



ENQUÊTE

PRATIQUES DE PROTECTION DES USAGERS DE DROGUE ET EXPOSITION AU RISQUE DE TRANSMISSION DU V.I.H

F. LERT, Ch. CANDILLER, E. IMBERT, B. BELFORTE
I.N.S.E.R.M. U 88, Saint-Maurice, APOTHICOM, Ivry

Des changements de comportement considérables ont été réalisés par les usagers de drogue dans l'utilisation du matériel d'injection [1]. Les tendances de l'incidence sont actuellement impossibles à apprécier faute de données sérieuses; cependant, compte tenu de la durée de la toxicomanie, du caractère pluriquotidien de l'injection chez l'immense majorité des injecteurs et de la persistance du partage, le V.I.H. et les autres infections virales continuent à se transmettre.

L'objectif de l'étude descriptive présentée ici était de mesurer le niveau d'exposition dans l'activité sexuelle et dans les pratiques d'injection et de le mettre en relation avec les caractéristiques du sujet (démographiques, sociales, état sérologique), l'intensité et l'ancienneté de sa toxicomanie intraveineuse, les circonstances de l'injection. Pour tenir compte des contraintes de passation, l'étude de l'exposition aux risques est fondée sur des informations concernant le dernier rapport sexuel et la dernière injection.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête a été réalisée par le biais des associations participant au programme de diffusion du Stéribox en pharmacie au printemps 1994, c'est-à-dire avant sa généralisation. Le questionnaire qui comporte 69 questions a été testé quant à son contenu et à ses modalités d'administration. Il a finalement été passé sous forme d'autoquestionnaire anonyme rempli sur place dans le service et remis sous enveloppe. La population incluse dans l'étude a été recrutée en région parisienne, à Marseille et dans quelques autres sites de province dans des institutions diverses : des centres d'accueil spécialisés, des consultations médicales, en maisons d'arrêt; une petite enquête de rue a été faite à Paris. Les critères d'inclusion étaient les suivants : tout usager nouvellement admis dans la structure venant pour la première, la deuxième ou la troisième « consultation » et ayant consommé des drogues par voie injectable dans les 6 mois précédant la consultation. Tous les nouveaux consultants, répondant aux critères ci-dessus devaient être sollicités dans l'ordre de leur venue. En fonction de l'activité de la structure un quota avait été fixé pour chacune, pour inclure les sujets entre le 15 mars et le 31 mai 1994.

RÉSULTATS

Au total, 345 usagers ont rempli le questionnaire, 25 questionnaires mal remplis ou inutilisables ont été éliminés (7,2 % du total). Le taux de participation pour l'ensemble des sites d'étude ne peut être évalué car les tableaux de recrutement, à la charge des correspondants de l'étude ont été mal ou pas remplis dans la moitié des centres. Nous disposons d'informations partielles pour 11 sites dans lesquels 281 usagers ont été contactés. 40 (14,2%) ne répondaient pas aux différents critères, pour 76 usagers le questionnaire n'a pas été proposé, 14 ont refusé de répondre. 151 questionnaires ont donc été remplis, soit un taux de réponse de 62,7 % et un taux de refus de 5,8 %. Les sujets interrogés ont été recrutés en Île-de-France et dans les Bouches-du-Rhône, recrutement qui est le reflet de l'extension du projet Stéribox au moment de l'étude, et correspond aux régions les plus touchées par la toxicomanie et le Sida*.

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen de l'échantillon est de 29,3 ans (27,5 chez les femmes, 29,9 chez les hommes). Le sexe ratio H/F est de 3,5. Le début de la toxicomanie se situe en moyenne à 20,6 ans (20,1 pour les femmes et 20,8 pour les hommes). L'ancienneté moyenne de la toxicomanie est de 8,7 ans (7,3 pour les femmes et 9 pour les hommes) et la médiane de 9 ans. La situation sociale est caractérisée par un bas niveau d'étude et une faible autonomie. Près de 2 sur 10 seulement ont fait des études jusqu'au baccalauréat, 7 sur 10 n'ont pas d'activité et 6 sur 10 pas de logement personnel (15 % n'ont pas de logement ou vivent en institution). Enfin, 1 usager sur 2 ne compte que sur lui-même pour vivre (dont 66 %, déclarent pourtant ne pas avoir de travail) et un tiers compte sur la famille. L'âge n'est lié qu'au niveau d'études, comme si seuls les plus instruits avaient pu survivre dans la toxicomanie. La situation sociale n'est associée ni au sexe, ni à l'ancienneté, ni à l'intensité de la toxicomanie. Le mode de recrutement est évidemment déterminant pour ces caractéristiques sociales. Les toxicomanes recrutés dans la rue sont plus souvent soit totalement désinsérés (35 % n'ont ni travail, ni logement), soit indépendants (23 % ont travail et logement personnel).

