

# Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002

Julien Emmanuelli<sup>1</sup>, Marie Jauffret-Roustide<sup>1</sup>, Francis Barin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

<sup>2</sup>Centre national de référence VIH, CHU Bretonneau, Tours

## SITUATION DU PROBLÈME

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estime entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues (UD) en France [1], dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs, de manière occasionnelle ou régulière. Pour maîtriser les risques infectieux (virus de l'immunodéficience humaine -VIH-, virus de l'hépatite C -VHC-) liés à l'usage de drogues, une politique dite de réduction des risques s'est développée depuis une dizaine d'années afin de favoriser l'accès des UD aux seringues stériles et aux traitements de substitution. Depuis la fin des années 1980, les ventes officinales et la distribution associative de seringues aux UD n'ont cessé de croître pour atteindre 18 millions en 1999 [2]. Depuis, ces volumes ont notablement diminué (-33 % en deux ans) [3]. En revanche, les ventes de produits de substitution sont en constante augmentation depuis leur mise sur le marché en 1996. En 2002, 90 000 UD consommeraient ainsi des traitements de substitution [4].

L'objectif principal de cet article est de décrire, à partir d'une revue de la littérature, l'évolution de la transmission du VHC chez les UD en détaillant ses principaux déterminants (prévalence, incidence, mode de transmission, attitudes face au dépistage du virus et perception de la maladie par les UD) en France. Accessoirement, cet article confronte les données concernant la transmission de ce virus avec celles du VIH.

## PRÉVALENCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ VHC

### Evolution dans le temps de 1993 à 2002

Le tableau 1 présente une synthèse des principaux résultats disponibles en France obtenus à partir de différentes enquêtes en précisant pour chacune les sites et les modalités du recueil de données.

Bien qu'elles ne portent pas sur les mêmes populations d'usagers de drogues, le recoupement des données disponibles sur les UD montre que la prévalence du VHC se maintient à un niveau élevé (entre 43 et 73 %). Contrairement à ce qui est observé avec le VIH dont la prévalence est passée de 40 à 20 % en dix ans, la politique de réduction des risques semble sans effet sur la prévalence de l'infection par le VHC. L'étude la plus récente dont nous disposons (étude Coquelicot), situe ainsi la prévalence sur test sanguin du VHC à 72,6 % contre un taux de prévalence déclarée de 51,6 % [10].

Cette étude, menée au sein de l'InVS en partenariat avec l'Institut national des études démographiques (Ined) sur la base d'un financement de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), constitue la phase de faisabilité d'une étude sur la prévalence du VIH et du VHC et les déterminants des pratiques à risque chez les UD. Elle s'est déroulée sur Marseille auprès de 166 UD recrutés dans l'ensemble du dispositif spécialisé aux toxicomanes et chez des médecins de ville entre mai et juin 2002. Bien que la taille de l'échantillon (N = 166) et la nature de cette étude (phase pilote sur Marseille) incitent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, son originalité principale est de procéder à une mesure objective de la prévalence, en plus de la prévalence, il est prévu de mesurer l'incidence des 2 virus du VIH et du VHC chez les usagers de drogues grâce à un prélèvement de sang capillaire. A partir de 2003, l'étude Coquelicot sera étendue à six sites (Lille, Strasbourg, Paris, Ile-de-France, Bordeaux, Marseille) toujours sous la responsabilité scientifique de l'InVS avec un financement de l'ANRS.

A titre de comparaison, la prévalence du VIH chez les UD est passée de 40 % en 1988 (étude IREP) à 20 % en 2002 (étude Coquelicot).

De surcroît, les usagers de drogues séropositifs au VIH sont très souvent porteurs du VHC : 61 % dans l'étude Coquelicot sur Marseille [10], 73 % dans l'étude programme d'échange de seringues [8] et 84 % dans l'étude InVS/APPIT/AP-HP sur les co-infections VIH-VHC à l'hôpital [17].

### Distribution actuelle selon l'âge (résultats de l'étude Coquelicot)

Dans l'étude Coquelicot, la prévalence du VHC croît régulièrement avec l'âge (figure 1) avec un décalage de 15 à 30 % entre le déclaratif et la biologie, mais le niveau des prévalences chez les plus jeunes est cependant très élevé (44 %), laissant supposer des contaminations très rapides après le début de l'usage. On note également qu'après 40 ans, 9 usagers sur 10 sont séropositifs au virus. Cette importance de la prévalence du VHC chez les plus jeunes résulte sans doute d'une combinaison de facteurs : haut niveau de prévalence globale (73 %), contexte fréquent d'initiation par des pairs plus âgés et possiblement contaminés, plus grand pouvoir infectant du virus de l'hépatite C comparé à celui du VIH, cette transmission pouvant se produire chez des usagers ayant injecté une seule fois dans leur vie ou lors du partage du petit matériel (coton, cuiller).

