



ÉTUDE

CARACTÉRISTIQUES SOCIALES, CONSOMMATIONS ET RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES FRÉQUENTANT LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN FRANCE [4]

J. Emmanuelli¹, F. Lert², M. Valenciano^{1,3}

INTRODUCTION

L'accès facile aux seringues est une condition nécessaire à la prévention de la transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues. Le décret de 1987 autorisant la vente libre des seringues a eu un impact considérable et immédiat sur le partage des seringues mais d'autres mesures pour améliorer l'accès aux seringues sont apparues nécessaires: mise sur le marché de trousses de prévention vendues en pharmacie (Stéribox[®] mis en vente fin 1994), implantation d'automates distributeurs de seringues, ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) sous diverses formes (bus, boutique, local fixe, travail de rue).

Les PES ont en commun des objectifs spécifiques tels la diminution du partage ou de la réutilisation des seringues, la réduction du nombre des seringues usagées abandonnées sur les lieux publics et l'incitation à des pratiques sexuelles à moindre risque au sein de ces populations. En plus d'échanger et de distribuer des seringues, de proposer des préservatifs et des conseils de prévention, les intervenants des PES peuvent orienter ces usagers vers des structures de soins et de dépistage et les aident à établir leurs droits aux prestations sociales. En France, l'offre des seringues reste assurée principalement par les pharmacies. Les PES qui en fournissent environ 10 %, constitué avec les distributeurs, le complément nécessaire pour améliorer l'accessibilité [2].

Les études réalisées en France et dans d'autres pays montrent la persistance de pratiques du partage des seringues. De plus, la mise en commun du matériel de préparation et la réutilisation des filtres peuvent être des vecteurs potentiels des infections par le VIH et les virus des hépatites B et C. Les stratégies de prévention s'attachent donc à faire évoluer les pratiques d'injection dans le sens d'un usage personnel et unique de l'ensemble du matériel. En 1995, un cadre général a été défini pour évaluer la qualité de l'accessibilité aux seringues [1]. Il comportait une série d'études, et de recueil systématique de données parmi lesquels une description de l'activité et de la clientèle des PES qui est présentée ici.

OBJECTIFS

Les objectifs de cette enquête étaient de décrire les caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogues intraveineux (UDIV) fréquentant les PES, de mesurer leurs conduites à risque et d'en identifier les facteurs associés. Ils visaient également à disposer de données pouvant contribuer à apprécier par la suite l'impact de la réduction des risques en France.

MÉTHODE

En 1998, une 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. 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 socio-démographiques 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 derniers six 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 % (IC à 95 %) 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. La comparaison des variables qualitatives et quantitatives a été réalisée par le test du Chi-carré et de Wilcoxon respectivement. Pour l'analyse bivariée, des Ratios de Prévalence (RP) et leurs IC à 95 % a été calculé par la méthode de Greenland et Robins (Epi-Info 6.02). Une analyse par régression logistique non conditionnelle ascendante a été réalisée avec le logiciel EGRET et des Odds Ratios (OR) et leurs IC à 95 % calculés. Trois modèles ont été construits selon les différentes pratiques à risque que nous avons définies : le partage de seringue (combinant prêt et emprunt) et le partage du reste du matériel (utilisation commune du produit, de l'eau, de la cuillère et du coton) dans le dernier mois ainsi que la non utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel sans tenir compte des statuts VIH des partenaires. Ces trois pratiques à risques liées à l'injection et la sexualité ont été étudiées par une régression logistique en introduisant les variables associées aux pratiques à risque avec un seuil de significativité inférieur à 0,3 en analyse bivariée. Pour les modèles finaux, seules les variables associées aux pratiques à risque avec un seuil de significativité inférieur à 0,05 ont été retenues.

Une analyse de classification automatique, effectuée sur les premières coordonnées factorielles des modalités des variables caractérisant les consommations des différentes substances (héroïne, cocaïne, etc.) à partir du logiciel SPAD, a permis de partitionner l'échantillon en groupes homogènes et distincts d'usagers et d'aboutir ainsi à une typologie des usagers en fonction de leur consommation.

RÉSULTATS

Le taux de participation dans les différents PES variait de 19 % à 100 % avec un taux moyen de 50 % (Tab. 1).

