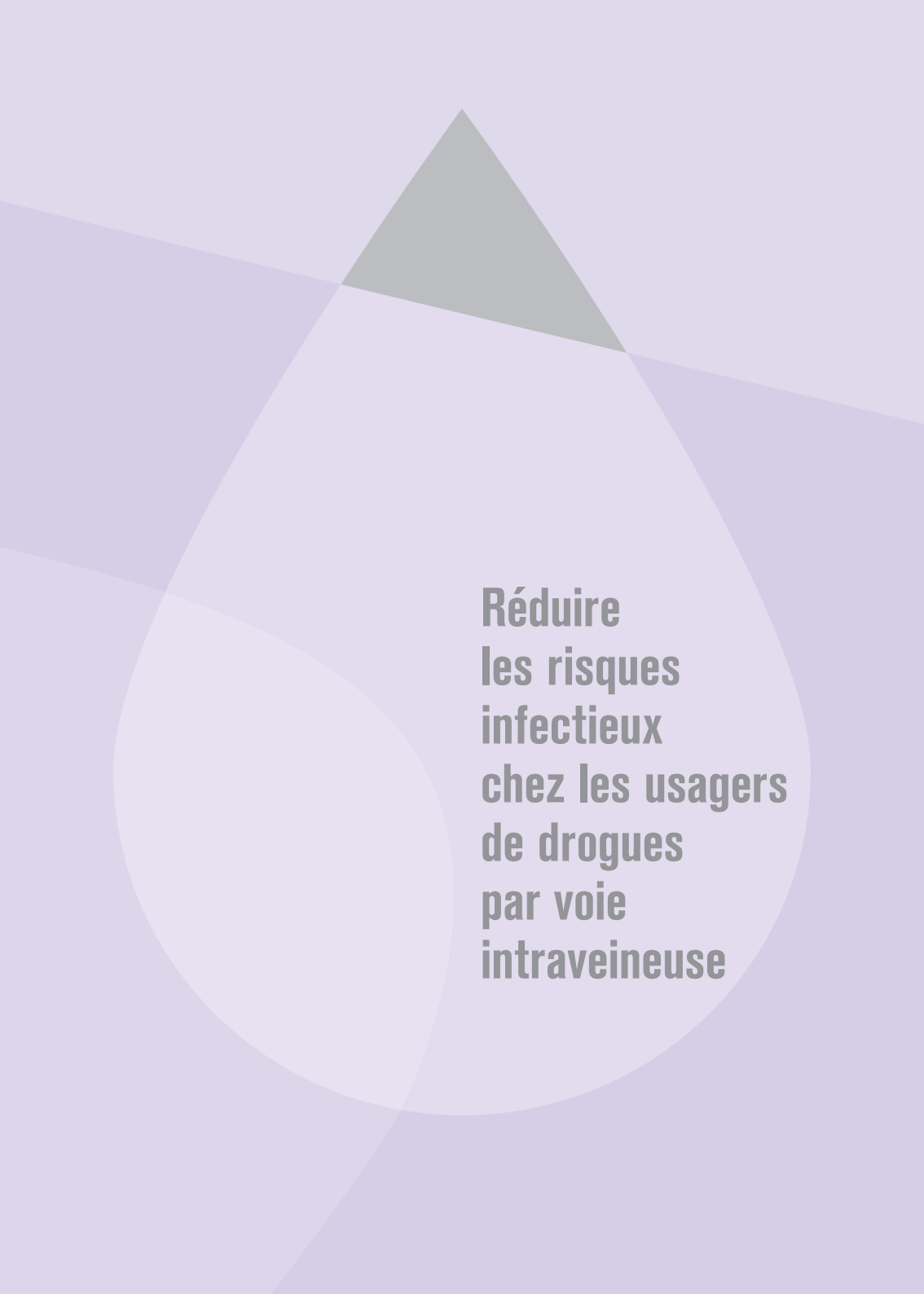
The background features a solid purple color with several overlapping, semi-transparent shapes. A large, light purple teardrop-shaped area is centered on the page. At the top of this shape is a bright orange triangle. The text is positioned within the light purple area.

**Réduire
les risques
infectieux
chez les usagers
de drogues
par voie
intraveineuse**

Document pour les professionnels
en contact avec les usagers



**Réduire
les risques
infectieux
chez les usagers
de drogues
par voie
intraveineuse**

SOMMAIRE

Introduction	6
Risques des pratiques d'injection et conseils de prévention	13
Préparer l'injection	13
L'environnement	14
Le lieu	14
Le support (plan de travail)	14
Les mains	15
Le matériel	15
Les trousse de prévention	16
Les seringues et les aiguilles	17
Le récipient	19
L'eau	19
Le diluant acide	20
Le filtre	20
Les tampons alcoolisés	21
Les tampons secs	21
Le garrot	22
La préparation des produits injectés	22
L'héroïne	22
La cocaïne	22
La cocaïne base (crack ou « freebase »)	23
Les médicaments sous forme de comprimés détournés de leur usage thérapeutique	23
Les amphétamines	24
L'injection	25
Le choix du point d'injection	25
L'injection par voie intraveineuse	25
Changer souvent de point d'injection	25

Les endroits à éviter.....	25
Jamais dans les artères!.....	27
L'injection sous-cutanée ou intramusculaire	27
L'élimination du matériel utilisé.....	27
Les risques infectieux.....	29
Les symptômes qui doivent alerter.....	29
Fièvre.....	29
Douleurs.....	30
Baisse brutale de la vision.....	30
Problèmes respiratoires.....	30
Lésions du réseau veineux.....	32
Lésions dermatologiques.....	33
Les infections latentes.....	34
Les hépatites virales.....	34
L'hépatite C.....	34
Modes de transmission.....	34
Dépistage.....	35
Prévention.....	36
Risques évolutifs.....	37
Suivi.....	38
Traitement.....	38
L'hépatite B.....	39
Modes de transmission.....	39
Dépistage.....	39
Vaccination.....	40
Prévention.....	41
Risques évolutifs.....	41
Traitement.....	41
Le VIH/sida.....	42
Modes de transmission.....	42
Prévention.....	42
Traitement post-exposition (TPE).....	43
Dépistage.....	43
Risques évolutifs.....	44

Les autres risques infectieux	45
Les autres infections sexuellement transmissibles.....	45
Les infections cutanées.....	46
Les infections dentaires.....	47
Le dispositif de prévention et de prise en charge	49
L'accès à du matériel stérile (hors structures)	49
Les outils.....	49
Les pharmacies.....	49
Les Programmes d'échange de seringues.....	49
Les automates.....	49
Les structures médico-sociales	50
Les établissements médico-sociaux spécialisés	50
Les CAARUD.....	51
Les CSAPA (et CSST).....	52
Les communautés thérapeutiques.....	56
Les établissements médico-sociaux non spécialisés	56
Les appartements de coordination thérapeutique (ACT).....	56
Les hôpitaux	57
La prise en charge en détention	57
L'auto-support	59
Ressources	61
Recommandations	67

UN GUIDE POUR QUI, POURQUOI, COMMENT ?

Professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens), travailleurs sociaux, éducateurs, acteurs associatifs... Quels que soient votre métier et votre structure, si vous travaillez en contact avec des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), ce guide vous est destiné.

Il a pour but de vous permettre de contribuer à la réduction des risques infectieux liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse (les risques non infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse et les dangers relatifs à d'autres modes d'usage – sniff, inhalation – ne sont que marginalement abordés ici).

Ce document détaille, dans un premier temps, les risques des pratiques d'injection et donne des conseils de prévention. Il recense ensuite les principales menaces infectieuses en décrivant brièvement leurs symptômes (lorsqu'il y en a) ou – dans le cas d'infections asymptomatiques – leurs grandes caractéristiques (modes de transmission, prévention, dépistage...). Il présente enfin le dispositif actuel de prévention et de prise en charge (structures médico-sociales, accès à du matériel stérile hors structures, hôpitaux, prise en charge en détention, auto-support).

À la fin du guide (p. 67), vous trouverez une liste détaillée des recommandations de réduction des risques infectieux liés à l'injection (ainsi qu'un rappel des principaux conseils de réduction des risques infectieux liés à d'autres pratiques).

QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

La réduction des risques (RDR) est une démarche qui s'adresse aux consommateurs actifs de drogues. Cette démarche privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès...) et sociaux (exclusion, précarité...) liés

à l'usage de substances psychoactives et, plus particulièrement, de substances illicites.

Partant de la réalité des usagers de drogues, la réduction des risques propose des solutions pragmatiques aux problèmes qu'ils rencontrent. Elle s'appuie sur plusieurs outils dont les plus connus sont :

- ◆ l'accès au matériel stérile de consommation de drogues (en particulier d'injection) ;
- ◆ l'accès à des lieux de restitution du matériel de consommation de drogues ;
- ◆ l'accès aux traitements de substitution aux opiacés ;
- ◆ l'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement.

La réduction des risques contribue à faire de l'usager de drogues un acteur de sa santé. Aller vers l'usager et l'accueillir, dans l'état où il se présente, de manière anonyme, gratuite, sans préalable et sans jugement, est un précepte essentiel de cette démarche qui vise à créer des liens pour permettre à l'usager d'adopter des comportements favorables à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux).

QUEL RÔLE POUR LES INTERVENANTS DANS LE CADRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Les missions des intervenants dans le cadre de la réduction des risques sont multiples :

- ◆ informer les usagers de drogues sur les risques sanitaires qu'ils encourrent, sur leurs droits à la santé et leurs droits sociaux ;
- ◆ mettre à leur disposition des outils de réduction des risques (notamment, pour les injecteurs, du matériel d'injection stérile) ;
- ◆ leur proposer une prise en charge globale comprenant différentes options de soin (sevrage ou, dans le cas d'usage d'opiacés, traitement de substitution adapté), accompagnées d'un suivi psychothérapeutique et social individualisé. Traitement et suivi diminuent de manière significative l'injection et les risques associés.

L'orientation vers une prise en charge spécialisée – par exemple vers un programme de substitution (dans le cas d'usage d'opiacés) ou vers un programme de sevrage – doit cependant et avant tout répondre à une demande de la personne.

Certains usagers de drogues n'expriment pas le souhait de réduire ou de cesser l'injection de produits psychoactifs. Les intervenants en réduction des risques privilégient le respect de ce choix à tout discours sur la conduite à tenir. Ce respect permet de partir de la réalité des personnes et de construire avec elles des stratégies adaptées, liées à leurs pratiques. Il permet également de construire avec elles une relation de confiance.



Histoire de la réduction des risques en France

Les premières stratégies de réduction des risques pour les usagers de drogues apparaissent aux Pays-Bas au début des années 1980, puis en Angleterre.

Dans l'Hexagone, les premières mesures sont mises en place à la fin des années 1980, alors que la population des usagers de drogues par voie intraveineuse est massivement touchée par l'épidémie de VIH. Voici, brièvement résumées, les grandes étapes de l'implantation de la réduction des risques en France :

1987 : Le décret 87-328 du 13 mai 1987 (pris à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la santé) autorise la mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures ; initialement prévue pour un an, cette autorisation est

reconduite l'année suivante puis adoptée à titre définitif en 1989.

1990 : Médecins du monde ouvre le premier programme d'échange de seringues.

1990-1992 : Les actions de prévention du VIH associent les usagers de drogues à la protection de leur santé.

1992 : Création des premiers groupes d'auto-support revendiquant un rôle actif et central des usagers de drogues dans leur prise en charge sanitaire et sociale (voir p. 59).

1995-1996 : mise en place progressive d'un dispositif de réduction des risques infectieux chez les toxicomanes qui répond à deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et des hépatites ; permettre aux usagers d'accéder au système

de soins. Ce nouveau dispositif s'appuie sur :

- la vente en pharmacie (ou via des automates implantés devant les pharmacies avec l'accord des pharmaciens) de trousse de prévention avec seringues stériles ;
- des Programmes d'échange de seringues et le développement d'automates-échangeurs (dont l'implantation dans les communes repose sur la volonté des élus locaux) ;
- des lieux de contact (« boutiques ») qui accueillent les usagers ;
- des réseaux de médecins généralistes, des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital ;
- les traitements de substitution : deux médicaments acquièrent une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des usagers dépendant de l'héroïne : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD, d'abord commercialisée sous le nom de Subutex®).

À partir de 1999, tous ces efforts sont programmés au sein du plan triennal gouvernemental coordonné par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

2004 : La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 donne un statut à la politique de réduction des risques, et lui permet de quitter définitivement le stade expérimental. L'article L.3121-3 du code de la santé publique précise que « *la défi-*

nition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues relève de l'État ».

