



HAL
open science

Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez les usagers de drogues : étude qualitative auprès d'usagers de drogues consultant au Centre Planterose (CEID) de Bordeaux et à la maison d'arrêt de Gradignan

Jean-Benjamin Léonard

► **To cite this version:**

Jean-Benjamin Léonard. Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez les usagers de drogues : étude qualitative auprès d'usagers de drogues consultant au Centre Planterose (CEID) de Bordeaux et à la maison d'arrêt de Gradignan. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02446330

HAL Id: dumas-02446330

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02446330>

Submitted on 20 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°112

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LEONARD Jean-Benjamin

Né le 03 novembre 1988 à Cenon

Le vendredi 20 septembre 2019

**Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez
les usagers de drogues.**

Etude qualitative auprès d'usagers de drogues consultant au Centre Planterose
(CEID) de Bordeaux et à la maison d'arrêt de Gradignan.

Directrice de thèse

Madame le Docteur Brigitte REILLER

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury

Monsieur le Professeur Victor de LEDINGHEN

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Juliette FOUCHER

Madame le Docteur Brigitte REILLER

Président du jury

Juge

Juge et rapporteur

Juge

Directrice

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°112

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LEONARD Jean-Benjamin

Né le 03 novembre 1988 à Cenon

Le vendredi 20 septembre 2019

**Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez
les usagers de drogues.**

Etude qualitative auprès d'usagers de drogues consultant au Centre Planterose
(CEID) de Bordeaux et à la maison d'arrêt de Gradignan.

Directrice de thèse

Madame le Docteur Brigitte REILLER

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury

Monsieur le Professeur Victor de LEDINGHEN

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Juliette FOUCHER

Madame le Docteur Brigitte REILLER

Président du jury

Juge

Juge et rapporteur

Juge

Directrice

Remerciements

A Monsieur le Professeur Victor de LEDINGHEN : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de ma sincère considération et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA : Je vous remercie d'avoir accepté de relire ce travail, et de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Philippe MORLAT : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Juliette FOUCHER : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Brigitte REILLER : Je te remercie de m'avoir accueilli au CEID durant ces quelques jours de stage. Je te remercie de m'avoir proposé de réaliser ce travail de thèse et de m'avoir accompagné durant ces quelques mois.

A Madame le Docteur Shérazade KINOUBANI : Je vous remercie de m'avoir consacré quelques séances pour me guider dans la méthodologie des études qualitatives.

A l'équipe du centre Planterose, merci de m'avoir accueilli durant ces quelques journées afin que je puisse interroger des usagers dans de bonnes conditions. Je tiens à remercier notamment Sami et Marie.

Au service d'unité sanitaire à dispositif de soins somatiques de la maison d'arrêt de Gradignan, je remercie notamment le Dr Pierre BRUN et le Dr Fabienne LE MONNIER.

Je tiens également à remercier **les différents services et les médecins qui m'ont accompagné durant ma formation de futur médecin généraliste :**

- Le service de gériatrie de l'hôpital St André, et notamment le Dr Nicolas Moneger.
- Le service de médecine d'urgences et de pédiatrie de l'hôpital de Libourne
- Le service de soins somatiques de l'hôpital Charles Perrens
- Les Dr Delmeule, Dr Pontaut, Dr Comet et Dr Gros Lafaige qui m'ont accompagné durant mes stages de médecine ambulatoire.

Je remercie également **les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mes remplacements** et qui m'ont soutenu ces derniers mois suite à mon accident :

- L'équipe du cabinet Lavalette à Angoulême
- L'équipe du cabinet de Montendre : notamment le Dr Jean Poirier ;)
- Le cabinet du Dr Audrey Cosson et Dr Céline Fresne
- L'équipe de la maison médicale de Ruelle sur Touvre.

A mes co-internes et mes co-externes que j'ai croisé durant mes différents stages :

Merci notamment à Valérie, May et Coralie pour votre soutien durant ces années d'externat et la préparation de l'ECN et nos sous-colles.

Je remercie aussi mes amis qui m'ont aidé en PCEM1 sans qui je n'aurai peut-être pas eu mon concours : Mickaël, Paul, Amir, Habib et les autres qui ont suivi mon parcours. Ils se reconnaîtront.

A ma famille qui m'a accompagné et soutenu durant ces longues études :

- **A mes parents**, qui m'ont soutenu sans relâche durant toute ma scolarité et jusqu'à la fin de mes études et qui ont été présents encore ces derniers mois suite à mon accident.
Ce diplôme, c'est aussi votre réussite.
Je les remercie pour leur relecture attentive de ma thèse.

- **A mes grands-parents** qui ont toujours suivi avec une grande attention mon parcours.
 - Bon-Papa, qui m'a donné l'envie de devenir médecin généraliste à travers ses nombreuses histoires.
 - Bonne-Maman, que j'ai toujours autant de plaisir à revoir pour faire des parties de Scrabble.
 - Grand-Papa, parti trop tôt, qui m'a beaucoup enseigné et m'a donné envie de m'intéresser à beaucoup de sujets.
 - Mamie-Rose, à qui je pense beaucoup, même si j'ai moins le temps de te voir qu'avant.

- **A mes frères**,
 - Pierre-Emmanuel, le Finlandais, Aymeric, l'aventurier : vous avez été des exemples pour moi le petit dernier.

- **A mes cousins**, notamment les 88/33 avec qui j'ai tant partagé ! Merci à toi Raluca d'avoir relu mon résumé en anglais ! Violaine qui a fait sa première année avec moi.

- **A ma belle-famille**, qui m'a bien accueilli et chez qui j'ai trouvé une deuxième famille.
 - **Norbert**, à qui je souhaite une bonne retraite ! Si toutefois, vous la prenez un jour !
 - **Marie**, qui a également été très présente suite à mon accident.
 - **Jean-Charles et Eva** à qui je souhaite une grande réussite dans leur projet.

- **A Alice**, ma chérie, ma future épouse, qui a changé ma vie depuis 10 ans. Qui a toujours été présente que cela soit dans les moments de joie ou dans les épreuves comme ces derniers mois. Je te remercie de m'avoir soutenu durant toutes ces années et d'avoir même participé à ce travail.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	6
TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX	8
ABREVIATIONS	9
1. INTRODUCTION	10
1.1. GENERALITES	11
1.1.1. <i>Rappel sur le virus de l'hépatite C</i> :	11
1.1.2. <i>Rappel du mode de transmission</i>	11
1.1.3. <i>Rappel de la clinique de l'hépatite C</i>	11
1.1.3.1. Hépatite C aiguë.....	11
1.1.3.2. Hépatite C chronique.....	12
1.2. EPIDEMIOLOGIE - PREVALENCE.....	13
1.2.1. <i>Prévalence et incidence mondiale</i>	13
1.2.2. <i>Prévalence et incidence en France</i>	14
1.2.3. <i>Prévalence et Incidence chez les usagers de drogues en France</i>	16
1.3. DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN FRANCE	17
1.3.1. <i>Evolution des recommandations du dépistage</i>	17
1.3.2. <i>Dépistage des usagers de drogues</i>	18
1.3.3. <i>Bilan initial</i>	19
1.4. TRAITEMENT DE L'HEPATITE C EN FRANCE	19
1.4.1. <i>Evolution des traitements de l'hépatite C</i>	19
1.4.2. <i>Evolution des recommandations</i>	21
1.4.3. <i>Accessibilité des soins et coordination des soins</i>	22
1.5. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	23
1.6. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	24
2. POPULATION ET METHODES	25
2.1. SCHEMA D'ETUDE.....	25
2.2. LIEUX D'INCLUSION.....	25
2.2.1. <i>Dans un CAARUD : le centre Planterose</i>	25
2.2.2. <i>Dans une maison d'arrêt : la maison d'arrêt de Gradignan</i>	26
2.3. CRITERES D'INCLUSION- EXCLUSION	27
2.3.1. <i>Critères d'inclusion</i>	27
2.3.2. <i>Critères d'exclusion</i>	27
2.4. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	28
2.4.1. <i>Méthode de recrutement</i>	28
2.4.2. <i>Taille de l'échantillon</i>	28
2.5. L'ENTRETIEN	28
2.5.1. <i>L'investigateur</i>	28
2.5.2. <i>Conditions de l'entretien</i>	28
2.5.3. <i>Trame de l'entretien</i>	29
2.6. ENREGISTREMENT ET RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	29
2.7. ANALYSE ET SYNTHESE DES RESULTATS.....	29
2.8. DEMARCHES ADMINISTRATIVES	30
2.8.1. <i>Déclaration au Comité de protection des personnes</i>	30

2.8.2.	<i>Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>	30
3.	RESULTATS	31
3.1.	CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION INCLUSE.....	31
3.1.1.	<i>Période d'Inclusion</i>	31
3.1.2.	<i>Description de la population incluse</i>	31
3.1.3.	<i>Déroulement de l'étude</i>	33
3.1.4.	<i>Impressions générales</i>	33
3.2.	RESULTATS DE L'ETUDE.....	34
3.2.1.	<i>Représentation de la maladie</i>	34
3.2.1.1.	Définition de la maladie.....	34
3.2.1.2.	Gravité de la maladie.....	36
3.2.1.3.	Sentiments engendrés par la maladie.....	38
3.2.2.	<i>Transmission</i>	39
3.2.2.1.	Mode de transmission.....	39
3.2.2.2.	Usage et méthodes de protection.....	41
3.2.2.3.	Prises de risques.....	42
3.2.2.4.	Modifications des pratiques.....	44
3.2.3.	<i>DEPISTAGE</i>	44
3.2.3.1.	Connaissance des types de dépistage.....	44
3.2.3.2.	Intérêt et régularité du dépistage.....	45
3.2.3.3.	Accessibilité et avantages des dépistages.....	47
3.2.3.4.	Information sur le dépistage.....	49
3.2.4.	<i>TRAITEMENT</i>	50
3.2.4.1.	Connaissance du traitement.....	50
3.2.4.2.	Tolérance du traitement.....	51
3.2.4.3.	Accessibilité du traitement.....	52
3.2.4.4.	Acceptabilité du traitement.....	55
3.2.4.5.	Possibilité de traitement avec usage de drogue actif.....	56
3.2.4.6.	Risque de recontamination.....	57
3.2.5.	<i>Information sur l'hépatite C</i>	58
3.2.5.1.	Besoin d'information.....	58
3.2.5.2.	Information suffisante.....	59
4.	DISCUSSION	61
4.1.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	61
4.2.	DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE.....	62
4.2.1.	<i>Perception de la gravité de la maladie</i>	62
4.2.2.	<i>Mode de transmission : Prise et réduction des risques</i>	62
4.2.3.	<i>Qualité et motivation du dépistage</i>	64
4.2.4.	<i>Représentations du traitement</i>	65
4.2.4.1.	Perception du traitement.....	65
4.2.4.2.	Acceptabilité du traitement.....	66
4.2.4.3.	Concernant l'accessibilité au traitement.....	67
4.2.4.4.	La recontamination.....	68
4.2.5.	<i>Information autour de la maladie</i>	69
4.3.	FORCES DE L'ETUDE.....	69
4.3.1.	<i>Originalité de la recherche</i>	69
4.3.2.	<i>Méthodologie de la recherche</i>	70
4.3.3.	<i>Echantillon</i>	70
4.4.	LIMITES DE L'ETUDE.....	71
4.4.1.	<i>Biais de sélection</i>	71

4.4.2.	<i>Biais d'information</i>	71
4.4.3.	<i>Autres limites</i>	72
4.5.	PERSPECTIVES	72
4.5.1.	<i>Pistes pour mieux cerner les représentations des UD de l'hépatite C</i>	72
4.5.1.1.	Compléter l'étude en s'intéressant à d'autres groupes d'usagers de drogues.....	72
4.5.1.2.	Faire des études sur la recontamination de l'hépatite C.....	73
4.5.2.	<i>Pistes pour favoriser l'élimination de l'hépatite C avant 2025</i>	73
4.5.2.1.	Informier davantage sur l'hépatite C.....	73
4.5.2.2.	Faire plus d'actions hors les murs	73
4.5.2.3.	Améliorer l'accessibilité au traitement	73
4.5.2.4.	Améliorer le dépistage.....	73
4.5.2.4.1.	Améliorer le dépistage dans les CAARUD.....	73
4.5.2.4.2.	Dépister un public plus large	74
4.5.2.5.	Développer la place de l'usager pair ou du médiateur pair	74
5.	CONCLUSION	75
6.	BIBLIOGRAPHIE	76
7.	ANNEXES	80
7.1.	ANNEXE 1 – NOTICE D'INFORMATION	80
7.2.	ANNEXE 2 – CONSENTEMENT DE PARTICIPATION.....	81
7.3.	ANNEXE 3 - GUIDE ENTRETIEN	82
7.4.	ANNEXE 4 – ACCORD DU CPP.....	83
7.5.	ANNEXE 5 – DECLARATION A LA CNIL.....	84
7.6.	ANNEXE 6 – CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE CHACUN DES USAGERS DE DROGUES INCLUS.....	85
7.7.	ANNEXE 7 – DU BRUIT CONTRE L'HEPATITE C (48)	86
7.8.	ANNEXE 8 – FLYER QUE J'AI CREE POUR INFORMER LES DETENUS DE LA MAISON D'ARRET DE GRADIGNAN.....	87

Table des figures

Figure 1	Les hépatites sont la seconde cause de décès dans le monde en 2013 (1).....	10
Figure 2	Histoire naturelle de l'hépatite C (7).....	13
Figure 3	Virus de l'hépatite C dans le monde (1).....	14
Figure 5	Nombre estimé de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique	15
Figure 6	Evolution de la prévalence de l'infection par le VHC parmi les UDIV.	17
Figure 7	Exemple de TROD	18
Figure 8	Progrès dans le traitement de l'hépatite C.....	20
Figure 9	Balance décisionnelle de l'ancien traitement de l'hépatite C (7)	21
Figure 10	Evolution du nombre de seringues remise au CAARUD de Planterose de 2001 à 2016 (37)	26
Figure 11	Répartition des usagers de drogues par âge et sexe	31
Figure 12	Evolution de la part des usagers des CAARUD déclarant ne jamais avoir eu de dépistage VHC	64
Figure 13	Raisons évoquées pour expliquer le non accès au traitement de l'hépatite C.....	68

Table des tableaux

Tableau 1	Prévalence de l'hépatite C en France par sous-groupe en 2011 (8).....	15
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques de la population incluse.....	32
Tableau 3	Partage du matériel d'injection chez les UDIV dans le mois précédant l'enquête.....	63
Tableau 4	Répartition de la population enquêtée par classes d'âge et par sexe (%) (44).....	70

ABREVIATIONS

AAD : Antiviraux à Action Directe

Ac anti-VHC : Anticorps anti-Virus de l'Hépatite C

AFEF : Association Française pour l'Etude du Foie

ARN : Acide RiboNucléique

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

CEID Addictions : Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

E : Entretien

IFN- α : Interféron- α

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Réaction en Chaîne par Polymérase

PEG-IFN- α : Interféron- α pégylé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RVS : Réponse Virologique Soutenue

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UDIV : Usager de Drogue utilisant la voie Intra-Veineuse

UD non IV : Usager de Drogue n'utilisant pas la voie Intra-Veineuse

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

L'hépatite C est une maladie hépatique infectieuse qui représente actuellement un enjeu important de santé publique dans le monde. Ceci en raison de sa forte prévalence (71 millions d'individus auraient une infection chronique soit 1,1% de la population mondiale) (1) et des complications graves auxquelles les patients sont exposés en l'absence de traitement (cirrhose et carcinome hépatocellulaire). Les hépatites virales sont à l'origine de 1,34 million de décès en 2015 (dont 643 000 dus à l'hépatite C - 7^{ème} cause de décès dans le monde) soit un nombre comparable à celui des décès dus à la tuberculose et supérieur aux décès causés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (1).

Depuis 2013, de nouvelles thérapeutiques permettent, grâce à des traitements courts, simples et bien tolérés, d'atteindre des taux de guérison compris entre 95 et 100 % (2).

En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place une stratégie mondiale dans le but d'éliminer le virus de l'hépatite C (VHC) d'ici 2030.

La France vise quant à elle une élimination avant 2025 (2,3).

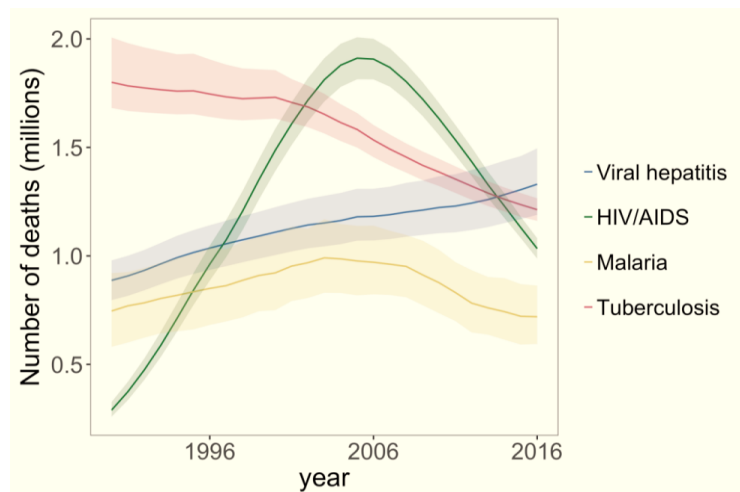


Figure 1 Les hépatites sont la seconde cause de décès dans le monde en 2013 (1)

1.1. GENERALITES

1.1.1. Rappel sur le virus de l'hépatite C :

Il a été identifié en 1989 comme l'agent responsable de la plupart des hépatites appelées jusqu'alors « hépatites non-A non-B à transmission parentérale ». Le VHC est l'un des cinq principaux virus (A, B, C, D et E) responsables d'hépatites virales. C'est un virus à acide ribonucléique (ARN) strictement humain appartenant à la famille des Flaviviridae, seul représentant du genre Hepacivirus (4). La multiplication du virus produit des mutations permanentes expliquant son échappement à la réponse immunitaire, le haut pourcentage de passage à la chronicité après contamination et la difficulté de mise au point d'un vaccin efficace (5).

Plusieurs génotypes sont décrits, ils peuvent jouer un rôle dans la réponse au traitement antiviral.

1.1.2. Rappel du mode de transmission

Le virus de l'hépatite C est transmis essentiellement par voie parentérale.

Avant 1992, les transfusions sanguines étaient l'une des causes principales, ce qui est maintenant devenu anecdotique dans les pays développés du fait du dépistage systématique des donneurs de sang. Les autres sources de contamination avant 1992-1993 étaient les traitements dentaires et les chirurgies lourdes, les piercings, tatouages, scarifications, etc. Depuis 1993, l'utilisation de drogues par voie intraveineuse ou nasale est devenu le mode de contamination le plus fréquent (5).

La contamination par voie sexuelle est rare (rapports traumatisants, rapports pendant les règles, plaies génitales préexistantes notamment causées par des infections sexuellement transmissibles et en cas de coinfection par le VHC/VIH).

La transmission materno-fœtale lors de la grossesse et de l'accouchement est estimée à 3-4 %. Ce risque est plus élevé en cas de co-infection VHC/VIH (5).

1.1.3. Rappel de la clinique de l'hépatite C

1.1.3.1. Hépatite C aiguë

Le VHC est à l'origine d'hépatites aiguës spontanément résolutes dans 15 à 30% des cas. L'incubation est variable (2-26 semaines), la plupart du temps entre 7 et 8 semaines.

L'hépatite C aiguë n'est symptomatique que dans 20 % des cas (6).

Les symptômes sont aspécifiques : fatigue, nausées, douleurs de l'hypochondre droit, suivies par l'apparition d'urines foncées et d'un ictère.

Ils sont semblables à ceux observés au cours d'autres hépatites virales et durent généralement de 2 à 12 semaines. L'hépatite aiguë sévère est exceptionnelle.

Les formes bruyantes sur le plan clinique ont plus de chance d'évoluer vers la guérison.

Le premier marqueur de l'infection par le VHC est l'apparition d'*ARN viral* détectable dans le sérum par PCR dès la première semaine après la contamination. Les anticorps anti-VHC sont en règle générale détectés 12 semaines après le contage. Les transaminases s'élèvent avant l'apparition des symptômes. Le pic des transaminases est le plus souvent supérieur à 10 fois la normale.

En cas de guérison, les transaminases se normalisent et l'ARN viral devient indétectable; les anticorps anti-VHC restent détectables pendant de nombreuses années.

1.1.3.2. Hépatite C chronique

Chez la plupart des patients (environ 70 % à 85%), l'infection devient chronique.

L'hépatite C est considérée chronique si la virémie persiste au-delà de 6 mois d'évolution. Elle est souvent asymptomatique ou associée à des symptômes aspécifiques (asthénie, troubles thymiques, myalgies, arthralgies chroniques, prurit).

Des complications extrahépatiques, liées à la présence d'une cryoglobulinémie sont possibles mais rares (glomérulonéphrite, polyneuropathie périphérique, vascularite, lymphome viro-induit) et peuvent représenter les premiers symptômes cliniques de l'infection.

Les transaminases peuvent être normales, ou bien modérément élevées et, dans ce cas, souvent fluctuantes. L'ARN viral reste détectable.

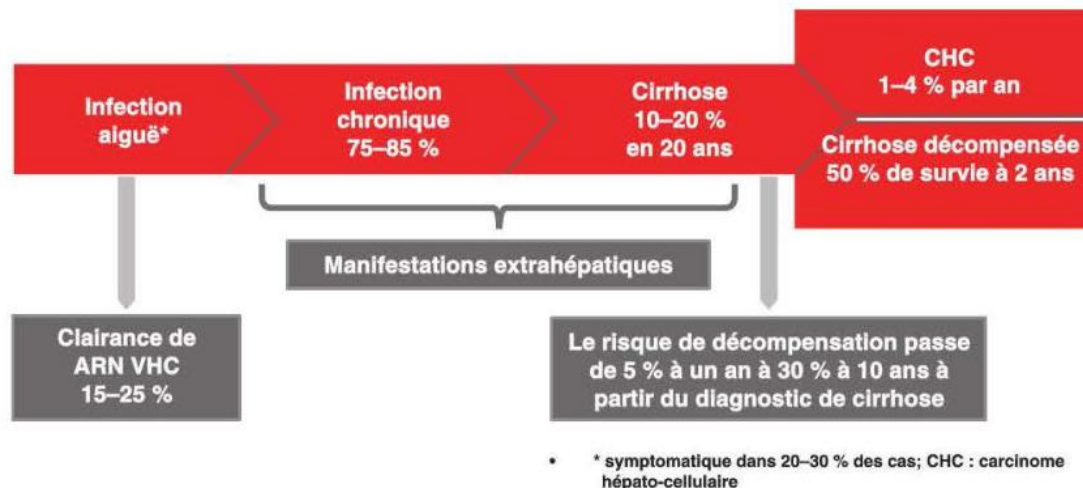


Figure 2 Histoire naturelle de l'hépatite C (7)

L'hépatite C chronique évolue ensuite vers une fibrose avec cirrhose puis un carcinome hépatocellulaire (CHC) majoré par la co-infection VIH, l'alcool, le surpoids, l'âge, le sexe masculin et certains facteurs génétiques (6,8).

