

**Ve Journées scientifiques du réseau Sida
de l'Aupelf-Uref sur le thème « Sida et Toxicomanie »
Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam, 11-13 janvier 1996**

**Vth Scientific Meeting on the Aupelf-Uref network
AIDS and Drug Addiction
Ho Chi Minh City, Vietnam, 11th to 13th of January 1996**

Documents réunis par Pierre Gazin

- 68** Editorial
Marc Gentilini
- 69** La méthadone en France. À propos de l'expérience du centre Monte Cristo de l'hôpital Laennec à Paris
Methadone in France: the experience of the Monte Cristo center at the Hospital Laennec in Paris
William Lowenstein
- 70** Stratégie de réduction du risque d'infection par le VIH chez les toxicomanes au sud du Viêt-nam
Strategy to reduce the risk of HIV infection in drug addicts in southern Vietnam
Lê Truong Giang
- 70** Situation épidémiologique du VIH chez des toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville. Évolution de la situation entre 1992 et 1995
Epidemiology of HIV infection in drug addicts in Ho Chi Minh City: evolution between 1992 and 1995
Nguyen Dac Tho, Truong Xuan Lieu
- 71** Manifestations cliniques dermatologiques et vénérologiques chez des toxicomanes infectés par le VIH
Clinical manifestations, dermatologic and venerologic, in drug addicts infected by HIV
Nguyen Van Ut, et al.
- 72** Tendances épidémiologiques de l'infection par le VIH au sud du Viêt-nam
Epidemiological tendencies of HIV infection in southern Vietnam
Nguyen Thi Thanh Thuy, Ha Ba Khiem
- 73** Aspects cliniques et épidémiologiques de l'infection par le VIH chez des toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville
Clinical and epidemiological aspects of HIV infection in drug addicts in Ho Chi Minh City
Nguyen Huu Chi
- 74** Épidémiologie du Sida et de l'usage des drogues par voie intraveineuse en Europe
Epidemiology of AIDS and intravenous drug use in Europe
Philippe Duneton
- 74** La tuberculose chez les sujets infectés par le VIH à Hô Chi Minh-Ville
Tuberculosis in cases infected by HIV in Ho Chi Minh City
Pham Duy Linh
- 75** Pathologie somatique chez les toxicomanes infectés par le VIH
Somatic pathology in drug addicts infected by HIV
Jean-Pierre Coulaud
- 75** La réduction des méfaits de la toxicomanie en Amérique du Nord
Reduction of the ill effects of drug addiction in North America
Julie Bruneau
- 76** Sida et toxicomanie en Amérique du Nord
AIDS and drug addiction in North America
Catherine Hankins

Sida et toxicomanie

Marc Gentilini

Le colloque « Sida et toxicomanie », organisé par le Centre universitaire de formation des professionnels de la santé de Hô Chi Minh-Ville (Viêt-nam) et par l'Aupelf-Uref a réuni dans cette ville du 11 au 13 janvier 1996, une trentaine de participants.

La toxicomanie par voie intraveineuse n'est pas rare à Hô Chi Minh-Ville et dans les agglomérations des alentours. Les toxicomanes sont généralement de sexe masculin, de tous âges et pauvres. La substance la plus couramment utilisée est le *dross*, les déchets des pipes d'opium dilués dans de l'eau. Les injections sont effectuées par un « injecteur » partageant un flacon entre plusieurs drogués, utilisant une seule seringue, travaillant vite pour limiter les risques d'arrestation. Une dose revient à environ 2 000 dong (1 FF).

Les premiers cas d'infections par le VIH chez les toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville ont été détectés fin 1992 au cours d'enquêtes systématiques réalisées dans la population du centre de traitement de la toxicomanie de Binh Trieu. Ce centre, situé à la périphérie de Hô Chi Minh-Ville, reçoit environ 2 000 toxicomanes pour des séjours de six mois à deux ans. Leur taux de séropositivité était en 1995 de 43 %. À la même période, ce taux était encore bas chez les prostituées de la ville, mais en augmentation (de 0,5 % en 1993 à 1,2 % en 1995). La prévalence chez les femmes enceintes accouchant dans des structures publiques de la ville était de 0,1 %.

Il semble coexister deux modalités de circulation du VIH : une épidémie intense chez les toxicomanes par voie intraveineuse et une transmission sexuelle passant en partie par les prostitué(e)s, à un niveau bas, n'entraînant pas encore de contamination massive dans la population générale.

Une réflexion a été engagée sur les moyens d'obtenir des sevrages durables et de limiter la diffusion du VIH. Les difficultés principales tiennent dans la pénalisation de l'usage de drogues, limitant l'approche médicale. Les produits de substitution en période de sevrage ne sont pas utilisés au Viêt-nam. Même en cas de disponibilité, la difficulté majeure serait leur coût, rédhibitoire pour des malades pauvres et marginaux. Le sevrage brutal réalisé dans les centres de sevrage a peut-être un certain succès, mais les problèmes de réinsertion sociale et de durée du sevrage se posent avec acuité. Cette situation, particulièrement évidente dans un pays pauvre et en cours de mutation comme le Viêt-nam, n'est pas fondamentalement différente de celle observée dans les pays industrialisés d'Europe ou d'Amérique.

Cette première rencontre entre des acteurs de la prise en charge des malades du Sida et des toxicomanes a permis de faire le point sur les situations pathologiques et les approches de la lutte au Viêt-nam, en Europe et en Amérique du Nord. Les difficultés dans la prévention de la toxicomanie et dans celle de la transmission du VIH sont assez comparables d'un pays à l'autre. Mais la situation du Viêt-nam est particulièrement difficile pour la prévention de la toxicomanie. L'emploi généralisé des préservatifs lors de relations sexuelles occasionnelles est, en revanche, assez facilement acceptable. Le risque est grand de l'explosion d'une épidémie par transmission sexuelle, mais il n'y a pas de fatalité dans une évolution catastrophique. Il est encore temps d'agir et d'apporter des appuis aux structures de santé de ce pays.

M. Gentilini :
Directeur de l'ISD, coordonnateur
des réseaux médicaux de l'Uref
15-21, rue de l'École-de-Médecine,
75006, Paris, France.

Compte rendu des Journées Scientifiques « Sida et toxicomanie »

La méthadone en France À propos de l'expérience du centre Monte Cristo de l'hôpital Laennec à Paris

L'irruption du Sida, des hépatites B et C, le renouveau de la tuberculose et l'aggravation de l'état de santé des toxicomanes à l'héroïne ont conduit les pouvoirs publics français à adopter, peu à peu, une politique de réductions des risques. La substitution s'inscrit dans un ensemble de réductions des méfaits liés à l'usage des drogues qui comporte la vente libre, la gratuité et les programmes d'échange des seringues, la mise en place de distributeurs, l'ouverture de lieux de contact avec les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, la collaboration active avec les populations exposées et les associations d'usagers. Ces mesures mettent parfois en porte à faux les services répressifs [1].

Ce n'est qu'en 1993-1994 qu'ont été ouverts, en France, de nouveaux centres de prise en charge des utilisateurs de drogue par voie intraveineuse habilités à prescrire la méthadone. Le centre Monte Cristo, situé dans l'hôpital Laennec avec une ouverture directe sur la rue, est un de ces premiers centres transdisciplinaires. Il est rattaché au service de Médecine interne qui, depuis 1984, prend en charge les hospitalisations des sidéens et des utilisateurs de drogue par voie intraveineuse.

Aujourd'hui, il existe environ 4 000 « places méthadone » en France. Tous les médecins peuvent prescrire, depuis le 31 mars 1995, de la méthadone quand un patient

leur est confié par un centre spécialisé. C'est, en matière de substitution, la fin de « l'exception française ». Le pays s'est aligné sur les autres pays européens.