Depuis 2005 : Les objectifs poursuivis et les modalités d'intervention en direction des usagers de drogues sont désormais définis dans un Référentiel national des actions de réduction des risques (art. D.3121-33 du code de la santé publique), qui vise à renforcer la qualité des pratiques et à promouvoir les expérimentations. Les actions menées par les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs associatifs, dès lors qu'elles s'inscrivent dans ce cadre, sont légales ; elles ne peuvent plus être considérées comme une incitation à l'usage.

2006 : Le dispositif d'accueil existant est restructuré et consolidé : de nombreux programmes, services, « boutiques » ou structures peuvent acquérir le statut d'établissement médico-social en tant que Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD, voir p.51).

2007 : Création des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, voir p.52), cadre juridique unique ayant vocation à remplacer les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) et les CCAA (Centres de cure ambulatoires en alcoologie). Les CSAPA prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage.

QUELS RÉSULTATS ET QUELS NOUVEAUX DÉFIS POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Des résultats incontestables concernant le VIH

Au milieu des années 1990, les usagers de drogues par voie intraveineuse représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida. En 2006, ils n'en représentaient plus que 9 %¹. Par ailleurs, le système de déclaration obligatoire (DO) montre qu'actuellement, « seulement » 2 % des nouvelles contaminations par le VIH sont liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Ces résultats doivent sans doute beaucoup à l'impact des actions et des messages de réduction des risques, en particulier sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent la diminution du taux de partage de la seringue dans le dernier mois (passé selon l'enquête Coquelicot² de 48 % en 1988 à 20 % en 1998 puis à 13 % en 2004) et le bon niveau de connaissance des usagers concernant les risques de transmission du VIH liés à cette pratique (plus de 90 % des usagers en sont conscients d'après l'enquête Coquelicot).

On peut également supposer que les jeunes usagers (moins de trente ans) ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation.

1 - Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-2005*. Rapport InVS, 2007

2 - Institut de veille sanitaire (Jauffret-Roustide M. et al.). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude INVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin hebdomadaire épidémiologique (BEH)* n° 33, 5 septembre 2006: p. 244-247

Un nouveau défi: la lutte contre le VHC

Aujourd'hui, la lutte contre le virus de l'hépatite C est devenue le défi majeur de la réduction des risques.

La prévalence du VHC parmi les usagers de drogues de tous âges est très importante en France (59,8 %), elle reste préoccupante (28 %) chez les usagers de moins de trente ans.

L'usage de drogues par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur³ du VHC, par la réutilisation de la seringue et le partage du matériel de préparation : récipient, filtre (coton), tampon, eau.

En effet, contrairement au partage de la seringue, la réutilisation de la seringue et le partage du « petit matériel » restent des pratiques fréquentes (pour respectivement 74 % et 38 % des usagers au cours du dernier mois, selon l'enquête Coquelicot). La réutilisation de sa propre seringue par l'utilisateur constitue une pratique à risque « indirecte » : elle comporte un risque de contamination pour d'autres personnes si l'utilisateur est porteur du VHC (beaucoup d'utilisateurs ignorent qu'ils sont contaminés) et qu'il partage avec elles du « petit matériel » : récipient, filtre (coton), tampon, eau.

Il ressort également de l'enquête Coquelicot que 35 % des usagers de drogues ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC.

3- D'autres modes de consommation de drogues peuvent toutefois être à l'origine de la transmission du VHC :

- l'usage de drogues par voie nasale, susceptible d'entraîner des lésions de la muqueuse, peut être à l'origine de transmission du VHC en cas de partage de paille. Dans l'enquête Coquelicot, 25 % des usagers déclarent avoir partagé la paille de sniff dans le dernier mois ;
- le partage de la pipe à crack peut également être une pratique à risque pour la transmission du VHC : des blessures aux mains peuvent survenir lors de la préparation du crack (utilisation d'un cutter et manipulation de fils électriques en cuivre) ; des saignements des lèvres peuvent également se produire lors de la consommation régulière du crack par voie fumée (utilisation d'un doseur en verre facilement cassable). Selon l'enquête Coquelicot, le partage de la pipe à crack est une pratique très répandue (81 % des usagers déclarent y avoir eu recours dans le dernier mois).

RISQUES DES PRATIQUES D'INJECTION ET CONSEILS DE PRÉVENTION



Toutes les phases de préparation, tous les gestes qui précèdent et accompagnent l'injection peuvent, lorsqu'ils sont effectués sans asepsie, augmenter les risques infectieux. La prévention des infections s'appuie sur le respect de pratiques d'hygiène qu'il importe de faire connaître aux usagers.

Les conseils qui suivent réduisent les risques d'infections, ils ne préviennent aucunement des risques – difficilement contrôlables – liés aux produits eux-mêmes et aux adjuvants. Aucune injection n'est sans risque. Ce guide traite essentiellement de la réduction des risques infectieux liés à la pratique de l'injection. Les dangers encourus par d'autres modes d'usage – sniff, inhalation – ne sont abordés que marginalement (voir encadré p.28).

PRÉPARER L'INJECTION

Toute manipulation dans un environnement à l'hygiène insuffisante fait courir des risques d'infection d'origine bactérienne ou candidosique.

Le partage du matériel d'injection (**seringue, aiguille, récipient, eau, filtre/coton, tampon**) fait courir des risques d'infection d'origine virale (VHC, VHB, VIH/Sida).

Le risque d'infection est particulièrement important pour les primo-injecteurs « initiés » par un tiers et qui sont souvent susceptibles de partager ou de réutiliser son matériel. Dans l'enquête Coquelicot⁴, 83 % des primo-injecteurs déclaraient avoir été initiés par un tiers. Le risque est d'autant plus important que le tiers, souvent plus âgé, a une forte probabilité d'être déjà contaminé par le VHC (59,8 % des usagers de drogues l'étaient dans l'enquête Coquelicot) et ignore souvent sa sérologie.

L'ENVIRONNEMENT

Le lieu

Les précautions commencent par le choix d'un lieu adapté : le plus calme et le plus propre possible, avec suffisamment de lumière. Plus le nombre de personnes réunies dans un même endroit est important, plus les risques augmentent (risque de partage du matériel d'injection, risque de transmission sanguine par contact entre usagers, par exemple lorsqu'un usager comprime le point d'injection d'un autre usager avec un doigt présentant possiblement une petite plaie ou une trace de son propre sang). Ces risques sont particulièrement importants concernant le virus de l'hépatite C, très résistant à l'air libre.

Le support (le plan de travail servant à disposer le matériel d'injection)

S'il est non stérile, ce support peut être source de contamination. Dans l'idéal, ce devrait être une surface rigide, plane, dégagée et lavée (si possible à l'eau de Javel). À défaut, il est important de ne pas disposer le matériel à même le sol et de choisir le support le plus stable et dégagé possible.

4 - Institut de veille sanitaire, Jauffret-Roustide M. et al., op. cit.

Les mains

Les mains doivent être soigneusement lavées en utilisant si possible un savon liquide bactéricide ou, à défaut, du savon de Marseille. En l'absence de point d'eau et de savon, il existe des gels bactéricides séchant instantanément (disponibles en pharmacie ou auprès de certaines associations de réduction des risques) ou des tampons alcoolisés (inclus dans les trousse de prévention). Il est également possible de se laver les mains avec de l'alcool à 70°, de l'eau de Cologne ou de la chlorhexidine à 1 ou 2 %.

LE MATÉRIEL

Comme le stipule la note DGS/DS2 n°15/02 du 21/11/1997, « *le procédé [de réduction des risques infectieux] le plus efficace repose sur l'utilisation systématique d'un matériel d'injection (seringue, récipient, eau, coton) neuf, stérile et à usage unique et personnel. La réutilisation d'une seringue, même personnelle, ainsi que de l'eau de rinçage, du coton (filtre) et du récipient présente des risques importants d'infection et de transmission des virus. La préparation en commun des injections, le partage d'une même seringue à plusieurs ainsi que le partage de l'eau, du coton, du produit et du récipient sont des pratiques qui exposent aux plus forts risques de contamination* ».

En dernier recours et à défaut de seringues neuves, l'eau de Javel permet de réduire, sans l'éliminer, le risque de transmission d'une infection virale. Le protocole décrit p. 16 est à respecter scrupuleusement. La seringue doit être lavée abondamment le plus tôt possible après utilisation afin d'éviter que des particules de sang, souvent invisibles à l'œil nu, ne restent collées aux parois. **Ces procédures reconnues comme efficaces pour le VIH sont insuffisantes pour éliminer totalement le risque de transmission du VHC.**



PROTOCOLE DE NETTOYAGE DU MATÉRIEL D'INJECTION

Ce protocole de dernier recours ne garantit pas une inactivation totale des virus. Il réduit seulement le risque.

Nettoyer la seringue

1. Rincer la seringue à l'eau courante en la remplissant et en la vidant au moins deux fois de suite.
2. Effectuer la même opération, à deux reprises également, en utilisant de l'eau de Javel diluée à la concentration standard, généralement vendue en bouteille (concentration ménagère). Si l'on utilise de l'eau de Javel pure (souvent vendue en berlingots), celle-ci doit être impérativement diluée dans une à deux fois son volume d'eau pour avoir une action optimale. Ne pas mélanger avec un autre produit désinfectant. Il est nécessaire de laisser l'ustensile à nettoyer en contact avec l'eau de Javel diluée pendant au moins 30 secondes pour chaque opération.
3. Rincer la seringue une dernière fois en la remplissant et en la vidant deux fois avec de l'eau.

Nettoyer les récipients

Laisser tremper le récipient 1 minute dans l'eau de javel diluée à la concentration standard.

N.B. : L'eau de javel est périssable. Une eau de javel diluée perd de son efficacité au bout de 24 h. Exposée à l'air, à la lumière et/ou à la chaleur, elle se dégrade rapidement. Toujours employer une eau de javel fraîchement préparée. La diminution de l'odeur est un indice de perte d'efficacité. Vérifier aussi la date de péremption.

Les trousse de prévention

Quels que soient les modèles (Stéribox 2®, Kit+®...), les trousse de prévention destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse sont conditionnées en emballage stérile et ont le même contenu : 2 seringues à insuline, 2 tampons alcoolisés, 2 récipients de chauffe et de dilution, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 ampoules d'eau stérile pour l'injection, 1 préservatif (voir encadré photo p. 18).

Les trousse de prévention sont disponibles :

- ◆ dans les CAARUD et les CSAPA (gratuites) ;
- ◆ dans les locaux ou bus mobiles des associations de réduction des risques (gratuites) ;
- ◆ dans les distributeurs automatiques installés dans certaines rues (jetons gratuits à retirer chez les pharmaciens ou dans les CAARUD ou auprès d'associations de réduction des risques) ;
- ◆ dans certaines pharmacies (à prix modéré, 1 € environ).

Pour savoir où trouver des trousse de prévention localement, appeler **Drogues Info Service** (8h-2h, 7j/7) au **0 800 23 13 13** (depuis poste fixe, appel gratuit) ou au **01 70 23 13 13** (depuis portable, coût d'une communication locale).

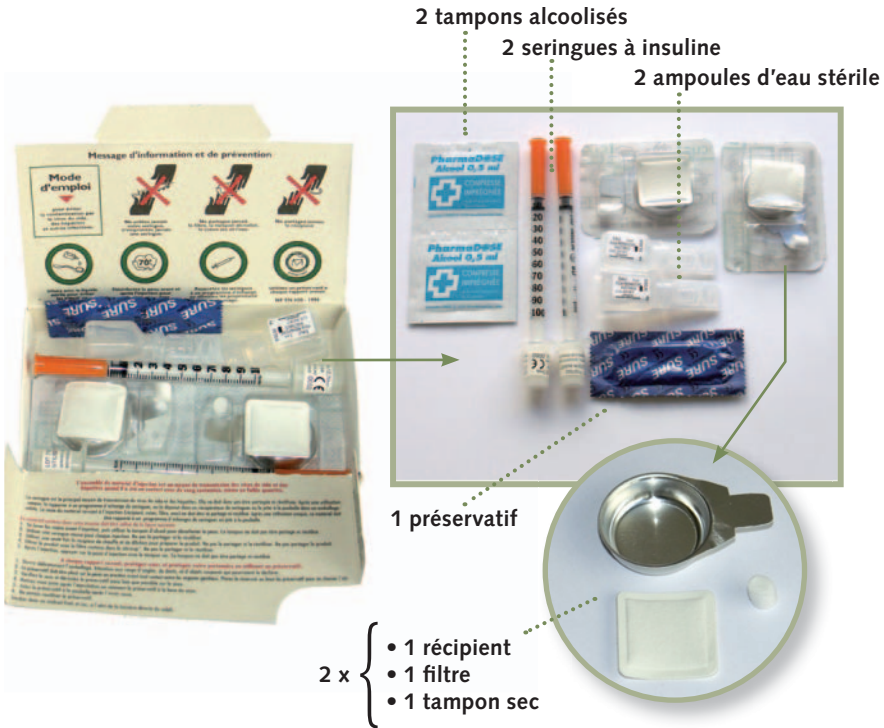
Le site internet d'ASUD (www.asud.org) propose également, dans sa rubrique « Réduction des risques », la liste des points de mise à disposition de matériel stérile.