Le VHC est, au moins dans les pays industrialisés, l'une des causes principales de transplantation hépatique et de carcinome hépatocellulaire (5).

1.2. EPIDEMIOLOGIE - PREVALENCE

1.2.1. Prévalence et incidence mondiale

Au niveau mondial, l'épidémie causée par le VHC n'épargne aucune région, avec des différences majeures entre pays et au sein d'un même pays.

On estime en 2017 que 71 millions d'individus auraient une infection chronique soit 1,1% de la population mondiale. Parmi ces individus, 5.6 millions (8%) sont des usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse. Les usagers de drogues par voie injectable sont donc particulièrement concernés, notamment dans les pays développés (1).

Les procédures de soins dangereuses et les injections de drogues sont les principales causes de nouvelles infections au VHC. Elles sont à l'origine de la plupart des 1,75 millions cas de nouvelles infections en 2015 (1).

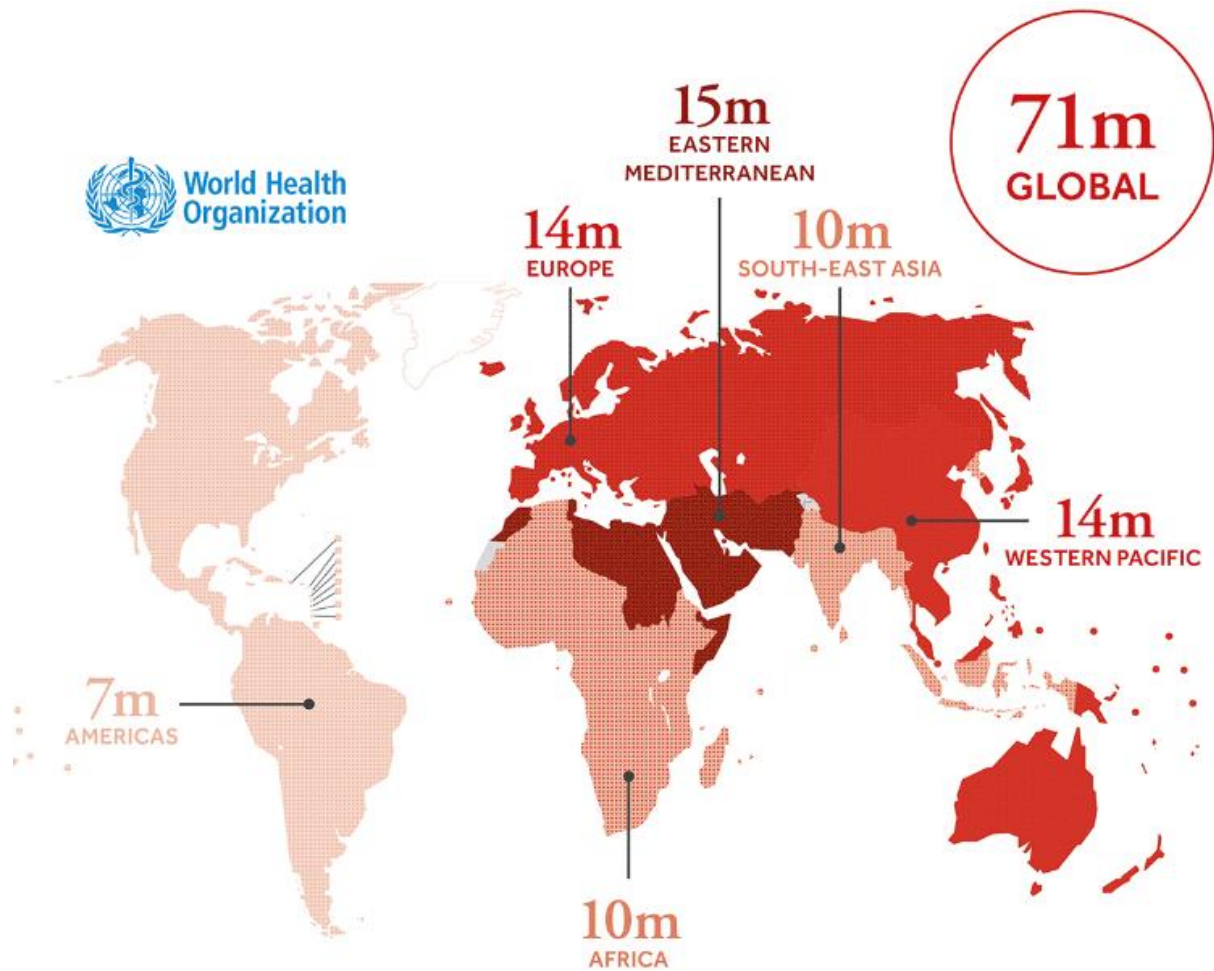


Figure 3 Virus de l'hépatite C dans le monde en 2017 (1)

Enfin l'hépatite C serait à l'origine de 643 000 décès chaque année dans le monde (1).

1.2.2. Prévalence et incidence en France

En population générale métropolitaine de 18 à 80 ans, la prévalence de l'hépatite C en 2011 a été estimée par modélisation à :

- 344 500 personnes ayant été infectées par le VHC (0,75%) (anticorps anti-VHC positif)
- 192 700 personnes ayant une infection chronique (0,42%) (présence ARN VHC) (9)

En 2014, Le nombre de personnes ayant une infection par le virus de l'hépatite C (VHC) qui restaient à traiter en France était de 120 000 à 160 000, dont 75 000 personnes non encore dépistées (10).

Au 1^{er} janvier 2018, selon le baromètre de SOS hépatites, il restait 108 000 porteurs chroniques à guérir dont 70 % ignorent qu'ils sont contaminés (11).

L'enjeu afin d'éliminer le virus est donc d'amener ces individus à se faire dépister.

Une cartographie de ces individus à rechercher a été effectuée :

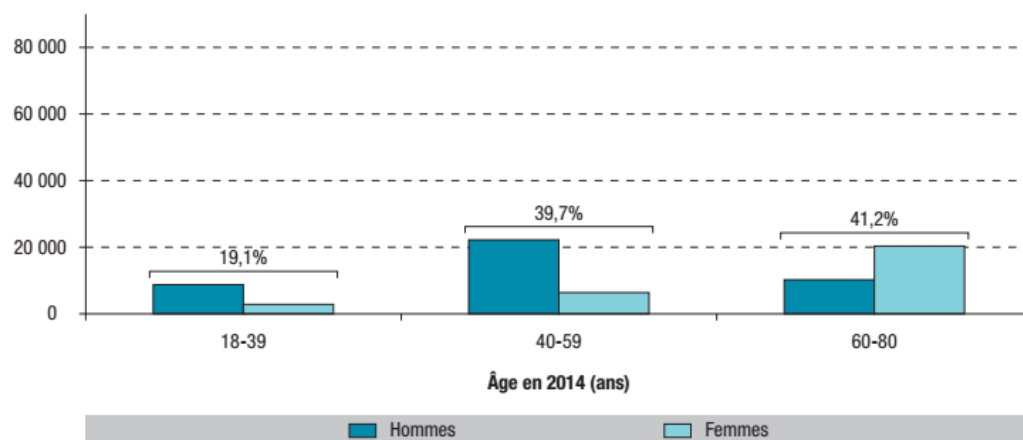


Figure 4 Nombre estimé de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en 2014 par catégorie d'âge et de sexe (10)

Le nombre de décès associés au VHC a été estimé à 3 618 (IC95% : 2 499-4 735) en 2001. Parmi ceux-ci, 2 646 décès (IC95% : 1 641-3 650) étaient imputables au VHC, soit 4,5 décès pour 100 000 habitants (12).

Enfin, l'incidence quant à elle est difficile à estimer car l'infection est souvent asymptomatique. Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) estimait en 2004 le nombre de nouvelles infections par le VHC entre 2 700 à 4 400 par an du fait surtout de l'usage de drogues (13,14).

Sous-groupe	Effectif	Prévalence Ac anti-VHC	Prévalence ARN-VHC	Médiane Ac anti-VHC	IC 95% Ac anti-VHC	Médiane ARN VHC
UD IV	148 000	63.8	29.6	94 450	87 732-100 900	43 860
UD non IV	132 000	4.9	2.2	6 325	3 573-10 155	2 935
Transfusés <1992	2 831 391	3.41	2.1	93 219	44 652-167 123	59 859
Immigrés	4 938 439	1.83	1.0	90 035	75 151-108 902	51 166
Reste de la population	38 114 942	0.15	0.09	58 718	39 587-83 579	33 210
Population totale	46 164 772	0.75	0.42	344 503	287 373-423 549	192 737

Tableau 1 Prévalence de l'hépatite C en France par sous-groupe en 2011 (8)

UD IV : Usager de drogue utilisant la voie intraveineuse

UD non IV : Usager de drogue n'utilisant pas la voie intraveineuse

D'autres sources estiment que les nouvelles contaminations par le VHC seraient d'environ 5 000 personnes par an dont 70 % d'usagers de drogues, ce qui fait de cette population vulnérable le **principal réservoir du VHC en France** (15,16).

1.2.3. Prévalence et Incidence chez les usagers de drogues en France

La prévalence des contaminations par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues est très importante en France. Les usagers de drogues présentant une infection chronique de l'hépatite C représenteraient en 2011, 46 795 soit 24% du nombre d'infectés en France.

L'injection par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC chez les usagers (partage de matériel potentiellement souillé par le sang d'une personne infectée par le VHC).

Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) représentent 94% (43 860) de la population des usagers de drogues infectés (9).

Le pic d'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France aurait été atteint au début des années 1990 avec une estimation de 10 000 nouveaux cas liés à l'usage de la drogue. Ce pic aurait été atteint après une longue phase d'expansion de l'épidémie. L'incidence de l'infection aurait ensuite décliné de façon significative ces vingt dernières années (17).

Même si la politique de réduction des risques (distribution de kits d'injection à usage unique, messages de prévention, mise en place des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)) a permis des résultats intéressants, l'incidence reste encore trop importante chez les usagers de drogues qui s'injectent. Les actions de prévention des comportements à risque d'infection n'ont pas eu le même impact que pour le VIH, la contamination se faisant le plus souvent lors des premières injections (13,15).

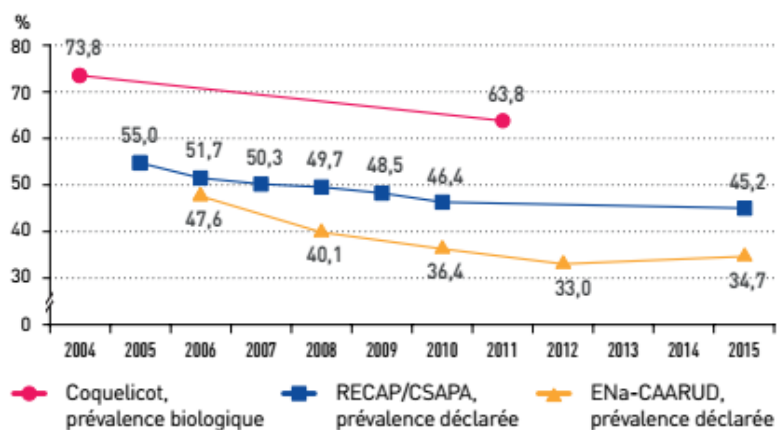
L'enquête transversale ANRS-Coquelicot menée en 2011 auprès de 1 537 usagers de drogues ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie, a permis d'estimer la séroprévalence du VHC à 44 % sur l'ensemble de la population des usagers de drogues (18). 65 % des usagers s'étaient injectés au moins une fois dans leur vie.

Cette prévalence atteint presque 90 % chez les UDIV russophones d'Ile-de-France versus 44 % chez les UDIV francophones fréquentant les mêmes centres (19).

Les prévalences de sérologies déclarées positives sont en diminution depuis la première édition de l'enquête, phénomène probablement sous-tendu par une décroissance effective des prévalences biologiques.

Concernant l'évolution de la prévalence de l'hépatite C notamment chez les usagers de drogues : plusieurs enquêtes ont montré une légère diminution notamment entre 2004 et 2011 (étude Coquelicot et étude de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)) (9,18,20).

Même si la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues semble avoir diminué ces dernières années, elle demeure importante.



CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue
 CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD et RECAP/CSAPA), Santé publique France (enquête ANRS-Coquelicot)

Figure 5 Evolution de la prévalence de l'infection par le VHC parmi les UDIV. Représentation des différentes cohortes (21)

Pour atteindre cet objectif d'élimination virale avant 2025, l'AFEF a préconisé en 2018 plusieurs mesures simultanées à mettre en place autour de deux axes : le traitement universel et le dépistage universel (3).

1.3. DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN FRANCE

1.3.1. Evolution des recommandations du dépistage

L'efficacité quasi constante et la très bonne tolérance des AAD actuellement disponibles impliquent un renforcement du dépistage afin qu'un maximum de personnes puissent bénéficier de ces traitements. À ce jour, il resterait en France environ 75 000 personnes infectées par le VHC non encore dépistées (16).

Les recommandations de dépistage de l'infection par le VHC ciblaient jusqu'en 2017 en France uniquement les personnes exposées au risque d'infection.

Avec cette stratégie, la proportion de personnes infectées par le VHC ne connaissant pas leur statut sérologique dans la population générale demeurerait élevée (22).

C'est pourquoi les recommandations ont changé en 2017 pour devenir universelles : **un dépistage de l'infection par le VHC est préconisé (associé à celui du VHB et du VIH) chez tous les adultes au moins une fois dans leur vie** (16).

1.3.2. Dépistage des usagers de drogues

De nombreux UDIV ne sont toujours pas dépistés aujourd'hui : UDIV récents, UDIV issus de populations particulièrement vulnérables, mais aussi UDIV occasionnels ou ex UDIV, souvent resocialisés qui sont généralement suivis en médecine générale (16).

Afin de remédier à ces lacunes, la Haute Autorité de Santé a proposé en 2014 de diversifier les méthodes de dépistage.

Ainsi en plus de la sérologie virale par prélèvement sanguin standard, est introduit le TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) effectué sur un micro-prélèvement capillaire ou buccal (prélevé entre le sillon des gencives et des lèvres).

Le résultat est généralement obtenu en moins de 30 minutes.

La spécificité des différents tests existants (OraQuick® HCV rapid antibody test, TOYO® HCV test ou Labmen HCV test) est satisfaisante (98 à 100%). La sensibilité était également satisfaisante : 96,4 % à 99,6 % (sauf Labmen 63,4 %) (23).

Lorsqu'une sérologie virale ou un TROD est positif, une charge virale du VHC doit être prescrite (24).

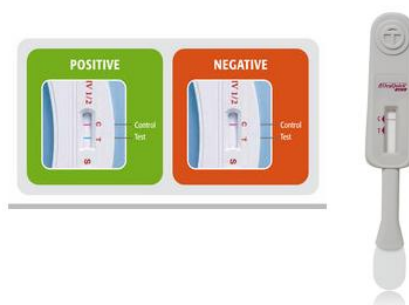


Figure 6 Exemple de TROD

Ainsi, ces TROD permettent de lever plusieurs obstacles :

-L'utilisation des TROD dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) permet de démedicaliser le dépistage dans ces centres souvent peu medicalisés et permet d'effectuer des tests au contact de la population à risque.

-Le mauvais état du réseau veineux des UDIV les rend volontiers réticents aux propositions de prélèvement. Le TROD permet de lever cet obstacle.

-L'utilisation des TROD permet de proposer le dépistage aux populations les plus marginalisées ou aux injecteurs récents en organisant des tests sur les lieux fréquentés par les usagers de drogues d'*outreach* (« aller vers ») notamment les squats, les lieux festifs et les festivals.

-Enfin la gratuité du dépistage permet de proposer le dépistage à un plus grand nombre (16,24,25).

Les professionnels de santé associent au TROD des actions adaptées de prévention (16).

Ce dépistage doit être fait tous les 12 mois, notamment en médecine générale chez les usagers de drogues. Cette périodicité doit être rapprochée (tous les six mois) chez les injecteurs actifs (16).

1.3.3. Bilan initial

A l'issue du dépistage, il est actuellement recommandé d'effectuer un bilan initial comprenant un bilan sanguin (NFS plaquettes, bilan hépatique, bilan rénal) ainsi qu'une évaluation de la sévérité de la maladie hépatique soit par une mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan®, Soit par le Fibrotest® ou le Fibromètre® (3).

La ponction-biopsie hépatique n'est actuellement plus recommandée (26).

1.4. TRAITEMENT DE L'HEPATITE C EN FRANCE

1.4.1. Evolution des traitements de l'hépatite C

L'interféron- α (IFN- α) représentait le pilier du traitement antiviral durant les 25 dernières années (27). Le traitement standard pendant dix ans consistait en l'association IFN- α pégylé (PEG-IFN- α), administré par injection sous-cutanée hebdomadaire et ribavirine, administrée sous forme orale le matin et le soir, pour 24 à 48 semaines.

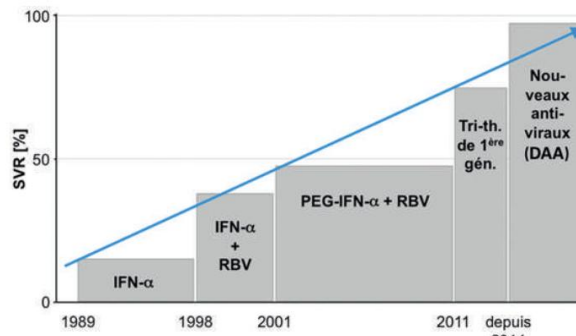


Figure 7 Progrès dans le traitement de l'hépatite C.

(DAA = «directly acting antivirals»; IFN-α = interféron-α; PEG-IFN-α = interféron-α pégylé; RBV = ribavirine) (28)

Une réponse virologique soutenue (RVS) a pu être atteinte avec ce traitement chez 40–50% des patients infectés par le VHC de génotype 1 et chez 70–80% des patients infectés par le génotype 2 ou 3.

Les taux de guérison, particulièrement pour les patients infectés par le génotype 1, étaient donc peu satisfaisants, la durée du traitement longue et le taux d'effets secondaires élevé.

De plus, de nombreux patients avaient des contre-indications à un traitement par IFN (par exemple les patients avec une cirrhose décompensée Child-Pugh B ou C) (28).

Les premiers inhibiteurs spécifiques de la protéase virale C, le télaprévir et le bocéprévir, ont été introduits en 2011 avec des grands espoirs. La trithérapie comprenant le télaprévir ou le bocéprévir, PEG-IFN-α et la ribavirine. Cette trithérapie de première génération était cependant très complexe et associée à un haut «*pill burden*», des nouveaux effets secondaires parfois graves, un risque d'interaction médicamenteuse accrue et des coûts très élevés (29).

Une nouvelle ère a débuté en 2014 avec l'introduction de nouveaux antiviraux à action directe (AAD). Ces molécules ainsi que d'autres qui sont en évaluation clinique avancée révolutionnent actuellement le traitement de l'hépatite C chronique. Elles permettent à présent un traitement très efficace (taux de RVS >90%) et sans IFN de tous les génotypes avec une bonne tolérance et un traitement raccourci à 8, 12 ou 24 semaines. Enfin depuis 2017 des molécules pangénotypiques sont introduites simplifiant encore plus la prise en charge.

Ainsi en 2019, deux options thérapeutiques pangénotypiques sont recommandées en première intention :

- Eplusa® (Sofosbuvir + Velpatasvir) pendant 12 semaines
- Maviret® (Glecaprevir + Pibrentasvir) pendant 8 semaines

1.4.2. Evolution des recommandations

Initialement les indications de traitement étaient restreintes notamment en raison de la mauvaise tolérance du traitement, de son coût important et de son efficacité qui variait suivant les génotypes. Ainsi, les personnes les plus à risque d'évolution clinique défavorable à court et moyen terme bénéficiaient du traitement. Il s'agissait des patients ayant développé une cirrhose ou une fibrose hépatique avancée ou des manifestations extrahépatiques imputables au VHC (cryoglobulinémie ou lymphome), ou co-infectés par le VIH (risque d'évolution plus rapide de la fibrose) (30).

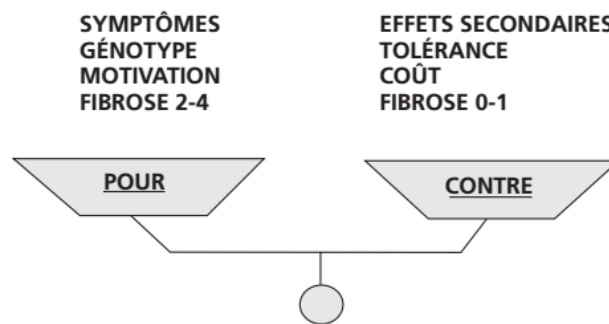


Figure 8 Balance décisionnelle de l'ancien traitement de l'hépatite C (7)

Pour les usagers de drogues, l'accès aux traitements anti-VHC a été longtemps différé notamment chez les UDIV actifs (31) pour diverses raisons : désintérêt ou manque d'implication des UDIV, préoccupations des professionnels vis-à-vis des effets indésirables, notamment psychiatriques, de l'interféron, mais aussi une présomption de mauvaise observance (32) encore potentiellement aggravée par la précarité sociale (absence de domicile, isolement, etc.), sans oublier les inquiétudes quant au risque de réinfection. Bien souvent le traitement était reporté en raison de la stigmatisation de cette population, comme cela avait pu également être observé avec l'infection à VIH (16).

Depuis 2016, du fait de l'efficacité des nouveaux traitements et de leur bonne tolérance, il est recommandé de traiter tout patient ayant une infection aiguë (26) ou chronique par le VHC notamment les UDIV pour réduire le réservoir viral et donc la transmission de l'infection.