La méthadone est, comme la morphine, un agoniste spécifique des récepteurs opioïdes μ . Ses effets sont bloqués par la naloxone (Narcan®). Ses principales caractéristiques sont sa bonne disponibilité orale (60 à 90 %), sa biotransformation hépatique importante, sa demi-vie longue (24 heures), permettant une prise orale par jour, et son absence d'effet de pic, à l'opposé de l'héroïne. Quand sa concentration plasmatique diminue, la méthadone se libère des sites cellulaires et maintient une concentration sanguine optimale [2]. Elle permet, biologiquement, les premiers pas essentiels pour espérer sortir du chaos, par l'abandon de la voie veineuse, la stabilisation de l'humeur et de l'état physique. Son mode médicalisé de prescription et de délivrance permet à l'utilisateur de drogue par voie intraveineuse de cesser son tête-à-tête isolationniste avec la drogue et de l'accompagner dans son processus de stabilisation.

L'expérience du centre Monte Cristo porte sur 72 patients (39 hommes et 33 femmes) suivis pendant un an. La rétention et le suivi de traitement sont de 100 %. Quatre patients sont décédés, deux de Sida, un d'insuffisance rénale terminale et un par accident de la voie publique. Lors de l'inclusion, les taux de séropositivité étaient de 22 % pour le VIH, de 29 % pour l'hépatite B et de 50 % pour l'hépatite C. Les séroconversions ont été de 0 % pour le VIH et pour l'hépatite B, de 4,5 % pour l'hépatite C. L'abandon de l'héroïne, défini par des

urines positives pour la méthadone et négatives pour l'héroïne depuis plus de quatre mois, est constaté chez 25 % des patients. La diminution de la consommation, définie par des urines positives pour l'héroïne de une fois sur deux à une fois sur cinq, est constatée dans 50 % des cas. Pour les 25 % restants, la consommation d'héroïne est inchangée et les urines sont positives à chaque examen. La prise en charge psychosociale a permis la réduction des flagrants délits et des incarcérations à 10 %, l'abandon de la prostitution dans trois cas, l'obtention d'un logement dans cinq cas et l'obtention d'un travail régulier dans quatre cas.

Après onze mois de méthadone (début du traitement à 45 mg par jour, dose maximale à 95 mg puis « descente » progressive jusqu'à 10 mg par jour), un patient a souhaité se « délivrer » de cette dernière pharmacodépendance. Un sevrage par anesthésique (« courants de Limoges ») a eu lieu en milieu hospitalier. L'évolution est favorable, soulignant à travers ce premier cas que, loin de s'opposer, traitement de substitution et sevrage participent d'un même processus. L'accompagnement d'un patient héroïnomanie avec un traitement de substitution permet les aménagements progressifs qui rendent possible une sortie de la toxicomanie ■

Références

1. Lowenstein W, Gourarier L, Cottel A, Lebeau B, Hefez S. *La méthadone et les traitements de substitution*. Paris: Éd. Doin, coll. Conduites, 1996: 9-12.
2. Frances B, Cros J. La méthadone. *Médecine thérapeutique* 1995; 1: 189-94.

William Lowenstein :
Service de Médecine interne I,
Hôpital Laennec,
42, rue de Sèvres,
75007 Paris, France.

Stratégie de réduction du risque d'infection par le VIH chez les toxicomanes au sud du Viêt-nam

Les toxicomanes sont actuellement à Hô Chi Minh-Ville le groupe dont le taux de prévalence est le plus élevé pour l'infection par le VIH. Ce taux est en augmentation rapide. Le dépistage systématique chez les sujets pris en charge par le Centre de sevrage de la toxicomanie de Binh Trieu a mis en évidence des taux de séropositivité de 25, 34 et 42 % respectivement en 1993, 1994 et 1995. Un des objectifs du programme de lutte contre le Sida au Viêt-nam et à Hô Chi Minh-Ville est la réduction du risque d'infection par le VIH chez les toxicomanes.

Comment associer de façon optimale les mesures de lutte contre la toxicomanie et la prévention de l'infection par le VIH ? Les activités de répression de l'utilisation illégale des drogues peuvent favoriser la diffusion du virus, par le développement de comportements de clandestinité, de partage des seringues et des flacons de solution d'opium. Il est nécessaire de rechercher des mesures efficaces, acceptables par la population et par les toxicomanes, et en accord avec les règles de vie du Viêt-nam.

Le sevrage de l'opium sous la contrainte est voué à l'échec. Le sevrage volontaire est toujours difficile, la tentation restant forte chez les toxicomanes. La séparation momentanée de l'environnement habituel, le soutien psychologique et médical, ainsi qu'un long soutien pour la réinsertion sociale sont nécessaires pour obtenir des résultats durables.

Peut-on accepter et favoriser des changements de comportement comme le passage de la voie injectable à la voie orale ou à la fumerie ? Peut-on favoriser l'utilisation personnelle de seringues et d'aiguilles ? Ces questions sont en débat actuellement au Viêt-nam. Un programme d'échange des seringues et des aiguilles est actuellement mené dans le 1^{er} arrondissement de Hô Chi Minh-

Ville. Les difficultés tiennent, d'une part, à la reconnaissance implicite de la toxicomanie par la distribution de matériel d'injection, qui est en lui-même une pièce à conviction contre les toxicomanes, et, d'autre part, au partage du flacon de solution d'opium qui participe au risque de contamination virale.

La substitution par la méthadone n'est pas, actuellement, réalisée au Viêt-nam. En effet, une des difficultés est celle de son coût et de sa prise en charge. Il faut également éviter que ce produit devienne une nouvelle drogue disponible sur le marché. Enfin, les toxicomanes pourraient préférer l'usage de l'opium, plus satisfaisant. Un centre de sevrage volontaire et rapide, en six semaines, est actuellement en fonction. Il pourrait bénéficier de l'emploi de la méthadone en substitution et servir de lieu d'expérience.

Quelle est la stratégie préconisée ? Développer l'information et l'éducation, en particulier des jeunes, en expliquant les effets néfastes de l'opium et en proposant un mode de vie sain. Créer un environnement favorable pour le soutien des

toxicomanes, en favorisant la prise en charge par les familles et la communauté, et en refusant la discrimination. Aider les toxicomanes à faire des choix et à les réaliser, leur permettre une réintégration sociale par la formation professionnelle et l'obtention d'un emploi. Développer des groupes d'éducation par des pairs, anciens toxicomanes pour le soutien moral, l'information, l'encouragement à participer au programme de lutte contre le Sida. Des résultats durables peuvent être obtenus en associant un environnement favorable, le soutien par ces groupes et des mesures d'aide médicale et sociale.

Un projet de centre de consultations communautaire est sur le point de démarrer dans les 1^{er} et 4^e arrondissements de la ville. Ces centres seront des lieux, construits autour d'une cafétéria et d'une salle de toilette, de rencontre des toxicomanes avec les groupes de soutien homologues. Les toxicomanes disposeront d'une consultation médicale gratuite et proposeront une prise en charge individuelle, des conseils et un soutien, ainsi qu'une réinsertion professionnelle ■

Situation épidémiologique du VIH chez des toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville. Évolution de la situation entre 1992 et 1995

La surveillance de l'infection par le VIH à Hô Chi Minh-Ville a commencé en 1989. C'est à la fin de 1992 que les premiers cas ont été détectés chez des toxicomanes, au cours d'enquêtes systématiques réalisées chez

les patients du Centre de sevrage de la toxicomanie de Binh Trieu, à la périphérie de la ville. La technique Elisa a été utilisée, avec confirmation par Western Blot en cas de positivité. Les taux de prévalence ont beaucoup augmenté de 1992 à 1995 (tableau 1). Ils sont particulièrement élevés chez les 30 à 39 ans (tableau 2).

L'étude a aussi été menée dans l'agglomération, arrondissement par arrondissement. Au premier trimestre de l'année 1993, des cas ont été observés dans 11 des 18 arrondissements, dans 14 au

Lê Truong Giang :
Comité du Sida de Ho Chi Minh-Ville,
59, Nguyen Thi Minh Khai Q 1,
Hô Chi Minh-Ville,
Viêt-nam.

Nguyen Dac Tho, Truong Xuan Lieu :
Centre de Médecine préventive,
699, Tran Hung Dao Q 5,
Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam.