Près des deux tiers (65 %) des sujets de l'échantillon se font des injections tous les jours, en moyenne 2,8 injections par jour (écart type = 1,53). La fréquence des injections ne dépend ni du sexe, ni de l'âge de début, ni de l'ancienneté de la toxicomanie. Par contre, elle semble liée à l'âge du toxicomane (53 % des moins de 25 ans s'injectent des drogues tous les jours contre 66, 64 et 73% respectivement chez les 25-29 ans, 30-34 ans et chez les plus de 35 ans $p < 0,05$). Plus des trois quarts de l'échantillon ont été interpellés au moins une fois dans les 12 derniers mois. L'interpellation n'est pas liée à l'intensité de la toxicomanie, le risque d'être fréquemment interpellé est plus important chez les usagers s'injectant tous les jours, mais la différence n'est statistiquement pas significative. Par contre, elle est étroitement liée à la situation sociale; 31 % des sujets sans travail et 30 % des sujets sans logement déclarent avoir été souvent interpellés contre seulement 10 % des usagers ayant un travail et 16 % de ceux ayant un logement personnel.

DÉPISTAGE ET STATUT SÉROLOGIQUE À L'ÉGARD DU V.I.H.

Parmi les 301 usagers (94% de l'échantillon) déclarant avoir eu un test sérologique pour le V.I.H., 10 ne sont pas allés chercher les résultats et 2 n'ont pas répondu (au total, le statut est inconnu pour 31 usagers, soit 9,7 % de l'échantillon); 70 sont séropositifs et 219 étaient séronégatifs au dernier test (taux de prévalence = 24,2 %), test qui date de plus d'un an pour 45 d'entre eux. Enfin, le taux de prévalence est fonction de l'ancienneté de la toxicomanie. 1 toxicomane sur 2 ayant débuté avant 1980 est contaminé par le V.I.H. contre 1 sur 10 parmi ceux qui ont débuté la toxicomanie dans les 4 dernières années. Il semble exister une chute assez nette de la prévalence de l'infection à V.I.H. depuis 1987, date de début de la vente libre des seringues en pharmacie. Les informations disponibles pour l'infection par les virus d'hépatites B et C apparaissent peu fiables et ne sont pas rapportées ici.

* Les auteurs remercient EGO, la clinique Liberté, Transit, l'ACIAT 92, Chimène, le Trait d'union, Essonne -Accueil, Drogue et Société, JET 94, le comité balnéolais, La Fratrie, l'Unité Est S.D.T.S.D., Le Corbillon, les équipes médicales des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis, Fresnes, Nanterre, les Baumettes; les centres de santé de Champigny, d'Ivry, de Vitry et du CDAG de Marseille.

Les pratiques à risques vis-à-vis de la transmission sexuelle du V.I.H.

Le partenaire lors du dernier rapport sexuel est 6 fois sur 10 un partenaire régulier et 4 fois sur 10 aussi un usager de drogue. Pour 27 couples, sujet index et partenaire sont séropositifs (9 % des 297 réponses), 157 couples sont séronégatifs (53 %) et 37 sérodiscordants (12,4 %). Pour 76 couples (25,6 %), le statut sérologique est inconnu pour au moins un des partenaires (le plus souvent le partenaire du sujet index). Près de la moitié des sujets (46 %) a utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel. L'utilisation d'un préservatif est plus fréquente si le partenaire est occasionnel (66 % versus 35), mais la connaissance de la toxicomanie du partenaire n'influence pas l'utilisation du préservatif. Les sujets index séropositifs ont utilisé un préservatif plus souvent que les séronégatifs (65 % versus 43). Si l'on étudie l'utilisation du préservatif en fonction du statut sérologique du couple on constate que ceux qui sont séronégatifs utilisent le moins les préservatifs (31 %), les couples séropositifs les utilisent plus souvent (55 %), ainsi que les couples sérodiscordants (73 %); quand au moins un des partenaires ne connaît pas son statut, le préservatif est utilisé dans 67 % des cas.