C'est le traitement universel.

Il est également recommandé de ne pas considérer la poursuite des pratiques d'injection, le TSO, la

consommation d'alcool ou autres produits psychoactifs comme une contre-indication au traitement de l'hépatite C (16).

1.4.3. Accessibilité des soins et coordination des soins

Des programmes de traitement par des AAD sont progressivement mis en place dans des lieux de soins ou de réduction des risques fréquentés par les UDIV : CSAPA (ambulatoires et résidentiels), CAARUD, centres de santé, établissements pénitentiaires, médecine générale...

Ainsi, depuis quelques années, des « guichets uniques » ont été mis en place dans certains CSAPA ou CAARRUD permettant de traiter l'ensemble des composantes de la prise en charge des hépatites : prévention, dépistage, FibroScan, consultation d'hépatologie, mise en place et suivi du traitement.

Les UDIV qui viennent pour un suivi de TSO, un suivi médicosocial ou pour des prestations de réduction des risques ont ainsi accès sur place à des services en hépatologie (16).

Des actions « hors les murs » sont également recommandées : traitement mobiles notamment dans les territoires ruraux où les services spécialisés sont difficilement accessibles et mobilisation des médecins généralistes.

Ainsi, l'AFEF a émis en 2018 de nouvelles recommandations (3) afin de faciliter l'accès au traitement : Le développement de molécules pangénotypiques facilite la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C. Ainsi, afin de simplifier le parcours de soin et favoriser une prise en charge de proximité, l'HAS a acté en mai 2019 l'élargissement des prescripteurs du traitement de l'hépatite C à l'ensemble des médecins à l'exception des patients à risque de complications (Co-infection VHB et/ou VIH, insuffisance rénale sévère, comorbidité hépatique mal contrôlée, maladie hépatique sévère, traitement antiviral C antérieur). Des schémas thérapeutiques simples, efficaces et bien tolérés sont mis en place.

On limite ainsi le recours aux Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP), et on permet à un plus grand nombre de patients d'être soignés rapidement.

1.5. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Dans l'objectif de l'élimination de l'hépatite C en France avant 2025 (diminuer de 90 % les nouvelles infections et réduire de 65 % la mortalité liée au VHC) (1), il faut donc cibler prioritairement « le réservoir de l'hépatite C » celui qui est l'origine des nouvelles contaminations dans la plupart des cas : les usagers de drogues.

Pour atteindre cet objectif, il faut idéalement une coopération des usagers de drogues, dans le dépistage, dans le traitement et dans le suivi.

Leur suivi est rendu difficile du fait de leur mobilité, liée à leur âge et à leur mode de vie (33).

Peu d'études se sont intéressées aux représentations qu'ont les usagers de drogues de l'hépatite C en France. La plus récente date de la période 2004-2007 (Etude inVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007) et montrait alors que les usagers avaient dans l'ensemble une mauvaise image des traitements de l'hépatite C (en terme de tolérance, efficacité) (34) et certains considéraient le traitement inaccessible.

D'autres études à l'étranger (Irlande, Etats-Unis) ont trouvé des résultats similaires, beaucoup d'usagers refusaient le traitement parce qu'ils estimaient que la maladie était bénigne car peu symptomatique et par peur des investigations et des traitements (35,36).

Alors que de nouveaux traitements sont apparus et que de nouveaux protocoles de soins ont été mis en place, il n'y a pas eu de nouvelles études sur l'idée que se faisaient les usagers de drogues de l'hépatite C.

Il nous a semblé alors primordial dans l'idée d'éliminer l'hépatite C d'ici 2025, de réévaluer ces représentations. Les usagers de drogues se représentent-ils différemment les traitements actuellement ?

Sont-ils enclins à se faire dépister et se faire traiter ?

Afin de mieux appréhender les changements, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative en écoutant des usagers de drogues sur la façon dont ils perçoivent cette maladie, son dépistage et son traitement.

1.6. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Principal : Déterminer quelle représentation les usagers de drogues se font de l'hépatite C, de son dépistage et de son traitement.

Secondaires : Evaluer les connaissances des usagers de drogues sur les modes de contamination de l'hépatite C. Avis sur le dépistage. Connaissances sur les nouveaux traitements de l'hépatite C, sur la question des recontaminations. Déterminer l'acceptation du parcours de soins de l'hépatite C.

2. POPULATION ET METHODES

2.1. SCHEMA D'ETUDE

Pour répondre à la question de recherche, il nous a semblé que la méthode qualitative était la plus pertinente. En effet, cette méthode permet aux usagers de s'exprimer librement et il est possible d'explorer le ressenti des usagers sur diverses thématiques.

Nous avons pour cela réalisé des entretiens semi-dirigés conduits entre mars 2017 et janvier 2019 auprès d'usagers de drogues consultant dans un CAARUD situé dans le centre de Bordeaux et à la maison d'arrêt de Gradignan.

Les entretiens sont conduits à partir d'une grille d'entretien à questions principalement ouvertes, qui a été ajusté après des analyses intermédiaires selon « la Grounded Theory »(37). Cette méthode inductive vise à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir des données du terrain.

2.2. LIEUX D 'INCLUSION

Afin d'étudier cette problématique, nous avons sélectionné deux endroits où des usagers de drogues seraient inclus.

2.2.1. Dans un CAARUD : le centre Planterose

Les CAARUD s'adressent à des publics souvent fragiles et précarisés.

On y mène des actions de réduction des risques visant à limiter l'impact des consommations de drogues, notamment les infections virales :

- information sur les risques des différentes substances et pratiques
- facilitation de l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans toutefois exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations.

Ainsi, les CAARUD reçoivent en majorité des usagers plus problématiques et moins « maîtrisés » que l'ensemble des consommateurs (20).

Le centre Planterose est une structure spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues situé dans le quartier St-Michel à Bordeaux.

Il s'agit d'une structure gérée par le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID).

Le centre dispose entre autre d'une activité de réduction des risques (CAARUD) et bénéficie d'une file active importante d'usagers (1 145 personnes en 2016 avec un nombre de passages moyen de 38 personnes par après-midi) (38).

Le public est plus jeune, plus désocialisé et moins demandeur de soins qu'en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Il existe chez ce public une grande fréquence de comorbidités psychiatriques.

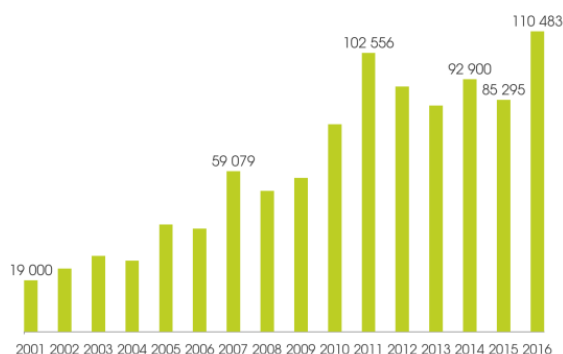


Figure 9 Evolution du nombre de seringues remise au CAARUD de Planterose de 2001 à 2016 (37)

Par ailleurs, le Centre Planterose dispose d'une action de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique relative à l'infection par le VHC avec l'utilisation d'un FibroScan (implanté en 2005) en liaison avec le réseau Hépatite C. Le Docteur Juliette FOUCHER assure, dans ce cadre, des consultations avancées d'hépatologie. Cela permet d'initier

des traitements sur place. En 2016, 70 consultations ont été assurées auprès de 29 patients.

2.2.2. Dans une maison d'arrêt : la maison d'arrêt de Gradignan

Les maisons d'arrêt concentrent beaucoup d'usagers de drogues.

En effet, un tiers des « entrants » en prison aurait consommé une drogue illicite dans les douze derniers mois, 11 % plusieurs (39).

Une enquête menée en janvier 2011 dans un établissement pénitentiaire (40) montrait par ailleurs que 43,6 % des détenus consommaient au moins une drogue.

12 % des usagers de drogues déclaraient s'être injecté une drogue lors d'une de leurs incarcérations (61 % de ces usagers indiquaient avoir été déjà incarcérés au moins une fois au cours de leur vie) et, parmi eux, 30 % déclaraient avoir partagé leur matériel d'injection à cette occasion (41). Il n'y a pas de programme d'échange de seringue en centre de détention (42).

La prévalence de l'infection virale C chez les personnes détenues est élevée. Elle conduit à considérer cette population comme un « réservoir » pour cette infection (16).

La prévalence du VHC (Anticorps (Ac) anti-VHC ou ARN du VHC) a été estimée à 4,8 % représentant environ 3 000 personnes détenues en France. La prévalence chez les femmes était plus élevée (11,78 %) que chez les hommes incarcérés (4,53 %). Le plus souvent, le mode de transmission de l'hépatite C était l'usage de drogue (43).

Implantée sur une commune limitrophe de Bordeaux, la maison d'arrêt de Gradignan est composée de deux structures construites entre 1964 et 1968 : le « Bâtiment A » et le « Bâtiment B ».

Chaque bâtiment dispose d'une unité de consultation (unité sanitaire à dispositif de soins somatiques anciennement UCSA)

Chaque détenu est invité à consulter un médecin à son entrée en détention.

Ils peuvent par la suite demander des consultations médicales par l'écriture d'une lettre.

2.3. Critères d'inclusion- exclusion

2.3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des usagers étaient les suivants :

- *Usagers de drogues consultant au centre Planterose à Bordeaux ou à la maison d'arrêt de Gradignan.
- *Usagers de plus de 18 ans
- *S'exprimant en français
- *Acceptant les conditions de l'étude
- *Consommateurs ou anciens consommateurs de produits psychoactifs par sniff ou voie injectable

2.3.2. Critères d'exclusion

Etaient exclus les usagers de drogues n'entrant pas dans les critères d'inclusion.

Par ailleurs, certains usagers pouvaient être exclus s'ils refusaient l'entretien au dernier moment ou si les conditions de l'entretien n'étaient pas réunies (voir ci-dessous).

2.4. Recrutement des participants

2.4.1. Méthode de recrutement

Le recrutement des usagers s'est fait au fur et à mesure du déroulement des entretiens.

Au centre Planterose, l'étude est proposée aux patients se rendant dans le centre.

La participation à l'étude peut être proposée par l'équipe médicale ou paramédicale.

Au centre de détention, au cours de la consultation d'entrée en prison, effectuée par l'auteur, est proposé au patient de revenir pour l'étude s'il remplit les critères d'inclusion. Les patients sont ensuite rappelés par le surveillant.

Cette méthode de recrutement a permis de varier les critères d'âge, de sexe et de type de consommation.

2.4.2. Taille de l'échantillon

Pour réaliser une enquête qualitative, le nombre d'entretiens nécessaire ne peut être décidé à l'avance, le souci n'étant pas la représentativité mais la diversité. Le critère requis pour arrêter les entretiens est celui de la « saturation théorique », c'est-à-dire que l'on peut stopper les entretiens quand l'ajout de nouvelles données, issues d'entretiens supplémentaires, ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié.

2.5. L'ENTRETIEN

2.5.1. L'investigateur

Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur : l'auteur. Les entretiens se sont déroulés dans des lieux clos au sein du centre Planterose à Bordeaux ainsi qu'à la maison d'arrêt de Gradignan.

2.5.2. Conditions de l'entretien

*Les entretiens sont individuels, se déroulent dans un bureau médical et sont anonymes.

*Une notice d'information (Annexe 1) et un consentement de participation (Annexe 2) sont remis aux sujets interrogés.

*Des éléments sociodémographiques sont demandés en fin d'entretien.

2.5.3. Trame de l'entretien

Il s'agit d'un entretien semi-dirigé :

Plusieurs thématiques sont abordées. La trame détaillée de l'entretien est en annexe 3.

-La **représentation de l'hépatite C** chez l'utilisateur de drogue

-Qu'est-ce que cela évoque pour lui ? Se sent-il concerné ?

-Estime-t-il que ce soit une maladie grave ?

-Comment s'en protège-t-il ?

-Le **dépistage de l'hépatite C**

- Se fait-il dépister ?

-Avec quel test ? Son avis sur les différents tests

-A quelle fréquence ?

-Le **traitement de l'hépatite C**

-Sa représentation du traitement

- Son accessibilité

-Son acceptabilité

- la notion de recontamination

-L'**information autour de l'hépatite C**

2.6. Enregistrement et retranscription des entretiens

Enregistrement via l'application « Dictaphone » d'un Smartphone WIKO Stairway pour les entretiens au centre Planterose et via ordinateur de la maison d'arrêt de Gradignan (le téléphone n'étant pas autorisé dans l'enceinte).

La durée moyenne prévue des entretiens était de 10 minutes.

2.7. Analyse et synthèse des résultats

Les entretiens sont retranscrits mot pour mot puis analysés en établissant un double codage ouvert et axial. Le codage est effectué par plusieurs personnes : l'auteur, Alice Bouhet, Brigitte Reiller, Shérazade Kinouani, puis une confrontation appelée triangulation est réalisée.

A l'issue de l'analyse des dix premiers entretiens, le guide entretien a été légèrement modifié en fonction des réponses selon la « grounded theory ».

Les entretiens sont ensuite analysés de manière transversale par thématique.

L'étude est arrêtée lors de la saturation des données, c'est-à-dire lors du constat qu'il n'y a pas de nouvelles idées qui apparaissent lors des derniers entretiens.

2.8. Démarches administratives

2.8.1. Déclaration au Comité de protection des personnes

Une demande préalable a été faite auprès du Comité de protection des personnes Nord Ouest IV dans le cadre d'une recherche non interventionnelle de type 3 selon la loi Jardé. Numéro de protocole : 2017 A00231 52 (document en Annexe 4).

2.8.2. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Une demande préalable à l'étude a été faite auprès de la CNIL pour la collecte et l'enregistrement des informations de santé. Elle a été acceptée et enregistrée sous le numéro 2045094 v 0 (document Annexe 5).

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population incluse

3.1.1. Période d'Inclusion

3 séries d'entretiens ont été effectuées :

Une première série concernant les entretiens 1 à 10 a été réalisée en mars 2017 au centre Planterose.

Une seconde série d'entretiens 11 à 18 a été réalisée de novembre 2017 à janvier 2018 au centre Planterose puis à la maison d'arrêt de Gradignan.

Enfin une troisième série d'entretiens 19 à 21 a été réalisée en novembre 2018 au centre Planterose.

3.1.2. Description de la population incluse

Nous avons inclus 21 usagers dans l'étude : 16 au centre Planterose, 5 à la maison d'arrêt de Gradignan.

Les usagers étaient des hommes dans 76% des cas avec 16 hommes pour 5 femmes (24%).

Tous remplissent les critères d'inclusion.

Le plus jeune inclus avait 20 ans alors que le plus vieux déclarait avoir 48 ans.

La moyenne d'âge des usagers interrogés est de 32,4 ans avec un écart-type de 7,3 ans.

La répartition par classe d'âge et de sexe de la population incluse est détaillée dans le tableau 2.

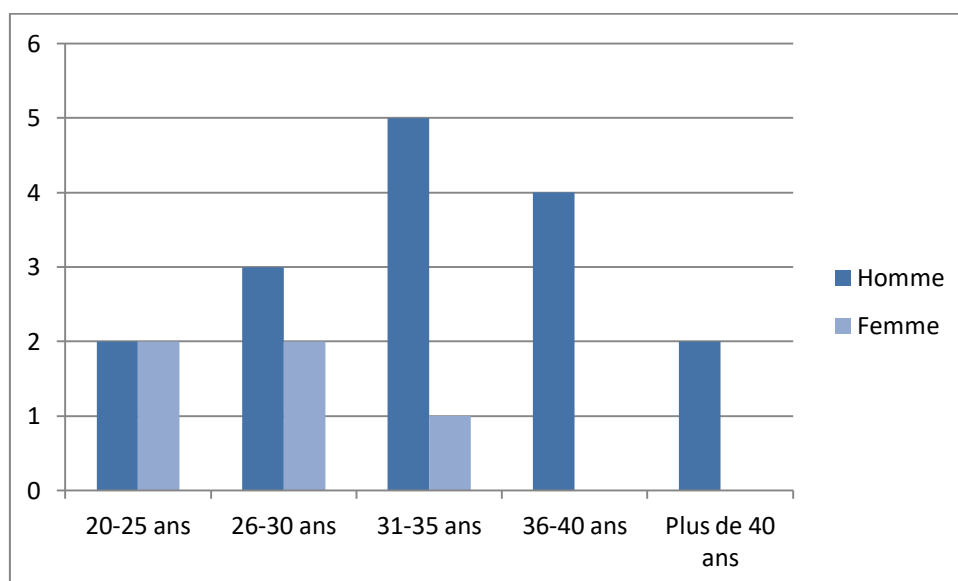


Figure 10 Répartition des usagers de drogues par âge et sexe

Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse sont détaillées dans le tableau 1.

		Centre Planterose (n = 16)	Maison d'arrêt de Gradignan (n=5)	Total (n=21)
Sexe (n)	Homme	11 (69%)	5 (100%)	16 (76%)
	Femme	5 (31%)	0 (0%)	5 (24%)
Age lors de l'entretien (moyenne)		33 ans	30,2 ans	32,4 ans
Age de début de consommation (moyenne)		16,9 ans	NR	17,1 ans
Critères sociaux				
Activité professionnelle (n)		1 (6%)	NC	1 (6%)
Logement (n)		5 (31%)	NC	5 (31%)
Couverture santé (n)		9 (56%)	NC	9 (56%)
Consommation				
Consommation active (n)		10 (48%)	2 (40%)	12 (57%)
- Injection active		6 (60%)	0	6 (50%)
- Sniff actif		4 (40%)	2 (en dehors de la prison) (100%)	6 (50%)
- Produits consommés	Cocaïne	9 (90%)	2 (en dehors de la prison) (100%)	11 (92%)
	Skenan	3 (30%)	0	3 (25%)
	Subutex injecté	1 (10%)	0	1 (8%)
Traitements substitutifs (n)		8 (50%)	2 (40%)	10 (48%)
- Subutex		4 (50%)	1 (50%)	5 (50%)
- Méthadone		4 (50%)	1 (50%)	5 (50%)
Consommation passée (n)		16	5	21
- Injection		12 (75%)	2 (40%)	14 (66%)
- Sniff*		≥12 (≥75%)	≥4 (≥80%)	≥16 (≥76%)
Sérologie déclarée				
VHC	Positif	0	1 (20%)	1 (5%)
	Guéri	4 (25%)	0	4 (19%)
	Négatif	12 (75%)	2 (40%)	14 (67%)
	Inconnu	0	2 (40%)	2 (10%)
VIH	Positif	0	0	0
	Négatif	16 (100%)	5 (100%)	21 (100%)

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques de la population incluse (NC : non communiqué, *Sous réserve de 5 données manquantes).

La description de chaque individu est disponible en Annexe 6.

Les usagers interrogés en prison déclaraient ne plus consommer de produits psychoactifs illicites (cocaïne ou héroïne), deux usagers déclaraient consommer de la cocaïne avant d'entrer en prison.

L'activité professionnelle, le logement et la couverture sociale ne sont pas précisés chez les détenus car ils ne sont pas concernés durant leur détention.

3.1.3. Déroulement de l'étude

Après avoir inclus 10 usagers au centre Planterose, une analyse intermédiaire des entretiens a été réalisée, ce qui a permis de soulever d'autres hypothèses non émises initialement. Le guide entretien a alors subi quelques modifications, avec une reformulation de certaines questions et un questionnement sur les hypothèses nouvelles.

Une deuxième analyse intermédiaire a eu lieu après l'entretien 18.

L'étude a été alors complétée par 3 nouveaux entretiens.

A l'issue des 21 entretiens, on est arrivée à une saturation des idées. L'inclusion a été arrêtée.

A noter que l'enregistrement d'un entretien à la maison d'arrêt de Gradignan a dû être arrêté prématurément en raison d'un bug du logiciel d'enregistrement et n'a donc pu être analysé en entier (E18). Un autre patient a interrompu son entretien avant la fin (E15). Enfin, certaines données sociodémographiques sont manquantes (notamment l'âge de début de la consommation des usagers de drogues en détention).

3.1.4. Impressions générales

Un certain nombre d'usagers de drogues actifs ont refusé l'entretien. Les motifs les plus souvent rencontrés sont le manque de temps, le manque d'envie ou la répétition de ce type d'entretiens – d'autres études sont en cours dans le centre.

Les usagers substitués et n'ayant plus de consommations actives étaient souvent plus disposés à accepter l'entretien.

Les patients interrogés au centre de détention de Gradignan ont paru parfois un peu tendus pendant l'enregistrement. Le sujet était peut-être délicat. Les entretiens ont d'ailleurs duré moins longtemps en détention qu'au CAARUD, les détenus souhaitant parfois retourner à la promenade (Annexe 6).

3.2. Résultats de l'étude

Les résultats de l'étude sont présentés à travers 5 grandes thématiques :

- La représentation de la maladie (définition, gravité, sentiments engendrés par la maladie)
- La transmission (mode de transmission, usage et pratique à risque)
- Le dépistage (connaissance, motivation et régularité, avantages et inconvénients)
- Le traitement (connaissance, accessibilité, acceptabilité, recontamination)
- L'information autour de l'hépatite C

3.2.1. Représentation de la maladie

3.2.1.1. *Définition de la maladie*

Dans la première partie de l'entretien, nous nous intéressons à ce qu'évoque l'hépatite C pour les usagers de drogues que nous interrogeons.

Maladie du foie

Un certain nombre d'usagers relie l'hépatite C à une maladie du foie : « *C'est le foie qui est attaqué, tout ça.* [Entretien 14 (E14), homme 34 ans] ». Certains ont des connaissances plus pointues : « *Cirrhose du foie, Cirrhose du foie... dégradation du foie, voilà ce que cela m'évoque.* [E11, homme 34 ans] ».

Maladie transmissible

Pour une très grande majorité, cette maladie évoque une maladie transmissible : « *C'est une maladie qu'on contracte suite à une injection, ou j'en sais rien, enfin suite à un échange de seringue ou à un truc comme ça, par le sang.* [E9, homme 30 ans] ».

Certains la relient particulièrement au milieu de la toxicomanie : « *C'est une maladie qui est transmissible et que dans notre milieu, on est hyper touché par ça, même plus que le SIDA.* [E3, femme 20 ans] ».