Tableau 1

Taux de prévalence de la séroposivité contre le VIH observé à Hô Chi Minh-Ville

Année	1992	1993	1994	1995
Toxicomanes hommes	3/97	419/1 619	663/1 966	492/1 134
Toxicomanes femmes	0/153	23/113	43/113	35/80
Prostituées*	0%	0,5%	0,5%	1,2%
Malades MST**	0,2%	0,4%	0,9%	0,6%
Tuberculose***	0%	1,9%	1,1%	1,3%
Femmes enceintes****	0%	0%	0%	0,1%

* Environ 1000 chaque année. ** De 1 500 à 2 000 malades chaque année. *** 800 malades chaque année. **** 2 000 femmes chaque année.

Prevalence of seropositivity for HIV observed in Ho Chi Minh City

Tableau 2

Prévalence de la séroposivité contre le VIH (%) par tranche d'âge chez les toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville

Tranche d'âge	1992	1993	1994	1995
10-19	0,0	16,7	20,0	—
20-29	0,0	29,8	39,5	18,8
30-39	3,2	26,6	35,2	44,1
40-49	4,1	23,1	29,9	45,6
> 50	0,0	12,3	25,8	26,7

Prevalence of seropositivity for HIV by age brackets of drug addicts in Ho Chi Minh City

Manifestations cliniques dermatologiques et vénérologiques chez des toxicomanes infectés par le VIH

Le Centre de sevrage de la toxicomanie de Binh Trieu est situé à la périphérie de Hô Chi Minh-Ville. Il reçoit les toxicomanes de la région, environ 2 000 par an, pour des séjours de six mois à deux ans. C'est un centre de réadaptation disposant d'une structure de soins. Notre étude, effectuée d'août 1993 à janvier 1994, a porté sur 171 sujets infectés par le VIH (160 hommes et 11 femmes d'âge moyen 40 ans), identifiés parmi 442 toxicomanes. Le dépistage systématique est effectué à l'entrée au centre, par technique Elisas avec confirmation par Western Blot.

Nguyen Van Ut, Hoang Van Minh, Nguyen Tat Thang, Nguyen Thanh Minh : Centre de sevrage de la toxicomanie de Binh Trieu, 15/1 Fatima, Binh Trieu, Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam.

La gale est la manifestation dermatologique la plus fréquente, observée chez 47 des 171 sujets séropositifs pour le VIH, soit 27 % des sujets. Elle est fréquemment étendue, disséminée, avec des lésions de grattage infectées et eczématueuses, et même quelques cas d'hyperkératose. Elle est nettement plus fréquente que chez les sujets séronégatifs (35/271, soit 13 %), plus étendue, avec des lésions plus infectées et un prurit plus marqué.

Les infections cutanées bactériennes et les mycoses, notamment des dermatophytoses inguinales et fessières, sont observées chez 19 % des toxicomanes séropositifs, des lésions d'eczéma chez 9 %, des infections virales chez 6 %, essentiellement des lésions de zona (5 %), et des verrues. Ces lésions sont moins fréquentes chez les toxicomanes non infectés par le VIH, à l'exception du

deuxième trimestre, dans 16 au troisième trimestre et dans tous au quatrième trimestre. En 1995, les arrondissements de la ville peuvent être répartis en zone de très forte séroposivité chez les toxicomanes (1^{er} arrondissement : 41 %, 3^e arrondissement : 60 %, 10^e arrondissement : 49 %, quartier Tan Binh : 73 %, quartier Binh Chanh : 60 %, quartier Cu Chi : 67 %) et en zone de séroposivité un peu moins élevée (4^e arrondissement : 26 %, 5^e arrondissement : 23 %, quartier Nha Bé : 21 %). Les quartiers avec la plus forte prévalence sont ceux des gares de chemin de fer et routières où vivent les toxicomanes les plus consommateurs. Ces lieux publics facilitent les échanges et l'utilisation de drogue ■

pityriasis versicolor, tout aussi fréquent. Deux lépreux ont été observés parmi les séropositifs. Un cas était connu et traité depuis 15 ans, avant que le patient ne soit toxicomane et séropositif. L'autre cas a été diagnostiqué dans le centre de Binh Trieu. Traités par multithérapie, leurs lésions ne sont plus actuellement actives. Des dermatoses classiques dans le Sida comme l'herpès, le psoriasis, le sarcome de Kaposi ou la leucoplasie chevelue n'ont pas été observées dans notre étude.

Les maladies transmissibles par voie sexuelle peuvent être retrouvées dans les antécédents des malades par l'interrogatoire, dans environ 15 % des cas de séroposivité. Il s'agit essentiellement de gonococcies. Elles sont rares lorsque la toxicomanie est vraiment installée, parce que les rapports sexuels deviennent moins nombreux ou que l'abstinence s'installe ■

Tendances épidémiologiques de l'infection par le VIH au sud du Viêt-nam

Le sud du Viêt-nam, qui comprend Hô Chi Minh-Ville et seize provinces, est la région du pays la plus touchée par l'épidémie de VIH. Le premier cas a été détecté en décembre 1990 à Hô Chi Minh-Ville. Le nombre cumulé des cas de séroposivité dans cette région, à la fin de 1995, était de 2 731, soit 80 % des 3 423 cas enregistrés au Viêt-nam.

Le système de surveillance au sud du Viêt-nam, que l'Institut Pasteur de Hô Chi Minh-Ville prend en charge, a été établi, depuis 1992, dans le contexte d'un programme national. La surveillance sentinelle s'est développée, officiellement, à partir de 1994 mais cette activité a commencé à Hô Chi Minh-Ville en 1993. La province d'An Giang, une zone de passage avec le Cambodge, a tout d'abord été étudiée, à partir de 1994, suivie par les provinces de Can Tho, zone de forte prostitution, et de Kien Giang, zone de contact avec les pêcheurs étrangers. Il s'agit donc de zones sentinelles choisies pour leurs particularités. L'infection par le VIH est étudiée dans des groupes cibles supposés à haut risque (les toxicomanes par injection, les prostituées, les sujets atteints de maladies sexuellement transmissibles), dans des groupes à bas risque ainsi que dans des groupes indicateurs (les tuberculeux, les femmes enceintes, les soldats nouvellement recrutés). La taille des échantillons est planifiée à 400 pour les groupes à haut risque et à 800 pour les autres, sur la base d'une prévalence attendue de 1 % pour les plus contaminés. Par ailleurs, la détection est effectuée dans toutes les provinces pour les sujets à risque. Différentes stratégies d'utilisation des tests de laboratoire sont réalisées suivant la recommandation de l'OMS depuis 1994. Deux modèles principaux de transmission sont envisagés. La transmission par voie sanguine chez les toxicomanes est forte à Hô Chi Minh-Ville et dans les provinces adjacentes où la toxicomanie se répand

Nguyen Thi Thanh Thuy, Ha Ba Khiem :
Institut Pasteur, 167, rue Pasteur,
Hô Chi Minh-Ville,
Viêt-nam.

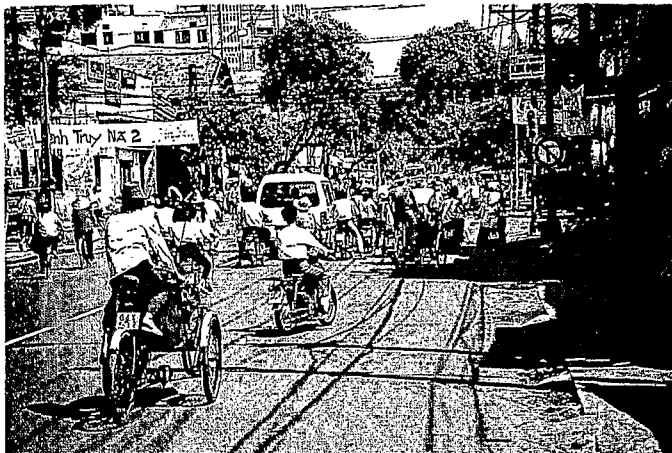


Photo 1. Trafic quotidien des cyclistes et cyclomotoristes dans les rues de Hô Chi Minh-Ville (photo : © Orstom/Jean-Pierre Montoroi).

