

## 4.2 - Évolution des profils sociologiques et des comportements à risque des usagers de drogues

Rédigé par Marie Jauffret-Roustide (m.jauffret@invs.sante.fr)

### Les points clés

- **Diminution de la contamination par le VIH, se traduisant par une prévalence faible du VIH chez les jeunes usagers de drogues (UD) et par une part très faible des UD parmi les découvertes de séropositivité et des cas de sida.**
- **Prévalence élevée du VHC chez les UD.**
- **Persistance des pratiques à risque vis-à-vis du VIH et du VHC (partage de la seringue, du petit matériel lié à l'injection, partage de la pipe à crack...).**
- **Population marquée par la précarité.**
- **Impact de la politique de la réduction des risques.**

### 4.2.1 INTRODUCTION

En France, en 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues (UD), dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs. Les UD constituent une population très exposée aux infections virales et tout particulièrement au VIH et au VHC, par le biais du partage du matériel d'injection, de pailles de snif ou de pipes à crack.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues à la fois de dispositifs de surveillance (déclaration obligatoire (DO) des cas de sida de 1996 à 2005, puis DO des cas de séropositivité au VIH de 2003 à 2005) et d'enquêtes sociocomportementales spécifiquement dédiées à surveiller l'évolution de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD. Ces données sociocomportementales sont issues de l'enquête Programmes d'échange de seringues (PES) réalisée en 1998 et de l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée en 2004 (avec une phase de faisabilité en 2002) au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les populations étudiées dans l'ensemble de ces dispositifs de surveillance et de recherche sont hétérogènes. Dans le cadre de la DO (sida et VIH), est défini comme UD toute personne identifiée par le clinicien comme ayant été contaminée par l'usage de drogues par voie intraveineuse. Cette population comprend donc à la fois des UD récents et anciens. Dans le cadre des études sociocomportementales, la population étudiée est différente, il s'agit d'UD majoritairement récents car ils sont pris en charge dans les dispositifs de soins et de prévention spécialisés et chez les médecins généralistes pour l'étude Coquelicot, et d'UD issus des programmes d'échange de seringues pour l'enquête PES. Ces deux types de sources donnent donc une image globale des UD, puisque les enquêtes sociocomportementales sont représentatives de la population UD captée dans le dispositif spécialisé, mais laissent de côté les populations ne fréquentant pas ces dispositifs, populations prises en compte partiellement par la DO sida et VIH.

#### Définitions [1]

**Réduction des risques** : politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des dommages sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. Les outils de la réduction des risques sont l'accès aux seringues stériles (libéralisation de la vente en pharmacie en 1987, PES en 1991 et mise en place du Steribox® en 1995), la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le Subutex® en 1994 et la Méthadone® en 1995) et l'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas seuil à partir de 1993.

**Bas seuil** : dans le cadre de la politique de réduction des risques, des dispositifs bas seuil ont été créés. Abaisser le seuil d'exigence vis-à-vis des UD revient à ne plus imposer le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge et de soins pour le dispositif de soins spécialisés.

**Programmes d'échange de seringues (PES)** : les PES constituent l'un des outils de la réduction des risques. L'objectif principal des PES est de lutter contre la transmission du VIH et des hépatites chez les UD par la diminution du partage des seringues et du petit matériel lié à l'injection de drogues. Au-delà de la distribution de matériel d'injection stérile, les PES s'inscrivent dans une approche de prévention globale qui inclut la sexualité à moindre risque (accès au préservatif) et l'orientation vers des structures de prévention et de soins.

## Repères chronologiques des politiques publiques 1987-2006

- 1987 : Libéralisation de la vente des seringues en pharmacie.
- 1991 : Programmes d'échange de seringues (PES).
- 1993 : Adoption du référentiel de réduction des risques en France.
- 1993 : Première boutique (lieu d'accueil bas-seuil) pour les UD.
- 1994 : Autorisation de mise sur le marché du Subutex® (buprénorphine haut dosage) comme traitement de substitution aux opiacés pour les UD.
- 1995 : Diffusion de la Méthadone® comme traitement de substitution aux opiacés pour les UD.
- 1995 : Steribox®.
- 2005 : Inscription du référentiel de réduction des risques dans la loi de santé publique.

### 4.2.2 PRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC CHEZ LES UD, DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH, DIAGNOSTICS DE SIDA ET COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE

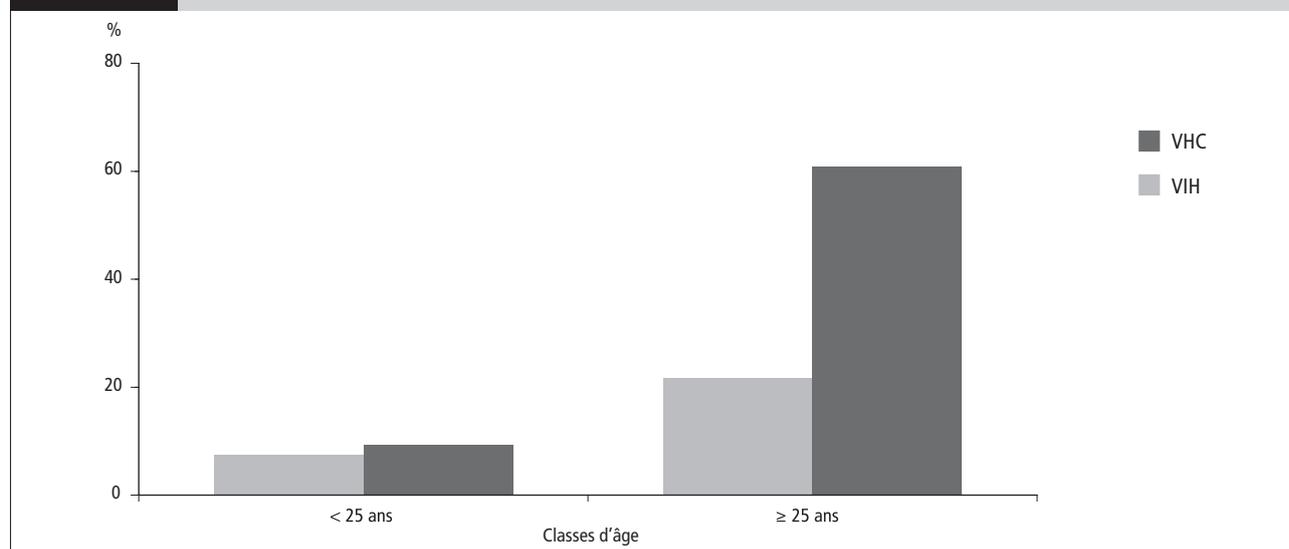
#### 4.2.2.1 Prévalences du VIH et du VHC chez les UD

