



Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France

Julien EMMANUELLI, France LERT, Marta VALENCIANO

Novembre 1999
Etude 18

Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France

Julien EMMANUELLI, France LERT, Marta VALENCIANO

Conseil statistique Jean-Pierre NAKACHE
Secrétariat assuré par Monique DUTEIL

avec

Thérèse CHODANOSWKI, Pierre MULLER, Philippe CASENAVE, Rachel ARNAULD-MAUFFREY, Daniel SPINHIRNY, Thierry DELMAS, Mekki MESSAOUD, Matthieu JANNETEAU, Didier ROBERT, Elise LONGE, Christine CALDERON, Abdelrrahim LAHMER, Djamel SALMI, Gérard FURY, Serge AYGLON, Alain ABINA, Jean-Francis FAVATIER, Hamed KADDAR, Michel FORAX, Robert CAMPINI, Vincent CROISE, Thierry BROSSARD, Noredine FRIZI, Joanna TOMASIK, Philippe N'GUYEN, Jérôme RAYNAUD, Mohamed HAMLAM, Max BASANISI, Christine BARRAS, Mireille TARAYRE, Danièle AUTHIER, Eric BOUJU, Christèle MILLET, Denis SERRANO, Christine LANTRAN-DAVOUX, Pierre CHAMBOREDON, Francis NOCK, Jeannine SILVESTRE, Jean-Paul GONNOD, Françoise DURIEZ, Gilbert MAVUTU, Laurent PLANCKE, Emmanuelle DENIS-SECCO, Christine DELORT, Nora GAOUAOU, Roger HRON, Pierre AVRIL,

Référents dans les programmes d'échange de seringues qui ont coordonné l'enquête et assuré la qualité de l'information.

Les auteurs remercient,

les responsables et les personnels de ces services qui ont rendu ce travail possible,

les usagers qui ont accepté de participer à l'enquête.

SOMMAIRE

I. Contexte de l'enquête	5
II. Objectifs	6
II-1 Objectifs généraux	6
II-2 Objectifs spécifiques	6
III. Méthodes	7
III-1 Recensement des PES	7
III-2 Sélection des PES	7
III-3 Population de l'étude	7
III-4 Organisation de l'enquête	7
III-5 Recueil des données	8
III-6 Analyse	9
IV. Résultats	9
IV-1 Description des PES recensés	9
IV-2 Participation des usagers	10
IV-3 Description des caractéristiques des participants à l'enquête	
Données brutes et pondérées	10
– Distribution des réponses par type de structure	10
– Distribution des réponses selon les variables socio-démographiques	10
– Distribution des réponses selon les variables liées à l'usage de drogue	10
– Activité sexuelle	11
– Dépistage et statuts sérologiques	11
IV-4 Caractéristiques des usagers	12
– Caractéristiques des usagers selon le type de structure	13
– Caractéristiques associées au sexe	13
– Caractéristiques associées à l'âge	14
– Ancienneté de consommation des différents produits et de l'injection	14
– Recours aux soins pour l'usage de drogue	14
– Caractéristiques associées aux statuts sérologiques vis-à-vis des infections virales	16
IV-5 Consommation de produits	18
– Produits consommés et modes d'utilisation	18
– Origine des médicaments utilisés	19
– Caractéristiques associées à la consommation de chaque produit	20
– Analyse multidimensionnelle	22
– Description de la consommation d'alcool, de cannabis et d'ecstasy	24

IV-6 Pratiques de consommation des produits	25
– Provenance principale des seringues utilisées dans le dernier mois	25
– Fréquence des injections	25
– Réutilisation de la seringue	26
– Emprunt et prêt de la seringue dans le dernier mois	26
– Reprise d'une seringue dans le container au cours du dernier mois	27
– Mise en commun du reste du matériel servant à l'injection dans le dernier mois	27
– Partage du doseur à crack au cours du dernier mois	28
– Dernière injection	28
IV-7 Activité sexuelle	28
– Relations sexuelles	28
– Rapports sexuels contre argent, drogue ou avantages matériels	29
IV-8 Prises de risques	30
– Partage de seringue	30
– Mise en commun du reste du matériel d'injection	33
– Utilisation du préservatif	34
V. Discussion	38
V-1 Aspects méthodologiques	38
– Type d'étude	38
– Echantillon	39
– Biais de réponse	40
– Choix des indicateurs	41
– Enquête exploratoire	41
– Analyse par région	41
V-2 Principaux résultats	41
– Caractéristiques socio-démographiques des usagers de l'étude : les PES attirent-ils une population ayant un profil particulier ?	41
– Fréquentation des services de soins spécialisés : les PES doivent prendre leur place dans un système de prise en charge globale	42
– Consommation des produits : une population marquée par la polytoxicomanie et un usage massif des médicaments de substitution	43
– Dépistage et prévalence des infections (VIH, VHC, VHB)	44
– Risques liés à l'usage de drogue : la persistance des prises de risque	45
– Vie affective et sexuelle : des stratégies de protection proches de celles de la population générale mais des risques accrus par le niveau de la prévalence de l'infection VIH	46
– Passé carcéral, injection en prison et prévalence des infections virales : la nécessité de renforcer les mesures de réduction des risques en prison	48
VI. Conclusions	48
Références bibliographiques	50

VII. Annexes	53
Annexe 1 : Questionnaire	53
Annexe 2 : Liste des PES participant à l'étude par région	57
Annexe 3 : Tableaux	58
Tableau I : Caractéristiques associées à l'usage de chaque produit	58
Tableau II : Caractéristiques associées au recours à l'injection	58
Tableau III : Fréquence de l'usage de chaque produit par région	59
Tableau IV : Fréquence de consommation et d'injection quotidienne des différents produits selon l'âge	59
Tableau V : Fréquence de consommation et d'injection quotidienne des produits selon le logement	60
Tableau VI : Classification des usagers en fonction des produits consommés	60
Tableau VII : Association entre genre, produit et rapports prostitutionnels	62

I. Contexte de l'enquête

Un accès facile aux seringues est une condition nécessaire de la réduction de la transmission du VIH et du VHC. Une large disponibilité des seringues doit conduire à réduire encore les diverses formes de partage des seringues et leur réutilisation même personnelle.

Le décret de 1987 autorisant la vente libre des seringues a eu un impact considérable et immédiat sur le partage des seringues (Ingold, 1989) mais il est apparu nécessaire d'introduire d'autres mesures pour améliorer l'accès aux seringues : en France, la mise en œuvre de la stratégie de réduction des risques est passée successivement par une sensibilisation des pharmaciens aux enjeux de prévention auprès des usagers injecteurs de drogue, la mise sur le marché de trousse de prévention vendues en pharmacie (Stéribox® mis en vente à l'automne 1994), l'ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) enfin, la mise à disposition à large échelle des traitements de substitution à partir de 1996.

Les diverses études réalisées en France (IREP, 1996, Lert, 1995) et dans d'autres pays (Hunter, 1995, Klein, 1996, Lamotte, 1996, Stradhee, 1996, Benninghoff, 1998, Van Ameijden, 1998, Drucker, 1998) montrent la persistance de pratiques de partage soit en raison d'obstacle à l'obtention des seringues, soit en relation avec la situation lors de l'injection (injection dans des lieux publics, participation de plusieurs personnes, injection avec un partenaire sexuel ou un proche, préparation commune du produit à injecter, etc.). De plus, la mise en commun du matériel de préparation et la réutilisation des filtres sont apparues comme des vecteurs potentiels des infections par le VIH et les virus des hépatites B et C (Stark, 1995, Chetwynd 1995, Crofts, 1996, Shak, 1996, Stark 1996, Wodak, 1996).

Si les données de prévalence de l'infection VIH chez les usagers de drogue et la diminution des nouveaux cas de sida laissent penser que l'incidence des nouvelles contaminations diminue (Hamers 1997, Six, 1999), la transmission du VHC reste préoccupante en raison du niveau élevé de la prévalence, de la précocité de la contamination dans la carrière des usagers, et de la plus grande infectiosité du virus (eau, récipient et filtre étant des vecteurs potentiels). Les stratégies de prévention s'attachent donc désormais à faire évoluer les pratiques d'injection dans le sens d'un usage personnel et unique de l'ensemble du matériel.