Photo 1. Daily traffic of bicyclists and moped riders in the streets of Ho Chi Minh City.



Photo 2. Vue générale du marché sur l'eau. Delta du fleuve Mékong, province de An Giang (photo : © Orstom/ Jean-Pierre Montoroi).

Photo 2. General view of a river market on the Mekong river delta in the Hau Giang Province.

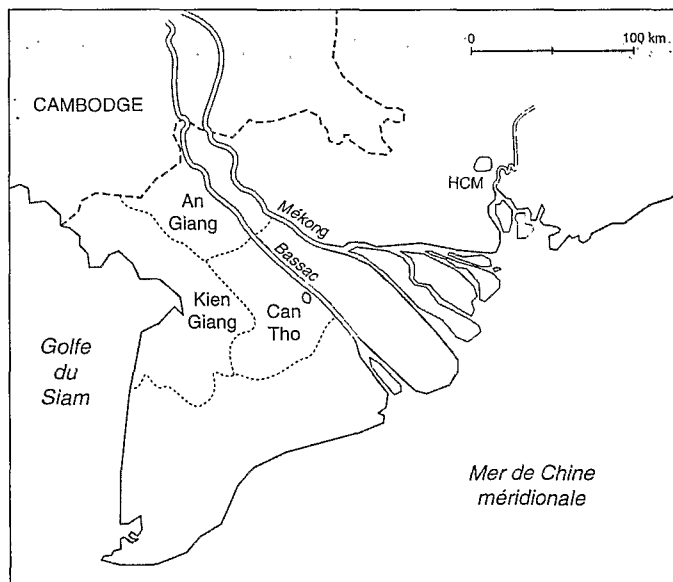


Figure 1. Carte des provinces du Sud Viêt-nam (Pierre Gazin).

Figure 1. Map of south Vietnam provinces.



Photo 3. Sampan apportant sa cargaison maraîchère au marché sur l'eau, Delta du fleuve Mékong, province de Hau Giang (photo: © Orstom/Jean-Pierre Montoroi).

Photo 3. Sampan carrying a garden cargo to the river market on the Mekong river delta in the Hau Giang Province.

considérablement. La transmission par voie hétérosexuelle est importante dans les provinces du delta du Mékong. L'importance de la prostitution locale et de la circulation des prostituées avec les pays voisins peut expliquer cette situation. Une augmentation significative de la séroprévalence est observée chez les toxicomanes (taux de 25 % en 1993 et 42 % en 1995). Cette augmentation s'observe aussi chez les prostituées à Hô Chi Minh-Ville, mais à un niveau plus faible (de 0,5 à 1,2 % de 1993 à 1995). Dans la province d'An Giang, cette augmentation est observée chez les prostituées (de 5 à 8 % de 1993 à 1995) et chez les patients atteints de MST (de 0,15 à 1,3 %).

Les mesures d'intervention doivent être ciblées sur ces groupes en se fondant sur les différences constatées. Bien que l'augmentation ne soit pas encore significative, la présence du VIH à un faible taux

dans la population générale (0,1 % des femmes enceintes) demande une surveillance stricte dans les groupes à bas risque. En tenant compte des expériences de la Thaïlande, le Viêt-nam, après la première onde épidémique avec les toxicomanes, risque de subir une propagation dans sa population générale, par l'intermédiaire des prostituées et de leurs clients. Des projets de recherche de l'Institut Pasteur sont ainsi menés sur les facteurs de risque (socio-démographiques, comportementaux, les MST...) dans ces groupes, en vue de contribuer à l'amélioration des mesures de prévention contre la propagation du VIH. L'apparition progressive des malades du Sida suggère de développer les critères de diagnostic, surtout aux échelons périphériques, d'améliorer le système de notification, le suivi des séropositifs, les traitements adéquats et la déclaration des décès ■

Aspects cliniques et épidémiologiques de l'infection par le VIH chez des toxicomanes à Hô Chi Minh-Ville

Une étude clinique et épidémiologique a été réalisée, de 1993 à 1995, au Centre des maladies tropicales et au Centre de sevrage de la toxicomanie de Binh Trieu à Hô Chi Minh-Ville, auprès des toxicomanes infectés par le VIH. Au Centre de sevrage, le taux de prévalence de la séropositivité était de 18,5 % en 1993 et de 32,5 % en 1994. Parmi 1229 sujets séropositifs, 157 malades souffraient de Sida selon la définition des CDC (Centers for Disease and Control) de 1993, soit 13 %. La maladie opportuniste la plus fréquente était la tuberculose, présente chez 43 % des sujets souffrant de Sida. Les diagnostics ont été confirmés par les examens bactériologiques et radiologiques. Il s'agissait principalement de formes pulmonaires, d'un cas de forme dis-

seminée et de trois cas de méningite tuberculeuse. La deuxième pathologie observée, en fréquence, était le zona, présent chez 38 % des malades. Il est à noter que cinq cas de lèpre ont été observés. Un seul cas de muguet a été noté. La cachexie était fréquente, sans qu'il soit possible de préciser une étiologie particulière. Les atteintes pouvaient être multiples, associant par exemple la tuberculose, des diarrhées, la malnutrition, la malabsorption et le syndrome de sevrage. La numération des lymphocytes CD4, réalisée par l'Institut Pasteur de Hô Chi Minh-Ville, a mis en évidence, chez 49 sidéens, une immunodépression importante ($CD4 < 200/mm^3$ dans 19 cas: 38 %; entre 200 et $500/mm^3$ dans 26 cas: 53 %; $> 500/mm^3$ dans 4 cas: 8 %). Le taux de mortalité des sidéens a été de 18 % en 1993 (13 décès) et de 33 % en 1994 (28 décès).

Au Centre des maladies tropicales, 73 toxicomanes infectés par le VIH (72 hommes et 1 femme) ont été traités en 1994 et 1995. Ils étaient âgés de 20 à 29 ans dans 19 % des cas, de 30 à 39 ans

dans 33 % des cas, de 40 à 49 ans dans 41 % des cas, de 50 ans et plus dans 7 % des cas. Les pathologies observées ont été le paludisme (34 cas), des diarrhées (11 cas), des septicémies (5 cas), la tuberculose (7 cas), le tétanos (4 cas), les infections respiratoires (5 cas), la cachexie (2 cas), un cas d'hépatite, un cas de méningite purulente et un autre à cryptocoques, un cas d'arthrite et un cas d'hystérie.

Les différences de modalité de recrutement des patients traités au Centre des maladies tropicales et au Centre de sevrage expliquent les différences dans les taux observés de maladies opportunistes. La fréquence élevée du paludisme s'explique par la spécialisation du Centre des maladies tropicales et par de probables séjours des toxicomanes en zone de transmission. Une transmission directe du *Plasmodium* par le sang n'est pas exclue.

Les moyens diagnostiques de ces centres sont trop limités pour faire le diagnostic des maladies opportunistes fréquemment associées au Sida comme la pneumocystose et la toxoplasmose cérébrale ■

Nguyen Huu Chi:
Centre des maladies tropicales,
19^e Ham Tu O 5,
Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam.

Épidémiologie du Sida et de l'usage des drogues par voie intraveineuse en Europe

Le nombre de toxicomanes utilisateurs de drogues « dures » serait de 630 000 dans les pays de l'Union européenne, soit de 1,5 à 5,2 % de la population générale et 2,5 % en Grande-Bretagne, en Espagne et en France. Ce nombre a beaucoup augmenté depuis vingt ans, passant ainsi en France de 7 000 en 1970 à 70 000 en 1980 et 150 000 en 1990 (données du ministère de la Santé). Dans les deux tiers des cas, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse utilisent de l'héroïne.