En 1998, dans l'enquête PES, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD sont obtenues à partir des déclarations des UD. À partir de 2004, l'enquête Coquelicot permet de recueillir des données de séroprévalence à partir d'un prélèvement de sang au bout du doigt par autopiqueur (cf. encadré méthodologique).

Sur les dix dernières années, on observe une diminution importante de la prévalence du VIH chez les UD, alors que la prévalence du VHC reste stable à un niveau élevé. En 1998, dans l'enquête PES, la prévalence globale du VIH est de 19,3 % [IC95 % : 15,3-23,3] et celle du VHC de 57,5 % [52,6-62,4]. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la séroprévalence globale du VIH est de 10,8 % [6,8-16,6] et celle du VHC est de 59,8 % [50,7-68,3].

La prévalence du VIH diminue de plus en plus chez les UD les plus jeunes. Dans l'enquête PES, en 1998, la prévalence du VIH est significativement moins importante chez les moins de 25 ans (7,5 %) vs les plus de 25 ans (21,7 %),  $p=0,0002$  (figure 1).

FIGURE 1 PRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR CLASSE D'ÂGE, ENQUÊTE PES, FRANCE, 1998



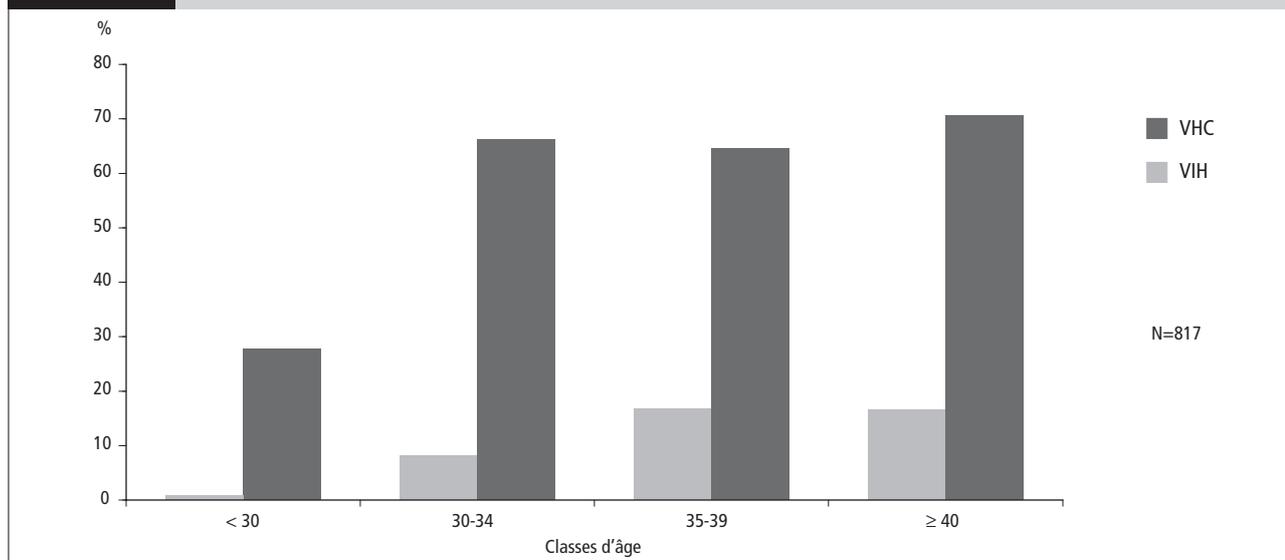
En 2004, dans l'enquête Coquelicot, cette différence s'accroît. La séroprévalence du VIH est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0,3 %) et atteint 17 % chez les UD âgés de 35-39 ans, ainsi que chez les plus de 40 ans (figure 2).

Pour le VHC, la prévalence croît également avec l'âge, mais elle est néanmoins très élevée chez les plus jeunes UD. Dans l'enquête PES, en 1998, la prévalence du VHC est de 49,3 % chez les moins de 25 ans vs 60,8 % chez les plus de 25 ans,  $p=0,004$  (figure 1). Dans l'enquête

Coquelicot, en 2004, la séroprévalence du VHC croît également avec l'âge, mais elle est déjà élevée chez les moins de 30 ans (28 %) et, à 40 ans et plus, 71 % des UD ont été contaminés par le VHC (figure 2). Dans l'étude Coquelicot, une analyse par année de naissance montre clairement que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de dix années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans).

FIGURE 2

SÉROPRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR CLASSE D'ÂGE, COQUELICOT, FRANCE, 2004



#### 4.2.2.2 Évolution des cas de sida entre 1996 et 2005 et caractéristiques des UD

Les données issues de la DO sida montrent que le nombre et la proportion des UD parmi les cas de sida a largement diminué entre 1996 et 2005, de 974 cas (24 %) à 99 cas (9 %, données redressées). En revanche, sur la même période, l'âge moyen des UD a progressivement augmenté de 35 ans à 41 ans, ce phénomène étant observé pour tous les modes de transmission, mais les UD représentent la population qui a le plus "vieilli". Ce vieillissement peut s'expliquer par le fait que les jeunes UD se contaminent moins par le VIH. De plus, les UD qui développent un sida sont contaminés depuis longtemps, ils sont pour certains, soit dépistés très tardivement au moment du sida (13 % des cas), soit, et c'est la majorité, dépistés depuis longtemps (86 %) mais pas toujours traités : en effet, parmi les personnes dépistées, la moitié seulement étaient traitées par antirétroviraux (ARV) au moment du diagnostic de sida.