1. Institut de Veille Sanitaire, 12, rue du Val d'Osne, 94415 St-Maurice.

2. INSERM U88, 14, rue du Val d'Osne, 94415 St-Maurice.

3. European Programme for Intervention Epidemiology Training, 12, rue du Val d'Osne, 94415 St-Maurice.

Tableau 1. Participation

Participation	Nombre de passages	(%)	Nombre de sujets éligibles	(%)
Questionnaire complété	1 004	37,6	1 004	49,5
Abandon	109	4,1	109	5,4
Refus	657	24,6	657	32,4
Déjà participé	535	20,0	0	0,0
Non injecteur	111	4,2	0	0,0
Autres raisons de non participation	257	9,6	257	17,6
Total	2 673	100	2 027	100

Caractéristiques des sujets et produits consommés

Les répondants et les non répondants ne diffèrent ni pour l'âge ni pour le sexe. La moyenne d'âge est de 30 ans (18 % ont moins de 25 ans), 74 % sont des hommes, 37 % sont « sans toit stable » (hôtel, squatt, sans domicile fixe) et 75 % déclarent au moins un recours aux soins spécialisés dans les 6 derniers mois. Soixante deux pour-cent ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie (n = 622) dont 19 % (n = 117) disent avoir eu recours à l'injection durant leur détention. Parmi les sujets déclarant avoir été testés (entre 84 et 92 % selon les virus), 19 % se disent infectés par le VIH, 21 % par le VHB et 58 % par le VHC. L'ancienneté moyenne de la consommation de drogue était de 11 ans, celle de l'injection de 10 ans. Les injecteurs de moins de 2 ans représentaient 8 % de la population de l'enquête. Les résultats (Tab. 2) ont mis en évidence une forte utilisation des médicaments et une poly-toxicomanie importante associant produits illicites (héroïne, cocaïne, crack), médicaments de substitution (Subutex®, méthadone), psychotropes (benzodiazépines). Vingt neuf pour cent des usagers de drogues participant à l'enquête n'ont injecté que des médicaments pendant cette période.

Tableau 2. Consommation de produits - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Héroïne	501	50,6	44,4 - 56,8
Cocaïne	476	48,4	43,2 - 53,7
Crack	161	23	11 - 34,7
Subutex	735	69,9	63 - 76,9
Méthadone	139	14,5	11,2 - 17,7
Sulfate de morphine	243	25,6	18,9 - 32,2
Benzodiazépines	474	46	39,6 - 51,6

Profil des usagers

L'analyse en classification des variables d'usage (produits consommés, contexte de consommation) a permis d'individualiser 5 profils d'usagers et de les caractériser par des variables démographiques, sociales, géographiques :

- 1 - la classe des usagers consommant préférentiellement du Subutex® (43 % des individus), caractérisés par une situation sociale moins dégradée et étant plus souvent séronégatifs au VIH et au VHB. Ils déclaraient une toxicomanie plus récente, un faible usage des autres produits, une moindre fréquence d'injections, et un moindre partage de leurs seringues.
- 2 - la classe des usagers de dérivés de sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®) consommant peu d'autres drogues (17 % des individus), fortement représentés dans la région Languedoc-Roussillon.
- 3 - la classe des usagers consommant surtout de la méthadone (14 % des individus) associée à d'autres produits licites et illicites, caractérisés par une toxicomanie plus ancienne et une prévalence du VIH plus élevée.
- 4 - la classe des usagers (13 % des individus), regroupant des usagers plus désinsérés consommant plutôt des médicaments (benzodiazépines) et ayant un risque de partage de seringue accru.
- 5 - la classe rassemblant presque tous les utilisateurs de crack de l'échantillon (13 % des individus), caractérisés par une fréquence accrue de personnes ayant un logement précaire et se prostituant. Ces usagers, qui déclarent un nombre quotidien d'injections plus important, consomment souvent d'autres produits illicites et ont plus fréquemment partagé la cuillère, l'eau ou le filtre le mois précédent l'enquête.

Ces 5 groupes, qu'on retrouve également après segmentation, se différencient en termes de pratiques à risques sans différer ni par le sexe, ni par le fait d'avoir des enfants ni par leur statut vis-à-vis du VHC.

Les pratiques à risques

Au cours du dernier mois, 18 % des usagers (n = 187) ont partagé une seringue, 45 % (n = 453) ont réutilisé leur seringue (3 fois en moyenne). La réutilisation d'une seringue placée dans un container de sécurité pour être rapportée au PES a concerné 13 % des répondants.

Après l'analyse de régression logistique (Tab. 3), le partage de seringue est d'autant plus fréquent chez les consommateurs de cocaïne et/ou d'héroïne que le nombre d'injections journalières est grand. Il est également plus fréquent chez les UDIV qui vivent en couple.