Les seringues et les aiguilles

Il est possible d'utiliser :

- ◆ soit des seringues serties et montées avec une aiguille inamovible (préalablement fixée sur le corps de la seringue) : c'est notamment le cas des seringues à « insuline » de 1 cc (100 UI – unités internationales), reconnaissables à leur capuchon orange et qui sont les plus utilisées, en particulier pour l'injection d'héroïne et de cocaïne.
 - > Ces seringues diminuent le risque de contamination en réduisant les manipulations de préparation ;
- ◆ soit des seringues non serties sur lesquelles on adapte des aiguilles amovibles : c'est notamment le cas des seringues de grand volume (2,5 ou 5 cc), souvent utilisées pour l'injection de produits nécessitant de grandes quantités de liquide pour être dilués : médicaments détournés de leur usage habituel (comme la BHD) ou dérivés morphiniques normalement utilisés comme antalgiques par voie orale (du type Skenan®, Moscontin® ou Temgésic®).
 - > Ces seringues demandent une vigilance particulière de la part des utilisateurs car leur manipulation, plus complexe, peut exposer à des risques infectieux plus importants.

UNE TROUSSE DE PRÉVENTION CONTIENT :



En cas d'injections rapprochées, l'utilisation d'aiguilles à ailettes, extrêmement fines, placées dans la veine avant l'injection, permet de moins endommager le réseau veineux ; ces aiguilles peuvent être cependant difficiles à manipuler.

La vente de seringues et d'aiguilles est libre pour les adultes de plus de 18 ans : elle s'effectue sans ordonnance médicale dans toutes les pharmacies. Les associations de réduction des risques distribuent gratuitement des seringues et des aiguilles. Le matériel d'injection est également disponible gratuitement dans les CSAPA ou les CAARUD.

N.B. : outre les bénéfices en termes de réduction des risques infectieux, l'utilisation de seringues ou d'aiguilles neuves endommage moins le capital veineux des usagers.

Le récipient

Le récipient (aussi appelé « cup » ou « Stéricup® ») sert à mélanger le produit avec de l'eau et parfois avec un acidifiant. Il permet également de chauffer le mélange obtenu pour en faciliter la dilution. Les trousse de prévention (Stéribox 2®, Kit+®...) contiennent deux récipients stériles.

Le partage du récipient est une source de contamination peu repérée par les usagers.

Chaque préparation doit se faire si possible avec un récipient neuf et stérile. À défaut, il est possible d'utiliser une cuillère ou le dessous d'une canette, à condition de les avoir au préalable soigneusement lavés à l'eau de Javel, selon le protocole décrit p. 16 (protocole qui ne garantit pas une inactivation totale des virus). Il est également indispensable d'effacer toutes les traces (restes de médicaments ou dépôts de suie) qui auraient pu être laissées par une opération de chauffage antérieure et qui augmenteraient le risque d'impuretés.

L'eau

L'eau permet de dissoudre le produit. Le risque réside dans l'utilisation d'eau non stérile ou dans la contamination du liquide par du matériel souillé. Chaque usager de drogues par voie intraveineuse doit utiliser si possible son propre petit flacon à usage unique d'eau stérile ou de sérum physiologique pour préparation injectable. À défaut, l'eau minérale peut éventuellement être utilisée si la bouteille vient d'être ouverte.

En cas d'utilisation d'eau du robinet, il convient de la faire couler quelque temps avant de la prélever, de la porter à ébullition et d'attendre qu'elle refroidisse avant l'injection (il est déconseillé d'utiliser de l'eau chaude qui n'a pas bouilli).

Le diluant acide

Certaines drogues injectées par voie intraveineuse nécessitent une dissolution préalable (l'héroïne brune et le crack/freebase, en particulier). L'héroïne blanche et la cocaïne, très solubles dans l'eau, n'ont besoin d'aucun autre diluant.

En ce qui concerne le choix du diluant acide, et dans l'attente de nouvelles recommandations, il n'est pas conseillé d'utiliser l'acide citrique et l'acide ascorbique : leur conditionnement est souvent inapproprié (quantité contenue dans chaque dosette trop importante et pouvant inciter au partage ou à la réutilisation) et, en ce qui concerne l'acide citrique, possibilité que l'acide réagisse avec l'aluminium du récipient.

Les usagers de drogues utilisent en général quelques gouttes de jus de citron. Attention cependant : un citron entamé s'imprègne très rapidement de champignons microscopiques et invisibles, avec le risque de candidoses disséminées. Le vinaigre et le jus de citron que l'on trouve dans le commerce présentent le même danger.

Le mieux est d'utiliser un citron frais entier, de le couper en deux, de presser une des deux moitiés pour obtenir quelques gouttes et de jeter aussitôt après les deux moitiés du citron.

Le filtre

Filtrer la solution est une étape importante de la préparation car elle permet d'éliminer les particules insolubles (« poussières » et excipients). Le partage des filtres ou cotons expose au risque de contamination par certains virus.

Les filtres qui ont déjà servi contiennent une partie du principe actif. Pour cette raison, ils sont parfois gardés par les usagers de drogues dans des récipients hermétiques afin de pouvoir servir à nouveau en cas de manque. Appelée par les usagers « faire les cotons », cette pratique expose à un risque très élevé d'infection virale, bactérienne ou mycosique, en raison des nombreuses manipulations effectuées. Elle est donc si possible à proscrire. Dans le cas contraire, elle supposerait au minimum l'ébullition des cotons et le filtrage du liquide extrait.

Le Stérifilt® permet de filtrer efficacement les médicaments détournés de leur usage (tels que la BHD) qui contiennent beaucoup d'excipients et endommagent gravement le système veineux. Il retient également moins de drogue que les autres filtres et diminue donc – en théorie – le risque de réutilisation. Pour autant, son efficacité pour réduire les risques de contamination VHC n'a pas été clairement établie.

À défaut de Stérifilt®, un filtre constitué d'une boule de coton (coton hydrophile ou morceau de coton tige) est plus efficace qu'un filtre de cigarette (en acétate de cellulose) qui ne devrait jamais être arraché avec les dents (risque d'introduction de germes). Les trousse de prévention contiennent toutes des filtres de coton.

Les tampons alcoolisés

Ils servent à désinfecter la peau avant l'injection au niveau des zones d'injection.

Chaque point d'injection doit si possible être désinfecté à l'aide d'un tampon alcoolisé neuf, notamment lorsque plusieurs points sont utilisés (dans le cas de système veineux abîmés). Il est indispensable que l'utilisateur prévoie des cotons alcoolisés en nombre suffisant.

Les trousse de prévention contiennent des cotons alcoolisés prêts à l'emploi. On peut aussi s'en fabriquer avec du coton hydrophile et de l'alcool à 70° (une eau de Cologne peut éventuellement convenir).

N.B. : après l'injection, utiliser des tampons secs, ne pas utiliser des tampons alcoolisés qui retardent la coagulation.

Les tampons secs

Présents dans les trousse de prévention, ils permettent de comprimer proprement la veine en cas de tentative infructueuse et après l'injection. Après avoir ôté l'aiguille, le point d'injection doit être comprimé pendant au moins 30 secondes pour arrêter le saignement.

À défaut des tampons secs des trousse de prévention, préférer la gaze aux mouchoirs en papier neufs et aux cotons neufs (utilisables en dernier recours).

Le garrot

Il est utilisé pour comprimer les veines en amont du point choisi pour l'injection. Il permet de trouver plus facilement une veine dans laquelle injecter. S'il est partagé ou souillé, il peut être vecteur de contamination, notamment du VHC.

Chaque personne doit utiliser son propre garrot (si possible en caoutchouc), placé à quelques centimètres au-dessus du point d'injection, de façon à ce qu'il puisse être défait d'un simple geste.

À défaut de garrot en caoutchouc, il est conseillé d'utiliser le foulard, la ceinture ou le lacet le plus propre possible (et de ne pas le/la partager).

N.B. : un garrot ne doit pas être laissé en place plus de quelques minutes.

LA PRÉPARATION DES PRODUITS INJECTÉS

L'héroïne

L'héroïne blanche se dissout instantanément dans l'eau froide (le dépôt qui reste étant généralement un produit de coupage). Il est néanmoins recommandé de chauffer l'héroïne diluée dans l'eau jusqu'à ébullition pour détruire certains microbes. Le filtrage est nécessaire.

L'héroïne marron (« brune », « brown », « rabla ») est moins raffinée et moins soluble que l'héroïne blanche. Elle favorise donc le risque de « poussières » et nécessite un agent acide avant d'être chauffée.

La cocaïne

Faire bouillir la cocaïne une fois diluée dans l'eau permet d'éliminer la plus grande partie des microbes, sans altérer le produit.

La cocaïne base (crack ou « freebase »)

L'injection de cocaïne base (mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque) nécessite l'utilisation d'un acidifiant, ainsi qu'une dissolution et un filtrage minutieux.

Les médicaments sous forme de comprimés détournés de leur usage thérapeutique

Divers médicaments sous forme de comprimés sont parfois détournés de leur usage thérapeutique et utilisés en injection, après avoir été écrasés et dilués dans l'eau. C'est notamment le cas de certains antalgiques⁵ ou sulfates de morphine⁶ destinés à soulager les douleurs sévères, ou de certains traitements de substitution aux opiacés comme la buprénorphine haut dosage (BHD).

L'INJECTION DE TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les traitements de substitution aux opiacés injectables ne sont pas disponibles en France. Les traitements disponibles (méthadone, sous forme liquide ou de gélule, et buprénorphine haut dosage, sous forme de comprimés) n'ont pas été conçus pour l'injection mais ils sont parfois détournés de leur usage par les usagers de drogues et injectés. L'injection de BHD présente un risque particulier : peu soluble, ce produit se réduit en fines particules qui risquent d'obstruer les petits vaisseaux, notamment ceux du poumon (les injecteurs de BHD se reconnaissent souvent au gonflement de leurs extrémités, mains ou pieds, du fait de la dilatation des vaisseaux obstrués).

Ces divers médicaments sont cependant très imparfaitement solubles dans l'eau. Toute utilisation par voie intraveineuse de ces médicaments nécessite une préparation et un filtrage minutieux. L'emploi du Stérifilt® semble réduire sensiblement certaines conséquences sanitaires (œdèmes, abcès...) liées à l'injection de comprimés, notamment de BHD.

5 - Temgésic®

6 - Skénan®, Moscontin®

Les amphétamines

La méthamphétamine, peu consommée en France, est la seule forme d'amphétamine soluble dans l'eau. D'autres formes peuvent se dissoudre partiellement. Dans tous les cas, le filtrage est primordial.

POUR CHAUFFER

Le fait de chauffer le mélange facilite sa dilution et permet d'éliminer un certain nombre de microbes. Cependant, l'utilisation de certains outils pour chauffer (briquet, bougie) peut entraîner un dépôt de particules de suie sur le récipient (ces particules peuvent alors se mêler au mélange et former des « poussières »). L'utilisation d'un coton alcoolisé enflammé ou de la flamme d'une cuisinière à gaz permet de réduire le dépôt des particules de suie.

POUR REMUER

Remuer la préparation en facilite la dilution. Pour remuer sans contaminer le mélange, il faut utiliser un ustensile stérile. L'extrémité du piston d'une seringue et le capuchon recouvrant l'aiguille restent stériles tant qu'ils n'ont pas été touchés ni mis en contact avec une surface non stérile. Tout autre objet destiné à remuer doit être soigneusement nettoyé à l'alcool.

L'INJECTION

L'injection proprement dite nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses. Il est important d'avoir les mains propres (c'est-à-dire lavées avec un savon bactéricide ou avec du savon de Marseille). Ces moyens de protection contre les infections n'ont pourtant qu'un effet temporaire qui risque d'être annulé par la manipulation d'autres objets non stériles : le fait de fumer une cigarette, de se toucher les cheveux ou de porter les doigts à sa bouche amoindrit l'efficacité des mesures d'hygiène prises. Mieux vaut donc avoir les mains libres (et propres) lors de l'injection.

LE CHOIX DU POINT D'INJECTION

L'injection par voie intraveineuse

Changer souvent le point d'injection

Alterner régulièrement les points d'injection endommage moins le capital veineux.

Les endroits à éviter

Les usagers de drogues dont les veines des bras sont endommagées utilisent parfois d'autres zones d'injection qui présentent des risques accrus. S'injecter une veine du dessus du pied ou de la jambe expose au risque de phlébite. Les endroits les plus risqués (cou, aine, poignet, visage, sexe, seins, artères) sont détaillés sur l'illustration p. 26.