L'absence de traitement ARV chez les UD ne reflète pas forcément un problème d'accès aux soins de cette population mais peut s'expliquer par une situation de précarité qui ne favorise pas l'observance des ARV et des prophylaxies. Le fait que 77 % des UD soient sans profession est un des marqueurs de cette précarité. La fréquence de la tuberculose pulmonaire (15 %) parmi les UD illustre également cette précarité (par comparaison, la proportion de la tuberculose pulmonaire chez les homosexuels est de 6 %). Les autres pathologies opportunistes les plus fréquentes chez les UD sont la pneumocystose (16 %) et la toxoplasmose (11 %) qui surviennent en majorité chez des UD qui connaissent leur séropositivité depuis au moins 3 mois. Elles auraient dû être évitées par les traitements mais le contexte de précarité des UD ne favorise pas l'adhésion au traitement. De même, cette précarité peut expliquer le plus sombre pronostic des UD après le diagnostic de sida : la contamination par usage de drogues est un facteur de mauvais pronostic (RRa=1,67) par rapport aux contaminations par rapports hétérosexuels (RRa=0,99) ou homosexuels (RRa=1) (analyse multivariée des facteurs associés à la survie des personnes atteintes de sida à Paris entre 1994 et 2001) [2].

#### 4.2.2.3 Découvertes de séropositivité entre 2003 et 2005

Entre 2003 et 2005, 254 séropositivités VIH ont été notifiées chez des UD en France et, pour l'année 2005, seules 57 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez les UD. Il s'agit principalement d'UD de sexe masculin (sex-ratio de 4). La proportion d'UD parmi l'ensemble des cas (3 %) est donc très faible sur la période 2003-2005.

Les UD qui découvrent leur séropositivité sont plutôt âgés (moyenne = 37 ans), seuls deux sujets ont moins de 20 ans, les femmes étant plus jeunes que les hommes (respectivement 34 ans et 37 ans). Les UD découvrent leur séropositivité le plus souvent devant la présence de signes cliniques ou biologiques (33 %) ou la notion d'une exposition au VIH (25 %).

#### 4.2.2.4 Disparités régionales et nationalités

L'Île-de-France (IDF) et le Sud de la France constituent les régions où les UD sont les plus touchés par le VIH. En 1998, l'enquête PES fait apparaître des disparités régionales notables pour le VIH. Si la prévalence globale du VIH est de 19,3 % au niveau national, les prévalences les plus élevées se situent en Aquitaine (36,8 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 26 %) et IDF (21,4 %) ( $p < 10^{-4}$ ) (tableau 1).

TABLEAU 1

PRÉVALENCE DU VIH PAR RÉGION, ENQUÊTE PES, FRANCE, 1998

Région	VIH+
Aquitaine	36,8 %
PACA	26,0 %
Île-de-France	21,4 %
<b>Total</b>	<b>19,3 %</b>

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la séroprévalence du VIH diffère significativement selon la ville, variant de 1 % à Lille à 32 % à Marseille ( $p < 10^{-4}$ ) (tableau 2). En revanche, il n'existe pas de différence

statistiquement significative pour le VHC, la séroprévalence variant de 44 % à Lille à 66 % à Marseille ( $p = 0,19$ ).

**TABEAU 2** SÉROPRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR VILLE, COQUELICOT, FRANCE, 2004

	Séroprévalence du VIH (%) [IC95 %]	Séroprévalence du VHC (%) [IC95 %]
Lille, N=100	1 [0,2-5,7]	43,7 [30,4-57,9]
Strasbourg, N=130	4,3 [1,8-10,2]	54,4 [40,6-67,6]
Paris, N=335	10,9 [5,9-18,9]	62 [49,9-72,7]
Bordeaux, N=123	3,4 [0,9-11,4]	47,2 [30,4-64,7]
Marseille, N=129	31,5 [20,6-44,8]	65,9 [55,1-75,4]
<b>Total, N=813</b>	<b>10,8 [6,8-16,6]</b>	<b>59,8 [50,7-68,3]</b>

D'après la DO VIH, entre 2003 et 2005, les UD qui découvrent leur séropositivité ou leur pathologie sida résident principalement en IDF (respectivement 36 % et 37 %) et dans les régions du Sud de la France : PACA (8 % et 20 %), Rhône-Alpes (4 % et 7 %), Languedoc-Roussillon (6 % et 2,5 %) et Midi-Pyrénées (5 % et 2,3 %).

Ces différences de prévalences du VIH entre les régions sont certes liées au niveau de prévalence globale du VIH dans ces régions, mais surtout aux habitudes locales des UD. En effet, l'utilisation de la voie veineuse (qui constitue le vecteur de transmission le plus important pour le VIH et le VHC) est historiquement plus répandue dans des régions du Sud comme Marseille, alors qu'elle est plus rare dans les régions de l'Est et plus particulièrement du Nord où la voie fumée est privilégiée.

Dans le dispositif de DO, l'évolution des nationalités des UD au moment du diagnostic de sida ou du VIH reflète l'émergence du VIH chez les UD en Europe de l'Est (en particulier dans les pays de l'ex-bloc soviétique) et l'importance de l'épidémie chez les UD au Portugal et en Espagne. En effet, alors qu'au moment du diagnostic de sida, les UD sont principalement de nationalité française (83 %), les nationalités des UD qui découvrent leur séropositivité sont plus diversifiées : 69 % d'entre eux sont français (si on exclut les nationalités inconnues) mais 8 % des UD sont originaires d'Europe de l'Est (principalement de Géorgie et de Russie, mais également d'Ukraine et de Lituanie). Les nationalités portugaise (4 %), algérienne (3 %) ou espagnole (2 %) sont également présentes. Entre 2003 et 2005, parmi les cas de sida, un seul UD géorgien a été notifié alors que parmi les cas de VIH, 11 sujets géorgiens ont été notifiés, ce qui illustre le fait que l'épidémie du VIH, dans ce pays, a démarré plus récemment et reflète également des flux migratoires récents. D'autres données permettant de mieux caractériser la situation sociodémographique et en particulier le niveau de précarité sociale sont présentées plus loin (cf. chapitre 4.2.3.1).