Les pratiques à risques lors de la préparation et lors de l'injection du produit

Les circonstances de la dernière injection sont caractérisées par le moment de la journée, le lieu, le temps écoulé entre achat de la drogue et l'injection, la possession ou non d'une seringue, le nombre de participants. Pour 46 % des sujets de l'échantillon la dernière injection s'est déroulée chez l'usager alors que 38 % ont consommé dans la rue ou des parties communes d'immeubles ou de lieux publics; 39 % étaient seuls au cours de la dernière injection. Il n'y a pas de relations statistiquement significatives entre ceux qui se sont drogués seuls ou à plusieurs et l'âge, le sexe, la date de début et l'ancienneté de la toxicomanie. Parmi les 61 % de sujets qui n'étaient pas seuls lors de l'injection, 1 sur 10 étaient avec des personnes de rencontre, mais la majorité était avec son partenaire habituel ou des amis. 41 % des usagers se sont injecté la drogue dans les 10 minutes suivant l'achat du produit (parmi eux, 1 sur 2 n'avait pas de seringue lors de cet achat), 86 % l'ont fait dans l'heure.

Tableau 1. - Exposition aux risques au cours de la dernière injection

Matériel utilisé	Nombre	Pourcentage
Seringue utilisée (n = 320) :		
- neuve	85	26,6
- usagée mais à soi	168	52,5
- usagée prêtée par un autre	67	21,0
Seringue utilisée mais à soi (n = 168) :		
- seringue nettoyée	148	88,1
- seringue pas nettoyée	20	11,9
Seringue usagée prêtée par un autre (n = 67) :		
- seringue nettoyée	22	32,8
- seringue pas nettoyée	33	49,3
- pas de réponse	12	17,9
Si nettoyage (n = 169) avec :		
- de l'eau	100	59,2
- de l'eau de Javel	56	33,1
- de l'alcool	3	7,1
Une fois utilisée (n = 312) :		
- seringue a été donnée	16	5,1
Partage du matériel d'injection (si à plusieurs n = 194) :		
- utilisation de la même cuillère (n = 194)	131	69,3
- aiguille trempée dans la même eau (n = 192)	96	50,0
- filtre pressé pour récupérer du produit (n = 191)	85	44,5

La réutilisation de la seringue reste encore très commune. Près de 3 sujets sur 4 ont utilisé une seringue usagée au cours de la dernière injection; 2 sur 10 ont reçu une seringue d'une autre personne et 1 sur 20 a donné sa seringue à un autre usager. Au total, 76 (soit 23,8 % de l'échantillon) ont reçu une seringue ou l'ont donnée (7 non-réponses). 72 % ont nettoyé leur seringue, le plus souvent à l'eau (59 %), mais également avec de l'eau de javel ou de l'alcool (41 %). Sur les 168 usagers réutilisant leur propre seringue, 9 sur 10 la nettoient, le plus souvent à l'eau. Sur les 67 usagers partageant une seringue, seulement 1 sur 3 la nettoie, dans ce cas, l'eau de Javel ou l'alcool est le plus souvent utilisé. L'utilisation en commun du matériel est très fréquente, 69 % des usagers qui étaient à plusieurs au cours de la dernière injection ont partagé la même cuillère, 50 % ont trempé leur aiguille dans la même eau que les autres (eau pour rincer la seringue ou pour préparer la drogue) et 44 % ont pressé le filtre pour récupérer l'héroïne qui y avait adhéré. Au total, sur les 194 usagers qui étaient à plusieurs, seulement 41 (21 %), n'ont partagé ni cuillère, ni eau de rinçage, ni filtre.

Tableau 2. - Circonstances de la dernière injection et pratiques à risques

Utilisation	n	Seringue			p	Matériel partagé	p
		neuve	réutilisée	partagée			
Seul	125	29,6	58,4	12,0	< 0,01	37,6	< 0,01
À plusieurs	194	24,7	48,5	26,8		78,9	1
Chez lui	147	25,9	59,9	14,3		57,3	
Chez des amis	52	26,9	38,5	34,6	< 0,05	70,6	< 0,05
Autre	121	27,3	49,6	23,1		79,6	
Temps entre achat et injection :							
< 10 mn	131	19,8	60,3	19,8	< 0,05	71,2	< 0,29
> 10 mn	187	31,6	46,5	21,9		65,5	
Journée							
Journée	230	24,8	53,9	21,3	< 0,30	69,3	< 0,15
Soirée ou nuit	77	33,7	46,8	19,5		60,0	
Seringue sur soi	144	20,1	65,3	14,6		62,6	
Pas de seringue	113	35,4	44,2	20,3	< 0,001	72,0	< 0,08
Autre	60	26	46,8	19,5		60,0	