Cet usager estime même qu'il s'agit d'une maladie liée aux prises de risque « *Voilà, donc après, faut prendre sur soi-même. Moi je dis c'est pas comme un cancer qui nous tombe dessus, ou le SIDA qu'on couche avec une personne et pif-paf ça nous tombe dessus. Après, nous on a un risque en tant qu'usager. On sait ce qui peut nous arriver, donc faut pas non plus...* [E20, homme 33 ans] ».

Cet utilisateur nous explique même que l'utilisateur prend le risque en connaissance de cause : « *Après je me dis, l'hépatite, on l'a voulue, un peu, dans un sens. Si on la chope, on l'a quand même voulue.* »

Peu ou pas de connaissance sur la maladie

Pour quelques-uns, il s'agit **d'un nom de maladie sans plus de précisions** « *Je ne sais pas ce que ça évoque, je ne connais même pas les symptômes que ça produit* [E15, homme 24 ans, en prison]» ou encore « *j'en ai entendu vite fait parler, mais je sais pas trop ce que c'est.* [E16, homme 23 ans, en prison] ».

Pour un usager, il s'agit d'**une maladie nouvelle** : « *C'est une nouvelle maladie je crois . [...] c'est en France depuis 2-3 ans, j'ai entendu des gens en parler, avant ça n'existait pas.* [E12, homme 32 ans] ».

Maladie honteuse, stigmatisante

Pour certains, il s'agit d'une maladie honteuse ou qui stigmatise :

«*Enfin on peut avoir une vie normale, mais je veux dire par rapport aux autres, on est un peu sur le côté. C'est une maladie honteuse. [...] c'est un peu comme le VIH.* [E13, homme 46 ans, guéri de l'hépatite C]».

« *C'est une maladie grave, même si elle se soigne, c'est un traitement super lourd, comme pour le SIDA, la trithérapie. Ça exclue de pas mal de chose, le regard des autres, pour eux c'est une maladie très grave. Ce n'est pas à prendre à la légère.* [E2, femme 28 ans] ».

Maladie qui altère la qualité de vie

Un utilisateur ayant été touché lui-même par la maladie me confie : « *En même temps, c'est chiant quand on est atteint de cette maladie parce qu'on n'a pas une vie normale.* [E13, homme 46 ans] ».

Maladie curable

Selon cet usager actuellement infecté, c'est le côté curable qui ressort en premier :

« *C'est une maladie dont je sais qu'on ne pouvait pas guérir avant et que maintenant on peut guérir.* [E18, homme 40 ans]».

Maladie avec un traitement lourd

Pour certains ce qui ressort de la maladie c'est son traitement lourd : « *C'est une maladie, ça « nique » la santé, un traitement lourd.* [E2, femme 28 ans] ».

Conclusion

On observe que tous les usagers de drogue interrogés connaissent ou ont déjà entendu parler de l'hépatite C. Les usagers ayant déjà eu l'hépatite C semblent avoir des connaissances plus pointues que les autres, alors que les usagers interrogés en prison sont plus vagues dans leur définition de l'hépatite C.

De plus, les utilisateurs interrogés n'ont pas tous la même vision de la maladie, la plupart des personnes sondées insistent cependant sur le **côté transmissible** de la maladie.

3.2.1.2. Gravité de la maladie

Nous nous sommes intéressés ensuite à leur représentation de la gravité de la maladie. Deux grands groupes se distinguent, ceux qui estiment qu'il s'agit d'une maladie grave et ceux qui estiment qu'elle n'est pas si grave que ça :

Maladie grave

Environ la moitié des usagers interrogés estiment qu'il s'agit d'une maladie grave :

« *C'est une maladie grave [E12]* », « *Oui c'est grave[E6]* », « *ça a l'air d'être une maladie grave[E5]* »

Un utilisateur touché par la maladie évoque même une maladie mortelle : « *C'est une maladie mortelle. C'est une maladie du foie mortelle. [E13, homme 46 ans]* ».

Maladie pouvant être grave si absence de soins

Certains précisent que la maladie peut être grave notamment en absence de soins : « *Enfin je sais que ça peut être grave, notamment la dernière copine avec qui je suis, elle est vraiment... elle s'est pas soignée pendant quelques années donc elle a un problème au pancréas, il lui manque la rate... [E1, homme 39 ans]* » ou encore « *Si on l'a et on prend pas soin, on a la santé qui se détruit [E14, homme 34 ans]* ».

Maladie grave puisque médiatisée

Cette usagère estime que s'il existe des campagnes de prévention c'est que la maladie doit être « importante » :

« *Je suppose que s'il y avait des campagnes, on m'en a déjà parlé dans les centres de prévention, que oui ça devait être quelque chose d'important, mais au-delà de ça, je sais pas ce que ça fait vraiment. [E21, femme 23 ans]* ».

Niveaux de gravité par rapport au SIDA

Quelques usagers comparent la gravité de l'hépatite C au SIDA ou à un cancer :

« *C'est une maladie grave, on peut la transmettre. C'est aussi grave que le SIDA, par ce que le SIDA on l'attrape moins facilement, c'est plus grave que le SIDA même.* [E15, homme 24 ans] ». « *Oui comme le SIDA, comme un cancer* [E10, femme 26 ans] ».

A l'inverse, plusieurs usagers de drogues la trouvent moins grave que le SIDA : « *Oui parce que c'est pour le foie, mais après grave, grave non, cela ne fait pas partie des maladies vraiment graves comme le VIH ou autre.* [E4, homme 38 ans, guéri de l'hépatite C] », « *C'est pas comme si on avait le SIDA* [E20, homme 33 ans] ».

Un usager évoque des niveaux de gravité suivant le génotype : « *Oui c'est une maladie qui peut être grave, je crois, selon le génotype... Je sais pas comment on dit. Il y a plusieurs catégories de virus. Il y en a qui sont plus graves que d'autres.* [E19, homme 35 ans] ».

Le deuxième groupe considère qu'il ne s'agit pas d'une maladie grave pour deux principales raisons :

- il s'agit dorénavant d'une maladie curable
- les symptômes ne sont pas apparents.

Pas une maladie grave car curable

Beaucoup d'usagers (un peu moins de la moitié) pensent qu'il ne s'agit pas d'une maladie grave puisque la maladie est soignable :

« *Ça n'a pas l'air vraiment grave quand même, peut-être il y a des années, mais quand je vois maintenant, je connais pas mal de gens qui l'ont, s'ils se soignent ça va* [E8, homme 29 ans, injecteur actif] », « *Non, je pense pas. Pour moi, non, on arrive à avoir deux-trois résultats positifs, je pense. Avec les traitements, non ? Si c'est traité à temps ?* [E20, homme 33 ans] ».

Enfin cet usager donne l'impression de banaliser la maladie : « *Si en 2 mois on guérit, c'est pas très grave* [E11, homme 34 ans, hépatite C guéri] ».

Asymptomatique

Cet usager estime que puisque la maladie est silencieuse, elle ne peut être comparée à un cancer : « *Non je pense pas, je connais quelqu'un qui l'a, et il a rien, c'est pas comme un cancer. Certes c'est une maladie, mais je pense que ça se voit pas par rapport à d'autres maladies.* [E9, homme 30 ans] ».

Conclusion :

Ainsi, les usagers interrogés ayant eu l'expérience du traitement ou connaissant des personnes traitées ont tendance à banaliser la maladie estimant que puisque c'est soignable, ce n'est pas dangereux.

3.2.1.3. Sentiments engendrés par la maladie

L'hépatite C engendre différents sentiments suivant les usagers :

Angoisse d'être contaminé

Certains se méfient beaucoup de la maladie et au moindre doute se font dépister :

« Une fois je me suis piqué avec une aiguille qui était sur un canapé. Je suis tout de suite allé voir un infirmier pour en parler, pour savoir si jamais la personne avait l'hépatite C et si moi je pouvais l'attraper. On m'a dit que oui, ça pouvait rester quelque temps dans la seringue. Donc j'ai eu très peur, j'ai commencé à me renseigner un peu, il faut alors attendre deux mois pour les tests, donc deux mois de stress intensif. [E7, femme 32 ans] »,

« J'ai peur d'attraper cette maladie [E10, femme 26 ans] ».

La peur de la maladie peut être très importante.

D'autres appréhendent beaucoup le dépistage, ainsi cet utilisateur interrogé en prison, dans l'attente de sa sérologie me demande d'arrêter l'entretien car le résultat de sa sérologie l'angoisse trop :

« Non, je voudrais arrêter l'entretien, ça m'angoisse trop. [Nervosité] [Préoccupé d'avoir l'hépatite C]. [E15, homme 24 ans]».

Peur de la maladie

Certains se sentent mal rien qu'en pensant à la possibilité d'avoir cette maladie : *« J'aimerais bien être en bonne santé, je n'aimerais pas avoir ça ou le SIDA... Moi j'ai un truc comme ça, c'est pas la peine [E16, homme 23 ans]».*

Ce même utilisateur a pris peur suite à une discussion avec sa copine :

« Mais après ma copine, elle m'a tellement monté la tête, que c'est à cause d'elle que je veux faire une prise de sang. L'autre jour, elle m'a inquiété. En tout cas, moi si j'ai ça, c'est pas la peine, voilà, c'est mort. [E16] »

Changement de pratique induit par la peur de la maladie

Cet utilisateur actuellement sous subutex m'a confié qu'il a arrêté ses pratiques suite à la confiance d'un de ses collègues qui avait attrapé l'hépatite C :

« J'ai un collègue qui avait les hépatites. Il m'a dit : « depuis que j'ai consommé des drogues, que je sniffais et tout j'ai attrapé ça ». Moi ça m'a fait peur. Depuis 2014, ça me fait peur. [...] ça a été une prise de conscience, le fait de pouvoir l'attraper comme ça, ça m'a fait peur. [...] ça a changé pas mal de chose dans ma vie. J'ai arrêté plein de choses [E17, homme 30 ans] »

Indifférence à la maladie

Enfin certains ne se sentent pas concernés par la maladie puisqu'ils n'estiment pas prendre de risques soit parce qu'ils font attention à leur consommation :

« Non parce que je fais attention à mes consommations et comment je consomme, donc non je suis plus concerné par cette maladie. [E11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] »

Le fait d'avoir été guéri facilement de l'hépatite C, diminue également la peur qu'elle peut engendrer :

« J'en ai été guéri il y a 3 mois de cela. Je n'ai rien à voir avec cette maladie. [E 11] ».

Soit parce qu'ils ne consomment plus : *« Moi, ces temps-ci, je consomme plus rien, je prends plus rien, je ne fais plus le tour des pailles, je me suis plus mis de seringues depuis 2004 dans les bras donc ça m'inquiète plus du tout. Je sniffais avant mais là j'ai arrêté, je ne sniffe plus du tout. [E14, homme 34 ans]».*

Conclusion :

Certains consommateurs sont véritablement angoissés par cette maladie, la prise de conscience de pouvoir l'attraper peut leur faire changer radicalement leurs habitudes. Alors que d'autres y sont indifférents puisqu'ils ont été traités ou parce qu'ils ne consomment plus et donc se sentent protégés.

3.2.2. Transmission

3.2.2.1. *Mode de transmission*

Quelles sont les représentations des usagers concernant les modes de transmission de l'hépatite C ?

Connaissances sur les modes de transmission de l'hépatite C

Globalement les utilisateurs connaissent les modes de transmission de l'hépatite C :

Beaucoup insistent sur le fait qu'elle se transmette par le sang :

« C'est quelque chose qui peut se transmettre via le sang enfin je crois. Après, je sais pas plus que ça, je ne sais pas exactement ce que ça provoque. Ça se transmet par le sang, donc faut éviter... les brosses à dents, les rasoirs... [E21, femme 23 ans] », « Par le sang, surtout par le sang, en échangeant les seringues, du sexe sans capote. [E1, homme 39 ans] » ou encore : « Le sang a attrapé un virus soit par la seringue, soit par le sniff, tout ça... [E14, homme 34 ans] ».

Quelques-uns évoquent les relations sexuelles également :

« Je sais pas une maladie, qu'on attrape avec le sang ou les rapports sexuels et ça nique le foie, je crois ou un truc comme ça. [E8, homme 29 ans] »

Connaissances inexactes sur les modes de transmission de l'hépatite C ou absence de connaissance

Certains extrapolent à la salive, ce qui, nous le verrons plus tard, est à l'origine d'une méfiance qui peut sembler excessive :

« Oui pour moi, oui. Il y a des risques et aussi pour les autres personnes. Ça peut se transmettre par le sang, par la salive. C'est quand même assez grave, ça peut toucher les enfants. Ça peut se propager. Moi, je vois ça comme ça. [E17, homme 30 ans] »

« Les échanges de cigarettes [E5, homme 36 ans] ».

Cet ex-usager n'a pas du tout de connaissance :

« Non je ne sais pas. [Comment ça se transmet] [E12, homme 32 ans] ».

Connaissances sur les pratiques à risque :

Certains évoquent le matériel

« Échange de seringues, sexualité, le sang, il faut faire attention. La drogue, les seringues, même les pailles, ça peut aller très vite. [E2, femme 28 ans] ».

Certains vont détailler le petit matériel également pourvoyeur d'infection : « les cuillères, les cotons, je suis au courant [E1, homme 39 ans] ».

Conclusion :

Les usagers de drogues interrogés connaissent pour la plupart le mode de transmission de l'hépatite C par le sang via le partage de matériel. Certains ont cependant des connaissances inexactes pensant que cela peut aussi se transmettre par la salive.

3.2.2.2. Usage et méthodes de protection

Nous relevons ici les méthodes de protection dont nous ont fait part les usagers :

Matériel usage unique

Un certain nombre d'utilisateurs a conscience de l'importance d'utiliser du matériel stérile :

« *Moi je n'injecte pas, ça m'est déjà arrivé, mais j'ai toujours fait très attention à ça en utilisant du matériel stérile.* [E1, homme 39 ans, ancien usager de drogue] ».

« *Je fais attention, j'utilise du matériel stérile à chaque fois que je ne partage pas. On s'injectait moi et ma copine, du coup on a tout le matos stérile et à chaque shoot on le jette.* » [E8, homme 29 ans, injecteur actif]

Absence de partage

Beaucoup d'utilisateurs insistent sur l'importance de ne pas partager son matériel :

« *Je ne prête pas mon matériel quand je m'injecte, même l'eau je ne prête pas.* [Entretien 4, homme 38 ans, consommateur actif] ».

« *Un petit peu, ouais, mais je fais pas mal attention, je fais attention : pas d'échange de matériel. J'ai toujours fait super gaffe à ce que je faisais.* » [E19, homme 35 ans].

Protection sexuelle et absence de partage

D'autres usagers y ajoutent l'importance de se protéger pendant les rapports :

« *Moi j'échange jamais mon matériel, je garde mon matos pour moi, et puis quand je couche avec quelqu'un protection, les capotes ça existe* [E2, femme 28 ans] »

Distribution de matériel stérile

Cet ancien injecteur continue de fréquenter des usagers de drogues actifs, afin de limiter leurs risques, il leur amène du matériel stérile. « *Mais on a encore des potes qui se shootent encore et donc on prend du matos propre pour eux.* [E20, homme 33 ans, ancien consommateur] ».

Méfiance excessive et mode de protection inapproprié

Certains, par méconnaissance des modes de transmission, développent une méfiance excessive comme cet ancien consommateur qui prend des mesures de protection inappropriées avec les autres :

« On la chope parce que on l'a chopée bizarrement donc on va te la refiler bizarrement. Moi, je le ressens comme ça dehors. C'est pour ça que je me méfie. Boire derrière la canette de quelqu'un, ça c'est fini. [E20, homme 33 ans]. »

De même, cet usager en prison fait très attention à l'hygiène :

« Moi ce que je fais, je ne serre plus la main à n'importe qui déjà. Quand je rentre, je me lave les mains. C'est surtout l'hygiène, l'hygiène, la cellule. Faire attention à ce qu'on touche... Se désinfecter... moi je vois ça comme ça. [E17, homme 30 ans]. »

Conclusion :

De nombreux usagers déclarent utiliser uniquement du matériel stérile et insistent sur l'importance de ne pas partager son matériel.

Par ailleurs, certains développent un comportement de méfiance envers les autres, évitant les contacts physiques de peur de contracter entre autre l'hépatite C.

3.2.2.3. Prises de risques

Matériel réutilisable

Certains consommateurs réutilisent leur matériel :

« C'est vrai que parfois, on gardait une aiguille deux-trois jours quand on est sur la fin, mais bon... on les rince bien. [E8, homme 29 ans, consommateur actif] ».

« Après j'ai quand même pas mal pris du vieux matos, mais c'était le mien [E20, homme 33 ans, ancien injecteur] ».

Partage de matériel

Cet usager actif a déjà partagé ses seringues :

« Je ne partage pas mes seringues, du moins, enfin si, ça m'est déjà arrivé mais je sais avec qui je le fais quoi vraiment. [E3, femme 20 ans] »

Prise de risque sexuel

Cet usager a pris des risques d'infection par voie sexuelle en connaissance de cause :

« Je suis sorti avec deux filles qui avaient l'hépatite C, j'ai eu des conduites à risques avec. J'ai toujours été dépisté et tout, je l'ai pas chopée [...] Pour moi les conduites à risques que j'ai eu, tout au long de ma relation, je savais qu'il fallait que j'utilise un préservatif, mais je l'ai pas utilisé du tout, du tout pendant ma relation qui a duré deux ans et demi... [E 1, homme 39 ans] »

Partage de matériel avec son conjoint

Certains utilisateurs ont l'habitude de partager leur matériel au sein de leur couple :

« *Moi, j'ai jamais échangé de seringue, à part avec ma copine* [E20, homme 33 ans] ».

Cependant ce partage n'est pas sans risque comme le rappelle cet utilisateur infecté par l'hépatite C :

« *J'ai attrapé l'hépatite C suite à un partage de seringue avec mon épouse. Je n'ai jamais partagé les seringues avec d'autres personnes.* [Entretien 13, homme 46 ans] ».

Prise de risque chez un patient déjà traité par l'hépatite C

Cet usager de cocaïne par voie intra-nasale, anciennement infecté ne se protège pas :

« *On m'a dit que c'était comme si mon foie était entouré du médicament et que ne pourrai pas la rattraper. Je prends actuellement de la coke en sniff, et je me protège pas trop.* [E6, homme 48 ans, guéri de l'hépatite C] »

Témoignage de prise de risque

Certains usagers de drogues témoignent sur des pratiques qui ont pu les choquer, comme cet UDIV actif : « *Le problème c'est qu'il y en a plein qui échangent leur seringues et qui se font pas soigner. "Vas-y prend la mienne, t'inquiète je l'ai lavé à l'eau bouillante".* [E8, homme 29 ans] ».

Cet utilisateur témoigne des risques importants lors des ambiances festives :

« *J'ai déjà vu des teufs avec 5 seringues pour une dizaine de personnes. Ils se les échangent dans le camion, après ptet qu'ils se connaissent et qu'ils savent qu'ils sont tous négatifs, mais bon, moi j'aurai pas confiance* [E8, homme 29 ans] ».

Certains prennent consciemment des risques

Cette consommatrice estime que certains prennent consciemment des risques :

« *Oui, y en a qui s'en foutent, clairement. Y en a qui pensent que c'est déjà foutu... Ils s'en fichent complètement. Ils sont conscients des risques mais ils s'en foutent.* [E21, femme 23 ans] ».

Conclusion :

Certains usagers interrogés admettent qu'ils ont déjà partagé ou réutilisé du matériel. Cependant les comportements les plus à risque décrits sont commis par d'autres usagers.

3.2.2.4. Modifications des pratiques

Suite à des évènements, les usagers changent parfois de pratiques :

Modification des pratiques liées à la peur de l'hépatite C suite à une contamination dans l'entourage

Ainsi cet usager interrogé en prison me confie qu'il ne pensait pas que l'hépatite C était si facilement transmissible : « *Parce que j'ai un collègue qui avait les hépatites. Il m'a dit : « depuis que j'ai consommé des drogues, que je sniffais et tout j'ai attrapé ça ». Moi ça m'a fait peur. Depuis 2014, ça me fait peur. Là je prends juste mon traitement sublingual. [E17, homme 30 ans] ».*

Ce même patient évoque aussi le décès d'un proche comme élément déclencheur :

« *Oui, ça a été une prise de conscience, le fait de pouvoir l'attraper comme ça, ça m'a fait peur... Après il y a eu le décès de mon petit neveu, il était toujours avec nous et puis il s'est fait écraser par un train, ça a changé pas mal de chose dans ma vie. J'ai arrêté plein de choses. [E 17] ».*

Modification des pratiques liées aux conséquences des injections pour la santé

Cet ancien consommateur a subi des complications infectieuses :

« *Après, nous, on se drogue plus. Moi, j'ai perdu des doigts à cause de ça... Pas à cause de l'hépatite, mais à cause des injections... [E20, homme 33 ans] ».*

Modification des pratiques suite à l'hépatite C

Cet usager guéri de l'hépatite C, a pour sa part arrêté les injections suite à la maladie :

« *Les seringues c'est fini, j'arrête de me shooter. J'évite de prendre les pailles des autres, je prends juste ma paille et ensuite je me protège sexuellement. [E11, homme 34 ans]. ».*

Conclusion :

Certains usagers ont radicalement changé leur pratique suite à l'infection par l'hépatite C ou à la contamination d'un proche. D'autres ont changé leurs habitudes suite aux conséquences des injections (infections de la main).

3.2.3. DEPISTAGE

3.2.3.1. Connaissance des types de dépistage

Nous avons relevé ici les connaissances des usagers sur les types de dépistage et ceux qu'ils pratiquent :

Dépistage par prise de sang - Pas de connaissance sur l'existence des TROD

Quelques usagers se représentent le dépistage uniquement par une prise de sang :

« *C'est une prise de sang. [E14, homme 34 ans]* ».

En effet, certains n'ont pas connaissance de l'existence des TROD (Test rapide d'orientation diagnostique) :

« *Non je ne savais pas, c'est nouveau ? [E11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C]* ».

Connaissance du TROD (Test rapide d'orientation diagnostique)

La plupart des usagers consultant au CAARUD connaissent cependant le dépistage de l'hépatite C par le TROD :

« *Oui avec le doigt, je l'ai déjà fait plusieurs fois [E1, homme 39 ans]* ».

« *Je le fais par le TROD. [E3, femme 20 ans]* ».