Les données de la surveillance virologique (2003-2005) montrent que les UD sont principalement contaminés par le sous-type B (84 %). Mais 27 UD sont cependant infectés avec un sous-type non-B, dont 5 Français et 10 UD d'Europe de l'Est. Les sous-types non-B, qui historiquement n'étaient présents qu'en Afrique, diffusent au sein de la population française et européenne, y compris parmi les UD, même si cette tendance reste limitée. La proportion d'UD diagnostiqués en infection récente est faible (13 % soit 24 usagers sur 179 sujets), ce qui est un indicateur supplémentaire pour dire que les UD se contaminent moins actuellement par le VIH.

#### 4.2.2.5. Co-infection de l'infection à VIH et des hépatites

La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC. Dans l'enquête "co-infections avec les virus des hépatites" réalisée auprès des personnes séropositives pour le VIH prises en charge à l'hôpital, 93 % des UD séropositifs pour le VIH sont également contaminés par le VHC [3]. Ce constat est également présent dans l'enquête PES en 1998, où 78 % des UD contaminés par le VIH sont porteurs du VHC. Cette tendance se confirme en 2004 dans l'enquête Coquelicot, puisque le taux atteint 94 %.

#### 4.2.2.6 Accès au dépistage et aux soins

Dans l'enquête réalisée dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 2.2), le dépistage chez les UD n'a pas été spécifiquement mesuré en raison d'un nombre de cas trop faible. Les seules données disponibles sont donc issues des enquêtes sociocomportementales effectuées à l'InVS en population UD.

La proportion des UD ayant été dépistés au moins une fois dans leur vie est très élevée. En 1998, dans l'enquête PES, 91 % des UD avaient déjà été dépistés (au moins une fois dans leur vie) pour le VIH et 86 % pour le VHC. Et en 2004, dans l'étude Coquelicot, plus de 95 % des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91 % pour le VHC. Dans cette dernière étude, la comparaison entre les données biologiques et déclaratives montre que, pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants, seuls 2 % des UD se déclarent négatifs à tort. En revanche, pour le VHC, les UD connaissent mal leur statut sérologique, puisque 27 % des UD se déclarent séronégatifs à tort pour le VHC malgré un taux de dépistage très élevé dans la vie.

En population UD, la question qui se pose ici n'est donc pas tant celle du niveau de dépistage dans la vie que celle de la fréquence du dépistage. Les UD actifs s'exposant fréquemment au risque de transmission du VIH et surtout du VHC (cf. partie sur les pratiques à risque ci-dessous), il est important de renouveler le dépistage au cours de la vie et surtout d'accompagner la restitution des résultats d'un counselling insistant sur l'ensemble des risques de transmission du VIH et du VHC (partage de la seringue, du petit matériel lié à l'injection, de la paille de snif et de la pipe à crack, réutilisation de la seringue...)

auxquels s'exposent les UD. Il faut, en effet, veiller à ce que le dépistage répété ne devienne pas contre productif en revêtant le statut de "protection imaginaire".

Dans la DO VIH en 2005, 29 % des UD qui découvrent leur séropositivité sont au stade sida, chiffre plus élevé que dans les autres populations, alors que seuls 15 % des UD qui développent un sida en 2005 ignoraient leur séropositivité, chiffre plus faible que dans les autres populations. Cette contradiction apparente peut s'expliquer par une circulation ancienne et actuellement peu active du virus parmi les UD et par le fait qu'ils ont toujours été largement dépistés pour le VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité concomitantes au sida représente donc une proportion importante des diagnostics VIH (puisqu'il y a très peu de nouveaux diagnostics), mais une proportion faible des cas de sida (qui résultent de contaminations anciennes). On ne peut donc pas parler de retard au dépistage parmi les UD. Seul un très petit nombre d'entre eux, anciennement contaminés, ont "échappé" au dépistage. L'analyse des facteurs associés au retard au dépistage des diagnostics de sida entre 1997 et 2005 confirme ce fait (cf. chapitre 2.3). En effet, l'analyse montre que les homosexuels et les hétérosexuels ont respectivement trois et cinq fois plus de risque que les UD de présenter un retard au dépistage.

#### 4.2.2.7 Épidémiologie des IST chez les UD

Aucune donnée n'est actuellement disponible sur les IST chez les UD. Cependant, parmi les consultants de nos réseaux de surveillance des IST (infections à gonocoques, syphilis, *Chlamydiae*), aucun n'a déclaré être UD.

### 4.2.3 ÉVOLUTION DES PROFILS ET DES COMPORTEMENTS DES UD

#### 4.2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

La population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes vieillit. En 1998, dans l'enquête PES, les participants ont un âge moyen de 31 ans, 74 % (743/1 004) sont des hommes. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la population des UD reste essentiellement masculine (74 % d'hommes), l'âge moyen est de 35,2 ans.

L'ensemble des dispositifs de surveillance et les enquêtes sociocomportementales font apparaître que les profils des UD sont très fortement marqués par la précarité sociale. Cette précarité est visible dans le domaine de l'emploi et surtout du logement. Le niveau d'études et les antécédents d'incarcération constituent également des indicateurs de la précarité.

En 1998, dans l'enquête PES, 62 % des UD déclarent un domicile privé (chez eux ou chez leurs parents). Cette précarité vis-à-vis du logement s'accroît dans l'enquête Coquelicot puisque seuls 45 % des UD disposent d'un logement stable. Ainsi, 55 % d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Et parmi ceux-ci, 19 % sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue.