Alterner l'injection et d'autres modes de consommation (sniffer, fumer, gober) peut permettre de préserver le capital veineux et d'éviter de s'injecter dans des zones à risque accru. Ces autres modes de consommation présentent cependant, pour certains d'entre eux, des risques infectieux spécifiques (voir encadré p.28).

Les points d'injection à risques

⚠ Les artères qui passent **dans le cou** irriguent le cerveau, les nerfs, les muscles, ainsi que les conduits d'air et de nourriture. Une infection à cet endroit peut devenir très rapidement très dangereuse.

Les veines **des bras** sont les moins à risques si l'on change régulièrement de point d'injection.

⚠ Les veines **de la main et du poignet** sont très fines, fragiles et se réparent difficilement.

⚠ Le flux sanguin dans les veines **des jambes** est lent (du fait de la distance jambes/cœur et de la gravité). Si la drogue est injectée trop vite, les veines sont incapables de tout absorber, et le produit se diffuse dans les tissus autour de la veine. L'injection dans les jambes entraîne aussi plus de risques d'infections.

⚠ Les veines **des seins** sont petites et fragiles. Elles sont proches des glandes mammaires, et le risque d'une très douloureuse infection appelée « mammite » est élevé.

⚠ L'injection **dans le haut de la cuisse** (aine) est à éviter absolument. Artères, veines et nerfs sont très proches dans cette zone et le risque de paralysie est important.

⚠ Ne jamais injecter dans **le sexe** (même si les veines sont apparentes) : le risque d'impuissance est important.

⚠ Trois bonnes raisons pour ne pas s'injecter au niveau **des pieds et des chevilles** :

- les veines y sont encore plus fragiles qu'au niveau des mains ;
- les bactéries s'y développent souvent (pieds) ;
- si les veines du haut du pied se bouchent, il n'y a pas d'autre endroit pour le sang de passer, d'où risques d'infection, d'ulcère ou de gangrène.

Jamais dans les artères !

L'injection dans une artère est particulièrement dangereuse car elle expose à des risques de thrombose (obstruction d'un petit vaisseau par un caillot) et d'hémorragie. Lorsqu'une artère est touchée, il est conseillé d'arrêter immédiatement l'injection, de retirer l'aiguille, d'enlever le garrot (si cela n'est pas déjà fait) et de comprimer fortement le point d'injection avec un tampon sec pendant une dizaine de minutes. Si, malgré tout, un gonflement (ou une douleur) apparaît, il faut se rendre rapidement aux urgences de l'hôpital le plus proche.

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire

Elle présente moins de risque d'overdose (voir p. 31) et de bactériémie que la voie intraveineuse. Elle expose cependant au risque d'abcès.

L'ÉLIMINATION DU MATÉRIEL UTILISÉ

Il est nécessaire d'éliminer tout le matériel qui a servi à l'injection (seringues, aiguilles, tampons, filtres, récipients) pour empêcher sa réutilisation, **y compris par l'utilisateur lui-même**, et éviter d'éventuelles piqûres et contaminations d'autres personnes.

Le plus sûr est de rapporter tout le matériel utilisé dans une structure de réduction des risques pour usagers de drogues ou de le placer dans un récupérateur prévu à cet effet.

À défaut, ce matériel peut être placé dans une cannette métallique que l'utilisateur pliera en deux avant de la jeter à la poubelle. Pour encore plus de sécurité, l'utilisateur peut aussi, avant de jeter la seringue, casser l'aiguille et mettre la partie cassée dans le corps de la seringue (en remplaçant le piston) puis recapuchonner pour protéger la base de l'aiguille.

LES RISQUES INFECTIEUX LIÉS À D'AUTRES MODES DE CONSOMMATION

Sniffer, fumer... D'autres modes de consommation que l'injection exposent aux risques infectieux.

- ◆ Le sniff provoque des lésions nasales et certains produits – en particulier la cocaïne – sont sources de lésions des muqueuses. Ces lésions peuvent favoriser la transmission des hépatites B et C et, dans une moindre mesure, du VIH-Sida (dont le virus est moins résistant à l'air libre que ceux des hépatites).
- ◆ L'utilisation pour fumer de pipes à crack en verre, facilement cassables et conduisant la chaleur, expose la bouche à des brûlures et les mains à des coupures; l'utilisation de cutters pour couper le crack expose, elle aussi, les mains à des coupures. Ces lésions peuvent constituer des portes d'entrée pour les virus des hépatites B et C, notamment lors du partage de la pipe entre usagers.

Dans l'enquête Coquelicot⁷, 25 % des usagers de drogues interrogés déclaraient avoir partagé leur paille de sniff et 81 % déclaraient avoir partagé leur pipe au cours du dernier mois.

- ◆ Pour réduire les risques infectieux liés à l'usage de la paille de sniff, il est conseillé de rouler une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique.
- ◆ Pour réduire les risques infectieux liés à l'usage du crack fumé, il est nécessaire de promouvoir des stratégies de réduction des risques spécifiques à destination de cette population très vulnérable face aux risques infectieux, comme le propose le dernier plan gouvernemental. Quelques CAARUD ont commencé à diffuser du matériel de réduction des risques spécifique. Une recherche (menée par l'InVS et le CESAMES, en collaboration avec un collectif interassociatif, et soutenue par l'ANRS) a été initiée fin 2008 pour évaluer la mise à disposition d'un outil de réduction des risques spécifique à destination des consommateurs de crack.

7 - Institut de veille sanitaire, Jauffret-Roustide M. et al., op. cit.

LES RISQUES INFECTIEUX



Les infections liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse peuvent être dues à des champignons (candidoses), à des bactéries (bactériémies, endocardites...) ou encore à des virus.

Cependant, plutôt que de reprendre cette typologie traditionnelle – et afin d'être le plus pratique possible – ce guide a fait le choix de présenter les risques infectieux sous l'angle de leurs symptômes (lorsqu'il y en a).

Dans le cas d'infections latentes, asymptomatiques (comme c'est souvent le cas pour les infections dues aux virus des hépatites ou du VIH/sida), il reviendra à une présentation plus classique en décrivant leurs grandes caractéristiques (modes de transmission, prévention, dépistage...).

LES SYMPTÔMES QUI DOIVENT ALERTER

Fièvre

Elle témoigne le plus souvent de l'existence d'une infection, quelle qu'en soit l'origine (champignon, bactérie, virus).

Une poussée fébrile passagère, accompagnée de frissons et de tremblements, peut traduire la présence dans la circulation sanguine de bactéries ou d'impuretés (communément appelées « poussières » par les usagers).

Toute fièvre prolongée réclame une consultation médicale. Elle peut être le témoin de différentes infections (endocardite infectieuse, infections cutanées...).

Douleurs

Les maux de tête sont des symptômes fréquents aux causes multiples. Associés à un état fébrile, ils peuvent faire craindre une méningite ou un abcès du cerveau.

Les douleurs à l'estomac et les vomissements peuvent traduire un phénomène de manque (lié à un usage d'opiacés) mais aussi évoquer d'autres pathologies. Il en est de même pour les douleurs articulaires qui, associées à de la fièvre, doivent faire évoquer une localisation infectieuse articulaire.

Une douleur thoracique brutale et persistante peut être liée à une infection pulmonaire (foyer de pneumonie ou pleurésie) ou une embolie pulmonaire. L'infection pulmonaire est souvent accompagnée de toux et de crachats purulents.

Baisse brutale de la vision

Toute baisse brutale de l'acuité visuelle et toute amputation du champ visuel peut traduire une candidose ou un autre type d'infection. C'est une urgence médicale dont la négligence peut conduire en quelques jours à la cécité.

Problèmes respiratoires

Les problèmes respiratoires sont fréquents, en particulier chez les consommateurs d'opiacés. Toutes les substances opiacées exercent en effet une action dépressive sur le système respiratoire. Cette dépression, qui inhibe la toux et les mouvements respiratoires (respiration ralentie ou avec des pauses), peut être plus ou moins brutale et appelle des réactions différentes selon les cas (voir encadré page 31).

QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈMES RESPIRATOIRES LIÉS À L'USAGE D'OPIACÉS?

Cela dépend de l'état de la personne.

Si la personne respire lentement, a l'air de s'endormir, « pique du nez » :

> Ne pas la laisser seule, lui parler, la secouer doucement si besoin pour l'empêcher de s'endormir.

Si la personne respire de manière très irrégulière ou très espacée, avec un relâchement des muscles et des troubles, voire une perte de la conscience :

> C'est une overdose. Appeler de toute urgence le SAMU (composer le 15 depuis un poste fixe ou le 112 depuis un téléphone portable). En attendant les secours, mettre la personne en « position latérale de sécurité » (*si l'on connaît la procédure*) ou, à défaut, l'allonger sur le côté, afin qu'elle n'avale pas sa langue et ne s'étouffe pas dans son vomi.

Si la personne ne respire plus :

> Si on y a été formé, entreprendre les gestes qui sauvent (réanimation par massage cardiaque et ventilation) puis appeler le SAMU. Comme tout professionnel de santé, le médecin du SAMU est tenu au secret médical. Il ne prévient pas la police.

Les situations à risques d'overdose :

- > initiation (1^{re} prise du produit),
- > changement de fournisseur et/ou de produit,
- > reprise d'une consommation après une période d'arrêt (sevrage, incarcération ou hospitalisation),
- > mélange avec d'autres produits et/ou alcool et/ou médicaments.

La solitude lors de l'injection expose d'autant plus au risque de décès par overdose.

Des problèmes respiratoires associés à de la fièvre et éventuellement à des douleurs thoraciques doivent évoquer une infection pulmonaire qui nécessite un examen médical.

Des épisodes répétés de douleurs thoraciques avec malaise et fièvre peuvent être la manifestation d'une embolie pulmonaire qui réclame des soins urgents en milieu hospitalier.

Une toux persistante (éventuellement accompagnée de sang ou d'expectorations), des douleurs à la poitrine, une fièvre, un état fébrile et une altération de l'état général peuvent évoquer une tuberculose pulmonaire. Cette pathologie, fréquente chez les usagers de drogues (notamment les héroïnomanes) en situation de précarité, coexiste souvent avec le VIH.

Une gêne respiratoire angoissante, une difficulté respiratoire en position couchée, accompagnées d'un grésillement de la gorge et d'expectorations mousseuses, peuvent évoquer un œdème pulmonaire. Cette complication très grave réclame une hospitalisation d'urgence en soins intensifs.

Lésions du réseau veineux

Les lésions qui se situent sur les trajets veineux (nodules fermes, induration brunâtre de la veine) témoignent d'une sclérose induite par les produits injectés.

Les œdèmes chroniques des mains ou des pieds traduisent l'obstruction des réseaux de drainage lymphatiques et veineux. En raison du risque important de phlébite, il est fortement déconseillé de s'injecter dans les veines des membres inférieurs.

Une veine enflammée, dure et douloureuse, évoque une veinite ou une phlébite superficielle. En l'absence de soin, la veine durcit de plus en plus, se rétracte et devient totalement inutilisable. La phlébite superficielle est due à la formation d'un caillot de sang à l'intérieur d'une veine (thrombose). Elle se traduit par une induration de la veine qui prend l'aspect d'un cordon rouge, chaud et douloureux, entouré d'un œdème du tissu cutané. Elle risque de se propager aux veines profondes et de provoquer une embolie pulmonaire.

Lésions dermatologiques

Un gonflement localisé, rouge, chaud et très douloureux, peut être un début d'abcès. À ce stade, un traitement peut éviter sa constitution. En l'absence de traitement, la lésion cutanée va évoluer; des signes infectieux peuvent apparaître et une masse arrondie va se former sous la peau. Le traitement chirurgical avec excision de l'abcès est alors indispensable afin d'éviter des complications plus graves (cellulite, bactériémie, endocardite, etc.).

Une vaste zone inflammatoire, rouge, chaude, dure et très douloureuse de la peau peut traduire une cellulite. Cette infection grave s'accompagne d'une fièvre élevée et d'un malaise général. Une hospitalisation d'urgence s'impose.

La peau indurée recouverte de zones noirâtres traduit la destruction de l'épiderme et des tissus sous-cutanés. Parfois des bulles laissent sourdre un liquide jaunâtre ou noirâtre. C'est une gangrène, forme très sévère de cellulite. La fièvre est très élevée et s'accompagne d'un malaise général et de troubles de la conscience. C'est une urgence vitale qui réclame une hospitalisation immédiate.