Tableau 1

### Prévalence du VHC en fonction des études disponibles, 1993-2002

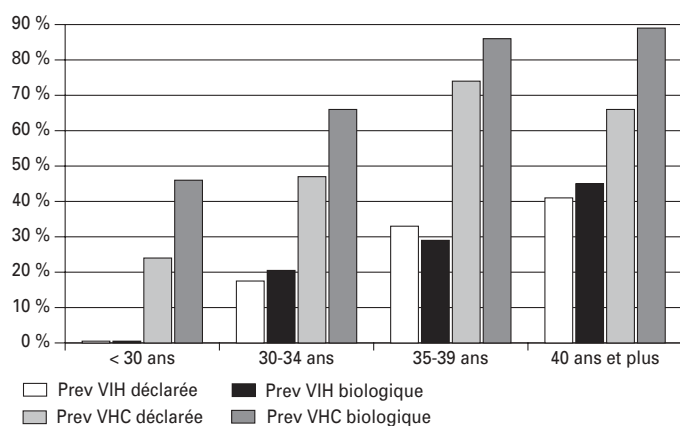
Sources	Profil des UD*	Effectifs	Modalité	1993	1996	1997	1998	1999	2002
Etude Irep [5]	Rue + CSST	N = 1789	Déclaratif	-	47 %	-	-	-	-
Suivi Ceses [6]	Centres de postcure	N = 1500	Déclaratif	43 %	60 %	58 %	-	-	-
Suivi Drees [7]	Hôpitaux + CSST	N = 20 000	Déclaratif	51 %	57 %	62 %	-	63 %	-
Etude PES [8]	Echange de seringue	N = 1004	Déclaratif	-	-	-	58 %	-	-
Etude Aides [9]	MG+CSST	N = 506	Déclaratif	-	-	-	-	-	53 %
Etude Coquelicot	Rue+CSST+PES+ MG	N = 166	Tests sanguins	-	-	-	-	-	73 %

\* CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes, MG : médecins généralistes, PES : programmes d'échange de seringues

Dans l'étude Coquelicot, la prévalence du VIH croît aussi avec l'âge (figure 1) mais elle est de 0 % chez les UD de moins de 30 ans. Ce résultat tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques se traduisant par de moindres proportions d'injecteurs actifs. On peut en effet supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues injectables après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1986), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation. On doit également évoquer la dévalorisation de l'injection chez les plus jeunes usagers, souvent liée à l'association entre pratique d'injection, contamination par le VIH et décès de proches plus âgés. La prévalence de 45 % chez les UD de 40 ans et plus reflète surtout la baisse de mortalité des séropositifs depuis l'introduction des trithérapies.

Figure 1

Prévalences de la séropositivité VIH et VHC par mode de recueil et par classe d'âge (étude Coquelicot, 2002)



## ESTIMATION DE L'INCIDENCE DE L'INFECTION PAR LE VHC

Dans leur étude de cohorte constituée d'usagers séronégatifs pour le VHC recrutés dans le Nord et Nord-est de la France et ayant utilisé la voie intraveineuse au moins une fois dans leur vie [11], Lucidarne et collaborateurs ont pu estimer un taux d'incidence du VHC variant de 9 à 11 % PA selon le moment de la dernière injection. A titre de comparaison, le taux d'incidence du VIH pendant la durée du suivi était de 0 %.

En faisant l'hypothèse d'un nombre d'UD injecteurs actifs compris entre 80 000 et 100 000 sur la France entière et d'une prévalence du VHC comprise entre 60 et 70 %, on peut estimer que le nombre d'usagers injecteurs séronégatifs au VHC se situe

entre 24 000 et 40 000. Rapportés au taux d'incidence observé de 11 % PA chez les injecteurs récents de l'étude de cohorte du Nord et de l'Est de la France, cela représenterait un nombre de nouveaux cas annuels de contamination VHC chez les UD injecteurs compris entre 2 700 et 4 400.