Les UD sont également en situation d'exclusion dans le monde du travail. En 2004, dans l'étude Coquelicot, 65 % d'entre eux ne travaillent pas au moment de l'enquête. Dans le dispositif de DO en 2005, les UD

se caractérisent également par une situation de précarité. Le seul item disponible concerne l'activité professionnelle : plus de la moitié est sans activité au moment du diagnostic du VIH (52 %) et près des trois quarts au moment du diagnostic du sida (69 %). Dans l'enquête PES, en 1998, la question sur l'emploi avait été posée de manière floue afin de favoriser les déclarations relatives à l'emploi non déclaré. Il ressort que seulement un quart des UD disposent de revenus du travail (salaire ou Assedic) et plus de 50 % de revenus de transfert (revenu minimum d'insertion ou allocation adulte handicapé).

Cette instabilité vis-à-vis de l'emploi est en lien avec le faible niveau d'études et les antécédents d'incarcération chez les UD qui ne facilitent pas les trajectoires linéaires dans le monde du travail. Ainsi, en 1998, dans l'enquête PES, 78 % des UD disent avoir arrêté leur scolarité avant le baccalauréat, 11 % déclarent un niveau baccalauréat et 10,5 % un niveau d'études supérieures. Les données issues de l'enquête Coquelicot en 2004 sont quasiment identiques, car 79 % des UD déclarent un niveau d'études secondaires et seuls 12 % sont allés au-delà du baccalauréat. De plus, 1 % dit n'avoir jamais été scolarisé, et 7 % s'être arrêtés en primaire. Les antécédents d'incarcération sont fréquents dans cette population, 63 % des UD ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie, dans l'enquête PES en 1998. Ils sont tout aussi nombreux (61 %) dans l'enquête Coquelicot en 2004.

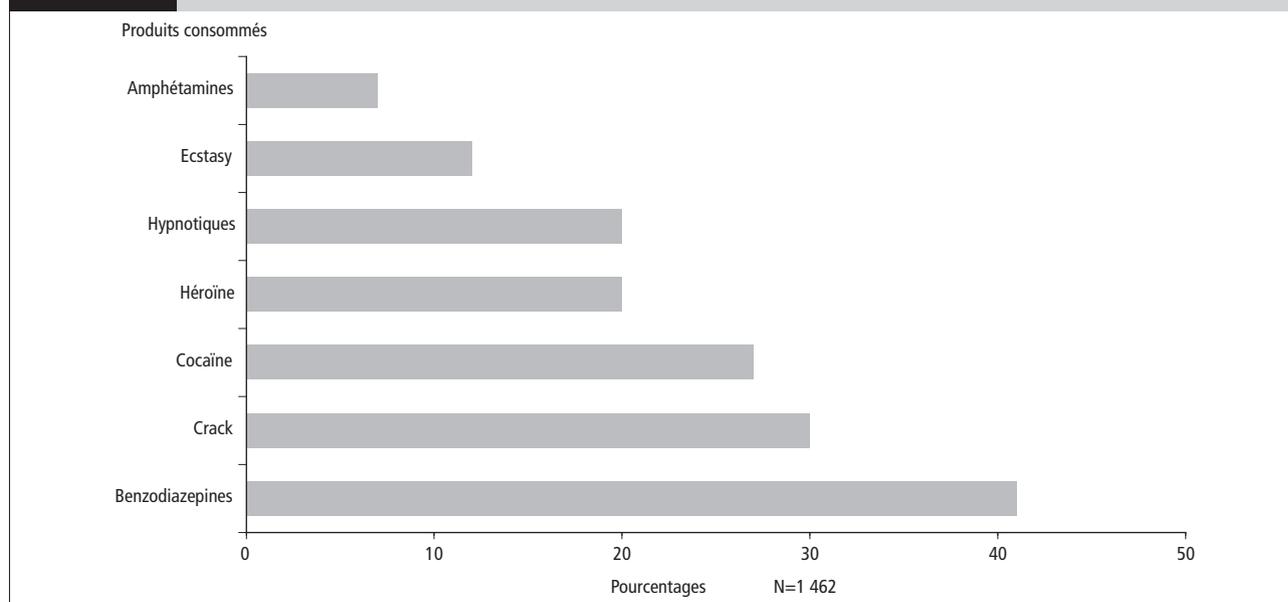
#### 4.2.3.2 Consommation de produits et de médicaments et modalités

Sur les dix dernières années, on note une évolution importante des produits consommés par les UD et des modalités de consommation. Les traitements de substitution qui se sont diffusés à partir de 1994, et en particulier la buprénorphine (Subutex®), sont encore plus largement consommés que les produits illicites. Et parmi les produits illicites, les opiacés (héroïne) ont laissé la place aux stimulants (cocaïne et crack). Ces deux tendances sont liées. Les traitements de substitution réduisent les effets liés au manque d'héroïne ; ils permettent donc aux ex-usagers d'héroïne de ne plus centrer leur vie sur la recherche de ce produit et de se sevrer progressivement. Une des conséquences du développement des traitements de substitution est donc la baisse de la consommation d'héroïne en France. En revanche, un des effets indirects des traitements de substitution est l'augmentation de la consommation des stimulants. En effet, certains consommateurs à la recherche de sensations, ayant résolu le manque lié aux opiacés, vont être tentés d'utiliser des produits stimulants tels que la cocaïne ou le crack pour retrouver des effets psychoactifs.

En 1998, dans l'enquête PES, le Subutex® est le médicament le plus consommé dans le dernier mois (70 % des UD), suivi des benzodiazépines (46 %), des sulfates de morphine (26 %) et de la Méthadone® (15 %). Le premier produit psychoactif consommé dans le dernier mois est l'héroïne (51 %), puis la cocaïne (48 %) et le crack (23 %). En 2004, dans l'enquête Coquelicot, les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les UD dans le dernier mois sont le crack/free-base (30 % des UD), la cocaïne (27 %), l'héroïne (20 %) et l'ecstasy (12 %) (figure 3). Les principaux médicaments consommés sont le Subutex® (46 % des UD), les benzodiazépines (40 %), la Méthadone® (27 %), les hypnotiques (20 %), les sulfates de morphine (13 %) et les amphétamines (7 %).