Tableau 3. Variables liées au partage de la seringue
Résultats en régression logistique

	OR	IC à 95 %	P
Cocaïne			
Oui	1,8	1,2 - 2,7	0,004
Non	Réf		
Héroïne			
Oui	1,9	1,2 - 2,8	0,004
Non	Réf		
Nombre d'injections			LRS = 9,1 p = 0,03
< 1 fois par jour	Réf		
1 fois par jour	1,9	0,5 - 6,7	0,3
2 - 4 fois par jour	2,8	0,8 - 9,3	0,09
> 4 fois par jour	4,3	1,2 - 15,0	0,002
Vie en couple			
Oui	1,7	1,1 - 2,7	0,002
Non	Réf		

La mise en commun du matériel autre que la seringue pendant le dernier mois, est pratiquée par 70 % d'usagers, et la seule mise en commun du produit concerne 54 % des répondants. Par ailleurs, le doseur utilisé pour fumer le crack est partagé par 58 % des consommateurs de ce produit (90/154). L'analyse multivariée montre que la mise en commun du matériel est exclusivement associée à la consommation de produits illicites (OR cocaïne = 2,6, IC 95 % : 1,9-3,6 ; OR héroïne = 2,2, IC 95 % = 1,6-3,0 ; OR crack = 2, IC 95 % = 1,2-3,6) à l'exclusion de toute autre caractéristiques individuelle ou sociale.

Dans les 6 derniers mois, 80 % des répondants (785/994) déclarent avoir eu des rapports sexuels dont 60 % n'ont pas utilisé systématiquement le préservatif. Au cours de cette période, 14 % des usagers se sont prostitués (n = 144). D'un âge moyen de 30 ans, il s'agissait principalement de femmes (n = 104 soit 40 % de l'ensemble des femmes), plus souvent consommatrices de crack (25 % vs 12%), de benzodiazépines (60,5 % vs 47%) et de méthadone (21 % vs 12 %) que les autres. Pour les sujets sexuellement actifs dans les 6 derniers mois (79 %), le dernier partenaire était un UDIV dans la moitié des cas, séropositif au VIH dans 9 % des cas. Au dernier rapport sexuel, 20 % des sujets n'ont pas utilisé de préservatif dans un couple où au moins un des deux sujets était séropositif ou ignorait son statut pour le VIH.

La non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (sans tenir compte des statuts sérologiques des partenaires) était associée au fait de vivre en couple ou d'avoir un partenaire stable, d'être séronégatif pour le VIH ou de ne pas connaître son statut, d'avoir un niveau d'études supérieur au bac (Tab. 4). Les variables caractérisant l'histoire de la toxicomanie, les produits ou la situation sociale, à l'exception du niveau d'étude, ne sont pas associés aux comportements sexuels à risque.

DISCUSSION

Cette étude est la première de cette envergure menée auprès d'UDIV depuis la mise sur le marché du Subutex® en février 1996 [2]. Les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des usagers, ni à celle de tous les UDIV. On ne dispose pas d'enquête menées auprès d'échantillon représentatifs de cette population souvent clandestine. On observe des similitudes des caractéristiques socio-démo-

Tableau 4. Variables liées à la non utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel – résultats en régression logistique

	OR	IC à 95 %	P
Statut dernier partenaire			< 0,001
Partenaire stable	3,2	2,1 – 4,8	
Partenaire non stable	Réf		
Mode de vie			< 0,001
En couple	2,9	2,0 – 4,4	
Seul	Réf		
Statut VIH			LRS = 50,4 p < 0,001
Positif	Réf		
Négatif	5,5	3,3 – 9,1	< 0,001
Ne sait pas	7,5	2,5 – 22,3	< 0,001
Niveau d'études			LRS = 17,2 p < 0,001
< Bac	Réf		
= Bac	0,5	0,3 – 0,9	0,02
> Bac	2,7	1,4 – 5,1	0,003

graphiques et des prévalences déclarées vis-à-vis du VIH, VHB, et VHC de cette population avec les enquêtes menées dans d'autres populations d'UDIV [3], mais cette comparaison est limitée : ainsi les données disponibles ne permettent pas de comparer les produits consommés. On peut cependant suspecter que d'autres facteurs différencient ces populations, notamment l'état psychologique. Enfin, les résultats de l'enquête témoignent d'une consommation élevée de cocaïne, plus importante que celle décrite dans les récentes autres études françaises auprès des usagers de drogues. Or, administrée par voie veineuse, la cocaïne entraîne un nombre d'injections beaucoup plus important qu'avec la consommation d'héroïne.