Passage de la prise de sang au TROD

Ce consommateur irrégulier me confie être passé de la prise de sang au TROD :

« *Prise de sang au doigt, puis analyse et tout ça. Avant je faisais les prises de sang, et puis y a pas longtemps j'ai commencé à faire le trod [E5, homme 36 ans]* ».

Conclusion :

Les utilisateurs de drogues connaissent l'existence des dépistages sur l'hépatite C. Tous les usagers (sauf un) ont déjà bénéficié d'un dépistage de l'hépatite C.

Les usagers fréquentant le centre Planterose ont souvent déjà effectué des TROD alors que les usagers interrogés en prison sont habitués à réaliser des prises de sang.

3.2.3.2. Intérêt et régularité du dépistage

Nous avons relevé ici les motifs qui amènent au dépistage ainsi que la régularité du dépistage chez les usagers de drogues :

Dépistage régulier

Beaucoup d'usagers notamment actifs déclarent se faire dépister régulièrement :

« *Oui je me dépiste tous les 3 mois, parce qu'il faut un délai de 3 mois avant que la maladie apparaisse [E4, homme 38 ans, consommateur actif, guéri de l'hépatite C]* ».

« C'est trimestriel chez moi. Oui c'est ce qu'on m'a dit et puis personnellement, je préfère ça tous les trois mois comme je consomme de la cocaïne trois à quatre fois par semaine, je fais attention à ce que je n'ai pas l'hépatite A, B... à ne pas être malade [E11, homme 34 ans, consommateur actif, guéri de l'hépatite C] ».

Dépistage lors de certaines occasions :

Dépistage lors des changements de structure

Ce consommateur actif fait un point sur sa santé à chaque fois qu'il change de ville :

« Souvent, à chaque fois qu'on change de ville, il y a un nouveau CSAPA, un nouveau CAARUD, du coup, on le fait. En gros tous les 3-4 mois. [E8, homme 29 ans] ».

Dépistage lors des passages en prison

Cet usager qui ne consulte pas dans les CAARUD, ne se fait dépister que lors de ses passages en prison :

« Je l'ai fait à chaque fois que je viens en prison. [E15, homme 24 ans] ».

Dépistage irrégulier:

Dépistage suite aux prises de risques et à la peur

Certains consommateurs ne suivaient pas suffisamment les recommandations en matière de dépistage mais essaient de faire des efforts actuellement :

« Non, sauf que quand je pense qu'il y a un risque. Je devrais le faire tous les 6 mois mais je le fais environ deux fois par an et encore... [...] moins. [...] La je devrais le refaire d'ici 3 mois, mais c'est vrai qu'avant j'y pensais pas du tout. [E10, femme 26 ans, injection actuelle] ».

« Non, je me fais pas régulièrement dépister [E6, homme 48 ans, sniffeur actif] »

Cette usagère dénonce la non-implication de ses copains dans un dépistage régulier. Elle estime que ses copains ne font le dépistage que suite à une prise de risque ayant entraîné la peur d'attraper le virus.

« C'est un problème, moi je vois les trois quart des copains qui s'en foutent. Donc ils le font, quand ils ont vraiment fait un acte sexuel non protégé, ou quand ils ont échangé des seringues, mais il faut qu'il y ait la peur de l'avoir pour le faire [E2, femme 28 ans] ».

Pas de dépistage, si pas de prise de risques

Beaucoup de consommateurs qui estiment ne plus prendre de risque ne font pas de dépistage :

« Je l'ai pas fait depuis assez longtemps parce qu'a priori j'ai pas eu de prise de risques. [E21, femme 23 ans, arrêt des injections récemment] ».

« Il faut que je refasse, ça fait deux ans, après j'ai pas eu de conduites à risques, donc... [E1, homme 39 ans] »

Conclusion :

Une majorité d'usagers interrogés notamment au CEID déclarent se faire dépister régulièrement. Certains le font surtout suite à une prise de risques.

Certains usagers se font dépister lors des changements de structure : CAARUD/CSAPA.

Les sniffeurs de cocaïne interrogés en prison ne consultant pas dans des CAARUD se font dépister lors de leur passage en prison.

3.2.3.3. Accessibilité et avantages des dépistages

Les usagers nous ont donné les avantages et inconvénients des types de dépistage :

3.2.3.3.1. Avantages du TROD :

Facile d'accès et rapide, permet le dépistage à un public plus large

De nombreux usagers mettent en avant l'accessibilité du TROD et la rapidité des résultats :

« C'est très bien qu'ils le fassent au CAARUD. C'est vrai qu'avant il fallait à l'hôpital pour faire la prise de sang, c'était vachement plus chiant, fallait aller en laboratoire. La voilà maintenant, en une demi-heure tu peux savoir. [E2, femme 28 ans] ».

« Ouais, ça va, notamment avec le kit qui pique le doigt, c'est rapide. » [E4, homme 38 ans]

Cet usager pense que cela permet à un plus grand nombre d'usagers d'avoir accès au dépistage :

« Le TROD c'est un truc bien, il y a plein de gens, ils n'ont qu'une veine, c'est galère. Les infirmiers galèrent avec leur prise. Du coup, c'est pour ça je pense qu'il y en a qui ne veulent pas y aller.

Là, ça prend 5 minutes, pam pam. Ouais je pense que c'est mieux. [E8, homme 29 ans] ».

Simple

De nombreux usagers mettent en avant la simplicité et la rapidité du TROD :

« Oui des petites piqûres au bout des doigts, on attend un quart d'heure, vingt minutes. [...] le dépistage est simple, c'est pas mal. Vraiment bien [E19, homme 35 ans] ».

« Par le doigt. Une fille a fait ça au « Caillou ». [...]Oui cette technique, c'est simple. » [E12, homme 32 ans]

Peu invasif donc plus pratique que les prises de sang chez les injecteurs

Les consommateurs qui s'injectent apprécient le TROD car il est difficile de faire la prise de sang en raison de leur capital veineux restreint :

« Je l'ai déjà fait par TROD dernièrement, je l'ai aussi fait par prise de sang mais c'est galère pour trouver les veines. C'est plus pratique avec le TROD depuis qu'ils l'ont sorti, surtout pour ceux qui s'injectent. Sinon c'est galère, les infirmiers pour trouver des veines... généralement c'est moi qui trouvait la veine et qui me pique et tout... c'est un peu gênant. [E10, femme 26 ans] ».

Cet usager qui n'a pas encore essayé le TROD apprécie qu'il soit moins invasif :

« Oui, c'est mieux, je préfère. Les aiguilles ce n'est pas trop mon truc... [E16] »

Gratuit et anonyme

Certains consommateurs soulignent le côté gratuit et anonyme du TROD.

« Oui je pense que c'est bien de le faire comme ça, anonymement, gratuitement. Y a des années, c'était pas comme ça. [E8, homme 29 ans] ».

« Il y a plusieurs structures qui permettent de faire des TROD gratuitement [E7, femme 32 ans] ».

3.2.3.3.2. Inconvénients du TROD

Pas intéressant pour les patients déjà en contact avec l'hépatite C

Cet usager met en avant que le TROD est réservé aux patients n'ayant jamais été au contact de l'hépatite C :

« Oui, mais ce qui se passe, c'est que moi, je peux pas le faire car j'ai déjà eu l'hépatite C, donc ça sera positif. [E13, homme 46 ans, guéri de l'hépatite C] ».

Doute sur la fiabilité du TROD par rapport à la prise de sang

Cette usagère a des doutes sur la fiabilité du TROD :

« Le TROD est plus rapide, mais je pense que la prise de sang est plus sûre. Au moins on est sûr à 100%. [E7, femme 32 ans] ».

3.2.3.3.3. Inconvénients de la prise de sang

Difficulté d'accès au dépistage par prise de sang

Cet usager pointe les difficultés pour accéder à la prise de sang :

« Je peux pas faire le dépistage sanguin, car j'ai pas la couverture sociale, je dois attendre. [E13, homme 46 ans] ».

Les autres inconvénients de la prise de sang sont listés plus haut par les usagers, ils la considèrent invasive, compliquée pour les UDIV, contraignante car nécessite de se déplacer à l'hôpital.

Conclusion :

Le dépistage par TROD a les faveurs des usagers de drogues de par son accessibilité, sa simplicité et sa rapidité. Cependant les utilisateurs déjà contaminés ne peuvent prétendre au TROD. La prise de sang classique est plus compliquée d'accès en raison de la nécessité d'avoir ses papiers à jour.

3.2.3.4. Information sur le dépistage

Nous relevons ici l'avis des usagers concernant l'information diffusée auprès d'eux à propos du dépistage.

Bonne information à propos du dépistage de l'hépatite C

Beaucoup d'usagers notent que l'information est actuellement bien diffusée :

« il y a beaucoup de formulaires, à la télé ils en parlent, à la radio aussi. Y a même une station exprès ou ils parlent des maladies et tout ça. Des fois, j'écoute le matin en allumant ma radio. Il y a des médecins qui parlent, des gens leur posent des questions, et souvent ils parlent de l'hépatite C [E5, homme 36 ans]. ».

Information diffusée, mais certains ne se sentent pas concernés

Cette usagère note que même si l'information est diffusée, certains n'en tiennent pas compte :

« Oui, dans le sens où il y a des panneaux partout, on arrête pas d'en parler, il y a tout ce qu'il faut, mais ils ne le prennent pas en compte. [E2, femme 28 ans] ».

Information non diffusée chez certains

Cet usager interrogé en prison n'a pour sa part pas eu d'information à ce sujet :

« Oh non, comme je vous dis, je n'en ai pas entendu parler. Je ne connais pas trop trop. [E16, homme 23 ans] ».

Conclusion :

Les usagers sont pour la plupart informés de l'existence des dépistages. Certains usagers cependant ne se sentiraient pas concernés.

3.2.4. TRAITEMENT

3.2.4.1. Connaissance du traitement

Dans un premier temps, nous nous intéressons à la connaissance du traitement par les usagers :

Connaissance du nouveau traitement

Certains utilisateurs qui côtoient des personnes infectées connaissent le traitement :

« Beh en fait on m'en a parlé, avec le nouveau traitement qu'il y a, on m'a dit que c'était assez rapide [E4, homme 38 ans] »

« J'ai des amis qui l'ont ou qui l'ont eu, ils sont sous cachet tout ça. Ça leur prenait le foie comme ils disaient, ça l'attaquait, la peau jaunissait. [E14, homme 34 ans] »

Ignorance des traitements

La moitié environ des usagers interrogés n'ont pas ou très peu de connaissances ou d'a priori sur les traitements :

« Je ne suis même pas au courant du traitement qu'il y a. Vu que je suis négatif au niveau de ça, les traitements je n'en ai jamais entendu parlé. Je connais des gens qui ont l'hépatite C mais ils ne se traitent pas. [E3, femme 20 ans] ».

« Non, je ne connais pas du tout, la personne que je connaissais qui avait l'hépatite C n'était pas traitée [E9, homme 30 ans] »

Ignorance des nouveaux traitements

Cet ancien consommateur ne connaît que les anciens traitements :

« C'est une trithérapie, c'est... comment ça s'appelle ce médicament... c'est interféron. [E13, homme 46 ans] ».

Un sujet tabou

Certains usagers estiment qu'il s'agit d'un sujet tabou, il est difficile d'évoquer les traitements entre eux :

« J'ai connu des gens qui ont eu l'hépatite C et qui l'ont toujours, mais après je sais pas s'ils sont traités, mes collègues n'aiment pas trop en parler [E5, homme 36 ans] ».

« J'en ai jamais parlé, généralement ils évitent d'en parler, ça rappelle des mauvais souvenirs... Je pense que ça doit être fatigant, prendre des cachets tous les jours [E10, femme 26 ans] »

Conclusion :

Le traitement de l'hépatite C n'est pas toujours connu des utilisateurs, il s'agit d'un sujet parfois tabou. Une bonne moitié des usagers interrogés n'a donc pas d'a priori sur les traitements. Ceci s'explique entre autre par le fait que les usagers infectés ne souhaitent pas forcément en parler avec les autres.

Certains connaissent les nouveaux traitements alors que d'autres ont encore l'image de l'ancien traitement.

3.2.4.2. Tolérance du traitement

On s'est intéressé ici plus spécifiquement à la tolérance du traitement parmi les usagers qui ont déjà entendu parler de celui-ci :

Nouveau traitement très bien toléré

Cet usager guéri de l'hépatite C estime que le traitement est très bien toléré :

« Et beh nickel, c'est passé comme une lettre à la poste. J'ai été traité et j'ai eu aucun effet secondaire. J'ai été traité pendant deux mois, deux mois et demi. Aucun effet secondaire, super traitement. Pour moi j'ai plus de virus. [E 11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] ».

Nouveau traitement fatigant mais efficace

Cet usager témoigne par une amie de l'efficacité du nouveau traitement :

« Beh en fait on m'en a parlé, avec le nouveau traitement qu'il y a, on m'a dit que c'était assez rapide, mais que c'était fatigant, j'ai une amie qui l'a testé qui m'a dit que c'était assez fatigant et tout, mais que c'était assez rapide et efficace. [E4, homme 38 ans] ».

Un traitement lourd

Parmi les usagers qui ont entendu parler du traitement, environ la moitié en a encore l'image d'un traitement lourd :

« C'est un traitement super lourd, comme pour le SIDA, la trithérapie [E2, femme 28 ans] »

« Il est super lourd, ils l'ont amélioré d'année en année. Mais voilà quand tu prends la piqure tous les trois jours, ou tes cachetons, il y en a des super costauds. Pendant, trois-quatre jours t'es une lingette, moi j'ai vu des potes ramper jusqu'à leur porte. [E2] »

Cet usager précise qu'à l'époque c'était un traitement lourd et contraignant :

« Lourd... ça a changé, mais à l'époque... mon traitement il y a avait 25 cachetons pendant 6 mois, maintenant je crois que c'est 3 ou 4. C'est un lourd traitement, fatigant, j'avais eu un symptôme avec les jambes paralysées, j'étais vraiment très mal pendant 6 mois [E6, homme 48 ans] ».

Un traitement avec beaucoup d'effets secondaires (ancien traitement)

Cet usager témoigne des effets secondaires du traitement :

« Ça la fatigue, elle a beaucoup de nausées. Elle prend le traitement tous les matins et jusqu'à une heure, deux heures de l'après-midi, elle a des nausées, elle tousse. Mais après ça va. [E13] ».

Un traitement de longue durée

Cette usagère insiste également sur la durée du traitement :

« Il est super costaud, quand tu arrives à l'avoir, il est dur à accepter, il y en a plein qui font des rejets. Et puis c'est long, c'est trois à six mois, c'est ça ? [E2, femme 28 ans] ».

Un traitement moins lourd que pour le SIDA

Cet usager compare le traitement de l'hépatite C avec celui du SIDA.

« Je sais que le SIDA c'est un truc lourd, après l'hépatite, je sais pas, je pense pas que cela soit super lourd, je vois pas mal de gens qui sont traités, et ça a l'air d'aller, donc je pense que ça va. [E8] ».

Conclusion :

Les usagers traités par le nouveau traitement ont l'image d'un traitement bien toléré. Alors que les autres usagers n'ayant pas été traités, ont des représentations plus diverses : certains ont encore l'image de l'ancien traitement éprouvant, alors que d'autres, qui évoquent le nouveau traitement, ont l'image d'un traitement efficace mais fatigant.

3.2.4.3. Accessibilité du traitement

On s'intéresse ici à la manière dont les usagers perçoivent l'accessibilité du traitement.

3.2.4.3.1. Traitement difficile d'accès

Nécessité d'être logé

Cette usagère insiste sur la nécessité d'avoir un logement pour être traité :

« Pour avoir ce traitement-là, faut avoir un appartement, donc rien que ça, les trois quarts qui sont dehors. Ou alors, on leur propose, ils ont une liste comme ça, les appartements thérapeutiques, mais bon y a beaucoup beaucoup de gens qui demandent, t'as presque pas de place. [E2, femme 28 ans] ».

Traitement onéreux, donc difficile d'accès

Certains usagers voient comme frein à l'accessibilité du traitement son prix important :

« C'est un petit peu galère j'ai l'impression pour avoir le traitement. Il y a certains traitements qui coûtent cher. [E19, homme 35 ans] » « En tout cas c'est un traitement cher, 35 000€. Si vous n'avez pas d'argent en France, vous le donnez le traitement ? [E13, homme 46 ans] », « Non c'est cher [E11, homme 34 ans] ».

Nécessité de suivre une cure de sevrage

Cet usager met en avant la nécessité de suivre une cure de désintoxication :

« Donc il faut rentrer dans des protocoles pour avoir certains traitements, suivre une cure de désintoxication.

Il y avait une fille qui avait l'hépatite C, fallait qu'elle suive la cure pour avoir son traitement. C'est un peu galère. [E19, homme 35 ans] »

Délai important à l'extérieur / Traitement plus facile d'accès en prison

Cet usager guéri de l'hépatite C témoigne du délai important pour se faire soigner :

« J'ai dû attendre plus d'un an avant de me faire soigner. C'est pas accessible à tout le monde. Il a fallu que je retourne en prison pour me faire soigner. C'est la prison qui m'a soigné. Si j'avais dû me faire soigner ici, j'aurai attendu pendant encore un an, je pense. En prison, ils m'ont dit, comme vous êtes incarcéré pendant un certain temps, on va vous soigner ici, ça sera fait. [E 11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] »

Mauvaise accessibilité du traitement en Belgique

Cet usager témoigne qu'en Belgique, le traitement n'est donné que tardivement :

« C'est vraiment quand on est au bord de la mort que les médecins donnent le traitement. [E13, homme 46 ans] »

3.2.4.3.2. Traitement accessible

Bonne accessibilité des soins en prison

Certains usagers mettent en avant la bonne accessibilité des soins en prison :

« En prison, on soigne l'hépatite, mais dans mon cas, on ne pouvait pas la soigner car elle n'était pas déclarée. J'étais porteur sain. [E13, homme 46 ans, guéri de l'hépatite C] »

« Oui, en prison, ils sont dans l'obligation de vous soigner si vous avez le temps. Si vous restez plus de deux mois et demi, ils vous soignent. [E11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] »

Traitement donné aux patients qui en ont besoin

Cet usager pense que le traitement est donné aux personnes qui en ont besoin :

« Le traitement est assez accessible. On le donne aux personnes qui en ont besoin. [E14, homme 34 ans] »

Etre volontaire dans sa prise en charge et voir les bonnes personnes :

Certains usagers pensent qu'il faut être volontaire et voir les bonnes personnes :

« Il faut savoir se diriger vers les bons relais, les bons coins, les bonnes personnes. Après, on se fait soigner et il n'y a pas de soucis. Il ne faut pas rester à l'écart, exclu. Il faut partir voir les médecins, aller dans des centres comme le CEID, la CASE. Il faut se faire dépister au plus vite, surtout s'il y a un doute, une prise de risque. Il faut savoir nous aussi s'intéresser à nous, et rentrer dans le circuit. Il ne faut pas s'exclure. [E11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] »

« Si vous faites le nécessaire pour vous en sortir de cette maladie-là, oui. Il faut faire le nécessaire, voir les personnes qu'il faut. [E14, homme 34 ans] »

Bonne accessibilité des soins en France

Cet usager estime qu'en France il y a une bonne accessibilité aux soins :

« Ils s'occupent bien de ce cas, qu'on ait vachement aidé par rapport à ça et tout ça, qu'il y a d'autres pays où ils n'ont pas d'aide. Et que c'est vrai que la France, on a la chance d'avoir une sécurité sociale qui nous aide bien, il y a la CMU pour ceux qui ne travaillent pas [E4, homme 38 ans] »

Conclusion :

Les usagers ayant été infectés témoignent de l'accessibilité du traitement, même si le délai en extérieur est parfois long. Quelques-uns pensent qu'il faut voir les bonnes personnes pour être soigné.

Certains pensent que le coût du traitement freine sa diffusion. D'autres pointent des contraintes aux traitements, comme la nécessité d'une cure de sevrage ou d'avoir un logement.

3.2.4.4. Acceptabilité du traitement

On s'intéresse ici à l'acceptabilité du traitement si on devait leur proposer un jour :

Acceptabilité du traitement sans hésitation

La plupart des consommateurs interrogés accepteraient le traitement si on leur proposait :

« *Non, je me ferai traiter, sans problèmes. Je préfère guérir que mourir d'un cancer du foie.* [E13, homme 46 ans] »

« *Si on peut traiter je le ferai. Mieux vaut être soigné que garder...* [E16, homme 23 ans] »

« *Non, j'ai pas de soucis avec ça.* [E17, homme 30 ans] ».

Rapport bénéfice risque du traitement positif

Cette consommatrice se ferait traiter même si le traitement est difficile :

« *Même si je sais que le traitement est dur, je préfère l'enlever l'hépatite, que la garder à vie. Pour l'avoir vu, des potes qui le gardent et qui se traitent pas, voilà ils perdent beaucoup de kilos, la santé s'améliore pas.* [E2, femme 28 ans] »

Refus du traitement par manque de confiance envers les soignants

Cet ex-consommateur en prison vient de refuser le traitement proposé par l'hépatologue :

« *En fait, je suis habitué à mes médecins, je vis à la campagne, c'est des médecins qui ont fait de grosses études, qu'on connaît très bien dans notre campagne. C'est pour ça j'ai du mal à faire confiance à des médecins que je ne connais pas. Au début je ne voulais pas me faire traiter.* [E18, homme 40 ans, infecté de l'hépatite C] »

Manque de volonté de certains

Ces consommateurs relèvent le manque de volonté de certains consommateurs infectés, parfois liée à des problèmes administratifs (CMU) :

« *Une amie à moi qui devait avoir son traitement, un autre qui se soigne pas. [...] Il n'a pas la volonté* [E19, homme 35 ans] »

« *T'es malade, tu te fais soigner, c'est logique. Je dis ça, mais y a des gens qui pensent pas comme moi. Y en a qui ont le VIH et qui ne se font pas soigner, ou y en a qui n'ont pas de CMU, du coup ils galèrent* [E8, homme 29 ans] ».

Conclusion :

Le traitement serait bien accepté dans son ensemble par les usagers interrogés. Un usager infecté a refusé le traitement proposé. Certains pointent le manque de volonté de se faire traiter de leurs proches.