## MODE DE TRANSMISSION DU VHC CHEZ LES UD

Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues et d'aiguilles chez les UD. Néanmoins, le VHC se transmet plus facilement que le VIH [12,13]. Par ailleurs, le virus de l'hépatite C est plus résistant à la dessiccation que le VIH. De surcroît, plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues [14,15,16]. Dans la cohorte du Nord et de l'Est de la France de Lucidarne et collaborateurs [11], le même constat a été fait : après ajustement sur le partage de la seringue, le partage du coton utilisé par la préparation de l'infection restait fortement associé à la séroconversion.

## ATTITUDES FACE AU DÉPISTAGE DU VHC

### Proportions de patients dépistés pour le VHC

Dans les études citées ci-dessous, la grande majorité des UD (> 90 %) se disent déjà testés pour le VIH. La situation est plus contrastée avec le VHC (tableau 2). Ainsi, la proportion d'UD disant avoir été testés au moins une fois est passé de 72 % en 1996 à plus de 90 % en 2002.

### Motifs de dépistage

Dans l'étude Coquelicot, outre les problèmes de santé (43 % des répondants), les causes principales de test de dépistage du VHC semblent également liées à des situations de dépistage sans démarche volontaire regroupées dans la catégorie « autres raisons » (26,5 %), au sein desquelles l'incarcération représente 39 % des réponses, la grossesse, l'hospitalisation et le sevrage chacune 10 %. Par rapport aux motifs invoqués de dépistage du VIH, les situations à risque liées à l'usage de drogues constituent, avec 20 % des répondants, des motifs deux fois plus fréquents de dépistage pour le VHC.

## PERCEPTION DE L'HÉPATITE C PAR LES USAGERS DE DROGUES

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), la moitié des personnes interrogées (80/166) évoquent des

Tableau 2

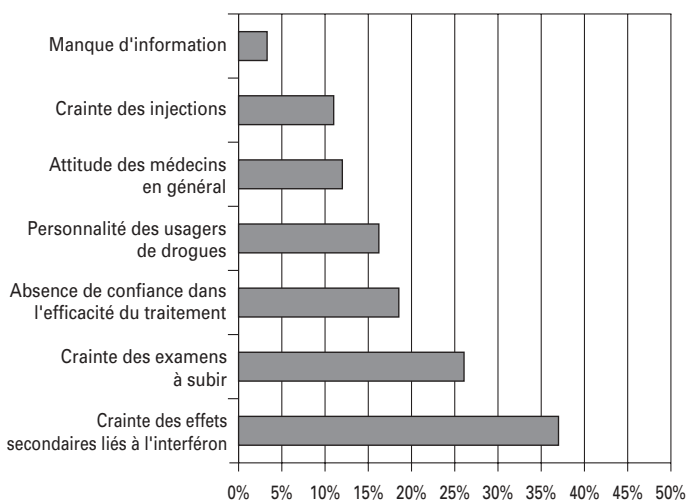
Taux de dépistage des UD pour le VHC en fonction des études disponibles, 1993-2002

Sources	Profil des UD	Effectifs	1993	1996	1997	1998	1999	2002
Etude Irep [5]	Rue + CSST	N = 1789	-	72 %	-	-	-	-
Suivi Ceses [6]	Centres de postcure	N = 1000 à 2000	-	82 %	-	-	-	-
Suivi Drees [7]	Hôpitaux + CSST	N = 20 000	-	-	72 %	-	-	-
Etude PES [8]	Echange de seringue	N = 1004	-	-	-	86 %	-	-
Etude Aides [9]	MG+CSST	N = 506	-	-	-	-	-	-
Etude Coquelicot	Rue+CSST+PES+ MG	N = 166	-	-	-	-	-	95 %

craintes autour du protocole thérapeutique : crainte des effets secondaires liés à l'interféron (62/166), crainte des examens à subir (44/166) et/ou crainte des injections (18/166). Douze pour-cent (19/166) évoquent également les perceptions globalement négatives du traitement et 19% (31/166) l'absence de confiance dans l'efficacité du traitement. Seize pour-cent (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, qui peut être interprétée comme une volonté de se distinguer du reste de la population des usagers de drogues.