Le partage de la seringue est plus fréquent quand l'usager est chez des amis (38 %) ou s'injecte dans des lieux publics (23,1 %). Il l'est également si le sujet n'a pas de seringue sur lui au moment de l'achat de la drogue (20 %) ou s'il obtient la seringue en même temps que l'achat (38 %). Le temps écoulé entre achat et injection ne semble pas influencer sur le partage, comme le moment (heure) de l'injection. L'association entre, d'une part, réutilisation de la seringue et partage et, d'autre part, les caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau d'études, situation professionnelle, logement, intégration sociale), l'intensité de la toxicomanie (ancienneté, fréquence de l'injection) et le statut sérologique du sujet a été étudiée : aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence. Contrairement aux pratiques à risques sur le plan sexuel, les usagers ne tiennent pas compte de leur statut sérologique dans le partage de la seringue, quand ils la reçoivent d'un autre toxicomane ou quand ils la donnent (mais dans ce dernier cas, l'effectif est faible et ne permet pas de tirer de conclusions par défaut de puissance). La prise de risques au cours d'une seule injection ne semble donc pas liée au mode de vie ou, du moins, ces éléments paraissent secondaires face aux circonstances précises de l'injection. Sur les 225 sujets de l'étude connaissant le Stéribox, 190 (59,4 % du total de l'échantillon) l'ont acheté au moins 1 fois. L'achat d'au moins 1 kit ne dépend ni de l'âge, ni de l'activité professionnelle, ni du niveau d'études. Les sujets qui ont acheté plus de 10 fois le Stéribox réutilisent plus leurs seringues (65 % versus 41) et partagent moins souvent (11 % versus 24). Ils nettoient également plus souvent leur seringue (87 % versus 69) mais ont également tendance à partager plus souvent le matériel (74 % versus 63).

DISCUSSION

La prise de risque apparaît élevée dans l'échantillon étudié, ce qui peut provenir d'un biais dans le recueil de l'information et la sélection de l'échantillon. En effet, la méthode de recueil des données est un autoquestionnaire, méthode jusque-là peu utilisée auprès des usagers de drogue en France. La nécessaire brièveté du questionnaire imposait des choix quant aux informations à retenir. L'objectif majeur de l'enquête étant de déterminer avec exactitude les circonstances conduisant à la survenue de pratiques à risques, le choix du dernier rapport sexuel et de la dernière injection a été fait pour limiter la subjectivité des réponses et gagner en précision. L'échantillon a été recruté pour plus de 75 % dans des associations ou des services médicaux, pour 16 % en prison et pour seulement 10 % dans la rue. Ce recrutement est donc porteur de biais, l'incarcération comme l'admission en traitement sont des épisodes particuliers où culminent des difficultés. Ces biais ont été probablement un peu limités par la multiplication des points de recrutement et la diversité des activités des associations qui ont participé à l'enquête.

Le taux de prévalence de l'infection à V.I.H. dans cet échantillon se situe entre 24 et 29 %, ordre de grandeur communément admis en France [2, 3], au moins pour ces dernières années.

L'information sur le risque sexuel est succincte : ancienneté du rapport, type de partenaire et statut sérologique ainsi que l'usage ou non de drogue. Comparés aux données de l'enquête A.C.S.F. [4] menée en 1992, en population générale, les usagers de drogue paraissent avoir moins souvent un partenaire régulier. Dans l'échantillon, l'utilisation du préservatif est liée au statut sérologique du sujet et de son partenaire, mais aussi au caractère occasionnel ou régulier de ce dernier. Ces logiques d'utilisation sont retrouvées aussi bien dans les études chez les usagers de drogue [5, 6, 7] que chez les homosexuels [8]. Le risque sexuel reste donc préoccupant pour les toxicomanes et leurs partenaires alors que très peu d'activités de prévention s'intéressent à ce mode de transmission dans cette population.