L'épidémie de Sida, apparue au début des années 80, a frappé de plein fouet les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, mais de façon très inégale selon les pays européens. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse sont concernés par les trois modes de transmission des VIH 1 et 2 : sanguine, par les injections et le partage des seringues, sexuelle, par les partenaires infectés et la prostitution, et materno-fœtale. En France, le nombre cumulé de cas de Sida déclarés était, au 30 septembre 1995, de 38 372. Le nombre réel est estimé entre 44 000 et 48 000, dont 16 000 à 17 000 personnes vivantes actuellement. Le nombre de nouveaux cas semble se stabiliser autour de 6 000 par an. En Europe, 154 624 cas avaient été recensés au 30 septembre 1995. Près de 26 000 nouveaux cas ont été déclarés en 1994 et 20 000 pour les trois premiers trimestres de 1995. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse représentent 39 % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie.

De grandes différences apparaissent entre les pays européens pour l'infection par le VIH chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. En France, 30 à 40 % d'entre eux sont infectés et ils représentent 24 % des cas cumulés de Sida. Cette proportion, en augmentation régulière, atteignait 27 % en 1993 et au début de 1994. Les deux régions les plus touchées sont l'Île-de-France et la Provence-Côte d'Azur. En Italie et en Espagne, les utilisateurs de

drogues par voie intraveineuse représentent 66 % des cas de Sida. Trois pays européens, l'Italie, l'Espagne et la France, concentrent 90 % des cas de Sida liés à l'usage de drogues. À l'inverse, des taux bien moins importants sont relevés dans les pays d'Europe du Nord. La proportion des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse parmi les malades du Sida varie autour de 5 % en Grande-Bretagne, 9 % aux Pays-Bas et 13 % en Allemagne. La Grande-Bretagne, pour une population et un nombre d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse comparables à ceux de la France, compte ainsi quinze fois moins de cas de Sida parmi eux !

Ces différences peuvent être expliquées par des facteurs socioculturels (législation, comportement des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse), la précocité de l'épidémie de Sida, les modalités de prise en charge et la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques. Ce troisième point semble être le facteur principal. Les pays du Nord de l'Europe avaient organisé une politique de prévention, en particulier de l'hépatite B, en direction des toxicomanes dès la fin des années 70. Cette politique a été renforcée au milieu des années 80, participant à la limitation de l'impact de l'épidémie de Sida parmi les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse.

En France, les politiques traditionnelles de soins (soutien et accompagnement psychologique orientés vers le sevrage) ne touchent qu'une part des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, 15 à 20 % au maximum. Les politiques de réduction des risques visent, en revanche, l'ensemble des toxicomanes et, particulièrement, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse actifs. Elles sont orientées vers des actions sociales qui ne sont pas conditionnées par le sevrage : hébergement, travail de rue, lieux de jour pour échapper, même quelques heures, à la « galère », accès à des soins somatiques, lutte contre la marginalisation, accès à des seringues neuves pour éviter le partage, programmes de substitution médicalisée par la méthadone et la buprénorphine. Cette politique globale, dont l'efficacité a été démontrée, suppose comme préalable que les toxicomanes relèvent avant tout du système de soins et non du système répressif, qu'ils retrouvent leur dignité et leurs droits de citoyens. Il s'agit, avant tout, d'augmenter et de diversifier l'offre de soins en direction de l'ensemble des utilisateurs de drogues, d'engager des actions de prévention, notamment vis-à-vis du risque infectieux qui est au premier rang des comorbidités liées à l'usage de drogues ■

La tuberculose chez les sujets infectés par le VIH à Hô Chi Minh-Ville

De 1993 à 1995, 65 patients infectés par le VIH ont été traités au centre de pneumologie de Pham Ngoc Thach. Ces patients étaient de sexe masculin dans 95 % des cas, l'âge moyen était de 40 ans et 71 % étaient des toxicomanes avec plus de cinq ans de pratique. Chez ces patients, 47 cas de tuberculose ont été diagnostiqués. Il s'agissait de forme pulmonaire (85 % des cas), extra-

pulmonaire (43 % des cas) et de récidives chez des sujets déjà traités (26 % des cas). Les bacilles de Koch ont été détectés dans trente recherches bactériologiques pour quarante effectuées.

Les autres pathologies observées ont été des pneumonies (12 cas) et des tumeurs (2 cas). Pour l'ensemble des cas, la mortalité était élevée dans les deux premières semaines d'hospitalisation (23 %). Les affections opportunistes classiques dans le Sida, comme l'infection par *P. carinii* ou par les cytomégalovirus et le sarcome de Kaposi, n'ont pas été observées dans cette série. Ceci peut, en partie, s'expliquer par la faiblesse des moyens techniques disponibles ■

Philippe Duneton :
Service de santé publique,
Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière,
47, boulevard de l'Hôpital,
75651 Paris cedex 13, France.

Pham Duy Linh :
Centre de pneumologie de Pham Ngoc
Thach, Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam.

Pathologie somatique chez les toxicomanes infectés par le VIH

Les toxicomanes infectés par le VIH (VIH 1 ou 2) présentent une baisse de leur immunité d'autant plus marquée que la seule toxicomanie active réduit de façon significative la capacité fonctionnelle des lymphocytes T.

Les manifestations classiques

Un toxicomane infecté par le VIH présente des manifestations infectieuses et tumorales comparables à celles observées chez la quasi-totalité des sujets infectés par ce virus, quel que soit le mode de contamination. Cependant, leurs fréquence sont particulières.

Une étude faite aux États-Unis en 1986, donc déjà ancienne, trouvait 68 % de pneumocystose chez les toxicomanes et 44 % chez les homosexuels, et 9,8 % de candidoses œsophagiennes contre 2,7 % respectivement. Le sarcome de Kaposi n'était observé que chez 3,8 % des toxicomanes contre 40 % chez les homosexuels et bisexuels. Cette rareté du sarcome de Kaposi chez les toxicomanes est connue : elle est peut-être liée à une transmission sexuelle plus fréquente d'un cofacteur infectieux. La plus grande fréquence des candidoses œsophagiennes n'a pas été souvent signalée. Elle se confirme dans nos constatations personnelles. Les pneumopathies bactériennes récidivantes sont souvent observées. Dans une récente série de Hirschtich, leur fréquence était deux fois plus élevée chez les toxicomanes que chez les homosexuels, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4. La tuberculose, infection opportuniste à part entière particulièrement présente dans les pays en développement, semble être, dans les pays développés, plus souvent observée chez les toxicomanes que chez les autres patients infectés par le VIH.

Les manifestations particulièrement observées chez les toxicomanes

De telles manifestations sont souvent observées chez les toxicomanes. Elles peuvent, cependant, exister aussi chez d'autres patients. La thrombopénie immunologique, souvent précoce et bien supportée, est observée dans deux cas sur trois chez les toxicomanes. Elle peut nécessiter une splénectomie en cas de baisse majeure et prolongée du nombre de plaquettes. Elle est volontiers révélatrice de l'infection par le VIH. L'hypertension artérielle primitive, affection rare dans la population générale (1/100 000), atteint 0,1 % des sujets infectés par le VIH. Parmi les 35 cas ayant fait l'objet d'une publication en 1994, 20 étaient des toxicomanes. On insiste, mais sans preuve, sur le rôle des injections de particules de talc ou d'autres substances minérales qui pourraient se déposer au niveau des poumons. C'est une pathologie grave, entraînant une dyspnée progressive. La médiane de survie après le diagnostic est de dix-sept mois.

Le portage chronique du virus de l'hépatite C (HCV) est fréquent : 40 à 60 %

des toxicomanes infectés par VIH ont une sérologie positive pour HCV, et un sur deux en présentera une forme chronique. L'évolution vers l'hépatite chronique et la cirrhose peut s'observer avant l'apparition d'une immunodépression importante et des infections opportunistes qui en découlent. Bien que ces sujets soient jeunes, le traitement par interféron, avec seulement 15 % de réponses favorables prolongées, est rarement efficace sur ce terrain de co-infections (action défavorable du déficit immunitaire?).

L'évolution du Sida est-elle plus rapide chez les toxicomanes que chez les autres patients? L'analyse de dix études prospectives montre qu'il n'y a pas de différence significative dans la durée d'évolution.