Une destruction localisée du tissu cutané prenant un aspect noirâtre signe une nécrose. Elle peut se produire au cours d'une infection grave comme la gangrène et réclame alors les mêmes traitements d'urgence, ou bien être liée directement à l'effet caustique du produit injecté. Cette éventualité se voit lorsque le produit injecté passe à côté de la veine. Il importe alors d'arrêter immédiatement l'injection et d'appliquer des pansements alcoolisés pendant plusieurs heures. Cette nécrose caustique est plus fréquente lorsque des produits ont été mélangés à l'héroïne ou à la cocaïne ou bien en cas d'injection de comprimés écrasés.

QUAND ORIENTER VERS LES URGENCES ?

Les signes qui suivent réclament une hospitalisation d'urgence :

- > baisse brutale de l'acuité visuelle ;
- > graves difficultés respiratoires (voir encadré p.31) ;
- > épisodes répétés de douleurs thoraciques avec malaise et fièvre ;
- > gêne respiratoire angoissante (notamment en position couchée), accompagnée d'un grésillement de la gorge et d'expectorations mousseuses ;
- > vaste surface de peau enflammée, rouge, chaude, dure et très douloureuse, accompagnée d'une fièvre élevée et d'un malaise général ;
- > peau indurée recouverte de zones noirâtres, avec écoulement de liquide jaunâtre ou noirâtre, accompagné de fièvre, malaises et troubles de la conscience ;
- > destruction localisée du tissu cutané prenant un aspect noirâtre...

LES INFECTIONS LATENTES

Certaines pathologies, comme les hépatites virales et le VIH, peuvent rester longtemps asymptomatiques. Des tests sanguins permettent de faire le diagnostic de l'infection, d'en évaluer le stade et d'adapter le traitement.

LES HÉPATITES VIRALES

L'hépatite C (VHC)

Modes de transmission

L'hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

La transmission périnatale est possible mais très rare (5 % de risques de transmission). Ce risque augmente cependant considérablement dans le cas de mères co-infectées par le VIH et l'hépatite C (20 % de risques de transmission).

La transmission sexuelle est rare. Elle existe en cas de lésions (herpès ou microlésions lors de la pénétration anale), de présence de sang (règles) et de rapports sexuels traumatiques.

Dépistage

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont concernés au premier plan par l'hépatite C : selon les données biologiques collectées lors de l'enquête Coquelicot⁸, près de 60 % des usagers de drogues par voie intraveineuse (et/ou intranasale) interrogés étaient porteurs du VHC.

Beaucoup d'usagers sont porteurs du virus sans le savoir (27 % des usagers se déclarant séronégatifs pour le VHC ont été dépistés séropositifs lors de la collecte des données biologiques de l'enquête Coquelicot).

Cette méconnaissance du statut VHC par les usagers n'est pas liée à une absence totale de dépistage (91 % des usagers interrogés lors de l'enquête Coquelicot déclaraient s'être fait dépister pour le VHC au moins une fois au cours de leur vie) mais à la non-répétition ou à l'insuffisante régularité de la répétition de ce dépistage.

Tous les usagers de drogues doivent pouvoir bénéficier d'un test de dépistage régulièrement répété (tous les 6 mois si les marqueurs sont négatifs).

8 - Institut de veille sanitaire, Jauffret-Roustide M. et al., op. cit. Lors de l'enquête, un questionnaire socio-comportemental était administré par un enquêteur à l'usager de drogues et un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard était réalisé par l'usager. Puis une recherche des anticorps VIH et VHC était réalisée à l'aide de tests Elisa.

Ce test régulièrement répété peut être réalisé⁹ :

- ♦ **de manière anonyme et gratuite** (y compris pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale), dans les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ;
- ♦ **sur prescription médicale**, dans un laboratoire d'analyses : là, le test est payant mais il est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale (pour les assurés sociaux).

Le résultat est rendu quelques jours après le test. Quel qu'en soit le résultat, c'est un médecin qui doit en expliquer le sens (un test positif ne veut pas forcément dire qu'on a une hépatite, un test peut être négatif alors qu'on vient d'être contaminé) et donner les conseils nécessaires (réalisation d'examen complémentaires, recommandations de prévention...).

Tout test positif doit être confirmé et accompagné d'une recherche de virus. L'absence de virus signifie la guérison naturelle.

Prévention

Il n'existe pas actuellement de vaccin contre le VHC.

Pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la prévention de la transmission du virus de l'hépatite C repose avant tout sur :

- ♦ l'abandon de l'injection (facilité dans le cas d'usage d'opiacés par les traitements de substitution) ou, à défaut, sur l'utilisation de matériel d'injection stérile et à usage unique ;

⁹ - Afin de faciliter la réalisation de ce test pour les usagers de drogues, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a fait savoir qu'aucun obstacle légal ne s'opposait à la proposition d'un autoprélèvement médicalement assisté permettant aux usagers de drogues dont le capital veineux serait endommagé de trouver eux-mêmes un point de prélèvement (en concertation avec le soignant présent).

- ◆ l'utilisation, en cas de pratique parallèle ou alternative du sniff, d'une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique ;
- ◆ le non-partage de la pipe en cas de consommation de crack/freebase ;
- ◆ le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles...) ;
- ◆ l'utilisation de préservatifs (masculin ou féminin) et de gel lubrifiant (à base d'eau ou de silicone) pour tout rapport sexuel.

Tatoueurs et pierceurs, professionnels ou non, doivent utiliser du matériel à usage unique. La javellisation n'élimine pas totalement le risque d'infection.

Risques évolutifs

La phase aiguë de l'hépatite C est le plus souvent inapparente. Quand elle est apparente, elle se manifeste par un ictère (coloration jaune de la peau et des muqueuses), par une fièvre et des douleurs musculaires et articulaires.

L'infection à VHC guérit spontanément dans 20 % des cas (les personnes guéries spontanément peuvent toutefois se réinfecter) et entraîne une hépatite chronique dans 80 % des cas. Les symptômes de l'hépatite C chronique se limitent souvent à une simple fatigue dont l'intensité varie d'un jour à l'autre.

En l'absence de suivi et de traitement, l'évolution spontanée de l'hépatite C chronique aboutit, dans 20 % des cas, à une cirrhose en vingt à trente ans avec un risque ultérieur de développer un cancer du foie.

La consommation d'alcool, de certaines drogues (cocaïne, amphétamines, crack) et de certains médicaments peut aggraver les lésions du foie et accélérer l'évolution vers la cirrhose. Dans une moindre mesure, le tabac et le cannabis ont eux aussi un impact défavorable.

La persistance de l'usage de drogues par voie injectable ou nasale expose à une surinfection par d'autres types du VHC (il en existe plusieurs, certains sont plus difficiles à traiter que d'autres).

En cas de cirrhose, la plupart des drogues risquent de majorer le risque de toxicité cérébrale et d'encéphalopathie hépatique. C'est pourquoi il est nécessaire, en cas d'insuffisance hépatocellulaire (insuffisance du nombre des cellules du foie), d'adapter et donc de diminuer les doses, même s'il s'agit d'un traitement de substitution comme la BHD.

Suivi

L'hépatite C chronique nécessite un suivi médical régulier reposant sur des dosages sanguins des enzymes hépatiques et une évaluation de la fibrose (destruction des cellules) du foie qui peut aujourd'hui être réalisée par des méthodes non invasives (élastométrie¹⁰ ou tests sanguins) ou, à défaut, par une biopsie hépatique.

Traitement

Les personnes atteintes d'une hépatite C chronique peuvent se voir proposer un traitement antiviral (interféron pegylé et ribavirine). Ce traitement permet l'éradication du virus dans 50 % des cas (les personnes guéries après traitement peuvent toutefois se réinfecter). Certains génotypes du virus répondent mieux au traitement.

Le traitement de l'hépatite C chronique est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Plus tôt la personne est dépistée, plus tôt un traitement antiviral peut être mis en place si nécessaire. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est précoce par rapport à la contamination. La connaissance précoce de sa sérologie donne également à la personne contaminée la possibilité d'éviter ce qui aggraverait son hépatite (l'alcool, certains médicaments). Elle peut aussi l'inciter à prendre des précautions pour éviter la transmission du virus à d'autres personnes (par exemple, pour un usager de drogues par voie intraveineuse, ne pas partager sa seringue ni son « petit matériel »).

10 - Méthode proche de l'échographie aussi appelée Fibroscan®

L'hépatite B (VHB)

Modes de transmission

L'hépatite B peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

L'usage de drogues par voie intraveineuse augmente considérablement le risque de transmission du VHB.

L'hépatite B peut également se transmettre par voie sexuelle. Le risque de transmission sexuelle augmente en cas d'infection associée avec le VIH.

La transmission périnatale est possible (en ce cas, on traite l'enfant à la naissance, par injection d'immunoglobulines et vaccin).

Dépistage

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont une population à haut risque pour le VHB.

Il est fortement recommandé d'effectuer un dépistage avant toute vaccination ; il est assez fréquent de dépister des porteurs chroniques du VHB qui avaient été vaccinés et se croyaient protégés.

Un test de dépistage peut être réalisé¹¹ :

♦ **de manière anonyme et gratuite** (y compris pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale), dans les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ;

11 - Voir note 9 p. 36

◆ **sur prescription médicale**, dans un laboratoire d'analyses : là, le test est payant mais il est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale (pour les assurés sociaux).

Le résultat est rendu quelques jours après le test. Quel qu'en soit le résultat, c'est un médecin qui doit en expliquer le sens (un test positif ne veut pas forcément dire qu'on a une hépatite, un test peut être négatif alors qu'on vient d'être contaminé) et donner les conseils nécessaires (réalisation d'examens complémentaires, recommandations de prévention...).

Tout test positif doit être confirmé et accompagné d'une recherche de virus.

Vaccination

Le vaccin est la protection la plus efficace contre l'hépatite B. Il a considérablement diminué le risque de contracter cette maladie, en particulier pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. Le schéma vaccinal comprend actuellement trois injections à 0, 1 et 6 mois. Un rappel est recommandé en cas de baisse d'immunité chez les personnes exposées.

Il est fortement conseillé de vacciner l'entourage et les enfants des personnes porteuses du virus de l'hépatite B.

La circulaire du 28/02/2008 relative à la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, voir p. 52) prévoit la gratuité du dépistage et de la vaccination contre le VHB des usagers de drogues accueillis dans ces centres.

En ce qui concerne les personnes séropositives au VIH, le vaccin contre le VHB est recommandé pour les personnes ayant plus de 200 T4 / mm³. Chez les personnes ayant moins de 500 T4 / mm³, l'immunité affaiblie peut conduire à effectuer plusieurs injections.

Prévention

Outre le vaccin (la protection la plus efficace), la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B pour les usagers de drogues par voie intraveineuse repose avant tout sur :

- ◆ l'abandon de l'injection (facilité dans le cas d'usage d'opiacés par les traitements de substitution) ou, à défaut, sur l'utilisation de matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- ◆ l'utilisation, en cas de pratique parallèle ou alternative du sniff, d'une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique ;
- ◆ le non-partage de la pipe en cas de consommation de crack/freebase ;
- ◆ le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles...) ;
- ◆ l'utilisation de préservatifs et de gel lubrifiant (à base d'eau ou de silicone) pour tout rapport sexuel (y compris la fellation).

Tatoueurs et pierceurs, professionnels ou non, doivent utiliser du matériel à usage unique. La javellisation n'élimine pas totalement le risque d'infection.

Risques évolutifs

L'hépatite B aiguë peut être symptomatique et donner lieu, exceptionnellement, à une hépatite fulminante (insuffisance hépatique aiguë compliquée d'encéphalopathie).

L'hépatite B chronique peut évoluer si elle n'est pas traitée vers la cirrhose et le cancer du foie.

Traitement

Des traitements antiviraux (interféron et inhibiteurs nucléosidiques) contre le VHB sont disponibles. Ils permettent de stabiliser efficacement l'infection mais non d'en guérir, contrairement au traitement de l'hépatite C. C'est pourquoi il est important que les personnes à risque (ainsi que leurs enfants et leur entourage) se fassent vacciner. Le traitement de l'hépatite B chronique est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

LE VIH / SIDA

Modes de transmission

D'après l'enquête Coquelicot¹², en France, 10,8 % des usagers de drogues par voie intraveineuse (et/ou intranasale) étaient séropositifs pour le VIH.

Le VIH peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

Le VIH peut également se transmettre par voie sexuelle, lors de rapports non protégés, et par voie périnatale, de la mère à l'enfant.

Prévention

Il n'existe pas, actuellement, de vaccin contre le VIH.