FIGURE 3

PRODUITS ET MÉDICAMENTS CONSOMMÉS DANS LE DERNIER MOIS, COQUELICOT, FRANCE, 2004



En 2004, même si les moins de 30 ans consomment moins fréquemment du crack que les plus de 30 ans (18 % vs 33 %,  $p=0,01$ ), ils se distinguent par une consommation plus fréquente de produits stimulants et hallucinogènes. Ils consomment, en effet, plus souvent de la cocaïne (40 % vs 23 %,  $p<10^{-4}$ ), de l'ecstasy (26 % vs 8 %,  $p<10^{-4}$ ), des amphétamines (14 % vs 5 %,  $p<10^{-3}$ ), du LSD (12 % vs 1 %,  $p<10^{-4}$ ) et des hallucinogènes autres que le LSD (11 % vs 1 %,  $p<10^{-4}$ ).

Il est difficile de comparer les pratiques d'injection entre 1998 et 2004 car l'enquête 1998 porte sur les PES, lieux de distribution de seringues, la part de l'injection y est donc surestimée. En 1998, l'âge moyen à la première injection est de 20,5 ans. Parmi les répondants, 4,7 % ne se font pas d'injection chaque jour, 18,5 % en font une seule, 57,8 % deux, 19 % trois ou plus, la moyenne étant de 3,6 injections pour ceux qui en font chaque jour.

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, l'injection a été pratiquée par 70 % des UD au moins une fois dans leur vie. Lors de la première injection, l'âge moyen est de 20,4 ans et la première injection est réalisée par un autre UD dans 83 % des cas. Dans le dernier mois, 40 % des UD ont eu recours à l'injection. Parmi eux, 39 % ont injecté tous les jours, 30 % au moins une fois par semaine et 31 % au moins une fois dans le mois. Les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64 %), la cocaïne (37 %) et l'héroïne (29 %). Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux que les plus de 30 ans à avoir pratiqué l'injection dans le dernier mois (58 % vs 35 %,  $p=0,007$ ).

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la quasi-totalité des UD (98 %) ont sniffé au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen au premier sniff est de 20,1 ans. Dans le dernier mois, 37 % ont eu recours au sniff. Parmi eux, 32 % ont sniffé tous les jours, 42 % au moins une fois dans la semaine et 26 % au moins une fois dans le mois. Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux (50 % vs 34 %,  $p=0,03$ ) à avoir sniffé un produit dans le dernier mois.

#### 4.2.3.3 Pratiques à risque

Les UD s'exposent tout particulièrement au risque de transmission des infections virales essentiellement par le biais de certaines pratiques

de partage de matériel de consommation de drogues. De plus, les effets propres à certains produits psychoactifs (baisse de vigilance, sentiment de puissance) et les conditions de vie des UD (précarité, illégalité) les rendent encore plus vulnérables face aux risques infectieux.

Chez les UD, le mode majeur de transmission du VIH et du VHC est le partage de la seringue. Viennent ensuite les risques liés au partage du petit matériel lié à l'injection qui sont en contact avec du sang : le récipient (cuillère), eau et filtre (coton) servant à la préparation du produit. La réutilisation de sa seringue personnelle peut également être considérée comme une pratique à risque indirecte si un élément relatif à la préparation du produit est mis en commun. En dehors de l'injection qui constitue la pratique la plus à risque vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC, il existe des risques liés aux autres modes de consommations (snif, inhalation). Ainsi, le partage de la paille de sniff peut constituer un vecteur de transmission du VHC en raison des lésions nasales liées au sniff et le partage de la pipe à crack peut être une pratique à risque pour la transmission du VIH et tout particulièrement pour le VHC, dans la mesure où des blessures aux mains peuvent survenir lors de la préparation du crack (utilisation d'un cutter et manipulation de fils électriques en cuivre) et des saignements de lèvres peuvent se produire lors de la consommation régulière du crack par voie fumée (utilisation d'un doseur en verre facilement cassable). En cas de saignements importants, le partage de ce type de matériel de consommation entre UD peut alors constituer un vecteur de transmission du VHC.

En 1998, dans l'enquête PES, au cours du dernier mois, 18 % des UD ont partagé une seringue, 70 % le petit matériel (eau, cuillère, coton) et 45 % ont réutilisé leur seringue (3 fois en moyenne). Par ailleurs, plus de la moitié des consommateurs de crack ont partagé le doseur dans le dernier mois. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, au cours du dernier mois, les pratiques à risque sont encore largement déclarées puisque 13 % des UD déclarent avoir partagé la seringue, 38 % le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) et 74 % déclarent avoir réutilisé leur seringue. Le partage de la pipe à crack est extrêmement élevé puisqu'il concerne 81 % des UD.

## 4.2.4 DISCUSSION/CONCLUSION

L'ensemble des données InVS sont plutôt optimistes concernant la transmission du VIH au sein de la population UD : le faible taux d'infections récentes chez les UD, la faible part des UD dans les découvertes de séropositivité (3 % en 2005) et la baisse de la prévalence (de 19 % en 1998 à 11 % en 2004).

Ces données montrent que les UD se sont emparés des outils de réduction des risques qui ont été mis à leur disposition ces dix dernières années afin de faire diminuer la transmission de ce virus au sein de leur population. Ainsi, dans l'étude Coquelicot, la quasi-absence de contaminations par le VIH chez les moins de 30 ans (0,3 %) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques qui ont pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les UD. Le discours de la réduction des risques a certainement été progressivement intériorisé et les comportements ont pu se "normaliser" au moins sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent les 13 % de partage dans le dernier mois en 2004 (vs 18 % en 1998 dans l'enquête PES) et le bon niveau de connaissance des UD concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique (plus de 90 % des UD en sont conscients), dans l'enquête Coquelicot en 2004. De plus, on peut supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation.

Les autres indicateurs relatifs aux UD sont plus préoccupants : la précarité sociale s'accroît, les pratiques de consommation évoluent vers des produits stimulants tels que le crack et la cocaïne qui favorisent les prises de risque vis-à-vis du VIH (synergie des risques, lien avec la sexualité, sentiment de puissance), la pratique d'injection reste fréquente. Et malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent, tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation.