Figure 2

**Raisons de la difficulté d'accès au traitement du VHC d'après les UD, étude Coquelicot, 2002**



**CONCLUSION**

En dépit de leurs différences méthodologiques, les études disponibles auprès des UD tendent à montrer que la politique de réduction des risques a eu un impact certain sur l'épidémie de VIH. Cet impact est beaucoup moins évident pour l'épidémie de VHC comme en témoignent le taux d'incidence encore important et le niveau de prévalence élevée chez les UD de moins de trente ans. Il semble cependant, au vu de l'évolution des taux de dépistage du VHC, que les UD aient une plus grande conscience des risques et de la gravité de la maladie ainsi que de l'existence de traitements efficaces.

En plus de maintenir un niveau d'accessibilité suffisant au matériel d'injection stérile, un accent particulier doit être mis 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 le cas échéant. En effet, le dépistage VHC en Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est souvent appréhendé comme une démarche « longue et fastidieuse », une proposition de test réalisé au sein même des structures fréquentées au quotidien pourrait avantageusement remplacer cette démarche. 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 co-infection fréquente VIH-VHC et les conditions de vie précaires de la plupart de ces personnes rendent complexe leur prise en charge médicale.

**RÉFÉRENCES**

- [1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances, 2002.
- [2] Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le Système d'information sur l'accessibilité au matériel Officiel d'Injection Stérile (Siamois), BEH, n°5/2001.
- [3] J. Emmanuelli. Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie IV au 30/12/2001, phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, Rapport Trend, juin 2002.
- [4] Données Siamois 2002. InVS, non publiées.
- [5] Institut pour la Recherche en épidémiologie de la Pharmacodépendance (Irep). Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, octobre 1996.
- [6] Six C, Hamers F, Brunet JB. Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993-juin 1998, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (Cesés), 1999.  
[Etude réalisée auprès d'usagers de drogues hébergés en centre de post-cure sur l'ensemble de la France].
- [7] Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees). Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, enquête Novembre, Etudes et résultats n° 1 décembre 1998 et n°59 avril 2000.  
[Etude réalisée auprès des usagers de drogues ayant recours au système de prise en charge sanitaire (Centre de soins spécialisés pour toxicomane - CSST-, services de médecine et de psychiatrie des hôpitaux publics, hôpitaux psychiatriques faisant fonction de publics et maison de santé pour maladie mentale) et sociale (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale -CHRS-, Clubs de prévention) sur l'ensemble de la France].
- [8] Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les Programmes d'Echange de Seringues -PES- en France, rapport InVS-INSERM, novembre 1999.  
[Etude réalisée auprès d'usagers de drogues injectables ayant recours aux principaux programmes d'échanges de seringues -75- réparties sur l'ensemble de la France].
- [9] Etude de l'association Aides réalisée avec le soutien scientifique de l'Inserm auprès de 506 UD, recrutés en Centre de soins spécialisés pour toxicomane -CSST-, structures bas-seuil, sur Paris, Mulhouse, Montpellier, Brest et Clermont-Ferrand, 2002.
- [10] Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M, Laporte A. Comportements face aux risques et prévalence VIH-VHB-VHC chez les usagers de drogues, Marseille, 2002, Journées scientifiques de l'InVS, 3 et 4 décembre 2002.
- [11] Lucidarme D, Bruandet A, Illef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A, Delamare C, Cyran C, Van Hoenacker AF, Frémaux D, Josse P, Emmanuelli J, Le Strat Y, Desenclos JC, Filoche B. Etude prospective multicentrique de l'incidence et des facteurs de risque de l'infection par le virus de l'hépatite C dans un groupe de toxicomanes du Nord Est de la France : résultats définitifs, Journées Franco-phones de pathologie digestive, avril 2003.
- [12] Evans BG, Abiteboul D. A summary of occupationally acquired HIV infection described in published reports to december 1997, Euro-surveillance 1999 ; 4 : 29-32.
- [13] CDC. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease MMWR 1998 ; 47 : 6-7.
- [14] Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Front-loading : a risk factor for HIV and Hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin, AIDS,1996;10:311-7.
- [15] Mac Coy CB, Chitwood DD, Shapshak P, Comerford ST. Parenteral transmission of HIV among injection drug users : assessing the frequency of multiperson use of needles, syringes, cookers, cotton, and water, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1998, vol. 18, Suppl.1, S25-S29.
- [16] Alter MJ, Moyer LA. The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 1998; 18:6-10.
- [17] APHP-APPIT-InVS, Co-infection VIH-VHC à l'hôpital, enquête nationale juin 2001, rapport InVS-Inserm, juin 2002.