

USAGERS DE DROGUES

LES NOUVEAUX DÉFIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Surdoses mortelles, intoxications, transmission de maladies infectieuses, infections diverses, les pratiques d'usages de substances exposent à des risques majeurs des publics souvent vulnérables. Face au VIH et aux hépatites notamment, la réponse communautaire des usagers a été en tous points remarquable et efficace. Néanmoins, les pratiques de consommation évoluent très vite et le défi d'adaptation des réponses à apporter reste immense. La figure de l'usager de drogues est désormais celle du polyusager, et l'alcool occupe souvent une place importante. La concurrence entre différents produits induit les choix selon le rapport qualité-accessibilité/prix d'un produit à un instant et dans un lieu donnés. Ainsi, la crise économique en cours oriente désormais nombre d'usagers de drogues vers les médicaments, moins chers.

VIH : une épidémie « ancienne »

Les usagers de drogues injectables (UDI) représentent 10% des 153 000 personnes vivant avec le VIH en France. La prévalence est de 17,5%¹ dans cette population.

Ils ne représentent que 2% de l'épidémie cachée (25 000 personnes en France), preuve d'un recours au dépistage largement supérieur aux autres catégories.

Le chiffre des nouvelles infections reste stable sur ces dernières années : autour de 100 par an. Il témoigne de l'efficacité des politiques de réduction des risques menées au cours des vingt dernières années auprès des UDI.

En revanche, le délai entre l'infection et le diagnostic de séropositivité au VIH se compte encore en années : quatre ans pour les hommes qui consomment des drogues. Pire encore, le délai entre l'infection et le début du traitement antirétroviral (ARV) est trop tardif. On atteint huit ans chez les personnes usagères de drogues. Quant au délai entre l'entrée dans le soin et l'initiation de traitement antirétroviral, il n'a pas baissé depuis 2010, pour les personnes usagères de drogues, avec six mois en moyenne.

Hépatites : forte prévalence

Dans l'enquête InVS de 2004², la prévalence de l'hépatite B (AgHBs) et celle des anticorps anti-VHC étaient respectivement de 1,91% et 55,67% parmi les personnes ayant eu recours au moins une fois dans leur vie à un usage de drogues par injection et de 1,11 % et 9,33 % parmi les personnes ayant eu recours au moins une fois dans leur vie à un usage de drogues per nasal.

Dans le cadre de la dernière enquête Coquelicot³, parmi les 647 hommes UD suivis à Paris, 15 ont été identifiés comme étant porteurs de l'AgHBs, ce qui correspond à une séroprévalence de 2,1%. Cette prévalence est significativement plus élevée parmi les UD ayant rapporté avoir consommé de la cocaïne dans le dernier mois (5,4%) que parmi ceux n'en ayant pas consommé (0,9%).

Après exclusion des 82 hommes qui ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés contre l'hépatite B, la couverture vaccinale déclarée s'élevait à 61,9%.

Cette même enquête Coquelicot a mesuré une prévalence du VHC de 44%. Elle augmente avec l'âge : 9% pour les moins de 30 ans contre 61% pour les 40 ans et plus.

Selon l'enquête ANRS Vespa2⁴, parmi les UD vivant avec le VIH et suivis à l'hôpital en 2011, 87,7% des hommes et 86,3% des femmes étaient également infectés par le VHC.

« Le contenu des trousseaux de réduction des risques n'a pas évolué depuis 1998 ».

La place centrale des CAARUD dans la réduction des risques (RdR)

En 2014, la file active globale des CAARUD s'élevait à près de 75 000 personnes⁵. Près de 40 000 usagers ont été accueillis dans les lieux d'accueil fixes. Les unités mobiles ont, quant à elles, reçu environ 14 000 personnes et les usagers restants ont été vus lors d'interventions extérieures.

La part des nouveaux usagers, c'est-à-dire ceux qui ont été rencontrés pour la première fois par l'équipe d'un CAARUD au cours de l'année, représente un tiers des files actives annuelles. Les femmes sont peu représentées (19% en centre d'accueil fixe contre 23% en unité mobile).

La mise à disposition des outils de prévention et la récupération du matériel usagé sont considérées comme la mission première des structures de RdR. Si l'on considère l'ensemble des outils délivrés, les CAARUD jouent un rôle clé dans la diffusion du matériel d'injection. En 2014, environ 6,8 millions de seringues ont été fournies par leur intermédiaire, dont les deux-tiers ont été ensuite récupérés par les équipes après usage. Concernant les modalités de distribution du matériel, près de huit seringues sur dix (79%) ont été fournies par les équipes directement au contact des usagers de drogues et 6% via des automates. Un peu plus de 400 000 seringues ont été diffusées aux usagers de drogues par ce moyen.