De plus, la séroprévalence du VHC reste très élevée chez les UD (60 %) en 2004 et son importance (28 %) chez les moins de 30 ans est particulièrement préoccupante. Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale beaucoup plus élevée dans la population UD et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. Lors de ces pratiques de partage de matériel d'usage, les UD sont exposés à un contact sanguin. Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues chez les UD. Néanmoins, le VHC se transmet plus facilement que le VIH [4]. Le virus de l'hépatite C

est plus résistant à la dessiccation que le VIH. Plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues [5,6]. Ainsi, dans la cohorte d'UD recrutés dans le Nord et l'Est de la France [7], après ajustement sur le partage de la seringue, le partage du coton utilisé pour la préparation de l'injection restait fortement associé à la séroconversion au VHC. De ce fait, la transmission du VHC peut se produire pour un nombre d'injections et de partages plus faible que pour le VIH et peut concerner des UD n'ayant injecté qu'une seule fois dans leur vie. Dans l'étude Coquelicot, le niveau de partage du petit matériel reste très élevé (38 %). De plus, il ressort que 35 % des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC alors qu'il est confirmé que cette pratique est un vecteur de contamination du VHC [8].

L'importance de la séroprévalence du VHC chez les moins de 30 ans indique des contaminations rapides après le début de l'usage. Le moment de l'initiation constitue un moment particulièrement à risque pour la transmission du VHC car les jeunes UD sont souvent initiés à l'injection par des pairs plus âgés et donc probablement infectés par le VHC [9]. Dans l'étude Coquelicot, l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83 % des cas. Étant donné la prévalence très élevée du VHC (60 %) dans la population UD, l'initiateur peut potentiellement être contaminé par le VHC, ne pas être conscient de sa contamination (27 % pensent être négatifs pour le VHC à tort) et constituer un vecteur de transmission par le VHC pour l'initié. La fréquence de l'initiation à l'injection par des tiers plus âgés et la persistance des comportements à risque constituent des conditions favorables à la persistance de la transmission du VHC mais aussi du VIH, en particulier chez les plus jeunes UD. Il apparaît donc que la contamination par le VHC se produit souvent au début du recours à la voie intraveineuse [10,11].

Comme l'indiquaient déjà les données disponibles sur l'hépatite C chez les UD en France et à l'étranger, l'enquête Coquelicot indique que la politique de réduction des risques actuelle, si elle a fait preuve de son efficacité pour le VIH, n'a que peu d'impact pour le moment sur le VHC. Il est donc nécessaire d'adapter la politique de réduction des risques et de la compléter par de nouvelles mesures, dont certaines nécessiteront d'être évaluées. Parmi les mesures à envisager, les plus prioritaires sont d'améliorer l'accessibilité au matériel d'injection stérile et de faire évoluer les messages de prévention en ciblant les évolutions de pratiques et les nouveaux publics et en prenant en compte le contexte de consommation. Il convient enfin de prendre en compte le contexte de vie des UD en agissant de manière urgente sur la prise en charge de la précarité chez les UD car cette précarité renforce leur vulnérabilité face aux risques infectieux.

### Recommandations

Poursuivre la diffusion de messages sur les risques liés au partage de la seringue.  
Insister sur les risques liés au partage du petit matériel (coton, cuillère, eau de préparation).  
Viser à éradiquer la réutilisation de sa propre seringue "Une injection, une seringue".  
Diffuser des messages insistant sur les risques de transmission du VIH et du VHC lors du moment de l'initiation et cibler ces messages, tant du côté de l'initié que de l'initiateur.  
Adapter les messages de prévention à la population des jeunes UD.  
Prévenir le passage à l'injection chez les UD qui ne s'injectent pas encore.

Même si les modes majeurs de transmission du VHC sont liés à la pratique d'injection, d'autres pratiques peuvent exposer les UD aux risques ; il convient donc de :

- diffuser des messages de prévention spécifiques autour des risques de transmission du VHC liés au partage de la pipe à crack et de la paille de snif ;
- promouvoir des outils adaptés de prévention en lien avec l'usage de crack.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Julien Emmanuelli, responsable du programme usagers de drogues au Réseau national de santé publique, puis à l'Institut de veille sanitaire, de 1996 à 2004, et France Lert, pour son soutien scientifique dans le cadre de l'ANRS.

Nous remercions l'ensemble des personnes impliquées dans le suivi du terrain et l'analyse des données des deux enquêtes (cf. principales publications relatives aux usagers de drogues). Nous remercions également tous les usagers de drogues, les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé aux enquêtes PES et Coquelicot.

## MÉTHODOLOGIE

### • Enquête PES (1998)

En 1998, l'InVS a mis en place une enquête ponctuelle intitulée étude PES. Les objectifs de cette enquête étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues intraveineux (UDIV) fréquentant les PES, de mesurer leurs conduites à risque et d'en identifier les facteurs associés. Il s'agissait également de disposer de données pouvant contribuer à évaluer l'impact de la réduction des risques en France.

Cette enquête transversale a été menée dans les services ou associations implantés dans des régions globalement concernées par l'usage de drogue, déclarant comme activité principale la distribution de seringues et ceci, à un seuil supérieur à 1 000 seringues par an. Au total, sur les 76 PES dont l'activité représentait 95 % des seringues délivrées par l'ensemble des PES, 60 ont participé à l'étude. Les critères d'inclusion étaient définis par la demande de seringues pour un usage personnel. Mille quatre UD ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 50 %.

Compte tenu de la fréquentation régulière des PES par une grande partie des UDIV, l'enquête a été réalisée durant une semaine. Le questionnaire utilisé portait sur les caractéristiques sociodémographiques des UDIV, l'ancienneté de l'usage, les consommations de produits, les comportements à risque liés à l'usage intraveineux de drogues et à la sexualité, et les contacts avec le dispositif de soins spécialisés en toxicomanie dans les 6 derniers mois. Les questionnaires étaient auto-administrés ou passés avec l'aide d'un membre de l'équipe en cas de difficulté de compréhension.