En France, la diffusion des trousse de prévention et des seringues en pharmacie, permet en principe d'offrir un accès

large et à bas prix. Les officines fournissent ainsi la majeure partie des seringues aux usagers injecteurs : 13 millions de seringues vendues en pharmacies, pour 2 millions distribuées par les associations. Les programmes d'échange de seringues s'adressent en principe à une population vulnérable qui ne parvient pas à utiliser le réseau des officines. De plus, cette population est susceptible d'avoir des comportements spécifiques liés à une polytoxicomanie importante et à des conditions de vie précaires.

Implantés à titre expérimental dès 1989 en France et reconnus officiellement depuis 1995 dans le cadre de la politique de réduction des risques, les PES sont des projets animés par une équipe d'intervenants divers (travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, ex-usagers de drogues) et destinés plus particulièrement aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux institutionnels auxquels ils offrent un premier contact sans contrainte.

Bien qu'œuvrant dans des conditions variables (sur site fixe et fermé type lieu fixe/boutique, ou en milieu ouvert de façon itinérante type bus/travail de rue), les PES poursuivent en commun des objectifs spécifiques telle la diminution du partage ou de la réutilisation des seringues, la réduction du nombre des seringues usagées en circulation ou abandonnées sur les lieux publics et l'incitation à des pratiques sexuelles à moindre risque au sein de ces populations.

Outre l'échange des seringues, la distribution de préservatifs et les conseils de prévention, les intervenants des PES incitent ces usagers à prendre contact avec des structures de soins et de dépistage et les aident à établir leurs droits aux prestations sociales. Enfin, ces lieux font également office de centres de formation et de sensibilisation des acteurs sanitaires et sociaux sur les aspects généraux de la réduction des risques et sur l'importance d'une relation avec les usagers de drogues.

Pour assumer ces divers objectifs, les équipes des PES effectuent un travail de proximité auprès des usagers. C'est pourquoi elles sont souvent basées sur des unités mobiles s'adaptant facilement à la mobilité des lieux de trafic et de consommation (**bus**). Plusieurs PES sont également implantés dans les locaux d'associations (**lieux fixes**). Dans certains cas, enfin, les équipes de prévention sont amenées à effectuer un "**travail de rue**" afin d'aller à la rencontre des usagers de drogues les plus marginalisés. Au delà de la fourniture de matériel stérile d'injection et de préservatifs, le dialogue et

l'écoute, la création de liens favorise la diminution des comportements à risques, la responsabilisation et la prise de conscience de leur état de santé par les toxicomanes, première étape vers un accompagnement médical et social.

Par ailleurs, depuis 1993, un certain nombre de centres d'accueil (dits aussi "**boutiques**") proposent à leur clientèle du matériel de prévention. Leur vocation et leur mission sont l'aide matérielle et l'accompagnement de la population accueillie dans ses difficultés concrètes. Ces lieux ne visent pas à une prise en charge des problèmes de dépendance et ne sont pas des centres de soins ambulatoires mais constituent plutôt une aide à la vie quotidienne des toxicomanes actifs dans des aires géographiques de concentration de cette population. Ces lieux de contact peuvent être également considérés comme le point de départ du dispositif de soins : ils permettent de toucher des personnes qui sont exclues de tous les circuits et qui ne souhaitent pas, ou pas encore, s'inscrire dans une démarche de soins. Au delà de l'échange de seringues et du travail d'information et de prévention, qui est primordial, l'ouverture d'un lieu de contact correspond donc à des objectifs moins spécifiquement liés à la réduction des risques : lieu de réparation du corps (petits soins, lieu de repos, accès aux douches, lavage du linge, compléments alimentaires) ; lieu de création ou de restauration du lien social (par l'échange de seringues, la discussion, le café) ; lieu éducatif où les usagers se conforment à un règlement intérieur, retrouvent un cadre, réapprennent éventuellement le respect de l'autre ; lieu de pré-orientation, reposant sur le rôle et les qualités de médiation des équipes pour l'accès aux soins et aux droits sociaux.

L'ouverture d'un PES obéit à un certain nombre de critères combinant problèmes d'accessibilité aux seringues dans des zones particulièrement concernées par la toxicomanie¹ (grande hétérogénéité entre régions, voire entre départements d'une même région) et contraintes d'acceptabilité vis-à-vis des différents acteurs locaux (institutions socio-sanitaires, services police, associations, population riveraines, ...).

Les programmes d'échange de seringues dans leurs diverses formes, se sont développés tardivement par rapport à la prise de conscience du risque de transmission du VIH. En France

¹ Activité reflétée par divers indicateurs sanitaires (présence de PES, ventes de Subutex® et de Stéribox® collectés par le système SIAMOIS, présence de Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, cas de sida chez les usagers de drogues enregistrés par l'InVS, décès par overdoses de l'OCRTIS, données de fréquentation des hôpitaux par les usagers de drogues publiés par le SESI, ...) et policiers (données d'infractions à la Législation sur les Stupéfiants de l'OCRTIS).

comme dans les autres pays, malgré l'amélioration de la disponibilité du matériel d'injection, la prévalence élevée de l'infection à VIH et à VHC, la persistance de comportements à risque, poussent à poursuivre les efforts en cherchant à mieux répondre aux besoins des différentes catégories d'usagers. En 1995, un cadre général a été défini pour évaluer la qualité de l'accessibilité aux seringues (Lert et Emmanuelli, 1995). 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. C'est cette dernière étude qui est présentée ici.

Après soumission à l'OFDT d'un projet d'enquête nationale sur les PES reprenant ces principaux objectifs, un accord pour financement a été obtenu en octobre 1997 dans le cadre d'une convention liant l'O.F.D.T. et l'INSERM (responsable scientifique et technique), menée en collaboration avec le Réseau National de Santé Publique (RNSP), transformé en Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 1999. Nous détaillons ci-dessous les objectifs, la méthode, les résultats, la discussion et les conclusions de cette enquête.

II. Objectifs

II-1 objectifs généraux

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et les conduites à risque des usagers de drogues fréquentant les P.E.S
- Disposer d'indicateurs qui contribueront à apprécier par la suite l'impact de la politique de réduction des risques en France.

II-2 Objectifs spécifiques

- Recenser les différentes type de PES,
- Décrire les pratiques à risque d'infection aux VIH, VHB, et VHC associées à l'usage de drogue et à la sexualité des usagers,
- Identifier différents sous-groupes démographiques en terme de conditions de vie, de comportements d'exposition et de protection vis-à-vis de ces risques,
- Identifier d'éventuelles pratiques à risque associées aux différents types de structure: lieux, type d'activité, ancienneté, taille, etc.

III. Méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée une semaine donnée en mars 1998 dans les PES français.

III-1 Recensement des PES

Pour recenser l'ensemble des structures faisant activement de l'échange de seringues, nous avons utilisé deux sources complémentaires : la liste des structures de réduction de risque financées par l'Etat (DGS, 1996) et le Répertoire National des Services Spécialisés en Toxicomanie (Drogue Infos Services, 1997).

Dans tous les cas, nous avons cherché à caractériser, à partir des rapports d'activité ou lors de contacts téléphoniques avec des responsables de programmes, l'activité des structures par le biais d'indicateurs comme le nombre de passages annuels, la file active, le nombre de seringues distribuées par an, ainsi que le nombre d'heures d'ouverture dans la semaine. Une base de donnée comprenant l'ensemble des PES et leurs indicateurs d'activité a ainsi été constituée.

III-2 Sélection des PES

Pour être éligibles pour l'étude, les programmes d'échange de seringues de cet inventaire devaient donc :

- être implantés dans des régions globalement concernées par la toxicomanie et suffisamment impliquées dans la réduction des risques (distribution de seringues, substitution, ...),
- déclarer comme activité principale la distribution de seringues,
- distribuer plus de 1000 seringues par an,
- avoir donné leur accord de principe après présentation de l'étude

La liste des PES participant à l'étude est présentée en annexe 2.

III-3 Population de l'étude

L'enquête s'attachant en partie à décrire des comportements liés à l'injection, il était nécessaire de n'inclure que des usagers consommant des drogues par voie intraveineuse au moment de l'enquête, ce qui revenait à établir comme critère d'inclusion de faire une demande de seringue, tous les passages ne

répondant pas systématiquement à ce type de besoin.