3.2.4.5. Possibilité de traitement avec usage de drogue actif

On s'intéresse aux connaissances des usagers concernant la possibilité de bénéficier d'un traitement tout en consommant :

Possibilité d'être traité tout en continuant l'usage de drogues

Beaucoup d'usagers pensent qu'il est possible de poursuivre sa consommation pendant le traitement :

« *Oui, bien sûr, du moment qu'on fait attention à ne pas partager son matériel.* [E3, femme 20 ans] »

« *Bah après, il suffit de faire attention je pense, mais c'est sûr que ça va fatiguer plus le corps, mais je pense que c'est faisable.* [E8, homme 29 ans] »

Espérance de pouvoir être traité en poursuivant l'usage de drogues

Cet usager ne sait pas si c'est possible mais espère qu'il pourra poursuivre ses consommations :

« *Ah j'espère, si un jour je l'ai que je puisse continuer à me droguer... [rire]* [E10] »

Arrêt de l'alcool obligatoire

Certains usagers insistent sur l'importance d'arrêter l'alcool pendant le traitement :

« *Oui, on peut se traiter avec une consommation, mais avec l'alcool, non, si on boit de l'alcool, on nous soigne pas. Ça mènerait à rien, on vous donne un médicament puis de l'autre côté on buvrail, ça abime le foie. Mon hépatologue m'a dit si vous continuez à boire, dans 5 ans vous êtes mort. J'avais le foie déglingué. J'ai arrêté l'alcool cash.* [E6, homme 48 ans, guéri de l'hépatite C] »

« *Les traitements qu'elle prenait n'étaient pas compatibles avec l'alcool. Elle buvait quand même... A cette époque-là il y avait juste ce problème-là qui se posait sur le traitement* [E1, homme 39 ans] »

Possibilité d'avoir le traitement en étant substitué par Subutex ou Methadone

Un usager précise qu'on peut poursuivre son traitement de substitution pendant le traitement :

« *Ah oui, bien sûr, après dans la logique c'est d'arrêter. Mais tu peux continuer, moi ceux qui ont des traitements, j'ai des copains qui sont au Subutex ou à la Méthadone, ils ont quand même leur traitement.* [E2, femme 28 ans] »

Conclusion :

Les usagers pensent pour la plupart qu'il est possible de se faire traiter tout en ayant une consommation active de drogues notamment si on fait attention à la réduction des risques. Certains indiquent que l'alcool est quant à lui contre-indiqué.

3.2.4.6. Risque de recontamination

On s'intéresse ici aux connaissances des usagers concernant la recontamination de l'hépatite C, une fois guéri :

Risque de recontamination possible

Certains consommateurs savent qu'il est possible de se recontaminer :

« *Oui je sais [que c'est une maladie qui peut revenir], c'est pour ça que je veux me faire dépister, faire une prise de sang demain.* [E11, homme 34 ans, guéri de l'hépatite C] »

« *Oui, bien-sûr, je n'ai pas de doute.* [E1, homme 39 ans] »

Idée reçue que l'on est protégé par ses anticorps

Alors que d'autres utilisateurs, pensent qu'une fois guéris, ils sont à l'abri d'une recontamination :

« *Je pense que non. Du coup, si on a déjà les anticorps, ça devrait être impossible.* [E8, homme 29 ans] »

« *C'est comme la varicelle, une fois qu'on l'a eu, on l'a plus.* [E10, femme 26 ans] »

Idée reçue selon laquelle on ne peut pas se recontaminer car protégé par les médicaments

Cet usager déjà traité pense être protégé par les traitements dont il a bénéficié :

« *On m'a dit que maintenant, je ne pouvais plus l'attraper maintenant que j'ai été soigné, c'est vrai ? On m'a dit que c'était comme si mon foie était entouré du médicament et que ne pourrai pas la rattraper. Je prends actuellement de la coke en sniff, et je me protège pas trop.* [E6, homme 48 ans] »

Pas de connaissances

Beaucoup d'usagers n'ont pas les idées claires sur la question :

« *Ça je sais pas, pour moi une fois qu'on a été traité, on ne peut plus la rattraper, c'est comme le parvovirus. Quand tu l'as eu une fois, normalement, tu ne peux plus la ré-avoir. Mais je suis pas sûr si tu te réexposes à des risques, peut-être.* [E2, femme 28 ans] »

Conclusion :

La notion de recontamination reste pour le moment peu diffusée. Peu d'usagers connaissent les risques de la recontamination. Un usager ayant déjà eu l'hépatite C pense même être protégé. Il semble important de mieux sensibiliser les usagers à ce sujet.

3.2.5. Information sur l'hépatite C

3.2.5.1. Besoin d'information

Besoin d'en savoir un peu plus sur la maladie et ses traitements

Certains usagers sont désireux d'en savoir plus notamment sur les traitements :

« Je pense que oui, en fait, on connaît le nom. On sait que ça existe. Mais on sait pas vraiment genre ce que ça fait ni si c'est soignable, ni les risques de comment l'attraper, tout ça. Je pense que c'est sur ça qu'il faut accentuer. Voilà. [E21, femme 23 ans] »

« Beh, je sais pas trop, par rapport au traitement je suis au courant de rien, la maladie en elle-même oui, mais le traitement. On fait de la prévention mais on ne parle pas de traitement je trouve. [E3, femme 20 ans] »

« Je pense pas, il en faudrait plus. Plus d'informations [E16, homme 23 ans] ».

Information peu diffusée et probablement mieux diffusée auprès des malades atteints

Cette usagère estime ne pas avoir été beaucoup informée :

« Ça va... mais sans plus, j'en ai entendu parler. Pour ceux qui l'ont pas, on en parle pas beaucoup, ils en parlent peut être avec ceux qui l'ont. [E10, femme 26 ans] »

Peu d'action auprès des usagers de drogues dans la rue

Certains usagers aimeraient plus d'information auprès des usagers dans la rue :

« Après dans la rue, on ne va pas beaucoup nous voir. [E7, femme 32 ans] »

« Il faudrait plus aller dans les rues et en parler avec des gens, parce qu'il y a des gens qui ne savent même pas qu'ils l'ont. Moi je vois des fois des gens dans les squats se prêter les seringues... Aller plus sur le terrain pour plus en parler, vraiment faire comprendre que c'est pas bien de prêter le matériel, les cotons et tout ça [E4, homme 38 ans] »

Faire davantage de prévention individuelle

Cette usagère estime que ses amis ne sont pas assez sensibilisés :

« *Moi, oui, mais la plupart des potes, pas assez malgré les affiches. Il faudrait plus leur parler directement, les prendre un par un et bien leur expliquer* [E2, femme 28 ans] ».

Insister davantage sur la prévention

Cette usagère pense aussi qu'il faudrait parler encore davantage de la prévention.

« *Oui, même si on est un peu courant, il faudrait le redire aux gens, pour qu'ils fassent encore plus attention. La preuve, il y en a qui attrape encore l'hépatite...* [E10, femme 26 ans] »

3.2.5.2. Information suffisante

Bonne communication dans les CAARUD

Certains usagers notent une bonne communication dans les CAARUD :

« *Oui, j'ai remarqué qu'en ce moment on en parlait pas mal. Il y a pas mal de pub dans les CAARUD. Il y a pas mal d'affiches où on parle de l'hépatite C. C'est plutôt pas mal, ça. Ça peut pousser les gens à se soigner et éviter de retransmettre derrière. C'est pas mal.* [E19, homme 35 ans] »

« *Au CEID, il y a tout ce qu'il faut.* [E11, homme 34 ans] »

Information mieux diffusée qu'il y a quelques années

Cet usager constate l'amélioration de la diffusion par rapport à il y a quelques années :

« *Ouais, je trouve ça va surtout depuis quelques années par rapport à il y a une dizaine d'années, même à la télé on voit des pubs sur le VIH, mais après c'est vrai qu'on parle plus du SIDA que de l'hépatite C.* [E8, homme 29 ans] »

Bonne information via les médias

Certains usagers remarquent que l'information est diffusée dans les médias :

« *Il y a beaucoup de formulaires, à la télé ils en parlent, à la radio aussi. Y a même une station exprès ou ils parlent des maladies et tout ça. Des fois, j'écoute le matin en allumant ma radio. Il y a des médecins qui parlent, des gens leur posent des questions, et souvent ils parlent de l'hépatite C* [E5, homme 36 ans] »

Information dans les groupes de parole en prison

Cet usager s'est pour sa part informé en prison :

« *Oui, c'était à la prison de Mont de Marsan et je l'ai fait à Neuvic.*

J'ai fait le dialogue avec plusieurs personnes, on m'a dit que, dans un groupe de parole, que ça se transmettait par les drogues, quand on consomme des drogues. [E17, homme 30 ans] »

Information diffusée, au consommateur de s'y intéresser

Enfin cet usager rappelle que c'est avant tout au consommateur de faire l'effort de s'y intéresser :

« Oui, franchement oui. Après si ce n'est pas assez, c'est plutôt les consommateurs qui ne font pas le nécessaire. Mais sinon, les médecins tout ça, ils font ce qu'il faut au plus vite. [E14, homme 34 ans] »

Conclusion :

Les usagers interrogés s'accordent pour dire que l'information est mieux diffusée ces dernières années, cependant certains pensent qu'il n'y a pas assez d'action dans la rue, car il existerait encore trop de pratiques à risque.

4. DISCUSSION

4.1. PRINCIPAUX RESULTATS

Notre étude permet de faire ressortir que tous les usagers de drogues interrogés connaissent ou ont entendu parler de l'hépatite C. La plupart connaissent les modes de transmission de l'hépatite C et savent comment s'en protéger. Ils sont nombreux à déclarer utiliser uniquement du matériel stérile et insistent sur l'importance de ne pas partager son matériel. Néanmoins, certains admettent qu'ils ont déjà partagé ou réutilisé du matériel.

Ces résultats, plutôt rassurants sur les connaissances et les pratiques des usagers de drogues, nous questionnent cependant sur l'exactitude de leurs témoignages. Nous nous demandons parfois si certains n'omettent pas de déclarer des partages de matériels afin de paraître plus responsables. Par ailleurs, les produits psychoactifs utilisés peuvent avoir un effet désinhibant favorisant les prises de risques.

Par ailleurs, l'hépatite C a tendance à être banalisée par certains usagers de drogues en raison de son caractère curable. Il y a là un risque que les usagers de drogues baissent la garde concernant la réduction des risques.

Concernant le dépistage, les usagers de drogues interrogés en CAARUD déclarent tous avoir déjà recouru au dépistage de l'hépatite C. Ils apprécient le TROD pour son accessibilité, sa simplicité et sa rapidité.

Concernant le traitement, il n'est pas toujours connu des utilisateurs. Il s'agit d'un sujet parfois tabou. Certains connaissent les nouveaux traitements, alors que d'autres ont encore l'image de l'ancien traitement (qu'ils associent à un traitement lourd). Les usagers traités par le nouveau traitement en ont une bonne image.

Point positif, le traitement serait bien accepté dans son ensemble par les usagers interrogés

Peu d'usagers connaissent les risques de la recontamination, certains se pensent protégés puisque ayant déjà eu l'hépatite C. Bien informer les patients est essentiel afin d'éviter de nouvelles infections.

Enfin, les usagers interrogés s'accordent pour dire que l'information est mieux diffusée ces dernières années. Cependant certains pensent qu'il n'y a pas assez d'action dans la rue, où il existerait encore trop de pratiques à risque, posant la question de l'accessibilité du matériel à usage unique.

4.2. DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE.

4.2.1. Perception de la gravité de la maladie

Dans notre étude, seule la moitié des usagers considérait l'hépatite C comme une maladie grave, alors que l'étude Coquelicot de 2004-2007 montrait qu'une très grande majorité des usagers de drogues (92 %) percevaient l'hépatite C comme une maladie grave (34).

En revanche, dans une étude irlandaise de 2010, les usagers de drogues banalisent l'hépatite C par comparaison au VIH. La maladie est, en effet selon eux, relativement bénigne, fréquente et ne requiert pas d'attention médicale. Ces perceptions expliquaient pourquoi, les usagers de drogues n'étaient pas traités ou n'effectuaient pas d'explorations complémentaires après le diagnostic initial (35).

Enfin dans une étude plus récente qui concernait des patients atteints d'hépatite C, l'évolution lente et l'absence de symptômes contribuaient à banaliser la maladie. En effet, des patients ayant consulté pour des gênes durables (asthénie, arthralgies) dont l'origine n'avait pas été identifiée ont pu rester des années sans qu'il y ait eu de sérologie virale C, les confortant ainsi dans une notion de bénignité (44).

Le principal nouvel argument issu de notre étude, qui conforte l'utilisateur de drogues dans la relative bénignité de l'hépatite C, est l'efficacité du traitement actuel ainsi que sa bonne tolérance. Il faudra se méfier de cet effet pervers, afin que les usagers de drogues ne relâchent pas la vigilance dans la réduction des risques contre l'hépatite C.

4.2.2. Mode de transmission : Prise et réduction des risques

Nous avons vu dans notre étude que les usagers de drogues connaissaient les modes de transmission de l'hépatite C et dans la majorité des cas déclaraient utiliser du matériel stérile, insistant sur l'importance de ne pas partager son matériel.

Ces résultats semblent mettre en avant une responsabilisation des usagers de drogues.

Comme nous l'avions déjà évoqué, on peut toutefois se demander si les usagers n'ont pas minimisé leur déclaration concernant la prise de risques afin de paraître plus responsables devant le médecin.

En effet, la dernière étude (2015) montrait que lors du dernier mois 26,2% des UDIV auraient au moins partagé leur seringue (45).

Certains usagers interrogés dans notre étude admettent qu'ils ont déjà partagé ou réutilisé du matériel. Mais, au regard des entretiens, il ne semble pas que cela soit dans la même proportion que le présente le tableau 3. Les usagers de drogues témoignaient que les comportements les plus à risque étaient commis par d'autres usagers prenant consciemment des risques car estimant que leur vie « était déjà foutue ».

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Au moins un élément	24,2	34,0**	35,2*	28,4	24,1	26,2
Seringue	14,0	15,9	20,2	15,6	13,5	14,5
Au moins un élément hors seringue	22,4	32,3**	33,0*	26,3	22,4	24,4
Eau de rinçage	9,6	17,0**	15,5	11,3	10,6	11,1
Récipient/cuillère	18,0	27,5**	28,6	20,4	18,8	19,9
Coton/filtre	14,8	22,1**	17,9	16,5	16,0	16,2
Eau de préparation	18,4	28,6**	25,0	22,2	18,8	20,4

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Tableau 3 Partage du matériel d'injection chez les UDIV dans le mois précédant l'enquête selon le sexe et l'âge en 2015 (en %) (44)

Ces comportements sont connus et sont plus largement décrits dans les études précédentes. L'étude Coquelicot mettait alors en évidence des usagers vivant dans l'immédiateté du moment, ne craignant pas la mort ou bien ayant le sentiment de la braver, d'être invincible (34).

Dans une étude québécoise (46), il a été montré que pendant leur période d'injection, les utilisateurs de drogues injectables sont conscients de partager des seringues avec des personnes potentiellement infectées par le VIH ou par le VHC. Même s'il leur arrive d'avoir des pratiques pour essayer de se protéger des risques de transmission, comme utiliser dans la mesure du possible des seringues neuves ou faire bouillir les seringues usagées, plusieurs participants disent s'en moquer ou encore courir après la mort. Même s'ils sont favorables à l'utilisation de seringues neuves, si celles-ci ne sont pas parfaitement accessibles et distribuées en quantité suffisante, ils réutiliseront des seringues ou utiliseront celles qu'ils trouveront, indépendamment de leur provenance.

Il est donc important de mettre à disposition des usagers des kits d'injection en quantité suffisante.

En détention, notre étude n'a pas mis en évidence de comportement à risque chez les usagers interrogés, cependant il est décrit dans les études précédentes que la distribution de seringues n'y étant pas permise, les risques d'infection sont particulièrement importants et les pratiques peu sécuritaires (34).

4.2.3. Qualité et motivation du dépistage

Dans notre étude, nous avons vu que le dépistage par TROD a la faveur des usagers de drogues de part son accessibilité, sa simplicité, sa gratuité et sa rapidité.

Cela confirme le bilan qualitatif d'une étude qui explorait le dépistage hors les murs en 2016 (47). Très peu d'études n'avaient, en effet, évalué cette méthode de dépistage.

Tous les usagers interrogés consultant au CAARUD se sont déjà fait dépister et une majorité d'usagers interrogés notamment au CEID déclarent se faire dépister régulièrement.

En 2011, plus de 91 % des usagers de drogues déclaraient avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VHC (18).

Les derniers chiffres concernant le dépistage montrent qu'il existait en 2015 encore 16,8% des usagers des CAARUD qui ne s'étaient jamais fait dépister. Ce chiffre est en légère diminution depuis 2006 (45).

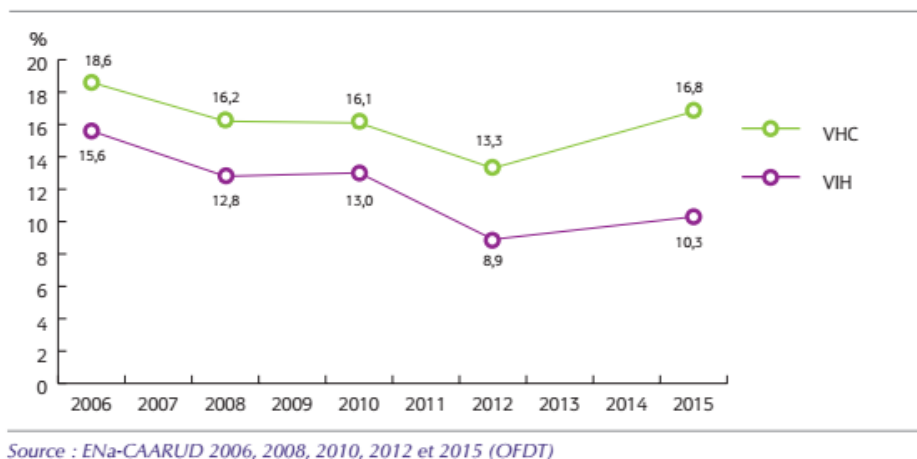


Figure 11 Evolution de la part des usagers des CAARUD déclarant ne jamais avoir eu de dépistage du VIH ou du VHC de 2006 à 2015 (45)

Il est probable que le dépistage se soit intensifié ces derniers mois ce qui expliquerait pourquoi notre échantillon consultant au CAARUD semble mieux suivi que la moyenne nationale en 2015.

Concernant les raisons du dépistage, nous avons vu que certains le faisaient régulièrement mais que d'autres le faisaient seulement suite à une prise de risque.

Dans une étude québécoise (46), les raisons du dépistage chez les usagers de drogues sont détaillées. Elles sont variées. Certains ont choisi de se faire dépister pour le VHC alors qu'ils souhaitaient connaître leur statut concernant le VIH. C'est l'inquiétude d'avoir contracté le VIH lors d'échange de seringues, lors de relations sexuelles non protégées, qui les pousse à faire des examens de santé et non la crainte du VHC. D'autres ont eu à un moment de leur vie un état de santé qui les préoccupait (ex. : psychoses toxiques, mal aux côtes, jaunisse) qui les a décidés à consulter. L'insistance du partenaire ou d'une personne du milieu de consommation est un facteur favorisant la démarche de consultation.

La diffusion d'informations, dans les médias ou sous forme de publicité, sur l'existence d'un traitement peut aussi influencer le comportement du patient.

En France, depuis quelques années des campagnes publicitaires ont été mises en place, comme «Faites du bruit pour l'hépatite C» (Annexe 7, (48)). Certains de nos usagers de drogues les ont entendues, ce qui a pu les conduire à se faire dépister.

Si le dépistage des usagers consultant en CAARUD semble satisfaisant, certains usagers échappent encore au dépistage comme en témoignent les usagers de drogues interrogés en centre de détention qui n'ont pas de suivi spécifique.

Il semble donc opportun de poursuivre le dépistage hors les murs afin d'atteindre un public plus large d'usagers de drogues. Une étude publiée en 2015 a montré que le taux de séropositivité pour le VHC dans cette population marginalisée d'usagers de drogues était de 20 % (versus 0,84 % dans la population générale).

Les usagers de drogues dépistés positifs acceptaient une prise en charge de leur VHC dans 83,5 % des cas (25).

Un dépistage gratuit, proposé dans un lieu qu'ils ont l'habitude de fréquenter, est un levier de facilitation du dépistage pour les usagers de drogues

4.2.4. Représentations du traitement

4.2.4.1. Perception du traitement

Dans notre étude nous avons relevé qu'environ la moitié des usagers n'avaient jamais ou très peu entendu parler du traitement et n'avaient donc pas d'apriori sur ce dernier.

Parmi ceux qui en avaient entendu parler, la moitié a encore l'image d'un traitement lourd alors que l'autre moitié, souvent plus renseignée, en avait l'image d'un traitement bien toléré.

Par ailleurs, le traitement serait largement accepté par les usagers interrogés, si on le leur proposait.

Il est important de noter que les patients qui ont bénéficié récemment du traitement en ont une bonne image.

Ces résultats mettent en valeur une nette amélioration de la perception des traitements de l'hépatite C par les usagers de drogues depuis la dernière étude effectuée entre 2004-2007 en France. La plupart évoquaient alors un traitement « dur », « douloureux », « fatiguant » (34).

Dans une étude québécoise (46), le traitement était perçu comme une épreuve majeure. Certains vont jusqu'à associer les effets du traitement pour l'hépatite C à ceux d'une chimiothérapie.

Le traitement de l'hépatite C était même redouté au-delà de la population des usagers de drogues (44), « c'était vraiment un traitement disproportionné en l'absence totale de symptômes ».

Même si les usagers de drogues étaient majoritairement conscients de l'existence de traitements efficaces (77 %), certains avaient des doutes sur son efficacité, mettant même le discrédit sur l'intérêt du dépistage (34). Cette notion n'a pas été retrouvée dans notre étude.

4.2.4.2. Acceptabilité du traitement

Notre étude a montré que les usagers de drogues acceptaient bien le traitement.

Ceci est une avancée majeure : en effet, l'élimination de l'hépatite C nécessite une bonne acceptabilité des traitements proposés aux malades.

Les dernières études mettaient en évidence que les informations négatives autour du traitement expliquaient le refus de traitement. Il y avait en effet beaucoup de crainte de la part des toxicomanes à se faire soigner.