Le contenu des trousseaux de réduction des risques destinés aux usagers de drogues par voie intraveineuse n'a pas évolué depuis 1998. L'accumulation de connaissances scientifiques témoigne pourtant de l'existence de matériel plus sûr et plus efficace que celui mis à disposition actuellement. Par ailleurs, les changements dans les pratiques d'injection (injection de médicaments et de nouveaux produits de synthèse notamment) soulèvent la question de l'adéquation des trousseaux existants avec les besoins en matière de RdR. Il s'agit de prendre en compte les risques d'infection par le virus de l'hépatite C, mais aussi les risques infectieux liés aux bactéries, aux champignons, dont les levures, ou encore ceux liés aux excipients présents dans des médicaments injectés.

« Une salle de consommation a pour but d'encadrer le geste d'injection, d'en faire un acte à moindre risque ».

Les salles de consommation à moindre risque

En 2010, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) avait rendu les conclusions de son expertise collective sur la « Réduction des risques chez les usagers de drogues ». Dans ce document, l'Inserm jugeait les centres d'injection supervisés efficaces pour atteindre les consommateurs à haut risque, ainsi que pour limiter les infections, les overdoses et la consommation dans les lieux publics.

Plus récemment, l'étude ANRS AERLI⁶ (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection), réalisée conjointement par l'association AIDES, Médecins du Monde et l'Inserm U912 (Marseille), a montré une diminution de 43% des pratiques à risque de transmission du VHC (44% des consommateurs déclarant au moins une pratique à risque avant l'intervention contre 25%, 6 mois après) ainsi qu'une diminution de 41% des complications au site d'injection (66% des consommateurs déclarant des complications avant l'intervention contre 39%, 12 mois après).

La première salle de consommation à moindre risque en France a été inaugurée à Paris en octobre 2016, soit 30 ans après le premier dispositif de ce type installé en Suisse. Elle ouvre ses portes pour six années d'expérimentation, comme le prévoit la loi Santé de janvier 2016. Elle se trouve dans la plus importante zone de consommation de drogue de la capitale, aux abords de la Gare du Nord.

Une salle de consommation a pour but d'encadrer le geste d'injection, d'offrir les conditions qui vont le modifier et d'en faire un acte à moindre risque. Parler de salle de shoot est donc stigmatisant et factuellement faux.

QUELLES MESURES POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Les actions en direction des usagers de drogues se pensent dans un nécessaire renforcement de la cohérence des différentes politiques publiques sanitaire, sociale et pénale, afin de proposer une approche globale de la réduction des risques et des dommages, intégrant les spécificités individuelles et l'évolution des modes de consommation.

Quelques pistes peuvent être envisagées :

- Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs, notamment pour les publics les plus désaffiliés, tout en renforçant l'accès à des projets thérapeutiques personnalisés et à un suivi médical et social.
- Favoriser l'ouverture de nouvelles salles de consommation à moindre risque, là où les problématiques d'injection sont prégnantes.
- Renforcer la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les UD.
- Inciter fortement au dépistage régulier du VIH, des IST et des hépatites, en facilitant son accès grâce à la multiplicité des offres (médicales, communautaires par TROD, autotests VIH).
- Favoriser la prévention du VIH et des IST auprès des femmes usagères de drogues.
- Renforcer l'accès à la RdR et aux soins des personnes incarcérées usagères de drogues.
- Réduire le délai entre l'infection et le début du traitement ARV ainsi que le délai entre l'entrée dans le soin et l'initiation de traitement antirétroviral pour les UD.

Synthèse documentaire réalisée par le CRIPS Auvergne-Rhône-Alpes et le Pôle Isère VIH (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes)



Les 5 fiches
"Plaidoyer pour une nouvelle prévention"

- Les jeunes
- Les HSH
- Les migrants
- Les personnes vivant avec le VIH
- Les usagers de drogues

1 Marty L., Cazein F., Pillonel J., Costagiola D., Supervie V., Projet ANRS Indic et Hermetic, 2016.

2 Meffre C., Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.

3 Enquête ANRS-Coquelicot 2011, ANRS, 2013.

4 Enquête ANRS Vespa2, France Lert et coll., 2013.

5 Tendances n°113, OFDT, 2016.

6 Innovative peer-to-peer educational intervention to reduce HIV and other blood-borne infection risks in difficult-to-reach people who inject drugs : results from the ANRS AERLI study, ANRS, 2014.