III-4 Organisation de l'enquête

Pour maintenir la motivation et la bonne participation des équipes et des usagers, la durée de l'enquête ne pouvait excéder quelques jours. Par ailleurs, les PES n'étant pas ouverts quotidiennement, et les bus effectuant souvent des rotations hebdomadaires sur leurs différents sites d'intervention, il fallait prévoir suffisamment de temps pour que les structures retenues puissent toutes utilement participer à l'enquête, soit une semaine au moins. De plus, il fallait que la plupart des usagers réguliers s'approvisionnent au moins une fois par semaine. Un intervalle d'une semaine permettait théoriquement l'inclusion d'un maximum de sujets.

Pour arrêter un moment dans l'année, il fallait enfin éviter les périodes d'investigation classiques auprès des usagers et des structures (enquête nationale du SESI pendant le mois de novembre, rapports d'activité en fin et début d'année) et les périodes de baisse saisonnière de l'activité des PES (mois d'été, vacances scolaires de février et congés de Pâques, ponts du mois de mai, fêtes de fin d'année). A cet égard, le début du mois d'avril (du 30/03/98 au 05/04/98) constituait une période idoine. Une fois les sites d'enquête sélectionnés, nous avons averti les médecins inspecteurs des DDASS du déroulement de notre enquête sur les PES de leur département, pour éviter d'éventuels chevauchements d'enquêtes au niveau des structures pendant les mois de mars et avril 1998.

Par ailleurs, comme le niveau de distribution de seringues s'avérait être plus ou moins le reflet du nombre de passages d'usagers de drogues intraveineux et des effectifs en personnel, nous avons décidé d'adapter le protocole à chacun des deux groupes par souci de faisabilité et de qualité du recueil des données. Selon l'activité de distribution des seringues, deux modalités de recrutement des usagers de drogues ont été adoptées :

- 1) PES inclus dans l'enquête distribuant plus de 5000 seringues par an : toute personne faisant une demande de seringues pour son usage personnel pendant la semaine de l'enquête était éligible.
- 2) PES inclus dans l'enquête distribuant moins de 5000 seringues par an : toute personne faisant une demande de seringues pour son usage personnel pendant la semaine

de l'enquête était éligible jusqu'à l'obtention de 10 questionnaires par PES.

III-5 Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire élaboré après inventaire et comparaison des items d'enquêtes internationales menées auprès de personnes toxicomanes², puis actualisation bibliographique et consultation d'intervenants de terrain. Dans un second temps, le questionnaire a été pré-testé et validé dans 4 structures de nature différente (Bus, Boutique, Lieu fixe, Travail de rue) pendant la semaine du 02/02/98 au 08/02/98. Ce pré-test nous a permis de modifier le contenu du questionnaire. Par ailleurs, les remarques des différents représentants d'associations y ayant participé nous ont amenés à retenir le mode d'administration du questionnaire le plus adapté à la population des PES (voir ci-dessous).

Le questionnaire finalement utilisé portait sur (annexe 1) :

- 1 - les caractéristiques socio-démographiques des sujets de l'étude
- 2 - un bref historique de l'usage de drogue au cours de la vie
- 3 - le recours au dispositif de prévention et de soins spécialisés dans les 6 derniers mois
- 4 - la nature, mode et fréquence des consommations dans le dernier mois
- 5 - les pratiques d'injection dans le dernier mois et lors de la dernière injection (contexte, fréquence, réutilisation et/ou partage du matériel,...)
- 6 - les pratiques sexuelles dans les derniers 6 mois et lors du dernier rapport sexuel,
- 7 - le dépistage et les statuts sérologiques vis à vis du VIH, VHC et VHB.

En plus de correspondre aux intervalles classiques retenus par les enquêtes étrangères, le choix des périodes sur lesquelles portent les questions tendait à la fois à recueillir l'information la plus large (6 mois/dernier mois) et la plus précise possible (dernière fois).

Ce questionnaire, anonyme, ne comportait par ailleurs aucun élément permettant de retrouver le sujet : ni nom, prénom ou

leurs initiales, ni adresse ou lieu de résidence, ni date de naissance. De plus, une fois le questionnaire administré, celui-ci était immédiatement placé sous pli jusqu'à son envoi à l'équipe de recherche.

Bien que le questionnaire ait été conçu pour être auto-administré, il a été décidé au décours du pré-test que les responsables d'enquête des structures pourraient aider les participants en leur expliquant le sens d'une ou plusieurs questions qu'ils n'auraient pas comprises. Un item supplémentaire a été ajouté au questionnaire afin de recueillir une information sur le mode d'administration adopté pour chaque participant.

Compte tenu du mode de fonctionnement des programmes (étroitesse des locaux, afflux simultané d'usagers, équipe réduite, état des usagers, rencontre de rue), il a été décidé de ne pas fixer un mode d'échantillonnage des usagers sollicités pour participer à l'étude, qu'il aurait été difficile à mettre en œuvre de façon homogène. Concrètement, la consigne était de proposer un questionnaire à toute personne faisant une demande de seringue, n'ayant pas déjà participé à l'enquête et en état d'y répondre (ni trop confus, ni trop pressé). Tous les passages étaient documentés en terme d'âge et de sexe dans un tableau de participation composé de plusieurs catégories : Refus (usagers éligibles refusant de participer à l'enquête), Complété (questionnaire accepté et rempli), Abandon (questionnaire accepté et abandonné en cours d'administration), Déjà participé (usagers ayant déjà rempli le questionnaire auparavant), Non proposé parce qu'inéligible (usagers ne faisant pas de demande de seringue) et Non proposé parce qu'indisponible (usagers trop confus ou trop pressés). Ce tableau permettait de calculer le taux de participation dans chaque PES et de comparer les participants aux non participants au moins en terme d'âge et de sexe. Comme pour le questionnaire, ce tableau ne comportait aucun élément permettant d'identifier l'individu.

Afin de s'assurer de la meilleure participation possible, tant en terme d'exhaustivité que de qualité du recueil de l'information, un responsable d'enquête a été désigné au sein de l'équipe de chacun des PES inclus dans l'échantillon. Il avait la responsabilité de l'organisation et du suivi local de l'enquête (former les autres intervenants et informer les usagers de la structure dans les 15 jours précédant l'enquête, tenir un registre de participation en cherchant à documenter les refus et à signaler les problèmes survenus lors de l'enquête, organiser le recueil de l'information, retourner l'ensemble des questionnaires accompagnés du registre de participation,...). Cette activité

² Enquêtes avant-après du National Institute on Drug Abuse, enquête européenne de 1992 sur le VIH chez les sujets toxicomanes, enquêtes suisses sur les comportements des sujets toxicomanes, étude multicentrique 1995 de l'ANRS/IREP portant sur les comportements à risque des sujets toxicomanes.

reposait sur une formation d'une journée dispensée quelques semaines avant l'enquête aux responsables d'enquête³ (rappel des objectifs de l'enquête nationale, présentation détaillée des fonctions du référent, discussion en commun sur les objectifs et les méthodes de façon à adapter au mieux le protocole aux conditions de fonctionnement de leur structures).

III-6 Analyse

Les questionnaires ont été contrôlés et validés par l'équipe de recherche.

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 ont été réalisées par le test du Chi-carré et de Wilcoxon respectivement.

Pour l'analyse bivariée, des Ratios de Prévalence (RP) et leurs IC à 95 % ont été calculés 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 (partage de la seringue, partage du reste du matériel d'injection, non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel) en introduisant les variables dont le seuil de significativité en analyse bivariée était inférieur à 0,3. Pour les modèles finaux, seules les variables dont le seuil de significativité était inférieur à 0,05 ont été retenues.

Une classification, réalisée à partir du logiciel SPAD, a également permis de construire et de comparer entre eux des groupes homogènes et distincts d'usagers à partir de variables liées à la consommation (variables actives).

³ Un guide méthodologique reprenant le détail de la formation a été envoyé aux responsables d'enquêtes qui n'étaient pas présents à cette journée.