L'utilisation, de plus en plus fréquente, de produits de substitution de l'héroïne comme la méthadone entraîne quelques difficultés. Sur le plan somatique, elle augmente souvent la constipation. Elle supprime le « flash » et l'euphorie et provoque volontiers un syndrome dépressif. Cet état retentit d'autant plus sur l'état général qu'il peut en résulter une intoxication alcoolique ou par les anxiolytiques, facteur d'aggravation de l'éventuelle hépatopathie chronique ■

La réduction des méfaits de la toxicomanie en Amérique du Nord

Les deux pays d'Amérique du Nord diffèrent pour les soins de santé. L'accès aux soins est gratuit et universel au Canada, alors que le système de couverture est très partiel et au centre d'une controverse aux États-Unis. Toutefois, il est possible de dégager des conceptions communes aux deux pays dans la lutte contre les drogues illicites et à propos de l'infection par le VIH. Société jeune, l'Amérique du Nord est encore éprise du grand « rêve américain ».

Julie Bruneau : Hôpital Saint-Luc, Centre de prise en charge de la toxicomanie, 1058 St-Denis H2X 3J4, Montréal, Québec, Canada.

En témoigne la lutte acharnée contre le tabagisme qui rallie l'ensemble de la population avec, pour résultat, des changements profonds d'attitude, frisant parfois l'intolérance. Aux États-Unis, comme pour la prohibition au début du siècle, la lutte contre la toxicomanie a longtemps été associée à la répression et à la réduction de l'offre. Cependant, cette politique musclée et onéreuse n'a empêché ni la toxicomanie ni l'infection à VIH de progresser dramatiquement. Au Canada, la stratégie nationale sur les drogues est, depuis longtemps, orientée vers la réduction de l'offre et vers la promotion de la santé, en particulier vers la prévention primaire. Depuis peu, à la

Jean-Pierre Coulaud : Service de maladies infectieuses et tropicales, Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France.

suite des nombreux rapports soulignant que l'infection à VIH était une menace plus grande que la consommation de drogues, la stratégie nationale sur les drogues a adopté une politique de réduction des méfaits.

L'adaptation à cette nouvelle stratégie soulève des questions de deux ordres : l'influence des soins traditionnellement donnés aux toxicomanes sur l'épidémie de VIH et l'influence qu'a eue l'émergence de l'épidémie sur les soins offerts aux toxicomanes. Bien que les services de soins soient accessibles et gratuits pour tous les citoyens du Canada, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse sont plus ou moins bien accueillis dans notre système de santé. Ils sont souvent des patients peu dociles. Hospitalisés, ils partent fréquemment avant leur congé médical, non sans avoir présenté des comportements agressifs, avoir consommé des drogues et créé des discordes au sein des équipes soignantes. Par ailleurs, ils entretiennent des préjugés à l'égard des services de santé. Les médecins sont souvent perçus par eux comme des pourvoyeurs de médicaments. Ceux-ci ne savent pas toujours comment traiter les sevrages et sont parfois réticents à soulager les douleurs. Ils sont aussi perçus comme des alliés des forces de répression. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse se sentent méprisés et incompris. L'hôpital est vécu comme un environnement définitivement hostile. Dans le passé, les interactions entre les soins de santé et les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse étaient relativement limitées. Les toxicomanes infectés par le VIH font maintenant partie de la clientèle des services de santé. L'infection est aussi un phénomène relativement nouveau pour les spécialistes de la toxicomanie.

L'intervenant en toxicomanie a toujours eu pour mission d'aider le toxicomane à s'en sortir, à refaire sa vie. Il doit faire prendre conscience au toxicomane impatient, habitué à agir en fonction de satisfactions immédiates, qu'il est nécessaire d'affronter la réalité et d'investir du temps pour l'établissement de nouvelles bases, en vue de l'amélioration de sa qualité de vie à moyen terme. L'apparition de l'infection à VIH dans la population toxicomane remet en cause la mission même de l'intervenant. Son patient mourra-t-il dans un an, dans dix ans? Doit-on l'aider à cesser sa consommation quand on en connaît les difficultés? On peut envisager d'accompagner les toxicomanes infectés jusqu'à la fin, en étant moins exigeant à leur égard. Certains intervenants peuvent être réticents à parler des

risques, des moyens de se protéger par l'utilisation de matériel propre et de la désinfection. Ils perçoivent souvent ces interventions, en cours de réadaptation, comme des doubles messages, à savoir qu'ils ne croient pas à la démarche de leurs patients. Le succès de la thérapie est, en général, mesuré par l'abstinence et la réintégration sociale du toxicomane. De plus en plus, il faudra considérer qu'un toxicomane qui arrête les injections par peur du Sida ou d'une autre infection est, d'une certaine façon, en train de se soigner, même si sa dépendance à la drogue reste entière.

La situation à Montréal : exemples d'adaptation du modèle de réduction des méfaits

Des programmes de distribution et de récupération de seringues sont accessibles selon plusieurs modalités, adaptées à la culture des différents quartiers de la ville. Le nombre de places de désintoxication médicale a été substantiellement augmenté, pour assurer une accessibilité plus grande des soins aux toxicomanes et pour pouvoir joindre les jeunes consommateurs avant leur exposition au VIH. Dans un contexte où les services offerts aux toxicomanes sont orientés vers l'abstinence, le sevrage devient la première étape incontournable. Des mesures simples, utiles sur le plan de la santé publique, telles que des bilans de santé, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et la vaccina-

tion contre le virus de l'hépatite B, sont offertes aux toxicomanes dans le cadre de ces programmes de désintoxication, sans que ceux-ci soient obligés de s'engager dans un programme à long terme. Un programme de désintoxication externe, utilisant la méthadone, a permis de toucher une population de jeunes héroïnomes, pour la plupart inconnus des autres services spécialisés.

Aucun pays, si riche soit-il, ne pourra jamais offrir des services spécialisés répondant à toutes les demandes et à tous les besoins des toxicomanes. L'accent a été mis sur la formation des intervenants de première ligne. L'utilisation de pairs permet aux personnes présentant des problèmes multiples d'utiliser le réseau de soins de façon plus adéquate. La collaboration des services d'ordre est aussi essentielle et fait l'objet d'efforts pour amener une meilleure concertation entre eux et les intervenants pour la prise en charge des toxicomanes.

Chaque société, chaque pays doit développer un schéma de soins qui convient à la fois à sa culture et à ses traditions, qui tient compte de ses forces et de ses difficultés propres. Si nous voulons contrer l'épidémie à VIH chez les toxicomanes, nous devons faire en sorte de permettre au plus grand nombre d'être précocement en contact avec nos services de soins. Ces services doivent constituer un réseau souple, capable de répondre aux besoins changeants et hétérogènes de la population des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse au moindre coût.

Sida et toxicomanie en Amérique du Nord

Épidémiologie de la toxicomanie

L'Amérique du Nord se distingue des pays de l'Asie du Sud-Est par l'utilisation de la cocaïne, de l'acide lysergique (LSD) et des amphétamines, en plus de l'héroïne et des autres narcotiques. Au Canada, sur 20 643 personnes âgées de 15 ans et

plus, 3 % ont déjà consommé de la cocaïne ou du crack, 3 % du LSD et 2 % des amphétamines. Ce comportement est plus fréquent chez les hommes et chez les jeunes que chez les femmes [1]. Dans les douze mois précédant l'enquête, 1 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont utilisé de la cocaïne ou du crack et 5 % ont consommé de la marijuana ou du haschisch [1]. Au Québec en 1992-1993, 31 % de la population âgée de 15 ans et plus a consommé au moins une drogue durant sa vie et 12,6 % a consommé au moins une drogue au cours des douze mois ayant précédé

Catherine Hankins :
Centre Sida McGill,
1616, boulevard René-Lévesque Ouest,
Montréal H3H 1P8, Québec, Canada.

l'enquête [2]. La marijuana est la drogue la plus populaire, consommée par 25,1 % des personnes interrogées au moins une fois durant leur vie et par 8,2 % au cours des douze mois précédant l'enquête. Les chiffres correspondants pour la cocaïne et l'héroïne sont, respectivement, de 6,2 et 1,3 % durant la vie et de 1,9 et 0,3 % pendant l'année précédant l'enquête. Chez les personnes âgées de 15 à 29 ans au Québec, 5,9 % avaient avoir consommé du cannabis et 1 % de la cocaïne durant les quatre semaines précédant l'entrevue [3]. Aux États-Unis, parmi les étudiants âgés de 15 à 18 ans, 17,7 % ont utilisé de la marijuana et 1,9 % de la cocaïne dans les trente jours précédant l'entrevue [4]. Au Canada, on estime que 10 à 25 % des cocaïnomanes, 75 % des héroïnomanes et 30 % des consommateurs de stéroïdes anabolisants utilisent ces drogues sous la forme injectable [5]. Leur nombre s'élève à environ 100 000, dont 30 % de femmes [5]. La plupart sont hétérosexuels et on estime que plus de 40 % ont des relations sexuelles avec des non-utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Comme dans d'autres pays, les hommes ont plus tendance à avoir des partenaires non utilisateurs de drogues par voie intraveineuse que les femmes [6, 7]. Les jeunes de la rue forment une population particulièrement à risque pour l'initiation à la drogue et, en particulier, pour l'injection éventuelle de substances illicites.

Épidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Amérique du Nord

Au Canada, depuis plusieurs années, on constate une élévation progressive, dans le nombre déclaré de cas de Sida, des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, d'orientation hétérosexuelle ou homosexuelle/bisexuelle, qui est passé de 11 en 1985 à 135 en 1993 [8]. Au Québec, la courbe d'incidence des cas de Sida a atteint un plateau chez les hommes ayant eu des relations homosexuelles et elle augmente, de façon dramatique, pour le groupe des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse [9]. Parmi les femmes, 18 % des cas en 1993 étaient des utilisatrices de drogues par voie intraveineuse contre 7 % en 1988. Aux États-Unis, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ont toujours été en deuxième place parmi les cas

de Sida, après les hommes ayant des relations homosexuelles. Cependant, la proportion des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse atteints de Sida en 1990 dépassait déjà 30 % du total des cas [10]. À cette même date, deux tiers des femmes ayant un diagnostic de Sida avaient été infectées par un partenaire sexuel utilisateur de drogues par voie intraveineuse (48 %) ou étaient utilisatrices de drogues par voie intraveineuse elles-mêmes (22 %) [10]. La surveillance des cas de Sida indique qu'une épidémie dans la population des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse en Amérique du Nord est amorcée depuis plusieurs années. Ce n'est qu'en mesurant la prévalence de l'infection par le VIH parmi les utilisateurs actifs et en relativement bonne santé de cette population que nous pourrions estimer si cette épidémie s'achève ou ne fait que s'amorcer.

Il existe une variabilité marquée dans la prévalence d'infection par le VIH parmi les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse dans les grandes villes d'Amérique du Nord. On constate un phénomène de stabilisation au fil des années dans certains endroits, tel Tacoma dans l'État de Washington [11] où la prévalence se situe en dessous de 5 % sans tendance à l'augmentation depuis au moins cinq ans, contrairement à d'autres, tels Baltimore ou Chicago, où la prévalence a augmenté respectivement de 6,7 à 22,3 % et de 7,7 à 29,9 % en cinq ans [12]. Depuis 1989, New York est en chef de file avec une prévalence dépassant 40 % [13]. Il existe des différences quant à la séroprévalence selon la race ou l'ethnie : à New York, 59 % des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse de race noire débutant un programme de méthadone sont infectés contre 39 % de ceux de race blanche, à Baltimore ils sont 22 contre 7 % [12].

Au Canada, la prévalence du VIH est moins élevée, mais l'épidémie est instable dans certaines villes, comme Vancouver et Montréal. Montréal est dans le peloton de tête des villes internationales et la première ville canadienne ayant une séroprévalence entre 15 et 20 % [14, 15]. Le seuil de séroprévalence critique, au-delà duquel la vitesse de propagation risque d'être hors contrôle serait, d'après l'expérience de plusieurs grandes villes, de 10 %. Ce seuil est dépassé à Montréal depuis 1991. Le taux d'incidence y est de plus de 6 % [16], en toute vraisemblance le plus haut d'Amérique du Nord actuellement.

Comportements et contextes à risque

Les comportements et les contextes à risque dans la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse nord-américains sont connus. Le prêt et l'emprunt du matériel d'injection est le facteur majeur de risque. Le manque d'accès aux seringues stériles à cause de la restriction des ventes en pharmacie, les lois contre le port d'une seringue et des restrictions empêchant la mise en place des programmes d'échange sont plus marqués aux États-Unis qu'au Canada. Dans celui-ci, il existe maintenant plus de trois cents sites d'échange de seringues, dans des endroits aussi divers que des cliniques, des hôpitaux, des autobus, des centre d'amitiés autochtones (pour les Amérindiens).

La répression policière et les attitudes strictement négatives envers les toxicomanes créent un contexte de renforcement des comportements de transmission du VIH. Dans des situations de pénurie, le prêt est souvent accompagné par la reprise de la seringue usagée. Au site d'échange de Cactus-Montréal, 50 % des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse qui ont prêté leur seringue, déjà utilisée, l'ont ensuite récupérée pour se piquer [17]. L'initiation à la drogue, l'injection par un pair, une rechute pour laquelle la personne n'est pas préparée, l'incarcération, l'intoxication par l'alcool ou par la drogue réduisant la capacité à suivre les bonnes intentions et la fréquentation de « piqueries » sont associées à un taux plus élevé de prêt et d'emprunt de matériel d'injection.

Le contexte de la consommation influence fortement le risque de transmission. Le consommateur solitaire qui s'injecte seulement avec sa propre seringue a un moindre risque d'infection par le VIH. La consommation avec un partenaire sexuel ou un partenaire de consommation comporte des risques dépendant du statut VIH de ce partenaire, de ses comportements sexuels et/ou de ses comportements d'injection avec d'autres personnes. L'augmentation du nombre de personnes qui consomment ensemble et qui utilisent la même seringue, que ce soit à cause d'une pénurie de seringues ou d'un partage de drogues, a un effet multiplicateur sur le risque.

La fréquence des injections peut varier selon la drogue utilisée. Les cocaïnomanes peuvent rester plusieurs jours,

voir plusieurs semaines, sans consommer de cocaïne mais, lorsqu'ils commencent, ils peuvent se faire vingt à trente injections dans une journée et continuer pendant les deux ou trois jours qui suivent. À l'opposé, les héroïnomanes en Amérique du Nord se font, en moyenne, deux à quatre injections par jour. Les techniques liées à l'injection, telles que le *booting*, le *backloading* et le *frontloading*, peuvent augmenter le risque [15, 18]. La planification de l'injection peut réduire le risque si l'utilisateur de drogues par voie intraveineuse anticipe son besoin de seringues stériles et s'il est capable de s'en procurer.

Les situations à haut risque de transmission sexuelle du VIH chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse nord-américains sont celles dans lesquelles il y a pénétration sexuelle sans préservatif. L'intoxication réduit la capacité d'une personne à se protéger et à négocier l'emploi du préservatif. Un état de manque peut rendre plus vulnérable aux pressions des clients devant une offre de double tarif pour ne pas utiliser le préservatif. D'autres situations à risque sont les rechutes avec un ancien partenaire sexuel, les situations de violence conjugale et d'abus sexuel.

La prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables

La prévention nécessite une approche globale, afin d'introduire des modifications des normes sociales et de renforcer les compétences des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse à se prendre en charge. La réduction des méfaits est une approche globale née d'une rencontre explosive entre les problématiques de la toxicomanie et du Sida. La réduction des méfaits est un modèle intégré d'intervention fondé sur l'humanisme plutôt que le moralisme, c'est-à-dire la tolérance plutôt que la «tolérance zéro» [19]. L'utilisateur de drogues est perçu comme un être humain en difficulté ou en crise et non pas comme un criminel marginal ou un malade. La réduction des méfaits est principalement une approche visant le

pragmatisme plutôt que l'idéalisme. Elle part du constat que la consommation existe et qu'il faut s'attaquer à ses conséquences. C'est une démarche par hiérarchie des objectifs, en commençant par les plus urgents et les plus réalistes, et en allant vers les plus éloignés et les plus utopiques. Elle permet de mobiliser l'utilisateur de drogues, d'établir une relation de confiance, prélude à une démarche de conscientisation et de changement plus profond ■

Booting: utilisation d'une seringue qui contient de la drogue mélangée au sang d'une autre personne.