L'association entre les risques liés à l'injection et le type de produits consommés est un résultat particulier au contexte français : dans une situation où le Subutex® est le produit le plus consommé (fin 1997, 50 000 personnes consommaient du Subutex®) [2], ceux qui continuent à consommer des produits illicites sont plus exposés au partage de seringue et du reste du matériel d'injection. La prévalence élevée du VIH dans cette population caractérisée par une vie affective plus instable crée un contexte de risque accru de contamination par voie sexuelle. De surcroît, les personnes n'utilisant pas de préservatifs dans le cadre de relations de couple exclusives peuvent s'exposer au

VIH par voie sexuelle si leur partenaire se contamine par le biais d'un partage de seringue. Cependant, les dimensions particulières de la vie affective et sexuelle des UDIV sont encore peu envisagées dans les actions de prévention.

CONCLUSION

Services de première ligne, les PES atteignent peu les nouveaux injecteurs, plus vulnérables aux transmissions virales. Le partage de la seringue et la mise en commun du matériel chez les UDIV fréquentant les PES restent préoccupants, incitant à développer des méthodes innovantes de type communautaire (comme associer les usagers à la définition de moyens pratiques de prévention). Au sein des PES, la prévention des pratiques sexuelles à risque demeure également insuffisante et son importance sous-estimée. Dans ce contexte, la population consommant du Subutex® se trouve dans une situation sanitaire et sociale meilleure que les autres usagers, sans qu'on sache si celle-ci est antérieure ou si elle en est le résultat. Enfin, l'usage accru de la cocaïne doit inciter à mettre en place les moyens d'anticiper au moins au niveau des PES une possible déstabilisation des comportements de prévention encore fragiles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Propositions pour l'évaluation de l'accessibilité au matériel d'injection dans le cadre de la prévention du Sida et des hépatites virales, texte présenté à la réunion du COSAS, le 21/06/95, F. Lert, J. Emmanuelli.
2. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection Stérile, *Bulletin Epidémiologique Annuel (BEA)*, 1997 ; 175-8.
3. Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite (IREP, 1996), enquête sur les infections à VIH et VHC et mortalité chez les résidents des CSST avec hébergement, (CESES, 2^e semestre 1996), enquête du mois de novembre (SESI, 1996).
4. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, Rapport InVs-Inserm, pour l'OFDT, Novembre 1999.

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DU SYNDROME HÉMOLYTIQUE ET URÉMIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS EN 1998

S. Haeghebaert¹, V. Vaillant¹, B. Decludt¹, P. Bouvet², Pad. Grimont² et le réseau des Néphrologues pédiatres³

Les *E. coli* producteurs de Shiga-toxine (STEC) posent un problème majeur de sécurité alimentaire dans les pays industrialisés et ont été à l'origine de plusieurs épidémies de grande ampleur avec une létalité importante. Les manifestations cliniques des infections à STEC sont variées : diarrhée banale, colite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique (SHU). Le SHU représente la principale cause d'insuffisance rénale aiguë chez l'enfant âgé de 1 mois à 3 ans. En France, un système de surveillance du SHU pédiatrique, reposant sur un réseau national de services de néphrologie pédiatrique, a été mis en

place en 1996. Ce réseau de surveillance coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a été mis en place à la suite d'une étude, réalisée en collaboration avec les membres de la Société de Néphrologie Pédiatrique [1], qui comportait une enquête rétrospective sur les cas hospitalisés entre janvier 1993 et le 31 mars 1995 et une enquête prospective sur les cas hospitalisés d'avril 1995 à mars 1996. Les objectifs de cette surveillance sont de suivre les tendances spatio-temporelles du SHU chez les enfants de moins de 15 ans en France, de connaître les caractéristiques des cas, de déterminer les agents responsables et de détecter des phénomènes épidémiques.

MODALITÉS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

Définition de cas

Un cas de SHU est défini comme toute personne de moins de 15 ans, pour laquelle un diagnostic clinique de SHU (début brutal d'une anémie hémolytique avec insuffisance rénale) a été posé par un néphrologue ou un pédiatre et selon les critères biologiques suivants : anémie hémolytique

1. Institut de Veille Sanitaire, 12, rue du Val d'Osne, 94415 St-Maurice.
2. Unité des Entérobactéries, Institut Pasteur.
3. Service de néphrologie pédiatrique des Centres Hospitaliers de : Amiens, Angers, Angoulême, Annecy, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Kremlin-Bicêtre, Grenoble, Lille, Lisieux, Lyon (Debrousse, E. Herriot), Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris (Necker-Enfants Malades, R. Debré, Trousseau), Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse, Tours.