La prévention de la transmission du VIH pour les usagers de drogues par voie intraveineuse repose avant tout sur :

- ◆ l'abandon de l'injection (facilité dans le cas d'usage d'opiacés par les traitements de substitution) ou, à défaut, sur l'utilisation de matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- ◆ l'utilisation, en cas de pratique parallèle ou alternative du sniff, d'une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique ;
- ◆ le non-partage de la pipe en cas de consommation de crack/freebase ;
- ◆ le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles...);
- ◆ l'utilisation de préservatifs et de gel lubrifiant (à base d'eau ou de silicone) pour tout rapport sexuel (y compris la fellation).

12 - Institut de veille sanitaire, Jauffret-Roustide M. et al., op. cit.

Tatoueurs et pierceurs, professionnels ou non, doivent utiliser du matériel à usage unique.

Traitement Post-Exposition (TPE)

Le traitement doit être commencé le plus tôt possible, au mieux dans les 4 heures suivant la prise de risque et au plus tard sous 48 heures.

Il consiste en une association de plusieurs médicaments antirétroviraux ayant pour but de diminuer le risque d'implantation du virus.

Pour recevoir ce traitement, il faut se rendre au service des urgences de l'hôpital le plus proche. Le médecin hospitalier analyse avec la personne concernée la situation et l'importance du risque pris. En fonction de l'évaluation du risque, le traitement est proposé par le médecin pour une durée de quatre semaines.

Dépistage

Il est important de traiter une infection par le VIH le plus tôt possible. Les nouveaux traitements permettent de ralentir très nettement l'évolution vers le sida¹³ et améliorent considérablement la qualité de vie des personnes atteintes. C'est pourquoi il est important que l'infection par le VIH soit diagnostiquée par une analyse sanguine et que tout porteur du virus soit régulièrement suivi.

Tous les usagers de drogues par voie intraveineuse doivent pouvoir bénéficier d'un test de dépistage éventuellement répété. Ce doit être également le cas pour leurs partenaires sexuels et les enfants nés de mère séropositive s'ils n'ont pas été suivis après leur naissance.

13 - On sait aujourd'hui qu'une personne porteuse du VIH, traitée par antirétroviraux avec une bonne restauration des défenses (CD4 > 500/mm³) a la même espérance de vie que sa tranche d'âge après 6 années de succès thérapeutique.

Ce test de dépistage éventuellement répété peut être réalisé¹⁴ :

- ◆ de manière anonyme et gratuite (y compris pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale), dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou dans un Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) ;
- ◆ sur prescription médicale, dans un laboratoire d'analyses : là, le test est payant mais il est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale.

Le test peut valider une séropositivité dès le 1^{er} mois et, dans certains cas, une séronégativité à 6 semaines¹⁵ après l'exposition supposée.

Risques évolutifs

Dans les semaines suivant la contamination, le virus diffuse dans l'ensemble du corps, en particulier dans les ganglions et la rate. Cette période de primo-infection, parfois marquée par des symptômes (état fébrile, ganglions, éruption sur la peau) disparaît toujours, même en l'absence de traitement. Mais l'infection n'est éteinte qu'en apparence et le virus se multiplie activement.

Dans les années qui suivent cette première phase, les personnes atteintes ne ressentent habituellement aucun symptôme. Pourtant, dans 99 % des cas, le VIH détruit progressivement les cellules du système immunitaire et les organes lymphoïdes.

14 - Voir note 10 p. 37.

15 - La Haute Autorité de santé (HAS) recommande l'utilisation du nouveau test Elisa combiné qui permet dans certains cas une validation de la séronégativité à 6 semaines. En cas d'exposition supposée au VIH datant de moins de 6 semaines, et **s'il n'y a pas eu de traitement post-exposition**, la HAS indique qu'une recherche initiale d'infection par le VIH doit être réalisée dès la première consultation (cette recherche sera répétée 6 semaines après l'exposition supposée au VIH et le résultat à 6 semaines signera l'absence d'infection). **S'il y a eu un traitement post-exposition**, en revanche, quel que soit le test utilisé, la recherche d'une infection par le VIH doit se faire à 1 mois, puis à 3 mois après l'arrêt du traitement (c'est alors le résultat à 3 mois qui signera l'absence d'infection).

En l'absence de traitement, la forte diminution des défenses immunitaires expose la personne séropositive à la survenue d'infections dites « opportunistes » (pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, tuberculose, lymphomes, sarcome de Kaposi...) ou d'atteintes graves du système nerveux. C'est la survenue d'une de ces maladies associée au déficit immunitaire qui définit le sida (syndrome d'immunodéficience acquise).

LES AUTRES RISQUES INFECTIEUX

D'autres maladies infectieuses sont fréquemment diagnostiquées chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Leur mode de contamination n'est pas toujours directement lié à la pratique de l'injection. Favorisées par un mode de vie précaire, elles peuvent également être liées à des comportements à risque (rapports sexuels non protégés), à une baisse des réponses immunitaires et à un faible recours aux soins.

LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Les conditions de vie précaires d'une partie des usagers de drogues, l'instabilité affective et parfois la prostitution – qui n'est pas exclusivement féminine – favorisent la transmission d'IST. Les usagers de drogues qui se prostituent sont particulièrement vulnérables face à des clients qui ne souhaitent pas utiliser de préservatifs.

Pour se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, le port du préservatif (masculin ou féminin) est systématiquement recommandé. Il est cependant parfois insuffisant (certaines IST peuvent se transmettre par simple contact cutané) et doit être accompagné d'un dépistage régulier, si possible chaque année.

RISQUES SPÉCIFIQUES POUR LES FEMMES

- > La précarité de certaines usagères de drogues peut entraver le suivi médical, notamment gynécologique. Ce manque de suivi gynécologique est particulièrement problématique lorsqu'on sait que certaines vaginites sont asymptomatiques et que la prise régulière d'opiacés masque les douleurs (en particulier celles provoquées par les rapports sexuels). Lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées à temps, ces infections peuvent se compliquer de salpingites (infections des trompes), favoriser ainsi les grossesses extra-utérines, et provoquer une stérilité définitive.
- > Précarité et promiscuité peuvent exposer les usagères de drogues (de crack et de cocaïne, en particulier) à des violences sexuelles et à des rapports forcés non protégés.
- > La consommation de crack et de cocaïne peut provoquer une sécheresse, voire une irritation de la muqueuse qui favorise la transmission de toutes les IST.

LES INFECTIONS CUTANÉES

Particulièrement fréquentes chez les usagers de drogues, les lésions cutanées sont souvent liées aux conditions de vie précaires et au manque d'hygiène.

Les parasitoses cutanées fréquentes (poux, gale) provoquent des dermatites ; la peau devient sèche et un eczéma peut survenir. Des traitements spécifiques (antiparasitaires externes) et une désinfection locale sont assez rapidement efficaces.

Le manque d'hygiène et la macération dans des chaussures favorisent les mycoses interdigitales, elles-mêmes génératrices de lésions de grattage et de surinfection. Les conseils d'hygiène et l'utilisation d'un antiseptique iodé suffisent généralement à régler le problème.

LES INFECTIONS DENTAIRES

La dentition des usagers de drogues est souvent dans un état de grand délabrement. La diminution de la sécrétion salivaire induite par les drogues consommées favorise la formation de caries. Le retard à la consultation dentaire explique la répétition des infections bucco-dentaires et la formation d'abcès. Les foyers infectieux dentaires peuvent être à l'origine de fièvres inexpliquées et le point de départ d'infections profondes, à distance, comme les endocardites, les septicémies, etc. Il est important de consulter régulièrement un dentiste.

LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE



L'ACCÈS À DU MATÉRIEL STÉRILE (HORS STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES)

LES OUTILS

Les trousse de prévention (Stéribox2®, Kit+®... voir p. 16 et 18), permettent de réduire les risques infectieux d'origine virale (VIH/sida, hépatites) ou bactérienne.

Outre les trousse de prévention complètes, les associations de réduction des risques distribuent également, gratuitement, des éléments des trousse à l'unité (seringues neuves, récipients, eau stérile...), ainsi que d'autres outils de RDR : Stérifilit®, préservatifs...

LES PHARMACIES

Les personnes majeures peuvent acheter des seringues en pharmacie. La mobilisation des pharmaciens d'officine pour la vente de trousse de prévention a été dans l'ensemble forte, en dépit de certaines résistances locales. Un grand nombre d'entre eux ont par ailleurs accepté l'installation sur leur devanture de distributeurs automatiques de trousse de prévention. Certains pharmaciens acceptent également d'organiser des PES (échange de trousse neuves contre des jetons ou du matériel usagé) dans leur officine avec l'aide d'associations locales de RDR.

LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES (PES)

Les équipes de ces programmes effectuent un travail de proximité auprès des usagers de drogues (distribution / récupération de matériel d'injection, distribution de préservatifs...). Ce travail peut être mené dans les locaux de structures spécialisées ou lors d'interventions extérieures, dans la rue – « maraudes » à pied, utilisation d'unités mobiles (bus) – en squatt ou encore en milieu festif.

***N.B. :** les CAARUD (voir p. 51) et les CSAPA (voir p. 52) ont également pour missions de mettre à disposition du matériel de prévention et de promouvoir la récupération du matériel usagé.*

LES AUTOMATES

Près de 270 distributeurs de trousse de prévention et 257 échangeurs-récupérateurs ont été recensés en France en 2005. Ils sont répartis sur 20 régions, 56 départements et 131 communes.

ÉLUS LOCAUX: UN RÔLE ESSENTIEL

Le rôle des élus locaux dans la politique de réduction des risques est primordial. Ils organisent dans chaque ville la récupération des déchets, y compris les seringues usagées. Ils peuvent mobiliser, en partenariat avec l'État, les associations et les institutions sanitaires et sociales de la ville pour implanter des Programmes d'échange de seringues.

LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Les usagers de drogues peuvent être accueillis dans des structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des addictions ou dans d'autres structures non spécialisées.

LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX SPÉCIALISÉS

Le dispositif médico-social spécialisé comprend trois types d'établissements :

- ◆ les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues),
- ◆ les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie),
- ◆ les communautés thérapeutiques.

LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Créés par la loi de santé publique du 9 août 2004 (art.L3121-5 du code de la santé publique) et mis en place à partir de janvier 2006, les CAARUD sont des structures dites de « seuil adapté » (pour « seuil d'exigence adapté ») : l'usager de drogue y est accueilli sans condition préalable et sans jugement. Cette approche n'exclut pas de construire avec lui une stratégie à moyen et long terme mais elle privilégie dans un premier temps l'écoute et la réponse à des demandes plus immédiates. Aucune exigence ne conditionne son accueil et la mobilisation des moyens existants. Les missions des CAARUD (voir décret du 19 décembre 2005¹⁶) sont les suivantes :

- ◆ l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé ;
- ◆ le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité (*proposés de préférence sur place*) ;

16 - République française. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JORF n° 297 du 22 décembre 2005 : p. 19 743

- l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
- l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- ◆ le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- ◆ la mise à disposition de matériel de prévention des infections (matériel stérile de consommation de drogues, préservatifs et gel lubrifiant) ;
- ◆ l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- ◆ les actions de médiation sociale afin d'assurer une bonne intégration du centre dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage des drogues.

Ils participent en outre au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie.

LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Créés par la loi du 2 janvier 2002, les CSAPA rassemblent dans un cadre juridique unique les CCAA (Centres de cure ambulatoires en alcoologie) et les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes, voir encadré ci-dessous). Ils prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substance (dont le jeu pathologique).

Les missions des CSAPA ont été précisées par le décret du 14 mai 2007¹⁷ et sont les suivantes :

- ◆ l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage (dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs) ;
- ◆ la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- ◆ la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (qui comprend diagnostic, prestations de soins, accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion) ;
- ◆ le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Les CSAPA assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel (appartements thérapeutiques, familles d'accueil...) ou collectif (structures d'urgence ou de transition, centres thérapeutiques résidentiels...), soit ces deux prestations à la fois. La prise en charge avec hébergement peut constituer pour certains patients une étape nécessaire de la trajectoire de soins.

Ils ont la possibilité de se spécialiser soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites. Dans le cas où le CSAPA est spécialisé, il n'est tenu d'assurer la prise en charge et la réduction des risques que pour le public pour lequel il a fait ce choix. Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, de préférence directement, ou en lien avec une autre structure.

17 - République française. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). JORF n° 112 du 15 mai 2007 : p. 8 997

CSST: MUE PROGRAMMÉE EN CSAPA D'ICI FIN 2009

Encore au nombre de 270 début 2008, mais tous amenés à devenir des CSAPA d'ici la fin de l'année 2009, les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) assurent les mêmes missions de prévention, d'accueil et de prise en charge que les CSAPA. À la différence des CSAPA, toutefois, ils ne prennent en charge que les personnes en difficulté avec les stupéfiants (substances ou plantes inscrites au tableau B des substances vénéneuses, voir article R5149 du code de la santé publique).