IV. Résultats

IV-1 Description des PES recensés

Quel que soit leur type ou leur source de financement, les PES sont gérés par des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre le Sida, de la toxicomanie ou de l'action humanitaire. Selon les cas, une association peut être gestionnaire d'un ou plusieurs programmes (généralement de type différents). Ainsi, 155 programmes, correspondant à 147 structures, ont été recensés à partir des données de 1996, implantés au sein de 20 régions françaises (18 en métropole et 2 DOM, aucun PES n'étant recensé en Basse-Normandie, Haute-Normandie, Corse et Limousin) dont 34 boutiques (22 %), 33 bus (21 %), 78 lieux fixes (50 %), et 10 équipes de rue (6,5 %). Cent trois (66 %) de ces programmes étaient financés, tout ou en partie, sur des fonds publics. A noter que la quasi-totalité des PES non financés par l'Etat étaient de type lieu fixe. L'information sur le volume de seringues distribuées a pu être recueillie auprès de 76 PES, 58 autres programmes déclarant une activité de distribution négligeable et 21 autres n'ayant pu fournir d'information. Au total, un volume d'au moins 1,5 millions de seringues a été distribué par les PES en 1996, dont 47 % en Ile-de-France, 15 % en PACA, 8 % en Languedoc-Roussillon et 7 % en Aquitaine.

Parmi les 155 programmes recensés, 85 (55 %) déclaraient la distribution de seringues comme activité principale dont 17 distribuaient moins de 1000 seringues par an et 7 étaient implantés dans des régions peu ou pas concernées par le problème de la toxicomanie et/ou par l'activité de réduction des risques. Sur 61 programmes finalement éligibles, 60 ont participé à l'enquête. Ces programmes se répartissent en 12 boutiques (20 %), 19 bus (31 %), 19 lieux fixes (31 %), et 10 équipes de rue (16 %).

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	257	9,6	257	17,6
Total	2 673	100	2 027	100

IV-2 Participation des usagers

Au cours de la semaine de recueil des données, 2673 passages ont été dénombrés. Ces passages correspondaient à 2027 sujets éligibles qui ont donné lieu à 1004 questionnaires complétés (taux de réponse = 50 %) (tab. 1). Les participants ne diffèrent pas des non participants en termes d'âge et de sexe.

IV-3 Description des caractéristiques des participants à l'enquête - Données brutes et pondérées

> Distribution des réponses par type de structure

Tableau 2 : Distribution des réponses par type de structure - analyse pondérée

Type de structure	Nombre de questionnaire	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Boutique	245	20	7,2 - 32,4
Bus	391	41	22,2 - 60,5
Lieu fixe	186	22	5,6 - 38,6
Equipe de rue	182	17	4,8 - 28,8

Le groupe le plus nombreux a été recruté dans les bus d'échange de seringues (tab. 2).

> Distribution des réponses selon les variables socio-démographique

Les participants ont un âge moyen de 31 ans (médiane 30), 74 % (743/1004) sont des hommes. Soixante deux pour-cent déclarent un domicile privé (chez eux ou chez leurs parents), la plupart (72 %) vivent seuls et 44 % déclarent un partenaire stable dans les derniers six mois (tab. 3).

Soixante dix huit pour-cent des sujets interrogés disent avoir arrêté leur scolarité avant le baccalauréat, 11 % déclarent un niveau baccalauréat, et 10,5 % un niveau d'études supérieures. Quatorze pour cent rapportent par ailleurs avoir des ressources (salaire, revenus de transferts, autres ressources non précisées). Enfin, on retrouve des antécédents d'incarcération chez 63 % (622/1004) d'entre eux dont 18,8 % déclarent s'être injecté en détention.

> Distribution des réponses selon les variables liées à l'usage de drogue

● Produits consommés

La durée moyenne de la toxicomanie, définie par l'ancienneté de l'usage d'héroïne ou, en cas de données manquantes, par

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Sexe (N=1004)			
Hommes	743	74	68,9 - 79
Femmes	261	26	21 - 31
Mode de vie (N=933)			
Seul	671	72	68 - 76
En couple	262	28	24 - 32
Logement (N=952)			
Appartement personnel	422	43	37,2 - 48,5
Chez les parents	182	19,3	14,4 - 24,1
Chez des amis	55	5,7	3,7 - 7,7
Institution	44	4,5	2,5 - 6,5
Squat	63	6,3	1,4 - 3,7
Sans domicile	126	14,4	10,8 - 18
Autres	60	6,9	4 - 9,8
Partenaires réguliers (N=890)			
Oui	387	44,2	38,9 - 49,5
Travail (N=986)			
Oui	183	19,1	15,5 - 22,8
Niveau d'études (N=983)			
Ecole primaire	54	5	3,3 - 6,8
Avant 3 ^{ème}	168	17,6	13,4 - 21,7
3 ^{ème}	148	14	11,7 - 16,3
BEP/CAP	395	39,8	35,3 - 44,3
BAC	105	10,9	8,7 - 13,2
Après BAC	93	10,3	8,1 - 12,4
Autres	20	2,4	1 - 3,8
Ressources (N=1004)			
Oui	132	14,5	10,7 - 18,2

l'ancienneté de l'injection, est de 11 années (depuis le début de l'usage de produits). Concernant le début de leur consommation, les participants se répartissent en 2 groupes assez égaux par rapport à 1987, année de la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie : 47,6 % disent avoir commencé avant et 53,4 % après. Soixante seize pour-cent des participants s'injectent plus d'une fois par jour et 30 % fréquentent le programme d'échange au sein duquel ils ont été recrutés pour l'enquête depuis plus d'un an. Le Subutex® est le produit le plus consommé (70 % des participants), suivi de l'héroïne et de la cocaïne (respectivement 51 % et 48 %), puis des benzodiazépines (46 %). Viennent ensuite le sulfate de morphine (26 %), le crack (23 %), et la Méthadone® (15 %) (tab. 4).

Tableau 4 : 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	11 - 34,7
Crack	161	23	68 - 76
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
Produits licites			
Aucun	64	7,1	4,8 - 9,5
1 produit	389	39,5	34,2 - 45
2 produits	333	32	27,8 - 36,4
3 produits	151	14,8	11,6 - 18
4 produits	50	4,8	3,1 - 6,5
5 produits	17	1,6	0,8 - 2,5
Produits illicites			
Aucun	294	26,3	20,2 - 32,3
1 produit	345	34,3	30 - 38,4
2 produits	302	30,7	26,3 - 35
3 produits	63	8,8	3,8 - 13,8

- Partage du matériel

Dix huit pour-cent des participants (187/1004) déclarent avoir partagé (prêté ou emprunté) une seringue pendant le dernier mois et 71 % déclarent avoir partagé la cuillère, l'eau ou les cotons. De manière générale, la majorité de ceux qui partagent la seringue (91 %) partagent également le reste du matériel. Par ailleurs, plus de la moitié (94/161) des consommateurs de crack a partagé le doseur dans le dernier mois (tab. 5).

Tableau 5 : Risques liés à l'injection - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Partage de seringues (N=965)			
Oui	185	18	14,1 - 22,2
Non	785	81,8	77,8 - 85,9
Partage du matériel (N=1004)			
Oui	701	70,5	66,6 - 74,3
Non	303	29,5	25,7 - 33,4
Nombre injections par jour (N=886)			
< 1 fois par jour	42	5,1	2 - 8,2
1 fois par jour	164	19	15,9 - 22
2-4 par jour	512	53,5	47,3 - 59,8
> 4 par jour	168	22,3	15,7 - 29

Parmi ceux qui disent avoir partagé la seringue dans le dernier mois, ce partage a eu lieu avec des amis (26,2 % des cas), un partenaire sexuel (22,4 %), un membre de la famille (3,2 %) ou un inconnu (3,2 %). Dans la liste des items proposés pour expliquer le partage, le fait que la seringue avait été nettoyée revenait dans 26,7 %, que la seringue était empruntée à des "gens sûrs" dans 21,4 % des cas, que les pharmacies étaient fermées dans 16 % des cas, et que l'utilisateur était en manque dans 12 % des cas.

- Réutilisation de la seringue

Quarante cinq pour-cent des usagers interrogés disent avoir réutilisé leurs seringues lors du mois précédant l'enquête (3 fois ou plus en général pour 14,6 % des participants).

- Caractéristiques de la dernière injection

Pour leur dernière injection, 88 % des participants déclarent avoir utilisé une seringue neuve. Cinquante quatre pour-cent se sont procuré la seringue avant d'acheter le produit et 47 % se sont injectés ailleurs qu'à leur domicile (chez des amis, dans la rue, parking, escalier ...). Dans 81 % des cas, la seringue a été jetée "avec précaution" ou ramenée aux équipes des PES.