Backloading: introduction de la drogue, qui a été préparée dans la seringue d'une autre personne, dans le corps de la seringue en la versant par l'arrière.

Frontloading: introduction de la drogue, qui a été préparée dans la seringue d'une autre personne, en insérant l'aiguille de la seringue de préparation dans la seringue receveuse après avoir enlevé son aiguille.

Références

1. Santé et Bien-Être social Canada. *Nos conceptions et nos actions: enquête promotion de la santé, Canada 1990. Rapport technique*, 1993.
2. Santé-Québec. In: Bellerose C, Liavallée C, Chénard L, Levasseur M, eds. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995, volume 1.
3. Enquête Santé-Québec. 1991: *consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*. Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992.
4. Centers for Disease Control. *Youth-risk behavior surveillance - United States, 1993*. *MMWR* 1995; 44 SS-1.

5. Centre québécois de coordination sur le Sida. *Toxicomanie et Sida. Aiguillons nos interventions! Guide du participant. Programme de formation pour la prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection*. Septembre 1995.
6. Anderson R, Jain S, Flynn N, Bailey V, Sweha A, Wicks A. Differences in stated behavior of female and male IVDUs. *Vth International Conference on AIDS, San Francisco 1990*; abstract 3001.
7. Booth RE, Koester S, Brewster JT, Weibel WW, Fritz RB. Intravenous drug users and AIDS: risk behaviors. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 337-53.
8. Division de l'épidémiologie du VIH/Sida. Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles. Laboratoire de lutte contre la maladie. Santé Canada. *Mise à jour de surveillance: le Sida au Canada*. Octobre 1994.
9. Centre québécois de coordination sur le Sida. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), Québec-cas cumulatifs 1979-1995. Mise à jour n° 95-3*, septembre 1995.
10. Centers for Disease Control. *HIV/AIDS Surveillance Report*. Décembre 1990.
11. Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *J Am Med Assoc* 1995; 274: 1226-31.
12. Battjes RJ, Pickens RW, Haverkos HW, Sloboda Z. HIV risk factors among injecting drug users in five US cities. *AIDS* 1994; 8: 681-7.
13. Hahn RA, Onorato IM, Jones TS, Dougherty J. Infection with human immunodeficiency virus (HIV) among intravenous drug users (IVDUs) in the US. *IVth International conference on AIDS, Stockholm, Suède, 1988*; abstract 8020.
14. Hanks C, Gendron S. *Cactus-Montréal. Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH - 1er avril 1992-30 septembre 1992*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1992.
15. Lamothe F, Bruneau J, Coates R, et al. Sero-prevalence of and risk factors for HIV-1 infection in injection drug users in Montreal and Toronto: a collaborative study. *Can Med Assoc J* 1993; 149: 945-51.
16. Hanks C, Gendron S, Tran T. High HIV incidence among IDU attending the Cactus-Montréal needle exchange. *IIIrd International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Chiang Mai, Thaïlande 1995*; abstract PD 105.
17. Hanks C, Gendron S, Tran T. *Cactus-Montréal: profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH - 1er octobre 1994-7 février 1995. Rapport n° 6*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995.
18. Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, et al. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7: 1653-60.
19. Riley D. La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques. In: Brisson P, éd. *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II*. Gaétan Morin, 1994: 129-50.

Dossier

Ve Journées scientifiques du réseau Sida de l'Aupelf-Uref
sur le thème « Sida et toxicomanie »

Hô Chi Minh-Ville, Viêt-nam, 11-13 janvier 1996

Éditorial

Marc Gentilini

Documents réunis Pierre Gazin, Voir page 67

Revue co-éditée en partenariat par
l'Aupelf-Uref (Agence francophone
pour l'enseignement supérieur et la
recherche) et les Éditions John Libbey
Eurotext.

Directeur de la publication
Gilles Cahn

Rédacteur en chef
Dominique Richard-Lenoble

Rédacteurs en chef adjoints
François Chièze
Frédéric Goyet

Comité de rédaction
Thierry Ancelle (Paris)
Marc Brodin (Paris)
Michel Chauliac (Paris)
François Dabis (Bordeaux)
Alain Epelboin (Paris)
Pierre Gazin (Paris)
Dominique Gendrel (Paris)
Catherine Hankins (Montréal)
Pierre Jeandel (Marseille)
Jean-François Lacronique (Paris)
Bernard Lagardère (Paris)
Normand Lapointe (Montréal)
Roland Laroche (Paris)
Luc Paris (Paris)
Stéphane Tessier (Paris)
Madeleine Therizol-Ferly (Tours)

Comité scientifique
Maurice Beaulieu (Ottawa)
Jean Bernard (Paris)
Guy Blaudin De Thé (Paris)
André Capron (Lille)
Jean-Pierre Coulaud (Paris)
Samba Diallo (Dakar)
Luc Eyckmans (Anvers)
Marc Gentilini (Paris)
Mohamed Hassar (Rabat)
Charles Laverdant (Paris)
René Le Berre (Paris)
Michel Le Bras (Bordeaux)
Hubert Manichon (Montpellier)
Luc Montagnier (Paris)
Jean Mouchet (Paris)
Gérard Tobelem (Paris)
Michel Vézina (Québec)
Pierre Viens (Québec)

Indexée dans *Index Medicus et Medline*, *Medexpress*, *Pascal*, *diga-AHI*,
Bird, *Tropical Disease Bull.*
ISSN : 1157-5999

Commission paritaire n° 72939 GB
Copyright © « Les Cahiers d'Études et
de Recherches Francophones/Santé ».
Tous droits de reproduction par tous
procédés réservés pour tous pays.

Annonces :
Aupelf-Uref : 65 - John Libbey Eurotext :
2° de couv., 3° de couv. 122. Bulletin
abonnement : 96

Études originales

79 Le riz source de vie et de mort sur les plateaux de Madagascar

Stéphane Laventure, Jean Mouchet, Sixte Blanchy, Laurence Marrama,
Patrick Rabarison, Lala Andrianavolambo, Edmond Rajaonarivelo,
Ignace Rakotoarivony, Jean Roux

87 Contrôle d'une épidémie de méningite à méningocoque en Afrique centrale

Marcel Merlin, Gérard Martet, Jean-Marc Debonne, Pierre Nicolas,
Christian Bailly, Dieudonné Yazipo, Jacques Bougère, Alain Todesco,
Roland Laroche

97 Évaluation de mesures antivectorielles contre le paludisme dans le centre du Viêt-nam (1976 à 1991)

Nguyen Tho Vien, Bui Dinh Bai, Mai Van Son, Ta Van Thong,
Nguyen Tuyen Quang, Nguyen Tan

102 Séroprévalence de la toxoplasmose à Dakar (Sénégal) en 1993 : étude des femmes en période de procréation

Samba Diallo, Omar Ndir, Yémou Dieng, Aïssatou Leye, Thérèse Dieng,
Isra Bella Bah, Bernard-Marcel Diop, Oumar Gaye, Omar Faye

Option

107 La qualité des services de santé en Afrique : l'exemple du dépistage des grossesses dystociques à Nioki (Zaïre)

Pierre Fournier, Nawej Karl Itaj, Slim Haddad

Note de recherche

115 Élaboration et évaluation d'algorithmes de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville, Gabon

Anke Bourgeois, Daniel Henzel, Germaine Dibanga, Noël Ndong Minko,
Martine Peeters, Jean-Pierre Coulaud, Lieve Fransen, Éric Delaporte

Note méthodologique

123 Les bases de données bibliographiques internationales étrangères : *Index Medicus*

Présentation et mode d'emploi
Éveline Bloch-Mouillet

106,

130 Brèves, Infos

101 Lettre aux auteurs, Congrès