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN RELAIS DU CSAPA

Les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire de la méthadone¹⁸ en relais du CSAPA (ou du CSST) qui établit la prescription initiale. Ils peuvent également prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD), avec pour obligation d'utiliser des ordonnances sécurisées. La durée maximale de prescription de BHD est de 28 jours. La quantité maximale délivrée est fractionnée depuis septembre 1999 par périodes de 7 jours avec mention obligatoire sur l'ordonnance de la durée de traitement pour chaque fraction (le médecin peut cependant demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum, et ceci pour des raisons particulières tenant à la situation du patient).

Les médecins généralistes sont parfois membres d'un « Réseau de santé » qui a pour objectif d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes.

Les pharmaciens libéraux sont également associés à cette démarche.

18 - L'évaluation de l'impact de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC fait l'objet depuis 2006 de l'étude Méthaville (étude soutenue par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites).

CSAPA ET RÉDUCTION DES RISQUES

Parmi les missions fixées aux CSAPA par le décret du 14 mai 2007 figure la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. Une circulaire du 28 février 2008¹⁹ précise le contenu de cette mission dans le sens suivant : « *Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances collectives d'information et/ou de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, surdose...).* Elle est accompagnée tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques. Avec son accord, l'usager sera orienté et/ou accompagné pour des examens complémentaires vers des consultations spécialisées en concertation avec le médecin généraliste. »

La réduction des risques dans les CSAPA peut s'appuyer notamment sur : la mise à disposition de matériel de prévention (seringues, matériel stérile de préparation à l'injection, préservatifs masculin et féminin...); la gestion de distributeurs / récupérateurs automatiques de matériel d'injection stérile et de préservatifs; le travail en réseau avec les pharmacies pour faciliter la mise à disposition de kits d'injection et de jetons d'automates; la participation à des interventions spécifiques en milieux festifs ou en prison; l'incitation au dépistage vis-à-vis des risques infectieux et la mise à disposition de moyens non invasifs de dépistage de l'hépatite C (Fibroscan®, fibrotests...).

19 - Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des Schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

Les communautés thérapeutiques sont des **structures d'hébergement** qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Elles peuvent accueillir des patients sous traitement de substitution aux opiacés au moment de leur entrée dans la communauté. Elles doivent s'inscrire dans un réseau de prise en charge sanitaire et sociale.

LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX NON SPÉCIALISÉS

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

Créés à titre expérimental en 1994 pour prendre en charge les malades du sida, les appartements de coordination thérapeutique ont été reconnus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (voir encadré p. 57) qui leur a accordé le statut d'établissements médico-sociaux ouverts aux autres pathologies.

Ce sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, ils s'appuient sur une coordination médico-psycho-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion.

LA LOI DU 2 JANVIER 2002 RÉNOVANT L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

Outre la redéfinition du statut des établissements sociaux et médico-sociaux et la possibilité d'accès de nombreuses structures à ce statut, la loi du 2 janvier 2002²⁰ vise à garantir et à améliorer les droits de tous les usagers :

> en affirmant un certain nombre de principes généraux (respect de la vie privée, confidentialité, accès aux informations les concernant, participation directe à la conception et à la réalisation du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne) ;

> en rendant obligatoires certains documents ou certaines instances : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale (nouvelle forme du conseil d'établissement qui donne plus de place aux usagers).

LES HÔPITAUX

Chaque hôpital disposant d'une structure d'urgence doit disposer de consultations spécialisées et d'une équipe de liaison en addictologie (mesure 1 du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011)²¹.

LA PRISE EN CHARGE EN DÉTENTION

Un constat toujours préoccupant

La population incarcérée est particulièrement touchée par les addictions. En 2003, 30 % des entrants en maison d'arrêt déclaraient un cumul de consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et

20 - République française. *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. JORF n° 2 du 3 janvier 2002 : p. 00124

21 - Ministère de la Santé et des Solidarités. *La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011*. Paris, 2006 : 19 p. En ligne sur le site du ministère en charge de la santé : www.sante-sports.gouv.fr

20 % étaient dépendants à l'alcool. Il apparaît que les moyens du dispositif actuel sont insuffisants pour assurer la prise en charge de ces problèmes.

Par ailleurs, si des résultats significatifs ont été atteints en matière de VIH, la fréquence des hépatites est importante chez les personnes incarcérées. Or il existe des freins à l'accès au traitement (extraction de la prison pour les consultations d'hépatologie et/ou l'hospitalisation pour biopsie hépatique). Le délai de mise en route des traitements est ainsi fortement rallongé, alors même que la durée moyenne de détention (8,3 mois en 2006) devrait permettre pour certains détenus le suivi de la totalité ou presque de leur traitement. Des difficultés d'hébergement et de continuité des soins à la sortie de prison demeurent, notamment dans les maisons d'arrêt.

Malgré un certain nombre d'avancées

Des orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive ont été diffusées en 2001 (note interministérielle du 9 août 2001). Elles étaient accompagnées d'un cahier des charges définissant les rôles respectifs des services sanitaires²² et pénitentiaires.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008²³ prévoyait une meilleure accessibilité à la méthadone en prison, avec comme niveau de réussite escompté l'accessibilité à la méthadone dans tous les établissements pénitentiaires. Alors qu'en 1999, 35 % des établissements pénitentiaires prescrivaient de la méthadone,

22 - Services sanitaires intervenant dans les prisons : Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), services de psychiatrie, Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), CSAPA / CSST, Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)...

23 - Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*. En ligne sur le site de la MILDT : www.drogues.gouv.fr

75 % prescrivait ce traitement en 2004. Une nouvelle enquête menée en 2006, avec une méthodologie différente (axée sur la progression de la primo-prescription de méthadone en détention) rapporte que 73 % des établissements étaient primo-prescripteurs de méthadone et que 78 établissements sur 95 ayant répondu à l'enquête prescrivait (primo-prescription et renouvellement) de la méthadone²⁴.

De nouvelles propositions pour améliorer la prise en charge en détention sont exposées dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011²⁵.

L'AUTOSUPPORT

L'autosupport des usagers de drogues recouvre des formes d'organisations aux objectifs et modes d'actions diversifiés²⁶.

Certaines organisations, comme Narcotiques Anonymes (créés en France en 1984 sur le modèle des Alcooliques Anonymes), proposent aux usagers de drogues de devenir abstinents de tout produit psychoactif, grâce à la fréquentation régulière de réunions de rétablissement.

L'anonymat, l'entraide, la parole, l'identification et le parrainage constituent les principaux outils mis en œuvre dans ces groupes.

24 - Obradovic I., Canarelli T. *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*. Saint-Denis, OFDT, 2008 : 80 p.

25 - Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. La Documentation française, 2008 : 112 p. En ligne sur le site de la MILDT : www.drogues.gouv.fr

26 - Paragraphe inspiré de Jauffret M. L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt. *Documents du Groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société* (devenus en 2001 *Documents du CESAMES*) n°6, juillet-septembre 2000 : 49 p. Synthèse disponible dans SWAPS n°18 (édité par l'association Pistes), septembre-octobre 2000.

D'autres organisations, comme ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues, créé en 1992, initialement comme une association de lutte contre le sida), se battent contre la stigmatisation et la marginalisation des usagers de drogues. Ils revendiquent un rôle actif et central dans la mise en œuvre ou le renforcement des politiques de réduction des risques, ainsi que la dépénalisation de l'usage de drogues. Ces groupes utilisent différentes techniques d'intervention comme l'« *outreach work* » (aller à la rencontre des usagers les plus marginalisés), le soutien par les pairs, la diffusion de documents et de revues, l'animation de réseaux d'usagers via des sites Internet et des forums. Ils participent également à des commissions locales et nationales, à des manifestations et des colloques pour faire valoir le point de vue de l'« usager-citoyen ». Depuis la légalisation des traitements de substitution aux opiacés, ASUD a élargi ses activités et s'est largement repositionné comme une « association de patients », mais continue à affirmer sa dimension militante.

RESSOURCES

PROFILS ET PRATIQUES DES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

- ◆ Institut de veille sanitaire (Jauffret-Roustide M. et al.). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude INVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin hebdomadaire épidémiologique (BEH)* n° 33, 5 septembre 2006 : p. 244-247
- ◆ Jauffret-Roustide M. et al. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *Médecine Sciences* vol 24, hors-série n° 2 « Les femmes et le sida en France : enjeux sociaux et de santé publique », mars 2008 : p. 111-121
- ◆ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I.). *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 : huitième rapport national du dispositif TREND*. Saint-Denis, OFDT, février 2008 : 189 p.
Synthèse parue dans *Tendances* n° 58, OFDT, février 2008 : 4 p.
- ◆ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Toufik A., Cadet-Taïrou A., Janssen E., Gandilhon M.). *Profils, pratiques des usagers de drogues - ENA-CAARUD : résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*. OFDT, octobre 2008 : 47 p.
Synthèse parue dans *Tendances* n° 61, OFDT, mai 2008 : 4 p.
- ◆ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Usages de drogues et pratiques d'injection dans les espaces festifs à Paris : évolution et caractéristiques en 2007 (TREND)*. Observatoire régional de santé d'Île-de-France, octobre 2008 : 6 p.

OUTILS POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'INJECTION ET L'INFORMATION DES USAGERS DE DROGUES

Injection - Réduction des risques

- ◆ *17'10... une injection à moindre risque* [DVD]. Conseil intercommunal de lutte contre la drogue et la toxicomanie (auteur), Apothicom (prod.), 2006 : 17'
- ◆ *Le manuel du shoot à moindre risque* [brochure]. Asud, 2009 (réédition) : 32 p.

Hépatite C

- ◆ *Hépatite C* [dépliant 3 volets]. Gaïa Paris, 2007
- ◆ *Hépatite C, du dépistage au traitement: questions et réponses à l'usage des patients* [brochure]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, INPES, 2007 : 76 p.
- ◆ *VHC – L'hépatite C* [brochure]. Asud, 2009 : 16 p.

VIH-Sida

- ◆ *100 questions sur le VIH-Sida: apprendre sa séropositivité, vivre au quotidien, se soigner, connaître ses droits* [brochure]. Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat), 2004 : 92 p.

POLITIQUE ET DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN FRANCE

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Lois et décrets

- ◆ République française. *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Journal officiel de la République française n° 2 du 3 janvier 2002 : p. 00124
- ◆ République française. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Journal officiel de la République française du 11 août 2004
- ◆ République française. *Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique*. Journal officiel de la République française n° 88 du 15 avril 2005 : p. 6732
- ◆ République française. *Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)*. JORF n° 297 du 22 décembre 2005 : p. 19 743
- ◆ République française. *Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. JORF n° 112 du 15 mai 2007 : p. 8 997

Plans et programmes gouvernementaux

- ◆ Ministère de la Santé et des Sports. *Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012*. Janvier 2009 : 87 p.
En ligne sur le site du ministère en charge de la santé :
www.sante-sports.gouv.fr

- ◆ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. La Documentation française, 2008 : 112 p.
En ligne sur le site de la MILDT : www.drogues.gouv.fr
- ◆ Ministère de la Santé et des Solidarités. *La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011*. Paris, 2006 : 19 p. En ligne sur le site du ministère en charge de la santé : www.sante-sports.gouv.fr

DOCUMENTATION SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

Association française pour la réduction des risques (AFR)

<http://a-f-r.org>

Voir en particulier la rubrique « Rencontres nationales 2008 de la réduction des risques liés à l'usage de drogues ».

NUMÉROS UTILES

- ◆ AIDES : 0 805 16 00 11 (gratuit depuis un poste fixe)
- ◆ Auto-support des usagers de drogues (ASUD) : 01 43 15 00 66
- ◆ Drogues Info Service : 0800 23 13 13 (gratuit depuis un poste fixe)
- ◆ Hépatites Info Service : 0 800 845 800 (gratuit depuis un poste fixe)
- ◆ Narcotiques Anonymes : 01 43 72 12 72 (de 18h à 20h)
- ◆ SAMU : 15 (ou 112 à partir d'un téléphone portable)
- ◆ Sida Info Service : 0 800 840 800 (gratuit depuis un poste fixe)

SITES INTERNET

ASSOCIATIONS NATIONALES

- ◆ AFR (Association française de réduction des risques) : <http://a-f-r.org>
- ◆ AIDES : www.aides.org (carte de France des délégations AIDES)
- ◆ ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) : www.anitea.fr

- ◆ ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) : www.asud.org
- ◆ Réseau des CRIPS : www.lecrips.net
- ◆ Médecins du Monde : www.medecinsdumonde.org
- ◆ SAFE : www.safe.asso.fr (association spécialisée dans la mise en place d'automates distributeurs et collecteurs de trousse de prévention)

SITES D'INFORMATION

- ◆ Hépatites Info Service : www.hepatites-info-service.org
- ◆ Sida Info Service : www.sida-info-service.org
- ◆ SOS Hépatites : www.soshepatites.org

Les coordonnées des Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG, CIDDIST) sont accessibles sur les sites de Sida Info Service et d'Hépatites Info Service.