- > **Activité sexuelle**

Soixante dix neuf pour-cent des sujets de l'étude déclarent avoir eu des rapports sexuels pendant les six mois précédant l'enquête. Cent quarante quatre (14,3 %) déclarent avoir eu des relations sexuelles contre de la drogue, de l'argent ou des avantages matériels dont 72 % de femmes (104). Dans leur ensemble, 40 % des femmes ayant participé à l'enquête déclarent des rapports sexuels contre de l'argent ou un avantage matériel au mois une fois pendant les 6 derniers mois. Concernant le partenaire de leur dernier rapport sexuel, il s'agissait d'un partenaire régulier dans 70 % des cas, d'un usager de drogue dans 46 % des cas et d'une personne séropositive au VIH dans 9 % des cas. Lors de ce dernier rapport, 52 % des participants ont utilisé un préservatif (tab. 6).

- > **Dépistage et statuts sérologiques**

Une grande majorité des participants a subi des tests de dépistage : 90 % pour le VIH, 81 % pour le VHB et 83 % pour le VHC. Parmi les sujets testés, 19,2 % déclarent être infectés par le VIH, 20,8 % par le VHB et 58,4 % par le VHC (tab. 7).

Tableau 6 : Comportement sexuel - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Rapports sexuels dans les derniers 6 mois			
Utilisation du préservatif (N=863)			
Jamais	339	37,8	32,8 - 42,8
Parfois	114	12,9	10,2 - 15,6
Souvent	79	9,4	7 - 11,7
Toujours	314	37,6	32 - 43,2
Ne sait pas	17	1,7	0,7 - 3,7
Prostitution (N=1004)			
Oui	144	14,3	9,5 - 19,2
Non	860	85,7	80,8 - 90,5
Dernier rapport sexuel			
Partenaire régulier (n=865)	592	69,5	65,4 - 73,6
Usager de drogue (N=795)			
Oui	371	46,3	41,1 - 51,4
Non	360	46,1	41,1 - 51,4
NSP	64	7,6	4,3 - 10,9
Séropositif/VIH (N=770)			
Oui	72	8,8	6,2 - 11,4
Non	511	66,3	60,5 - 72
NSP	187	25	19,5 - 30
Utilisation du préservatif (N=874)			
Oui	438	52	46,3 - 57,6
Non	407	45	39,8 - 50,3
NSP	29	3	1,8 - 4,2

Quelques participants qui ont rapporté ne pas avoir subi un test de dépistage pour le VIH, pour le VHC ou pour le VHB ont tout de même donné un résultat sérologique (6 pour le VIH, 7 pour le VHC, 8 pour le VHB).

Tableau 7 : Dépistage et statuts sérologiques - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Dépistage (N=1004)			
(valeur manquante = non testé)			
VIH	894	89,5	85,1 - 93,9
VHB	775	80,6	75,4 - 85,8
VHC	814	83,1	78,2 - 88
Statut sérologique			
VIH positif (N=880)	173	19,3	15,3 - 23,3
VHB positif (N=795)	164	22	17,3 - 26,8
VHC positif (N=842)	484	57,5	52,6 - 62,4

Dans la suite de l'analyse, les données sont utilisées sans pondération car il n'y a pas de différence significative entre les données brutes et les données pondérées.

IV-4 Caractéristiques des usagers

Le questionnaire comportait des informations succinctes rendant compte de la situation familiale (vie de couple, partenaire régulier depuis plus de 6 mois, enfants), du mode de logement, du niveau d'étude, des sources de revenu, de l'ancienneté de l'usage de diverses substances illicites, de l'injection, du passé carcéral et du recours aux soins spécialisés dans les six derniers mois. Pour faciliter les comparaisons, on a regroupé les modes de logement en deux catégories : logement personnel (422) ou familial (182) constituant le logement stable et regroupé sous la dénomination de logement précaire : habiter chez des amis (55), en institution (44), dans un squat (63), à l'hôtel ou autre (60) ou être sans domicile (6).

La question sur le travail avait été laissée assez vague dans sa formulation pour permettre de mentionner toute activité y compris du travail au noir, ou du travail irrégulier. Les sources de revenu correspondant à un salaire ou à des allocations ont été mentionnées mais ont été peu utilisées : on peut considérer qu'un quart environ ont des revenus du travail (salaire ou ASSEDIC), et plus de 50 % touchent des allocations au titre de la solidarité (RMI) ou du handicap (AAH). Les autres ressources sont une notion floue regroupant revenus licites, illicites ou liés à la prostitution. A noter que 33 % des personnes déclarant avoir eu des relations sexuelles contre de l'argent ont répondu positivement à cette question contre 9 % des autres.

A partir des indications sur le niveau de fin d'étude, on a construit une variable en trois catégories. Ainsi, 71 % des répondants ont arrêté leurs études avant le bac (avant la troisième n=168, en troisième n=148, au niveau du CAP ou du BEP n=395), 9,3 % au niveau du bac (n=93) ou 2 % après le bac (n=20).

Le recours aux soins spécialisés a été abordé à partir de 4 questions sur le traitement résidentiel⁴ (n=65), le sevrage en milieu ou sous contrôle médical (n=226), le traitement de substitution prescrit (n=684) et la tentative spontanée de contrôle de sa consommation (n=496). Beaucoup d'usagers ayant fait des tentatives diverses pour contrôler leur usage de drogue, on a créé une variable en 5 catégories (profils de recours) pour rendre compte des différents recours : traitement de substitution avec ou sans autre recours, sevrage et/ou traitement résidentiel (postcure ou famille d'accueil), tentative de contrôler seul la consommation et aucune tentative.

⁴ Séjour dans un service de post-cure ou en famille d'accueil.

➤ Caractéristiques des usagers selon le type de structure

Les différents types de structures dans lesquelles l'enquête s'est déroulée ne rencontrent pas tout à fait les mêmes types de clientèles (tab. 8). Les femmes sont moins en contact avec les équipes de rue (18,7 %) qu'avec les bus (30,2 %; $p=0,03$). Si globalement, les clientèles ne diffèrent pas par l'âge, on observe que les femmes qui fréquentent les lieux fixes et les boutiques sont un peu plus jeunes : 36,4 % des femmes dans les premiers et 31,3 % dans les boutiques ont moins de 25 ans alors que cette proportion est de 16 % à 18 % dans les autres services ($p=0,018$). Il n'y a pas de différences d'âge

pour les hommes. Les usagers des boutiques se caractérisent par une proportion plus forte de logements précaires (49,4 % contre 23,4 % dans les lieux fixes ; $p<0,0001$). On retrouve une différence pour l'activité professionnelle, déclarée par 10,4 % des clients de boutiques et par 24,6 % des usagers des PES fixes ($p=0,001$). Le niveau d'étude est homogène entre les différentes structures ainsi que le fait d'être allé ou non en prison. Les clientèles ne diffèrent pas quant à la notion de vivre seul ou en couple ; par contre, les personnes rencontrées par les équipes de rue ont moins souvent un partenaire stable (65,4 % vs 50,3 % dans les lieux fixes à 57,6 % dans les boutiques, $p=0,042$). Le fait d'avoir des enfants est plus fréquent parmi les usagers des bus.