De plus, il existait un « désintérêt » de la part des patients concernant la nécessité du traitement, les usagers de drogues attendraient trop avant de se faire soigner(34) ou vivaient une période de négation poursuivant les pratiques d'injection, ne ressentant pas l'urgence de se faire traiter (46).

Certains estimaient que les médecins devaient être plus fermes avec les patients afin de les inciter à se faire traiter et que l'information devait être améliorée (34).

Par ailleurs il n'existait pas de valorisation d'expérience de traitement réussi permettant de contrecarrer la circulation d'informations négatives dans leur « communauté » (34).

Dans une étude irlandaise datant de 2010 (35), les UDIV estimaient que les investigations et les traitements étaient plus sévères que l'infection en elle-même.

Différents obstacles au soin de l'hépatite C étaient identifiés : la poursuite des conduites à risque, le manque de rappels, l'emploi, le manque d'opportunités.

L'absence de contrôle sur l'addiction aux drogues était le principal obstacle au dépistage du VHC ainsi qu'un obstacle aux enquêtes et aux traitements à venir.

Dans une étude américaine de 2008 (36), beaucoup d'usagers de drogues rapportent qu'il circule entre les usagers des informations négatives sur les traitements du VHC augmentant l'anxiété vis-à-vis de leurs effets secondaires. Par ailleurs, l'impact de l'hépatite C était sous-estimé en raison de l'apparition retardée des symptômes qui n'étaient pas à l'origine d'inquiétude.

D'autres usagers de drogues récemment infectés par le VHC déclaraient qu'ils étaient plus préoccupés par la peur de contracter le VIH que par la nécessité de traiter l'hépatite C. En effet pour beaucoup le VIH est considéré comme une condamnation à une mort imminente.

Par ailleurs, les patients infectés expliquaient que plus ils en apprenaient sur la maladie plus ils étaient ouverts à envisager l'option d'un traitement. Cette notion a été confirmée dans d'autres études (49).

4.2.4.3. Concernant l'accessibilité au traitement

Notre étude a montré que les usagers étaient partagés quant à l'accessibilité du traitement.

Certains estimaient que les délais pour se faire soigner étaient longs, d'autres qu'il était coûteux, d'autres enfin qu'il était contraignant car il nécessitait un logement, une cure de sevrage ou d'être à jour au niveau de la sécurité sociale.

Lors de la dernière étude coquelicot, la moitié des usagers de drogues (55 %) pensaient que ces traitements étaient faciles d'accès pour les usagers, 28 % difficilement accessibles, et 17 % n'ont pas d'opinion (34).

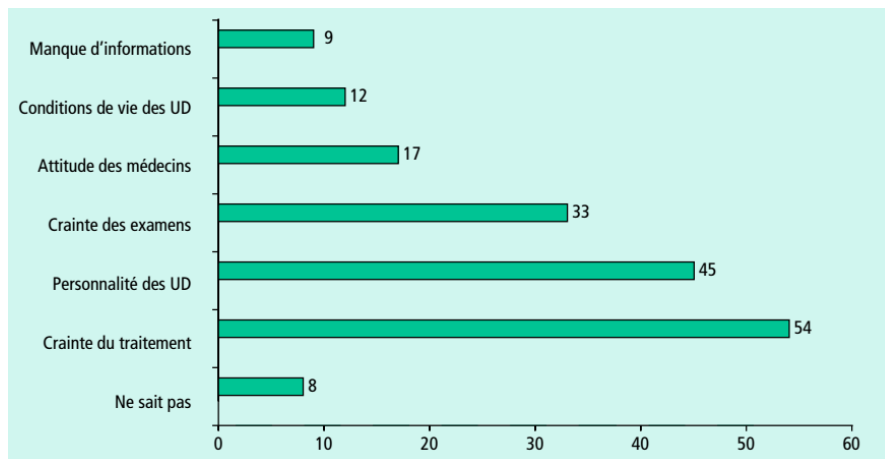


Figure 12 Raisons évoquées pour expliquer le non accès au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues (2004) (34)

En 2004, les usagers de drogues expliquaient les difficultés au traitement (figure 14).

Si dans notre étude certains évoquaient des difficultés d'accès d'autres estimaient cependant que si on consultait les bons médecins en étant volontaire, on était bien pris en charge.

Lors de la dernière étude, c'était d'ailleurs l'attitude de certains médecins qui était dénoncée comme un frein. Le patient se sentait parfois considéré comme un « cobaye » par manque d'information autour des effets secondaires du traitement et des solutions de prise en charge adaptées (34).

Dans notre étude, les usagers de drogues n'ont pas fait de remarques contre les médecins quel qu'ils soient. Cela est peut-être lié au fait que l'hépatologue vient consulter dans le centre. Ce dernier collabore avec l'addictologue partageant leur évaluation. Mais aussi peut-être au fait que le niveau d'exigence demandé aux usagers avant de se faire traiter a baissé (examens complémentaires réduits, pas de nécessité formelle d'arrêter la consommation de produits psychoactifs). Le fait que je sois médecin a peut-être également joué.

4.2.4.4. La recontamination

Notre étude a mis le doigt sur le risque de recontamination des usagers de drogues après avoir été traités.

Un travail de 2013 compilant sept études (50) dont la cohorte d'Amsterdam (51) semble cependant plutôt rassurant mettant en évidence un taux de réinfection relativement faible chez les UDIV traités, entre 0,8 et 4,7% personnes-années.

Il manque cependant des études récentes afin d'avoir plus de certitudes sur ce phénomène ce qui nécessite de poursuivre et d'intensifier les actions de réduction des risques.

4.2.5. Information autour de la maladie

Notre étude a montré que l'information autour de l'hépatite C s'était améliorée ces dernières années, ce qui valorise les efforts effectués en ce sens.

En effet, lors des études précédentes, les usagers déplorait un manque d'information sur l'accès au traitement (34).

Une étude québécoise notait qu'il y avait une méconnaissance de l'histoire de la maladie chez les usagers de drogues, autant au sujet des symptômes que l'évolution de cette pathologie ce qui retarde la prise de décision de se faire traiter (46).

Il semble donc primordial de poursuivre le travail d'information auprès des usagers de drogues afin d'amener au dépistage un plus grand nombre, puis au traitement, tout en travaillant sur la réduction des risques.

Durant mon internat, lors de mon stage au centre de détention de Gradignan, j'ai créé un flyer afin d'informer les détenus sur les différentes infections sexuellement transmissibles.

Il était proposé aux détenus lors d'une consultation spécifique afin de les sensibiliser autour des pratiques à risque (Annexe 8).

4.3. FORCES DE L'ETUDE

4.3.1. Originalité de la recherche

Cette étude est originale car aucune étude qualitative n'a été faite depuis l'introduction des nouveaux traitements et la mise en place des dépistages par TROD.

De plus, elle s'adresse aux usagers de drogues et pas seulement aux usagers contaminés par l'hépatite C.

Enfin, elle permet de mieux connaître les connaissances des usagers, et peut participer à l'adaptation des mesures afin d'éliminer l'hépatite C d'ici 2025.

4.3.2. Méthodologie de la recherche

Le choix de la méthode d'analyse qualitative se justifiait en raison de la nature de la recherche. En effet, il s'agissait d'identifier d'éventuels freins au succès de l'élimination de l'hépatite C. Il fallait donc donner la parole aux usagers de drogues.

En effet, l'analyse qualitative cherche à décrire et à comprendre un phénomène, non pas à le mesurer, ce qui est l'objectif d'une étude quantitative.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels permet aux usagers de drogues de se sentir plus à l'aise qu'au cours de focus groups et permet d'être plus précis sur leur perception de l'hépatite C.

La triangulation à 2 ou 3 personnes aux différentes phases de codage augmente l'objectivité de l'analyse et majore sa validité interne.

4.3.3. Echantillon

La répartition en âge et en sexe des usagers interrogés dans notre étude correspond globalement à la population interrogée dans l'étude du CAARUD de l'OFDT.

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N = 2 495		N = 565		N = 3 060	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans	16	0,6	21	3,7	37	1,2
20-24 ans	106	4,2	59	10,4	165	5,4
25-29 ans	259	10,4	112	19,8	371	12,1
30-34 ans	475	19,0	111	19,6	586	19,2
35-39 ans	481	19,3	71	12,6	552	18,0
40-44 ans	474	19,0	66	11,7	540	17,6
45-49 ans	362	14,5	65	11,5	427	14,0
50 ans et plus	322	12,9	60	10,6	382	12,5

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Tableau 4 Répartition de la population enquêtée par classes d'âge et par sexe (%) (44)

4.4. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude comprend cependant de nombreux biais.

4.4.1. Biais de sélection

L'étude présente un biais de sélection car elle repose sur le volontariat des usagers de drogues. Malheureusement, certains usagers ont refusé l'étude souvent par manque de temps, parfois par manque d'envie ou par redondance. Plusieurs études sont en effet en cours au centre Planterose.

En prison, les refus étaient liés à un manque d'envie et peut-être aussi par crainte, de parler d'usage de drogue dans le cadre de la détention.

Il est notamment dommage de ne pas avoir eu d'entretiens avec des usagères de drogues au centre de détention. Cela s'explique aussi par le manque de vacances dont je disposais pour aller dans le quartier réservé aux femmes.

Enfin, il existe un biais de sélection lié au recrutement des usagers dans deux lieux seulement : le Centre Planterose et la maison d'arrêt de Gradignan. Par ailleurs les usagers de drogues étrangers ne parlant pas français n'ont également pas pu être entendus alors que leur pratique est souvent problématique (19).

Il serait intéressant d'étudier les perceptions de l'hépatite C des individus habitant à l'écart des CAARUD (habitants de la campagne ou habitants des petites villes) ou vivant dans d'autres milieux (les chemsexuels).

Enfin le centre Planterose est un CAARUD qui dispose de nombreuses avancées notamment en rapport avec l'hépatite C. Il est possible que les usagers consultant dans ce CAARUD soient mieux informés sur l'hépatite C que dans d'autres centres.

4.4.2. Biais d'information

Lors des entretiens en prison, les détenus étaient parfois un peu pressés, souhaitant retourner en promenade et n'étaient pas tous très à l'aise pour parler de leur passé de toxicomane ce qui a pu être à l'origine de **biais d'information**.

Par ailleurs au CAARUD comme en centre de détention, les entretiens étaient parfois interrompus par le passage d'une infirmière ou un coup de téléphone. Cela a pu peut-être déconcentrer certains usagers dans leur témoignage.

Il existe également un biais d'information lié à la qualité de l'enregistrement audio : des bouts de phrases n'ont parfois pas été retranscrits intégralement en raison de la difficulté à déchiffrer l'enregistrement, soit parce que l'utilisateur ne parlait pas assez fort, soit en raison de bruits parasites.

Enfin, à la prison, un problème technique au niveau de l'enregistrement a malheureusement tronqué un des entretiens au centre de détention.

Il existe un potentiel biais d'information lié à la méthode d'enregistrement des entretiens : même si ces entretiens ont été retranscrits minutieusement mot pour mot, certaines informations notamment non verbales (hésitations, mimiques, haussement de voix, rires) n'ont pu être précisées malgré l'ajout de notes personnelles. Il aurait fallu idéalement filmer les entretiens ou avoir un témoin lors des entretiens. Mais cela aurait nécessité de nombreuses autorisations notamment en centre de détention.

4.4.3. Autres limites

Un **biais de mémorisation** pouvait intervenir à l'occasion de certaines questions dans l'entretien comme la question sur la régularité des derniers dépistages. Certains usagers ne se souvenaient pas précisément de la date du dernier dépistage. Les anciens usagers pouvaient également avoir oublié les prises de risque qu'ils ont eues.

Enfin, la méthodologie de l'étude ne permet pas d'obtenir des données quantitatives sur la représentation des usagers de drogues sur l'hépatite C qui auraient été certainement très intéressantes pour pouvoir tirer davantage de conclusions.

4.5. PERSPECTIVES

4.5.1. Pistes pour mieux cerner les représentations des UD de l'hépatite C

4.5.1.1. Compléter l'étude en s'intéressant à d'autres groupes d'usagers de drogues

Afin d'avoir une représentation de l'hépatite C plus exhaustive de la part des usagers de drogues, il serait intéressant de les interroger dans d'autres milieux (chemsex ou à la campagne) fréquentant d'autres lieux (dans la rue et dans d'autres structures que le centre Planterose).

4.5.1.2. *Faire des études sur la recontamination de l'hépatite C*

Nous avons soulevé dans l'étude le risque de recontamination des usagers de drogues en raison d'un risque de banalisation de leur représentation de l'hépatite C. Il serait donc intéressant de suivre de près les derniers chiffres concernant la recontamination des usagers de drogues.

4.5.2. Pistes pour favoriser l'élimination de l'hépatite C avant 2025

4.5.2.1. *Informé davantage sur l'hépatite C*

Notre étude a montré que les usagers de drogues étaient demandeurs d'information sur l'hépatite C. Il faut donc poursuivre les campagnes de communications et d'éducation à la santé, en véhiculant des messages sur la réduction des risques qui est bien-sûr essentielle, mais aussi en évoquant les nouveaux traitements efficaces et bien tolérés et la possibilité de recontamination.

4.5.2.2. *Faire plus d'actions hors les murs*

Notre étude a également montré que les usagers de drogues étaient demandeurs d'action sur leur lieux de vie, afin d'atteindre davantage de personnes.

4.5.2.3. *Améliorer l'accessibilité au traitement*

Les médecins des CSAPA-CAARUD et les médecins généralistes peuvent désormais traiter les usagers de drogues atteints de l'hépatite C ce qui devrait favoriser l'accès aux soins et limiter les contaminations. Reste à savoir comment va être appliqué sur le terrain cet élargissement des prescripteurs.

4.5.2.4. *Améliorer le dépistage*

4.5.2.4.1. *Améliorer le dépistage dans les CAARUD*

Si notre étude a montré que les usagers de drogues consultant au centre Planterose étaient bien sensibilisés au dépistage et utilisaient régulièrement les TROD, ce n'est peut-être pas le cas dans tous les CAARUD comme le montrent les chiffres de 2015 (16,8% des usagers de drogues en CAARUD encore non dépisté) (45).

Il faut donc développer davantage l'utilisation des TROD dans ces différents centres.

4.5.2.4.2. *Dépister un public plus large*

Enfin comme nous l'avons vu dans l'introduction, l'hépatite C ne touche pas que les usagers de drogues. De nombreux malades s'ignorent. Il faut donc proposer le dépistage à un plus grand nombre de personnes.

4.5.2.5. *Développer la place de l'utilisateur pair ou du médiateur pair*

Les modèles de soutien par les pairs ont montré des résultats intéressants dans différentes études, avec notamment une augmentation du recours au traitement et une meilleure réduction des risques (16,52,53).

Il faut donc développer la place des usagers pairs dans les CSAPA et CAARUD dans le parcours de soins de l'hépatite C.

5. CONCLUSION

Identifier les représentations de l'hépatite C pour les usagers de drogues est essentiel dans l'optique d'éliminer le virus d'ici 2025 en France. En effet, pour espérer un tel résultat, il faut compter sur une bonne coopération des usagers de drogues qui représentent le principal réservoir.

Notre étude a montré que les usagers de drogues interrogés étaient conscients du risque de l'hépatite C et connaissaient les méthodes de réduction des risques pour s'en protéger. Ils avaient le réflexe de se faire dépister, certains plus régulièrement que d'autres. Point positif de l'étude, les usagers de drogues ne montrent pas de réticence à se faire traiter en cas d'infection.

Cependant, il faudra se méfier de la banalisation de la maladie et du risque méconnu de recontamination et compter sur la mobilisation de tous les acteurs de santé afin d'obtenir les résultats escomptés.

Notre étude nécessite cependant d'être complétée auprès d'autres groupes d'usagers de drogues qui ne sont pas suivis en CAARUD, afin d'avoir une vision plus globale des pratiques de cette population concernant l'hépatite C.

L'élimination du virus passera par un traitement des usagers de drogues, mais également par un dépistage du grand public, car il reste beaucoup de personnes atteintes qui ne connaissent pas leur séropositivité et n'appartiennent pas à des groupes à risques identifiés par les pouvoirs publics.

L'élimination de l'hépatite C, si elle est atteinte, sera une grande victoire pour la médecine moderne.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization, World Health Organization, Global Hepatitis Programme. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. 2017 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
2. de Ledinghen V. Enjeux et perspectives de la prise en charge de l'hépatite C. *Hepato-Gastro Oncol Dig.* 2019;23(1):39-46.
3. Association française pour l'étude du foie (AFEF), Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Recommandations afef pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France [Internet]. 2018 mars [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf>
4. Santé Publique France. Hépatite C - Aide mémoire [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Aide-memoire%20/#>
5. Bailly F, Hartig-Lavie K. Hépatites virales. *Rev Prat.* févr 2015;65:259-68.
6. CMIT. Hépatites virales. In: ECN PILLY: maladies infectieuses et tropicales. Med-line editions - educ; 2017.
7. Collégiale des Universitaires en Hépatogastro-entérologie. *Hépatogastro-entérologie Chirurgie Digestive.* 3e éd. Elsevier Masson; 2015. 438 p.
8. Morlat P, Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, et al. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. *CNS et ARNS;* 2017 mai.
9. Pioche C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Épidémiologique Hebd.* 17 mai 2016;(13-14):6.
10. Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J. The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing Recommendations in 2014. Villa E, éditeur. PLOS ONE. 11 mai 2015;10(5):e0126920.
11. Hépatite C : encore 108 000 porteurs chroniques à guérir [Internet]. SOS Hépatites. 2019 [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.soshepatites.org/hepatite-c-encore-108-000-porteurs-chroniques-a-guerir/>
12. Péquignot F, Pequignot F, Bovet M, Delarocque-Astagneau É, Asselah T, Desenclos J-C, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 200. *Bull Épidémiologique Hebd.* juill 2008;(27):8.
13. Bruandet A, Lucidarme D, Decoster A, Illeff D, Harbonnier J, Jacob C, et al. Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du Nord-Est de la France. *Bull Epidemiol Hebd.* 11 janv 2005;(2):7-8.
14. Institut de veille sanitaire. Encadré 1 : L'épidémiologie des hépatites B et C en France. *Bull Épidémiologique Hebd.* 19 mai 2009;20-21.

15. Delile J-M, Reiller B, Foucher J, de Lédighen V. Hépatite C chez les usagers de drogues. *Alcoologie Addictologie*. 2008;30(4):385-94.
16. Dhumeaux D, Ministère des affaires sociales et de la santé. Rapport de recommandations 2016 - Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Paris: EDP sciences; 2016. 108 p.
17. Lucidarme D, Duburque C, Yassine W, Bulois P, Filoche B. Evolution of HCV infection incidence among drug users in France. *HEPATO-GASTRO Oncol Dig*. 2012;19:12.
18. Jauffret-Roustide M, Pillonel J. Estimation de la seroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête anrs-coquelicot 2011. *Bull Épidémiologique Hebd*. 26 nov 2013;(39-40):504-9.
19. Jauffret-Roustide M, Serebroshkaya D. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite c des usagers de drogues russophones et francophones à paris. Enquête anrs-coquelicot, 2011-2013. *Bull Épidémiologique Hebd*. 20 juin 2017;(14-15):285-90.
20. CadetTairou A, Saïd S. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tend OFDT*. janv 2015;(98):8.
21. Santé Publique France. Surveillance des hépatites B et C [Internet]. 2017 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Surveillance-des-hepatites-B-et-C>
22. Dhumeaux D. Dépistage des hépatites B et C. *Nouvelles recommandations*. Post'U. 2015;13-7.
23. France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012- ...), Dhumeaux D, Agence nationale de recherches sur le SIDA (France), Association française pour l'étude du foie. *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C Rapport de recommandations 2014*. Paris: EDP sciences; 2014.
24. Haute Autorité de santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Saint-Denis; 2014 mai p. 106.
25. Grammatico-Guillon L, Arnault É, Rollier S, Bonnemaïson G, Dubois F, Rusch E. Dépister hors les murs d'un centre de dépistage : une expérience mobilisatrice pour des usagers de drogues. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):633-9.
26. AFEF, SPLIF. *Recommandations AFEF sur la prise en charge de l'hépatite virale C*. 2017 mars p. 79.
27. Heim MH. 25 years of interferon-based treatment of chronic hepatitis C: an epoch coming to an end. *Nat Rev Immunol*. 2013;13(7):535-42.
28. Moradpour D, Müllhaupt B. Hépatite C: traitement actuel. *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum* [Internet]. 21 avr 2015 [cité 9 avr 2019];15(17). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2015.02265>
29. Hézode C, Fontaine H, Dorival C, Larrey D, Zoulim F, Canva V, et al. Triple therapy in treatment-experienced patients with HCV-cirrhosis in a multicentre cohort of the French Early Access Programme (ANRS CO20-CUPIC) - NCT01514890. *J Hepatol*. sept 2013;59(3):434-41.

30. Piroth L, Hillon P, Minello A. Hépatite C : quels enjeux ? Rev Prat Med Gen. nov 2015;29(949):720-1.
31. Hepatitis C, mental health and equity of access to antiviral therapy: a systematic narrative review. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24245959>
32. Schaefer M, Sarkar R, Diez-Quevedo C. Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. août 2013;57 Suppl 2:S111-117.
33. Makouala M, Plancke L, Harbonnier J, Malice W. Le suivi des usagers de drogue est-il possible ? Psychotropes. 2004;Vol. 10(1):19-46.
34. Jauffret-Roustide M. Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007. Bull Épidémiologique Hebd. :5.
35. Swan D, Long J, Carr O, Flanagan J, Irish H, Keating S, et al. Barriers to and Facilitators of Hepatitis C Testing, Management, and Treatment Among Current and Former Injecting Drug Users: A Qualitative Exploration. AIDS Patient Care STDs. déc 2010;24(12):753-62.
36. Munoz-Plaza CE, Strauss S, Astone-Twerell J, Jarlais DD, Gwadz M, Hagan H, et al. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. Int J Drug Policy. févr 2008;19(1):71-8.
37. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? Rech Qual. 2006;26(1):32-50.
38. CEID, Delile J-M. Synthèse des activités de l'année 2016. Bordeaux; 2017.
39. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etude Résultats. mars 2005;(386):1-12.
40. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace - ScienceDirect [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212000851>
41. Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infect Dis. 16 juill 2009;9:113.
42. Obradovic I. Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. Psychotropes. 2013;19(3-4):173-95.
43. Chiron E, Jauffret Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 [Internet]. 2013. 445-50 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11794
44. Enel C. Les représentations de l'hépatite chronique C et de son traitement : une étude qualitative. Bull Épidémiologique Hebd. juill 2012;3.
45. Cadet-Tairou A, Lermenier-Jeannet A, Gautier S. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les caarud en 2015. OFDT; 2018 sept.