INSTITUTIONS

- ◆ Ministère chargé de la santé : www.sante-sports.gouv.fr
- ◆ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : www.inpes.sante.fr
- ◆ Institut de veille sanitaire (InVS) : www.invs.sante.fr
- ◆ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) : www.drogues.gouv.fr On y trouvera, outre le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, l'annuaire de l'ensemble des structures d'accueil pour les usagers de drogues.
- ◆ Observatoire français des drogues et des toxicomanies : www.ofdt.fr

AUTEURS / RELECTEURS

Ce document est une nouvelle édition de la brochure *Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse* réalisée en 2002 par le Crips Île-de-France et la Direction générale de la santé et diffusée par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Cette nouvelle édition a été élaborée par :

- ◆ Bénédicte Astier, D^r Catherine Brousselle, Béatrice Delpech, Olivier Smadja, Agnès Sztal, Paul Henry Thibaut, Antonio Ugidos et Claudine Vallauri du Crips-Cirdd Île-de-France
- ◆ avec la contribution de : D^r Jean-Louis Boujenah (Association nationale des généralistes pour la recherche et l'étude de l'hépatite C), Marie Jauffret-Roustide (Institut de veille sanitaire), Jimmy Kempfer, D^r Alain Landau (hôpital de Dreux), P^r Gilles Pialoux (hôpital Tenon), Hélène Morfini et Pascale Redon (Direction générale de la santé).

Relecteurs :

Sandra Essid (AIDES), D^r Ruth Gozlan et D^r Marie-France Chedru (MILDT), D^r Annie Leprêtre (hôpital Bichat), France Lert (Inserm U687), Nicolas Vignier (INPES), D^r Catherine Péquart (association Charonne), P^r Dominique Salmon (hôpital Cochin).

Coordination éditoriale : Nadine Gautier et Vincent Fournier (INPES).

RECOMMANDATIONS

Les conseils qui suivent réduisent sans les éliminer les risques d'infections liés à l'injection : ils diminuent le risque d'être infecté par des bactéries, des champignons ou des virus (notamment le virus de l'hépatite C).

Ils ne protègent pas des risques liés aux produits que l'on s'injecte : risque d'overdose, risques liés aux mélanges de produits ou aux produits de coupe toxiques.

Aucune injection n'est sans risque.

Le risque de développer une infection suite à une injection peut être considéré comme réduit si toutes les conditions suivantes sont réunies.

AVANT L'INJECTION

1. Trouver un endroit calme, éclairé et propre, muni d'un point d'eau. Éviter d'être trop nombreux au même endroit. Plus le nombre de personnes réunies dans un même endroit est important, plus les risques augmentent (risque de partage du matériel d'injection, risque de transmission sanguine par contact entre usagers, par exemple lorsqu'un usager comprime le point d'injection d'un autre usager avec un doigt présentant possiblement une petite plaie ou une trace de son propre sang).
2. Nettoyer à l'eau de Javel toutes les surfaces où sera posé le matériel d'injection ou, **au moins**, ne pas poser le matériel à même le sol.
3. **Utiliser un matériel d'injection stérile** comme celui qui est contenu dans les trousse de prévention (Stéribox2®, Kit+®...) : seringue stérile, récipient stérile, filtre stérile, tampon sec stérile, tampon alcoolisé stérile, eau stérile.

Où trouver des trousse de prévention ?

- > dans les CAARUD et les CSAPA (gratuites) ;
- > dans les locaux ou bus mobiles des associations de réduction des risques (gratuites) ;
- > dans les distributeurs automatiques installés dans certaines rues (jetons gratuits à retirer chez les pharmaciens ou dans les CAARUD ou auprès d'associations de réduction des risques) ;
- > dans certaines pharmacies (à prix modéré, 1 € environ).

Pour savoir où trouver des trousse de prévention près de chez soi, appeler **Drogues Info Service** (8h-2h, 7j/7) au **0 800 23 13 13** (depuis poste fixe, appel gratuit) ou au **01 70 23 13 13** (depuis portable, coût d'une communication locale).

Le site internet d'ASUD (www.asud.org) propose également, dans sa rubrique « Réduction des risques », la liste des points de mise à disposition de matériel stérile.

4. Se laver les mains avec du savon liquide bactéricide ou une lingette alcoolisée (ou, à défaut, du savon de Marseille).
5. Garder les mains libres et propres, éviter de manipuler autant que possible des objets non stériles : fumer une cigarette, se toucher les cheveux ou porter les doigts à sa bouche amoindrit l'efficacité des mesures d'hygiène prises.
6. Écraser la drogue ou le médicament dans un papier propre.
7. Dissoudre la drogue ou le médicament dans un récipient stérile (type Stéricup®) avec de l'eau stérile (ou de l'eau minérale venant d'une bouteille que l'on vient d'ouvrir). Ajouter si besoin un peu de jus d'un citron que l'on vient d'entamer et qui n'a jamais servi (jeter le citron après utilisation).
8. Chauffer le mélange dans le récipient jusqu'à ébullition. Utiliser de préférence pour chauffer un coton alcoolisé enflammé, plutôt qu'un briquet ou une bougie qui peuvent entraîner le dépôt de particules de suie sur le récipient (risque de « poussières »).

9. Remuer le mélange une fois bouilli avec un ustensile stérile (soigneusement nettoyé à l'alcool).
10. Utiliser un filtre stérile (de préférence un Stérifilt® ou un filtre stérile contenu dans les trousse de prévention ou, à défaut, une boule de coton neuve et propre).
11. **Ne jamais partager: seringue, aiguille, filtre, récipient, eau.** Cette recommandation est particulièrement importante pour les primo-injecteurs « initiés » par un tiers qui sont souvent susceptibles de partager ou de réutiliser son matériel. Dans l'enquête Coquelicot, 83 % des primo-injecteurs déclaraient avoir été initiés par un tiers. Le risque est d'autant plus important que le tiers, souvent plus âgé, a une forte probabilité d'être déjà contaminé par le VHC (59,8 % des usagers de drogues l'étaient dans l'enquête Coquelicot) et ignore souvent sa sérologie.
12. **Ne jamais réutiliser sa seringue.** La réutilisation de sa propre seringue par l'utilisateur constitue une pratique à risque « indirecte » : elle comporte un risque de contamination pour d'autres personnes si l'utilisateur est porteur du VHC (beaucoup d'utilisateurs ignorent qu'ils sont contaminés) et qu'il partage avec elles du « petit matériel » : récipient, filtre (coton), tampon, eau.
13. Utiliser un garrot individuel propre.
14. Désinfecter le point choisi pour l'injection avec un tampon alcoolisé neuf (contenu dans les trousse de prévention).

ÉVITER CERTAINS POINTS D'INJECTION

15. **Ne jamais se piquer une artère**, c'est très dangereux, notamment à cause des risques de thrombose (obstruction d'un petit vaisseau par un caillot) et d'hémorragie.
Si une artère est touchée, arrêter immédiatement l'injection, retirer l'aiguille, enlever le garrot (si cela n'est pas déjà fait) et comprimer fortement le point d'injection avec un tampon sec pendant une dizaine de minutes.

Si, malgré tout, un gonflement ou une douleur apparaît, se rendre rapidement aux urgences de l'hôpital le plus proche.

- 16. Éviter de se piquer aux endroits suivants:** cou, aine, poignets, visage, sexe, seins, jambes, pieds. S'en tenir autant que possible aux veines des bras.
- 17.** Changer souvent de point d'injection sur les bras pour ne pas trop abîmer la même veine.
- 18.** Si les veines du bras sont difficilement visibles, les faire saillir en ouvrant / fermant le poing plusieurs fois de suite et en serrant très fort les doigts dans la paume.
- 19.** Alternier l'injection et d'autres modes de consommation (sniffer, fumer, gober) peut permettre de préserver les veines et d'éviter de s'injecter dans des zones à risque accru. Ces autres modes de consommation présentent cependant, pour certains d'entre eux, des risques d'infection spécifiques. Pour réduire les risques infectieux liés à l'usage de la paille de sniff, il est préférable de rouler une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique.

PRÉSERVER LE CAPITAL VEINEUX LORS DE L'INJECTION

- 20.** Avant toute injection, éjecter les bulles d'air hors de la seringue. L'aiguille doit être placée dans le sens de la circulation veineuse (qui se dirige vers le cœur), et piquée dans la veine avec un angle de 20° environ. Pour vérifier que la seringue est bien dans la veine, aspirer un peu de sang en tirant sur le piston (« faire une tirette »).
- 21.** Après avoir desserré le garrot, pousser lentement le piston de la seringue en veillant à ce qu'aucun gonflement ne se produise autour du point d'injection.

22. Si l'injection passe à côté de la veine, arrêter immédiatement, retirer l'aiguille et comprimer fermement. S'il persiste une zone douloureuse, rouge et gonflée, appliquer des compresses alcoolisées (alcool à 70°) ou, à défaut, imbibées d'eau salée, et les maintenir en place plusieurs heures au moyen d'une bande.

23. Si l'aiguille se bouche, la retirer puis changer d'aiguille (avant toute manipulation, se laver les mains avec du savon liquide bactéricide ou une lingette alcoolisée ou, à défaut, du savon de Marseille).

◆ Si l'on utilise une aiguille montée sur une seringue amovible, changer d'aiguille puis reprendre l'injection sur une autre veine.

◆ Si l'on utilise une seringue à aiguille sertie, il est nécessaire de prendre une seringue neuve (sous emballage stérile). La récupération du produit de l'ancienne seringue est difficile et délicate : enlever le piston de l'ancienne seringue, aspirer le contenu de l'ancienne seringue à l'aide de la nouvelle seringue, puis filtrer à nouveau le contenu.

Ne jamais faire chauffer l'aiguille à l'aide d'un briquet ou d'une bougie (risque de dépôt sur l'aiguille de particules de suie pouvant former des « poussières »).

24. Si l'aiguille se casse dans la veine, deux options possibles :

◆ essayer de retirer l'aiguille avec les doigts (se laver préalablement les mains avec du savon liquide bactéricide ou une lingette alcoolisée ou, à défaut, du savon de Marseille) ;

◆ essayer de retirer l'aiguille en s'aidant d'une pince à épiler (préalablement nettoyée à l'eau de Javel).

En cas d'échec, il est nécessaire de comprimer la veine au-dessus de l'endroit où se trouve l'aiguille et de se rendre immédiatement aux urgences ou chez un médecin.

APRÈS L'INJECTION

- 25.** Après avoir ôté l'aiguille, compresser le point d'injection quelques secondes avec un tampon sec (contenu dans les trousse de prévention) puis appliquer un gel (Réparil®) ou une crème (Rap® ou Madécassol®) en massant doucement la zone d'injection pour éviter que les veines ne s'abîment.
- 26. Jeter tout le matériel** (seringue, aiguille, récipient, eau, filtres et tampons) dans une boîte de récupération à rapporter si possible dans un lieu d'échange de seringues **ou, au moins**, les placer dans une cannette métallique qu'on pliera en deux avant de la jeter à la poubelle. Pour encore plus de sécurité, on peut aussi, avant de jeter la seringue, casser l'aiguille et mettre la partie cassée dans le corps de la seringue (en remplaçant le piston) puis recapuchonner pour protéger la base de l'aiguille.

RÉDUIRE LES RISQUES INFECTIEUX LIÉS À D'AUTRES PRATIQUES

> Réduire les risques infectieux liés à l'usage de la paille de sniff

Pour se protéger contre le VHC, le VHB et le VIH, il est préférable de rouler une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique.

> Réduire les risques infectieux liés à l'usage d'objets de toilette courants

Pour se protéger contre le VHC, le VHB et le VIH, il est recommandé de ne pas partager ses objets de toilette courants (brosse à dents, rasoir, coupe-ongles...).

> Réduire les risques infectieux par voie sexuelle

Pour se protéger contre le VIH/sida, les hépatites (B et C) et d'autres infections sexuellement transmissibles, l'utilisation systématique du préservatif (masculin ou féminin) et de gel lubrifiant (à base d'eau et de silicone) est recommandée lors de tout rapport sexuel (y compris la fellation).

L'utilisation du préservatif doit être associée :

- au dépistage régulier pour se protéger contre le VIH, le VHC et les IST ;
- à la vaccination (précédée d'un dépistage) pour se protéger contre le VHB.

Document réalisé par le Crips Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Crips Île-de-France
Tour Maine-Montparnasse - 33, avenue du Maine BP 53 - 75755 Paris cédex 15
www.lecrips-idf.net

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis cédex
www.inpes.sante.fr

État des connaissances : juillet 2009