Tableau 8 : Caractéristiques des usagers fréquentant les différents types de structures

	Boutiques (N=245) %	Bus (N=391) %	Lieux fixes (N=186) %	Equipes de rue (N=182) %	p*
Sexe					
Hommes	73,9	69,8	75,8	81,3	
Femmes	26,1	30,2	24,2	18,7	0,030
Dont femmes					
≤ 25 ans	31,3	16,4	36,4	17,6	
> 25 ans	68,8	83,6	63,6	82,4	0,018
Travail					
Oui	10,4	20,6	24,3	19,3	
Non	89,6	79,4	75,7	80,7	0,001
Logement					
Stable	50,6	63,1	76,6	69,0	
Précaire	49,4	36,9	23,4	31,0	< 10 ⁻⁴
Partenaire stable					
Oui	42,4	45,2	49,7	34,6	
Non	57,6	54,8	50,3	65,4	0,04
Enfants					
Oui	72,2	63,4	78,5	75,3	
Non	27,8	36,6	21,5	24,7	0,0005

*= χ^2 à 3 degrés de liberté

➤ Caractéristiques associées au sexe

Le groupe des répondants compte classiquement 1 femme pour 3 hommes. Trois femmes transsexuelles ont été considérées avec les femmes dans l'analyse. Hommes et femmes n'ont pas les mêmes profils. Les femmes sont plus jeunes (29,5 ans vs 31,1 ans, $p=0,0001$) ; 23,6 % ont moins de 25 ans alors que c'est le cas de 16,7 % des hommes. Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à vivre en couple (40,7 % vs 23,6 %, $p<0,0001$), ou à avoir un partenaire stable (56,8 % vs 38,9 %, $p<0,0001$). Elles ont aussi plus souvent

des enfants (41,0 % vs 25,6 %, $p<0,0001$) ; parmi les participants qui ont des enfants, 64,5 % en ont un, 24,3 % en ont 2 et 11 % trois ou plus. Il n'était pas posé de question sur la garde des enfants au moment de l'enquête : 38,9 % des personnes ayant des enfants vivent en couple. Hommes et femmes ne diffèrent pas pour le logement ou l'activité professionnelle. Les femmes déclarent plus souvent avoir un niveau d'étude supérieur au bac (16,1 % vs 7,3 %, $p=0,0001$). L'incarcération est moins fréquente chez les femmes (47,9 % ont déjà été en prison vs 67 % des hommes, $p<0,0001$).

➤ Caractéristiques associées à l'âge

Parmi les répondants, 971 ont indiqué leur âge et se répartissent en 168 personnes de moins de 25 ans (17 %) et 734 plus âgées (83 %). Les caractéristiques sociales diffèrent fortement en fonction de l'âge. Les moins de 25 ans vivent plus souvent seuls (39,9 % vs 25,6 %, $p=0,0002$), mais rapportent plus fréquemment un partenaire régulier (51,5 % vs 41,3 %, $p=0,017$) ; ils ont moins souvent des enfants : 23,3 % ont des enfants contre 31,9 % des plus âgés. Leur niveau d'étude ne diffère pas des plus âgés. Ils ont plus souvent un logement précaire (46,6 % vs 33,8 %, $p=0,002$). En effet, ils habitent dans la même proportion que les plus âgés chez leurs parents mais ont moins souvent un logement indépendant. Ces deux groupes ne diffèrent pas quant à l'activité professionnelle ; par contre les plus jeunes sont beaucoup plus nombreux à être sans ressources, puisque qu'ils ne peuvent en principe bénéficier du RMI reçu par 50,9 % des plus de 25 ans ; 8,4 % des moins de 25 ans déclarent cependant être allocataires du RMI. Parmi les moins de 25 ans, 51,1 % ont connu la prison alors qu'ils sont 63,8 % parmi les plus âgés ($p=0,002$).

➤ Ancienneté de consommation des différents produits et de l'injection

A partir des données sur l'âge de début des différents produits (héroïne, cocaïne et crack) et de l'injection, on a défini l'année et l'âge de début de la toxicomanie.

En moyenne, le calendrier de l'adoption des différents produits et de l'usage est le suivant : 19,4 ans pour le début de l'usage d'héroïne, 20,5 ans pour injection, 21,0 ans pour la cocaïne, 25,8 ans pour le crack. L'ancienneté de la toxicomanie est de 11,27 ans en moyenne (écart-type : 5,85) et celle de l'injection de 10,12 ans (écart-type : 6,11). Un quart ont commencé avant 1983 et 25 % après 1991, la médiane se situant en 1987.

On a étudié la relation entre les variables sociodémographiques et la durée de la toxicomanie (tab. 9).

Les boutiques semblent avoir une clientèle d'usagers plus récents que les autres structures en particulier les lieux fixes et les équipes de rue.

Les hommes, les personnes avec enfant, les personnes ayant un logement stable et celles ayant été en prison sont un peu

plus anciens dans l'usage de drogue. Les autres variables (niveau d'étude, mode de vie, partenaire stable, activité professionnelle) ne sont pas associées à la durée de la toxicomanie.

Tableau 9 : Ancienneté moyenne de la toxicomanie selon les critères sociodémographiques

	Moyenne	Ecart-type	p*
Types de PES			
Boutiques	10,07	6,08	
Bus	11,36	5,63	
Lieux fixes	12,01	6,11	
Equipes de rue	11,94	5,53	0,002
Sexe			
Hommes	11,58	5,81	
Femmes	10,40	5,88	0,006
Enfants			
Oui	12,34	5,86	
Non	10,80	5,79	0,0002
Logement			
Stable	11,86	5,73	
Précaire	10,15	6,04	< 0,0001
Prison			
Oui	12,23	5,77	
Non	9,71	5,66	< 0,0001

*=Test ANOVA

➤ Recours aux soins pour l'usage de drogue

Les usagers étaient interrogés sur leurs recours aux soins au cours des 6 derniers mois en sevrage médicalement encadré, postcure/famille d'accueil, traitement de substitution ; il leur était également demandé s'ils avaient tenté de 'décrocher seul' (tab. 10) : ainsi 68,1 % ont été en traitement de substitution, 22,5 % ont suivi un sevrage sous contrôle médical et 6,5 % ont été en traitement résidentiel.

Par ailleurs, 49,4 % déclarent avoir tenté de contrôler seuls leur consommation ; seuls 88 sujets (8,8 %) n'ont fait aucune tentative de contrôle de leur usage seuls ou avec l'aide d'un service de soins. Dans la mesure où beaucoup de répondants ont eu différents recours, on a constitué une variable qui rend compte de ces différentes combinaisons et on a étudié l'influence des variables socio-démographiques sur ces recours.

On observe que très peu de sujets n'ont eu aucun recours et que les recours aux professionnels sans substitution sont devenus très rares (8,0 % des répondants). Il reste 15 % de sujets qui, sans avoir recours à des professionnels, ont tenté seuls

de contrôler leur consommation. Il n'existe pas de différences en matière de recours aux soins par sexe, par âge, selon le

Tableau 10 :
Recours aux soins ou tentative de contrôler la consommation dans les 6 mois précédant l'enquête

	Nombre	%
Types de recours		
Traitement de substitution	684	68,1
Sevrage sous contrôle médical	226	22,5
Postcure/famille d'accueil	65	6,5
Tentative sans aide	496	49,4
Profils de recours		
Traitement de substitution seul	319	31,8
Traitement de substitution + autre recours	365	36,4
Sevrage et/ou traitement résidentiel sans recours pour substitution	80	8,0
Tentative sans aide sans autre recours	152	15,1
Aucun recours/aucune tentative	88	8,8

fait de vivre seul ou en couple ou d'avoir un partenaire stable, ou encore d'avoir une activité professionnelle.

Le tableau 11 présente les relations entre le recours aux soins et les caractéristiques individuelles pour lesquelles le test statistique est significatif au seuil de 5 %.

La clientèle des lieux fixes se caractérise par un recours plus important aux traitements de substitution avec ou sans autre recours (80,1 %) et les proportions les plus faibles n'ayant fait aucune tentative de recours ou de contrôle seul. A l'opposé, les équipes de rue et les boutiques ont une clientèle pour laquelle le recours aux traitements de substitution est le moins fréquent, dont près de 30 % des sujets n'ont pas eu de contacts avec des services de soins.

Les sujets n'ayant pas eu de recours sont plus récents dans l'usage que ceux qui ont suivi un traitement.

Le fait d'avoir un logement précaire est associé à un moindre recours aux soins. On observe cependant que dans ce groupe les recours autres que la substitution sont un peu plus fréquents.

Tableau 11 : Variables associées aux profils de recours au cours des 6 mois précédant l'enquête

	Traitement substitution seul	Traitement substitution + autre	Recours sans substitution	Tentative sans aide	Ni recours ni tentative
Ancienneté moyenne de la toxicomanie	12,03 ans	11,22 ans	11,93 ans	10,02 ans	10,07 ans
p^*			0,003		
	%	%	%	%	%
Enfants					
Oui	33,1	35,1	10,1	16,6	5,1
Non	31,2	36,9	7,1	14,5	10,3
p^{**}			0,041		
Logement					
Stable	326,6	37,3	6,5	13,2	6,5
Précaire	23,3	34,5	10,6	18,7	12,9
p^{**}			< 0,0001		
Prison					
Oui	29,9	40,7	7,9	13,7	7,9
Non	34,9	29,4	7,9	17,6	10,2
p^{**}			0,001		
Type de PES					
Boutiques	27,8	36,3	6,5	17,1	12,2
Bus	35,8	33,2	9,0	14,3	7,7
Lieux fixes	36,6	43,5	5,4	9,7	4,8
Equipes de rue	23,6	35,7	10,4	19,8	10,4
p^{***}			0,002		

* = Test ANOVA ; ** = χ^2 à 4 degrés de liberté ; *** = χ^2 à 12 degrés de liberté

La différence entre personnes avec ou sans enfant porte principalement sur l'absence de recours ou de tentative, situation qui est deux fois plus fréquente chez les sujets sans enfants.