Le partage de la seringue reste fréquent ainsi que la réutilisation personnelle. Le nettoyage de la seringue est une pratique commune (8 toxicomanes sur 10) quand il y a simple réutilisation de la seringue, l'eau est alors 6 fois sur 10 utilisée. En cas de partage, seulement 1 toxicomane sur 3 nettoie sa seringue; il utilise alors plus souvent l'eau de Javel ou l'alcool que l'eau. Le partage du matériel autre que la seringue, partage indirect, est une pratique généralisée car ce matériel n'est pas considéré comme personnel; les risques sont également peu connus (seulement 1 usager sur 5 connaît tous les risques). La prise de risque est faiblement influencée par les caractéristiques de l'usager mais plutôt par la situation lors de la consommation du produit. Il existe, en quelque sorte, un noyau dur des pratiques liées principalement à la dépendance d'une part, à l'organisation du marché des produits, d'autre part. L'amélioration de l'accessibilité au matériel d'injection doit donc être complétée par des actions de prévention menées sur le terrain, au plus près de la consommation et du trafic. Cependant on peut se demander si les usagers de drogue injecteurs n'utilisent pas d'autres rationalités dans leurs pratiques car le niveau de partage mis en évidence dans cette étude apparaît dans une certaine mesure difficilement compatible avec le niveau de l'infection V.I.H. observé chez des usagers qui s'injectent quotidiennement depuis de nombreuses années : parmi les sujets qui s'injectent depuis 1987, moins de 10 % sont infectés, taux il est vrai catastrophique dans une population si jeune. Ces résultats soulignent la nécessité de poursuivre des recherches ciblées, et surtout d'intensifier et de diversifier les activités de prévention en mobilisant l'ensemble des acteurs, y compris les associations d'usagers.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] INGOLD R. et coll. – **La transmission du V.I.H. chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations; situation et tendance.** – I.R.E.P., mars 1992.
- [2] SIX C. et coll. – **L'infection à V.I.H. chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement.** – *B.E.H.* 1995, 5, 17-18.
- [3] FACY F. – **L'état de santé des toxicomanes : repères chronologiques à travers des études épidémiologiques.** – *Crips-Toxibase*, 1993, 19-25.
- [4] SPIRA A., BAJOS N. et le groupe A.C.S.F. – **Les comportements sexuels en France.** – *La Documentation française*, 1993.
- [5] DESENCLOS J.-C. et coll. – **Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European IDU.** – *AIDS* 1993, 7, 1371-77.
- [6] SASSE, 1991. – **Sexual lifestyles in injecting drug users in Italy, potential for HIV infection transmission.** – *AIDS*, 1991, 6, 1083-89.
- [7] DONOGHOE M.C. – **Sex, HIV and the injecting drug user.** – *British Journal of Addiction*, 1992, 87, 405-16.
- [8] SCHILTZ M.A. – **Les homosexuels masculins face au sida: enquêtes 1991-1992.** – Centre de mathématique et d'analyse sociale, 1993.

PROGRAMME EUROPÉEN DE FORMATION EN ÉPIDÉMIOLOGIE D'INTERVENTION

Le Programme européen de formation en épidémiologie d'intervention (E.P.I.E.T.) propose à des professionnels de Santé publique de nationalité européenne, 8 bourses de stage pratique d'une durée de 22 mois.

Cette formation a pour objectif l'acquisition par la pratique :

- des méthodes de la surveillance épidémiologique;
- des techniques d'investigation des phénomènes épidémiques;
- des principes de l'utilisation des informations épidémiologiques pour la prise de décision dans le domaine de la santé publique avec une attention particulière apportée au contrôle des maladies infectieuses;
- des méthodes de communication de résultats scientifiques aux médias, aux décideurs et à la communauté scientifique.

Les candidats doivent répondre aux critères suivants :

- avoir un intérêt majeur pour la pratique de l'épidémiologie d'intervention;
- posséder une expérience d'un an au moins dans la pratique de la santé publique;
- parler et écrire l'anglais couramment ainsi qu'une autre langue européenne;
- être prêt à séjourner pendant 2 ans dans un pays différent de leur pays d'origine;
- être âgé de 30 à 35 ans.

Le siège du projet est basé à Bruxelles et les lieux de stages situés dans les différents instituts de santé publique spécialisés dans la surveillance épidémiologique et l'épidémiologie d'intervention en Europe.

La deuxième promotion de ce programme européen débutera en juin 1996 par un cours d'introduction d'une durée de 3 semaines.

La date limite de dépôt des candidatures est fixée au 18 janvier 1996.

Pour toute information, contacter :

Dr Franck Van Loock,
Epidemiology, Institute for Hygiene and Epidemiology
14, J. Wytmanstraat, B-1050, Bruxelles, Belgique
Tél. : 19 32 2 642 51 11, télécopie : 19 32 2 642 54 10

Pr Jacques Drucker
Réseau national de santé publique, hôpital de Saint-Maurice
14, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 1 43 96 65 01, télécopie : 1 43 96 66 16