Pour tenir compte de la variabilité du taux de participation selon les centres, des prévalences pondérées et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été calculés pour les différentes variables en utilisant le mode C-Sample du logiciel Epi-Info version 6.02. Le poids attribué à chaque observation était l'inverse du taux de participation de la structure dans laquelle le questionnaire avait été complété.

### • Enquête InVS-ANRS Coquelicot (2004)

Jusqu'en 2004, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD en France étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons non aléatoires. Aucune estimation de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD n'était disponible en France à partir de données biologiques et portant sur un échantillon aléatoire. Il était donc difficile d'évaluer l'impact de la politique de réduction des risques sur ces deux virus en population UD. En 2004, l'InVS a donc initié une enquête de séroprévalence auprès d'UD, cofinancée par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) et réalisée en collaboration avec l'Institut national des études démographiques (Ined) et le Centre national de référence (CNR) du VIH de Tours.

Les objectifs de cette étude étaient de fournir les principaux résultats de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD à partir de données biologiques, de décrire les caractéristiques de la population UD, leurs consommations de produits psychoactifs et leurs modalités et d'identifier leurs pratiques à risque.

Le recueil des données qui s'est déroulé de septembre à décembre 2004 consiste en un questionnaire sociocomportemental administré à l'UD par un enquêteur professionnel et en un autoprélèvement de sang au doigt. Les sujets inclus sont des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie. Cette enquête est multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et le recrutement des UD s'est effectué dans l'ensemble des services issus de la chaîne thérapeutique spécifique aux UD (centre de soins spécialisés pour toxicomanes, centres de post-cure, appartements thérapeutiques, Sleep-in, boutiques, PES, équipes de rue) et chez les médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés.

Pour obtenir des données de séroprévalence, des échantillons biologiques sur buvard ont été recueillis auprès des UD interrogés sans restitution individuelle des résultats. Pour compenser cette absence de restitution, les investigateurs se sont engagés à fournir des informations aux UD sur l'intérêt à se faire dépister et soigner, et à faire orienter les UD qui le souhaitaient vers les intervenants spécialisés afin de favoriser la démarche de dépistage. Le Comité consultatif de protection des personnes dans le cadre de la recherche biomédicale (CCPPRB) de Créteil a émis un avis favorable définitif avec bénéfice individuel direct pour l'étude. Le recueil des données a pu alors se dérouler dans le cadre d'un protocole aménagé conciliant le respect des personnes par l'information individuelle et le conseil aux personnes incluses ; et l'intérêt de la santé publique, par la réalisation d'une enquête permettant d'obtenir des informations séro-épidémiologiques jusque-là non disponibles.

Concernant les services, pour chaque ville, une base de sondage des services par demi-journée d'ouverture a été constituée. Un certain nombre (basé sur les files actives déclarées par les services) de couples (services, demi-journée) ont été tirés au sort par un sondage aléatoire simple sans remise, permettant de constituer un calendrier des visites au cours de la période d'enquête. Au sein de chaque service, les UD étaient tirés au sort de manière aléatoire, à l'exception des hébergements où tous les usagers étaient interrogés. Concernant les médecins, un sondage aléatoire à deux degrés a été appliqué dans chaque ville. Au premier degré, un sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs, avec stratification sur le volume de prescription de traitements de substitution aux opiacés (gros/moyen prescripteurs) a été mis en place. Puis, au second degré, tous les UD étaient enquêtés. Un poids de sondage a été affecté à chaque usager, en prenant en compte ses fréquentations au cours de l'enquête, dans tous les services participants. La méthode généralisée du partage des poids a été appliquée [12].

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata.V.8.2. Les comparaisons ont été effectuées avec le test du Khi-2, avec un seuil à 0,05. Tous les résultats présentés dans cet article sont des estimations et portent sur la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes dans les cinq villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille). L'analyse des buvards a été réalisée par le CNR VIH de Tours à partir de tests Elisa pour le VIH et le VHC.

## ■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jauffret-Roustide M. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris : La Documentation Française. 2004.
- [2] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [3] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, *et al.* Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:109-12.
- [4] Center for Disease Control. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998;47:6-7.
- [5] Mac Coy CB, Chitwood D, Shapshak P, Comerford ST. Parenteral transmission of HIV among injection drug users: assessing the frequency of multiperson use of needles, syringes, cookers, cotton, and water. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998; vol.18, S1:S25-S29.
- [6] Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance use & misuse* 2004; 39,2:211-24.
- [7] Lucidarme D, Bruandet A, Illef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A, *et al.* Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect* 2004;132(4):699-708.
- [8] Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
- [9] Vidal-Trecan G, Varescon Pousson I, Gagnere B, Tchery-Lessenot S, Madariaga E, Boissonnas A. Association between first injection risk behaviors and hepatitis C seropositivity among injecting drug users. *Annales de medecine interne* 2002;153,4:219-25.
- [10] Novelli A, Sherman SG, Havens JR, Strathdee SA, Sapun M. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviours in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;77:303-9.
- [11] Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, Human Immunodeficiency and Human-Tlymphotropic viruses. *Am J of Public Health* 1996;86:655-61.
- [12] Lavallée P. Le sondage indirect ou la méthode généralisée du partage des poids. Éditions de l'Université de Bruxelles. Ellipses. 2002.

### Principales publications relatives aux usagers de drogues, InVS

- Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, Quaglia M, Razafindratsima N, Vivier G, Oudaya L, Lefevre C, Desenclos JC. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, *Bull Epidemiol Hebd* 2006;33:244-7.
- Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Desenclos JC. L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. *RESP* 2006(54):1S53-1S60.
- Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Quaglia M, Arduin P, Laporte A, Desenclos JC. Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use and Misuse* 2006, vol.41(10-12):1603-22.
- Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M, Barin F. Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues. *Bull Epidemiol Hebd* 2003;16-17:97-9.
- Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated outcomes, 1996-2003. *Addiction* 2005(100):1690-700.
- Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*. 2001;96(4): 597-606.
- Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. Rapport InVS-Inserm U88. 1999.