Les personnes qui ont été en prison ont eu plus souvent des recours avec substitution.

➤ **Caractéristiques associées aux statuts sérologiques vis-à-vis des infections virales**

Classiquement, les usagers ont été interrogés sur le dépistage et le résultat des tests sérologiques des anticorps des infections à VIH, VHB et VHC. Ces informations ont été analysées sous deux formes : réalisation du test de dépistage, résultat du test (positif, négatif, résultat non connu) (tab. 12).

La déclaration d'un résultat positif permet de calculer une prévalence pour chacune des infections ainsi que celle des coinfectés parmi les testés. Dans une population dont la consommation par injection remonte en moyenne à 10 ans, les relations avec les différentes variables caractérisant l'individu, son statut social, son usage de drogue ont une valeur purement descriptive. On a croisé de façon systématique les différentes variables relatives aux infections virales.

● Réalisation des tests

Parmi les répondants ayant rempli cette partie du questionnaire 83,6 % ont été testés pour le VHB, 85,9 % pour le VHC, 91,5 % pour le VIH.

Tableau 12 : Réalisations et résultats des tests de dépistage

	VHB N=790	VHC N=829	VIH N=902
Testés			
N	790	829	902
%	83,6 %	85,9 %	90,5 %
Résultats			
+	20,8 %	58,4 %	19,2 %
-	72,4 %	36,2 %	75,1 %
non connu	6,8 %	5,4 %	5,8 %

Selon les régions, la réalisation du dépistage du VHB varie : elle est de 70 à 80 % en Aquitaine, Ile-de-France et Rhône-Alpes, de 80 à 90 % en Alsace, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de Loire, supérieure à 90 % dans le Centre, Franche-Comté, Nord-Pas de Calais.

Pour le dépistage du VHC, on retrouve ces différences régionales avec un taux variant de 77 % en Aquitaine à plus de 90 % dans le Centre, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais.

La fréquence du dépistage du VIH varie de 82,7 % à 100 % selon les régions.

La réalisation des tests ne varie pas en fonction du sexe, ni de l'âge, ni du début de l'usage de drogue avant ou après 1987. Par contre on observe que les testés ont une plus longue durée d'injection : pour le VHB 10,4 ans vs 8,3 ans ($p=0,004$), pour le VHC 10,4 ans vs 8,2 ans ($p=0,0003$), pour le VIH 10,4 ans vs 7,3 ans ($p<0,0001$). Les personnes vivant en couple ont été plus fréquemment testées pour le VHB et le VIH. Les tests sont aussi plus fréquents chez les personnes ayant des enfants.

Concernant les caractéristiques sociales, le niveau d'étude n'est pas déterminant pour la réalisation du test. Les personnes qui travaillent ont été plus souvent testées mais la relation statistique n'est significative que pour le VHB. La précarité du logement se traduit par une moindre réalisation des tests : 75,3 % ont eu un test VHB, 78,4 % un test VHC et 84,2 % un test VIH contre respectivement 88 %, 90 %, et 95,4 % pour ceux qui ont un logement personnel ou familial. Les usagers ayant été incarcérés ont aussi été plus fréquemment testés.

On a également examiné les relations avec les produits consommés. Alors que les sujets consommant du Subutex® ont été plus fréquemment testés pour chacun des trois virus, ceux qui consomment du crack, du sulfate de morphine ou d'autres produits sont moins souvent testés. Concernant les structures dans lesquelles les usagers ont été recrutés pour l'enquête, on observe que ce sont ceux des équipes de rue qui sont les moins souvent testés et ceux des lieux fixes qui rapportent les fréquences plus élevées de réalisation des tests. Toutefois, la différence n'est significative au seuil de 5 % que pour le VIH. La réalisation des tests est également liée au type de recours aux soins dans les 6 mois précédents (tab.13).

La prise en charge au titre de la substitution est un facteur déterminant de la réalisation des tests alors que les autres modes de recours correspondent aux niveaux de réalisation des tests les plus bas.

Lorsque le questionnaire a été administré par un membre de l'équipe, la déclaration de la réalisation du dépistage est plus

fréquente. On aurait pu penser qu'il s'agissait d'un biais : les enquêteurs ayant alors obtenu plus de réponses pour cette question placée en fin de questionnaire : le taux de non réponse à cette question ne confirme cependant pas cette hypothèse.

Tableau 13 : Réalisations des dépistages en fonction du profil de recours aux soins spécialisés

	VHB %	VHC %	VIH %
Traitement de substitution seul	89,7	91,4	95,5
Traitement de substitution et autres recours	88,1	90,6	94,7
Sevrage et/ou traitement résidentiel sans recours à la substitution	66,7	71,8	79,7
Tentative sans aide, sans autre recours	76,2	77,0	86,6
Aucun recours/aucune tentative	71,3	75,0	82,8
p*	< 0,0001	< 0,0001	0,0001

*= χ^2 à 4 degrés de liberté

● Prévalence des infections virales

Les prévalences sont respectivement de 20,8 % pour le VHB, de 58,4 % pour le VHC et de 19,2 % pour le VIH. Parmi les 817 sujets testés pour le VIH et le VHC, 15 % sont co-infectés.

On a étudié de façon systématique les relations avec les variables prises en compte dans l'analyse précédente en excluant les sujets non testés. On observe une variation régionale de la séropositivité du VIH avec les prévalences les plus élevées en Aquitaine (36,8 %), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (26,0 %) et Ile de France (21,4 %) ($p < 0,0001$).

C'est dans les structures de type boutique que les prévalences sont les plus faibles (tab. 14).

Tableau 14 : Fréquence des tests positifs parmi les testés selon le profil de structures

	VHB N=790	VHC N=829	VIH N=902
Boutiques	15,9 %	51,3 %	12,6 %
Bus	23,2 %	59,6 %	22,6 %
Lieux fixes	26,6 %	66,0 %	18,2 %
Equipes de rue	17,0 %	56,9 %	21,5 %
p*	0,021	0,002	0,008

*= χ^2 à 3 degrés de liberté

Les femmes sont plus souvent séropositives au VIH que les hommes 23,5 % vs 17,6 % ($p=0,01$). L'âge, l'ancienneté

de la toxicomanie et de l'injection sont fortement liés aux infections virales (tab. 15).

Parmi les sujets ayant 2 ans d'injection maximum, les taux de prévalence chez les testés sont de 4,6 % pour le VHB, de 24,7 % pour le VHC, de 6,5 % pour le VIH.

Tableau 15 : Fréquence des tests positifs en fonction de l'âge, et de l'ancienneté de la toxicomanie

	VHB	VHC	VIH
Age			
≤ 25 ans	11,1 %	49,3 %	7,5 %
> 25 ans	23,26 %	60,8 %	21,7 %
	p=0,005	p=0,004	p=0,0002
Début de la toxicomanie			
Avant 1987	28,3 %	67,4 %	29,8 %
En 1987 ou après	13,7 %	49,8 %	9,2 %
	p< 0,0001	p< 0,0001	p< 0,0001

Le statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC n'est pas lié aux variables sociales. Par contre on observe que la séropositivité au VIH est plus fréquente chez les sujets vivant seuls ou n'ayant pas de partenaire stable. La fréquence des tests positifs au VIH est un peu plus élevée chez les sujets ayant un logement stable et un niveau d'éducation supérieur au bac (tab. 16).

Tableau 16 : Fréquence des tests positifs au VIH parmi les testés en fonction de l'âge, et de l'ancienneté de la toxicomanie

	% des tests positifs parmi les testés	p
Logement		
Stable	21,0 %	
Précaire	14,2 %	0,062
Mode de vie		
Seul	19,5 %	
En couple	15,2 %	0,012
Partenaire stable		
Oui	16,1 %	
Non	19,6 %	0,031
Niveau d'éducation		
Avant le bac	19,8 %	
Bac	14,9 %	
Après le bac	24,1 %	0,051

*= χ^2 à 2 degrés de liberté

Les antécédents carcéraux sont associés à une séropositivité plus fréquente pour le VHB et le VHC (différence non

significative pour le VIH). La réalisation d'injection en prison est associée à une prévalence plus élevée pour le VIH et le VHB. La différence n'est pas significative pour le VHC (tab. 17).