46. Foley V, Petit G, Giraud M-J, Boisvert K, Rietmann M, Brousselle A. Hépatite C chez les usagers de drogues par voie veineuse : exploration des barrières et des facilitateurs pour l'accès aux soins et services. *Santé Publique*. 12 août 2016;28(3):363-74.
47. Remy A-J, Bouchkara H, Montabone S. Dépistage hors les murs des l'hépatites virales par TROD et Fibroscan Résultats de 3 années de pratiques. Forum national hépatites et maladies du foie; 2016.
48. Faites du bruit contre l'hépatite C [Internet]. Sortez l'hépatite C du silence. Faites vous dépister ! [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://dubruitcontrolhepatitec.com>
49. Mah A, Hull MW, DeBeck K, Milloy MJ, Dobrer S, Nosova E, et al. Knowledge of hepatitis C and treatment willingness amongst people who inject drugs in an era of direct acting antivirals. *Int J Drug Policy*. sept 2017;47:137-43.
50. Grady BP, Schinkel J, Thomas XV, Dalgard O. Hepatitis C virus reinfection following treatment among people who use drugs. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. août 2013;57 Suppl 2:S105-110.
51. Low incidence of reinfection with the hepatitis C virus following treatment in active drug users in Amsterdam. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22825643>
52. Grebely J, Robaey G, Bruggmann P, Aghemo A, Backmund M, Bruneau J, et al. Recommandations pour la prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection. *Int J Drug Policy* [Internet]. 28 nov 2015 [cité 19 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395915003515>
53. Jauffret-Roustide M. Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques. In: *Villes et toxicomanies* [Internet]. ERES; 2005 [cité 19 oct 2018]. p. 271-82.

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 – Notice d’information

NOTICE D’INFORMATION

« Représentations de l’hépatite C chez les usagers de drogues »

Etude qualitative auprès d’usagers de drogue consultant au Centre Planterose (CEID) de Bordeaux.

Numéro de protocole : 2017 A00231 52

Promoteur : Université de Bordeaux

Investigateurs principaux : Dr Reiller, M. Leonard, CEID, 16 rue Planterose, Bordeaux.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d’information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L’objectif de cette recherche est de déterminer les représentations de l’hépatite C chez les usagers de drogues.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche.

Si vous acceptez de participer à la recherche, celle-ci sera sans frais pour vous mais vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Vous participerez à un entretien semi-directif d’une quinzaine de minutes enregistré par un dictaphone.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données médicales vous concernant sont traitées de manière anonyme.

Seul l’investigateur de l’étude et la directrice de thèse auront accès aux enregistrements.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l’étude.

CONTACT POUR PLUS D’INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n’hésitez pas à vous adresser au médecin en charge de la recherche :

Dr Léonard Tél : 06 32 86 94 36 sk3production@yahoo.fr

7.2. Annexe 2 – Consentement de participation

« Représentations de l'hépatite C chez les usagers de drogues »

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Je soussigné(e) : ...

déclare accepter de participer à la recherche biomédicale intitulée : **Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez les usagers de drogues. Etude qualitative auprès d'usagers de drogue consultant au Centre Planterose (CEID) de Bordeaux**, organisé par l'interne en médecine Benjamin LEONARD dans les conditions précisées ci-dessous et pour laquelle le Comité de Protection des Personnes Nord a émis un avis favorable le

Je certifie avoir lu la notice d'information sur l'étude. J'ai pu poser toutes les questions que je désirais sur cette étude à l'investigateur, qui m'en a expliqué la nature et les objectifs.

Il m'a été précisé que :

- *Je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'arrêter à tout moment ma participation.
- *Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles.
- *La publication des résultats de la recherche ne comportera aucun résultat individuel identifiant.

Je peux être tenu au courant des résultats globaux de la recherche en m'adressant à Benjamin LEONARD (tel 06 32 86 94 36).

Mon consentement ne décharge par les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

Fait à Bordeaux, le :

Signature de l'investigateur
Benjamin LEONARD

Signature du sujet,
précédée de la mention : lu et approuvé

7.3. Annexe 3 - Guide entretien

Bonjour, je suis Benjamin LEONARD interne en médecine générale et je suis actuellement en train de rédiger une thèse sur les représentations de l'hépatite C. Au cours d'un entretien d'environ 10 minutes, nous allons aborder les thèmes de la représentation de l'hépatite C, du dépistage puis du traitement.

Pour faciliter le travail, si vous l'acceptez, j'aimerais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme.

***Représentation de l'hépatite C**

Quelles représentations vous faites-vous de l'hépatite C ? Qu'est que cela évoque pour vous ? Vous sentez-vous concerné ? Est-ce une maladie qui vous préoccupe ?

Pour vous, est-ce une maladie grave ?

Connaissez-vous les modes de contamination de l'hépatite C ?

Comment vous protégez-vous de l'hépatite C ?

***Représentation du dépistage de l'hépatite C**

On va maintenant évoquer le dépistage de l'hépatite C.

Comment vous représentez-vous le dépistage de l'hépatite C ? Comment le pratiquez-vous ?

Pour vous c'est quelque chose de simple ou de compliqué le dépistage de l'hépatite C ?

Connaissez-vous votre statut sérologique de l'hépatite C ?

Vous faites-vous régulièrement dépister ? si non pourquoi ?

Pensez-vous être suffisamment informé concernant le dépistage de l'hépatite C ?

***Représentation du traitement de l'hépatite C**

On va maintenant évoquer le traitement de l'hépatite C.

Quelles représentations vous faites-vous du traitement de l'hépatite C ? Connaissez-vous des proches traités pour l'hépatite C ? Est-ce un traitement lourd ?

Pensez-vous qu'il s'agit d'un traitement facilement accessible ?

Pensez-vous que les traitements actuels sont efficaces ?

Si vous aviez l'hépatite C, auriez-vous des réticences à vous faire traiter ?

Pensez-vous qu'on peut se recontaminer une fois traité et guéri par l'hépatite C ?

Peut-on être traité tout en ayant une consommation de drogues active ?

***Représentation de la prise en charge de l'hépatite C en France chez les usagers de drogues**

Pensez-vous que la société fait assez d'efforts concernant la prévention et la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues ?

Vous sentez-vous suffisamment informé concernant l'hépatite C ?

***Caractéristiques socio démographiques de l'usager de drogue (cf tableau)**

Age, sexe, activité professionnelle, couverture santé, logement, produits consommés, pratique de l'injection, pratique du sniff, âge du début des consommations, sérologie déclarés VHC/VIH.

7.4. Annexe 4 – Accord du CPP

Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV

Président : F. VASSEUR
Vice-Président : S. DUHEM
Secrétaire Général : Y. VENDEL

Lille, le 10 février 2017

Membres titulaires :

R. BEUSCART
S. COSTA
A. De BOUVET
X. LABBEE
R. MATIS
P. ODOU
G. MARCHAL
J.L. CHARDRON
N. MESSAADI
S. BONTEMPS
L. WILLIATTE-PELLETERI

Monsieur le Pr JOSEPH Jean-Philippe
146 rue Léo Saignat
33000 BORDEAUX

Membres suppléants :

M. DE MEDEIROS
M. FOULARD
P. MACIAG
C. THERY
F. DANICOURT-BARRIER
F. MARIE
T. DANEL
M-C. DALLE
G. BOLET
L. DELASSUS
F. ASKEVIS - LEHERPEUX
A-F. GERME
S. SION
E. AFONSO

Monsieur le Professeur,

Au vu des informations que nous avons reçues de la part de Mr LEONARD Benjamin : liste des pièces (courriers, mails, pièces jointes...), le Bureau du CPP Nord Ouest IV considère le travail "*Représentations de l'hépatite C (du dépistage au traitement) chez les usagers de drogues. Etude qualitative auprès d'usagers de drogue consultant au Centre Planterose (CEID) de Bordeaux*", comme une recherche non interventionnelle de type 3 selon la loi Jardé appliquée au 16/11/2016 (décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016, publié au JO du 17 novembre), recherche dont vous êtes le Responsable et dont l'Université de Bordeaux est le Promoteur.

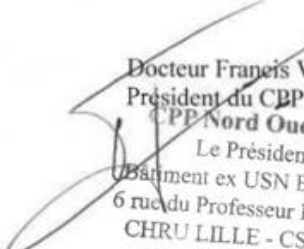
Nous vous informons que pour le traitement des données, l'Université qui porte le projet (si l'étude est une thèse de médecine ou un mémoire en vue de l'obtention d'un diplôme d'état paramédical) doit avoir fait une déclaration de conformité à la MR003 (engagement CNIL) et le déclarer au Correspondant informatique et libertés de leur établissement. A défaut d'engagement de conformité, elle a l'obligation de faire une demande d'autorisation auprès de la CNIL au lien suivant : <https://www.declaration.cnil.fr/declarations/declaration/accueil.action>.

Vous trouverez en pièce jointe la fiche de recevabilité du CPP Nord Ouest IV.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de nos cordiales salutations.

Secrétariat :

Marie Noëlle Zimosz-Raux
Assistante-Médico-Administrative
Bâtiment ex USNB
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE
CS70001
59037 LILLE Cedex


Docteur Francis VASSEUR
Président du CPP Nord Ouest IV
Le Président
Bâtiment ex USNB (RDC)
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE - CS 70001
59037 LILLE CEDEX

7.5. Annexe 5 – Déclaration à la CNIL



RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2045094 v 0

du 22 mars 2017

Monsieur LEONARD JEAN-BENJAMIN
74 RUE GEORGES BONNAC
TR 1 APPT 61
33000 BORDEAUX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur LEONARD JEAN-BENJAMIN

N° SIREN ou SIRET :

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse : 74 RUE GEORGES BONNAC TR 1 APPT 61

Code postal : 33000

Tél. : 0632869436

Ville : BORDEAUX

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 22 mars 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

7.6. Annexe 6 – Caractéristiques sociodémographiques de chacun des usagers de drogues inclus

Caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogues inclus dans l'étude																
N°	Age	Sexe	Activité pro.	logement	couverture santé	Conso active de PPI	Injection actuelle	Conso actuel déclaré	Autres consommations	traitement actuel	Produits psychoactifs illicites (PPI) dans le passé	Déjà injecté	Déjà sniffé	Age de conso PPI	Sérologie VHC déclaré	Durée de l'E
1	39	Homme	non	oui	CMU	non	non	0	Alcool	sevrage alcool	Opicacés, LSD, ecstasy, speed, kétamine...	oui	?	15 ans	négatif	13'
2	28	Femme	saisonnière	CSAPA résidentiel	absence	oui	oui	skenan	alcool tabac	skenan	Héroïne, cocaïne, LSD, ecstasy, champignons...	oui	oui	14 ans	négatif	11'
3	20	Femme	non	SDF	CMU	oui	oui	cocaïne	alcool tabac	somnifère	Héroïne, LSD, champignons...	oui	oui	16 ans	négatif	7'
4	38	Homme	non	squat	CMU	oui	oui	Cocaïne, subut	alcool tabac	subutex	Héroïne, LSD, amphétamine, speed...	oui	?	14 ans	guéri	8'
5	36	Homme	non	SDF	CMU	non	non	0	tabac	0	Héroïne, cocaïne	non	oui	14 ans	négatif	8'
6	48	Homme	non	oui	CMU	oui	non	cocaïne	cannabis	subutex, seresta	Héroïne, LSD, cannabis, cocaïne, ecstasy...	non	oui	12 ans	guéri	11'
7	32	Femme	non	SDF	CMU	non	non	0	cannabis tabac	aucun	Héroïne, cocaïne, ecstasy...	non	oui	21 ans	négatif	8'
8	29	Homme	non	parking	aucune	oui	oui	Cocaïne, skenan	cannabis tabac alcool	0	Héroïne, ecstasy, LSD, MINDA...	oui	oui	13 ans	négatif	14'
9	30	Homme	non	oui	non	oui	oui	cocaïne	cannabis tabac alcool	subutex	Héroïne, LSD, ecstasy	oui	oui	19 ans	négatif	8'
10	26	Femme	non	non	non	oui	oui	Cocaïne, skenan	cannabis	méthadone	Subutex, speed, LSD, cocaïne, héroïne	oui	?	12 ans	négatif	7'
11	34	Homme	non	oui	oui	oui	non	Cocaïne	Cannabis, tabac	Abilify	Cocaïne...	oui	oui	22 ans	guéri	11'
12	32	homme	non	SDF	AME	Non	non	0	Alcool, cannabis	Subutex valium	Cocaïne...	non	oui	28 ans	négatif	8'
13	46	Homme	non	SDF	non	Non	non	0	Tabac, alcool	méthadone	Cocaïne, héroïne...	oui	oui	14 ans	guéri	14'
14	34	Homme	Travail en prison	PRISON	Oui*	Non	non	0	tabac	Méthadone seresta	Cocaïne, héroïne...	oui	oui	20 ans	négatif	6'
15	24	Homme	non	PRISON	Oui*	Oui**	Cocaïne	0	Tabac, alcool, cannabis	xanax	Cocaïne	non	oui	inconnu	inconnu	6'
16	23	Homme	non	PRISON	Oui*	Oui**	Cocaïne	0	Tabac, alcool, cannabis	0	Cocaïne	non	Oui	inconnu	négatif	7'
17	30	Homme	Non	PRISON	Oui*	Non	non	0	Tabac, cannabis	subutex	Cocaïne	non	oui	inconnu	inconnu	3'!
18	40	Homme	non	PRISON	Oui*	non	non	0	tabac	inconnu	Héroïne, cocaïne	oui	?	inconnu	positif	7'
19	35	homme	non	non	non	oui	non	cocaïne	Tabac, cannabis	méthadone	Héroïne, cocaïne	oui	?	18 ans	négatif	13'
20	33	homme	non	camion	Non	Non	non	0	Tabac, cannabis, alcool	méthadone	Héroïne, cocaïne	oui	oui	18 ans	négatif	16'
21	23	femme	non	caravane	oui	oui	non	cocaïne	cannabis	0	Cocaïne...	oui	oui	21 ans	négatif	9'

Abréviations : UD : Usagers de drogues, PPI : Produits psychoactifs illicites, E : Entretien, « ' » : minutes, « ! » : problème d'enregistrement

*En prison, tous les détenus bénéficient des soins. **Consommation active avant l'entrée en détention.

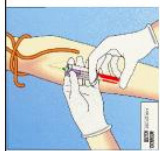
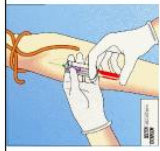
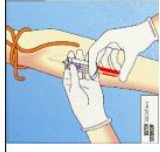

7.7. Annexe 7 – Du bruit contre l'hépatite C (48)



7.8. Annexe 8 – Flyer que j’ai créé pour informer les détenus de la maison d’arrêt de Gradignan













PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES et DES HEPATITES en milieu carcéral

METHODE DE DEPISTAGE











	HEPATITE B et C	VIH	SYPHILIS	CHLAMYDIA MYCOPLASME GONOCOQUE
DEPISTAGE	 Prise de sang ou TROD	 Prise de sang ou TROD	 Prise de sang	 Prélèvement d’urines ou prélèvement vaginal

TROD : Test Rapide d’Orientation Diagnostique

VACCINATION DISPONIBLE

Disponibilité	HEPATITE		VIH	SYPHILIS	CHLAMYDIA MYCOPLASME GONOCOQUE
	B	C			
					
					

TRAITEMENTS DISPONIBLES

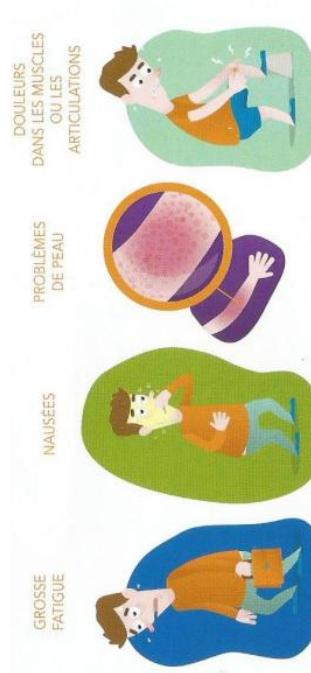
	HEPATITE B	HEPATITE C	VIH	SYPHILIS	CHLAMYDIA MYCOPLASME GONOCOQUE
TRAITEMENTS DISPONIBLES					
PEUT-ON GUERIR ?	 parfois	 souvent	 Stabilisation de la maladie	 souvent	 oui

Hépatite B et C : Provoquée par des virus très contagieux

VHB et VHC, l’hépatite B et C atteignent essentiellement le foie

Symptômes :








Fatigue, douleurs musculaires et articulaires, fièvre, maux de tête, nausées, diarrhées, urines plus foncées, teint jaune.



Complications graves si non traitée : risque de cirrhose et de cancer du foie, atteinte possible du nouveau-né si la mère est infectée et non traitée



MODES DE TRANSMISSION

● Risque élevé ● Risque faible ● Pas de risque	HEPATITE		VIH	SYPHILIS	CHLAMYDIA MYCOPLASME GONOCOQUE
	B	C			
BAISER PROFOND 	●	●	●	●	●
	●	●	●	●	●
RELATIONS SEXUELLES NON PROTEGES 	●	●	●	●	●
RELATIONS SEXUELLES PROTEGES 	●	●	●	●	●
PARTAGE DE MATERIEL D'INJECTION ET DE SNIFF 	●	●	●	●	●
PARTAGE MATERIEL PIERCING 	●	●	●	●	●
CONTACT HUMAIN (TOUCHER) 	●	●	●	●	●
ECHANGE MATERIEL DE TOILETTE Brosse à dents 	●	●	●	●	●

VIH : Virus qui s'attaque système immunitaire. Le système immunitaire permet de se protéger contre les infections dans le corps.



Signes possibles : A partir de 15 jours après la contamination : fièvre, éruption cutanée, fatigue, diarrhée, puis ces signes disparaissent. Quelques mois à quelques années après la contamination, après une longue phase sans signe apparent, ces symptômes réapparaissent (ils témoignent de l'affaiblissement immunitaire).

Complications graves : évolution possible vers le sida ; atteinte du nouveau-né si la mère est infectée et non traitée.

Syphilis : IST d'origine bactérienne



Signes possibles : chancre (petite plaie indolore), boutons ou petites plaques rouges sans démangeaisons sur la peau et les muqueuses

Complications graves si non traitée : atteinte du cerveau, des nerfs, du cœur, des artères et des yeux, atteinte du nouveau-né si la mère est infectée

Chlamydia : IST d'origine bactérienne

Il n'y a pas toujours de signes

Le plus souvent il n'y a aucun signe de la contamination. Parfois peuvent apparaître 1 à 2 semaines après la contamination des brûlures, un écoulement par la verge, l'anus ou le vagin, de la fièvre, une douleur au bas-ventre voire une angine...

Les complications sont importantes si non traitées :

Il y a des risques de salpingite, de stérilité, de grossesse extra-utérine et d'atteinte du nouveau-né si la mère est infectée

SERMENT D'HIPPOCRATE

«Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.»

Abstract

Introduction

Hepatitis C is an infectious liver disease which is currently an important public health issue in the world due to its high prevalence and serious complications, to which the patients are exposed in absence of treatment.

New effective therapeutics are recently available and the WHO has put in place a global strategy to eliminate the virus by 2030.

In France, drug users represent the main reservoir of hepatitis C.

To reach this goal, drug users should ideally cooperate in the screening, the treatment and the follow-up.

Our goal is to determine the representation drug users have of hepatitis C, its screening and treatment.

Population and methodes

We conducted a qualitative study with individual semi-structured interviews in two centers : a CAARUD and a prison. We included 21 drug users beetwenn March 2017 and November 2018.

Results

Drug users who are interviewed know or heard about hepatitis C and know how to protect themselves from it. Hepatitis C tends to be minimized by some users because of its curable nature. Regarding screening, users appreciate the TROD for its accessibility, simplicity and speed.

Finally, regarding treatment, it is not always known to users. Those who have been treated recently have a good image.

Conclusion

Drug users don't seem to show major unwillingness to be followed and treated against hepatitis C. However, it will be necessary to be wary of the trivialization of the disease and the unknown risk of recontamination and to count on the mobilization of all the actors of health in order to obtain the expected results.

Keywords : hepatitis C, drug users, representations, perceptions, CAARUD, prison, qualitative study.

RESUME

Introduction

L'hépatite C est une maladie hépatique infectieuse qui représente actuellement un enjeu important de santé publique dans le monde en raison de sa forte prévalence et des complications graves auxquels les patients sont exposés en absence de traitement.

De nouvelles thérapeutiques efficaces ont été mises récemment sur le marché et l'OMS a mis en place une stratégie mondiale afin d'éliminer le virus d'ici 2030.

En France, les usagers de drogues représentent le principal réservoir de l'hépatite C.

Pour atteindre cet objectif, il faut idéalement une coopération des usagers de drogues dans le dépistage, dans le traitement et dans le suivi.

Notre objectif est de déterminer la représentation que les usagers de drogues se font de l'hépatite C, de son dépistage et de son traitement.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés individuels dans deux centres : un CAARUD et une maison d'arrêt. Nous avons inclus 21 usagers de drogues entre mars 2017 et novembre 2018.

Résultat

Les usagers de drogues interrogés connaissent ou ont entendu parler de l'hépatite C, et savent comment s'en protéger. L'hépatite C a tendance à être banalisée par certains usagers en raison de son caractère curable. Concernant le dépistage, les usagers apprécient le TROD pour son accessibilité, sa simplicité et sa rapidité. Enfin concernant le traitement, il n'est pas toujours connu des usagers. Ceux qui ont été traités récemment en ont une bonne image.

Conclusion

Les usagers de drogues ne semblent pas montrer de réticences majeures à se faire suivre et traiter contre l'hépatite C. Il faudra cependant se méfier de la banalisation de la maladie et du risque méconnu de recontamination et compter sur la mobilisation de tous les acteurs de santé afin d'obtenir les résultats escomptés.

Mots clés : hépatite C, usagers de drogues, CAARUD, représentations, maison d'arrêt, étude qualitative, perceptions, dépistage.