prise de risque, et d'estimer la prévalence du VIH et du VHC chez les UD.
- La collecte des données s'est déroulée à Marseille auprès de 166 UD recrutés dans 15 structures de prévention, de soins et d'hébergement pour UD et 10 cabinets de médecine de ville (CMV) entre le 22 avril et le 3 juin 2002. Le taux de participation est de 71%. Le taux d'acceptabilité du prélèvement sanguin est de 83%.
- L'échantillon est constitué de 70,5% d'hommes, l'âge moyen est de 34,1 ans. 60% d'entre eux (99/166) ont fait de la prison au moins une fois dans leur vie, dont 9% ont poursuivi les injections en prison. L'habitat peut être considéré comme stable pour 61,2% (101/166). Enfin, 37,3% des répondants bénéficient du RMI (62/166), tandis que 8,4% se disent sans ressource.
- Respectivement 15,6% (26/166) et 14,5% (24/166) des UD disent avoir injecté ou sniffé des produits dans le mois précédant le recueil des données. Durant cette période, 80% d'entre eux ont consommé des produits de substitution (méthadone, Subutex<sup>®</sup>), 50% des benzodiazépines, et 25% des produits illicites. 70% des répondants sont polyconsommateurs avec un nombre moyen de 2,6 produits consommés dans le dernier mois.

Nous remercions les dispositifs qui ont participé au recueil des données : centre de soins AMPTA, hébergement AMPTA, bus methadone MDM, local MDM Mission réduction des risques, équipe de rue MDM Centre-Ville, équipe de rue MDM quartiers, AIDES PES, Protox, Unité de substitution Hôpital Ste-Marguerite, Point Marseille - SOS DI, Entracte - SOS DI, Sleep'in consultation, Sleep'in équipe de rue, centre Casanova, intersecteur des pharmacodépendances et Autre Regard.

Et les médecins généralistes : Dr Arnoulet, Dr Berria, Dr Betti, Dr Chiatte, Dr Federici, Dr Martin, Dr Mattei, Dr Nusimovici, Dr Philibert.

Nous remercions également Asud-Marseille, la Mission Sida toxicomanie, la DDASS-13, les CDAG pour leur participation au comité de pilotage