Lorsqu'on fait une analyse stratifiée en distinguant plus et moins de 25 ans, on observe que la relation entre injection en prison et statut sérologique se maintient. Les différents types de recours aux soins dans les derniers mois ne sont pas associés à la fréquence des tests positifs pour le VIH ($p=0,08$).

Tableau 17 : Prévalence des infections parmi les testés et antécédents carcéraux

	VHB %	VHC %	VIH %
Prison			
Non	16,1	48,6	16,5
Oui	23,3	63,7	20,7
	$p=0,030$	$p=0,0006$	$p=0,09$
dont : Injection en prison	34,0	70,5	34,2
Pas d'injection en prison	19,9	60,6	16,2
	$p=0,008$	$p=0,09$	$p=0,0001$

IV-5 Consommation de produits

➤ Produits consommés et modes d'utilisation

L'information recueillie porte sur la consommation de divers produits licites et illicites au cours du dernier mois. La liste des produits présentée dans le questionnaire comporte dans un même tableau, l'héroïne, la cocaïne, le crack, le Subutex®, la méthadone, les deux spécialités de sulfate de morphine (Moscontin® et Skénan®), les benzodiazépines avec une énumération de quelques unes des spécialités les plus utilisées, enfin une rubrique 'autres' regroupant d'autres médicaments qui peuvent être consommés par les usagers de drogue (Orthénal®, Antalvic®, etc.). Pour les médicaments, les répondants étaient invités à indiquer s'il s'agissait d'un produit prescrit par un médecin et/ou acheté dans la rue.

Concernant le mode d'administration, seule la notion d'injection était recherchée avec pour chaque produit, licite ou non, mention de sa fréquence en trois modalités : une ou plusieurs fois par jour, parfois, ou jamais. Il s'est avéré au cours de la pré-enquête qu'il n'était pas possible de détailler davantage le recours aux divers modes d'administration et leur fréquence ; le questionnaire devenant alors fastidieux et, du coup, mal rempli.

Ces questions ont été complétées par des questions sur l'usage fréquent ou occasionnel de l'alcool en association avec les produits illicites ou les médicaments. On aurait pu souhaiter compte tenu de la fréquence et de l'importance de la consommation d'alcool, détailler davantage cette question mais cela aurait imposé de distinguer les alcools consommés chaque jour en verres, canettes, bouteilles, etc., ce qui n'était pas compatible avec les conditions de passation du questionnaire. Ces questions sont complétées par la consommation quotidienne ou occasionnelle de cannabis et d'ecstasy.

Concernant la qualité de l'information, les usagers n'ont pas répondu de façon systématique à chaque question pour chaque produit : par exemple ils n'ont pas coché la case 'jamais' lorsqu'ils ne consommaient pas un produit ; ils peuvent aussi par exemple avoir répondu à la question sur l'injection d'un produit sans répondre à la partie sur la consommation de ce produit etc. On ne peut donc avec certitude croiser la fréquence de l'usage d'un produit donné avec la fréquence de l'injection. On a indiqué, dans le tableau 18, les réponses cohérentes entre les deux questions, les réponses imprécises : par exemple, lorsque la fréquence d'injection n'est pas documentée ou lorsque la réponse à la question sur la fréquence d'injection est 'parfois' sans que l'on sache si le produit est ou non consommé chaque jour ; les incohérences vraies correspondent par exemple à une réponse produit "jamais" consommé, et injection "parfois".

Tableau 18 : Qualité des réponses aux deux questions concernant l'usage et l'injection des produits

Produits	Réponses cohérentes	Réponses imprécises	Réponses incohérentes
Héroïne	92,0	2,9	5,1
Cocaïne	91,2	3,7	5,0
Crack	96,5	2,7	0,9
Subutex®	88,9	8,4	2,8
Méthadone	94,9	5,0	0,1
Sulfate de morphine	94,5	3,6	1,9
Benzodiazépines	86,7	12,9	0,4
Autres	93,6	5,4	1,0

Les réponses données pour l'éventualité de la consommation et pour son mode d'administration sont cohérentes selon les produits dans 88,9 % à 96,5 % des cas, elles sont imprécises pour 2,7 % à 13 % des cas, et incohérentes pour 0,1 à 5,1 % des cas.

A partir des informations, on a construit trois variables : **1)** consomme ou ne consomme pas un produit ; **2)** consomme

et s'injecte chaque jour, consomme chaque jour ou parfois mais ne s'injecte pas chaque jour, ne consomme pas ; **3)** s'injecte ou ne s'injecte pas parmi les consommateurs d'un produit donné.

Dans un ordre de fréquence décroissante de la consommation (tab. 19), on trouve Subutex®, héroïne, cocaïne et benzodiazépines, et, beaucoup moins consommés les produits "autres", le sulfate de morphine, le crack et la méthadone.

Tableau 19 : Consommation et injection des produits par ordre de fréquence de la consommation au cours du mois précédant l'enquête

	% de consommateurs de chaque substance (N=1004)	Parmi les consommateurs de chaque produits :	
		produit injecté au moins de temps en temps	produit injecté chaque jour
Subutex®	73,2	78,7	44,6
Héroïne	49,9	95,0	50,5
Cocaïne	47,4	89,0	33,8
Benzodiazépines	47,2	11,0	3,0
Sulfate de morphine	24,2	85,1	42,4
Autres produits	20,1	40,6	15,8
Crack	16,0	70,8	26,0
Méthadone	13,8	12,2	4,3

Le Subutex® est consommé par 73,2 % des usagers répondants et injectés chaque jour par 45 % des consommateurs ; seuls 21,3 % ne l'injectent jamais. L'héroïne est consommée par la moitié des répondants ; la moitié se font quotidiennement des injections. Pratiquement tous les usagers d'héroïne la consomment en injection au moins de temps à autre. La cocaïne est consommée par un peu moins de la moitié des usagers mais sa consommation est moins régulière, elle est injectée chaque jour par 33,8 % des consommateurs, seuls 11 % de ceux-ci ne l'injectent jamais. La moitié des répondants a consommé durant le mois des benzodiazépines, le plus souvent par voie orale. Le sulfate de morphine est utilisé par moins d'un quart de l'échantillon. Au total 10,3 % l'injectent chaque jour, soit 43 % des consommateurs, seulement 14,9 % ne se l'injectent jamais. La méthadone est rare dans cette population et ne donne lieu que rarement à des injec-

tions. Le crack est un produit peu consommé, 16 % ; 24 % des consommateurs de ce produit l'injectent chaque jour.

On a également calculé, pour chaque sujet, le nombre de produits illicites et le nombre de produits licites consommés au cours du mois de référence (tab. 20) : 29 % de l'échantillon n'ont consommé pendant le mois de référence aucune des trois drogues illicites considérées et seulement 64 individus soit 6,4 % du groupe interrogé ne consomment que des drogues illicites. La polyconsommation est de règle. Seulement 158 sujets (15,7 %) ne consomment qu'un seul produit, 104 (10,4 %) consomment seulement du Subutex®, 24 de l'héroïne, 14 du sulfate de morphine. Dans l'échantillon, 34,4 % ont consommé un seul produit illicite, 30,1 %, deux et 6,3 %, trois. Concernant les médicaments, 5 catégories étaient mentionnées, le nombre moyen déclaré est de 1,8 et 22 % en consomment trois ou plus.

Tableau 20 : Consommation des substances licites et illicites au cours du mois précédant l'enquête

	Nombre	%
Seulement des drogues illicites	64	6,4
Seulement des médicaments	294	29,3
Les deux	646	64,3

> Origine des médicaments utilisés

Les sujets étaient interrogés sur l'origine des médicaments consommés (tab. 21) : prescrits par le médecin, achetés dans la rue ou les deux modes d'acquisition au cours du dernier mois.

Tableau 21 : Prescription médicale et achat de rue des médicaments consommés

	Subutex® N=735	Méthadone N=139	Sulfate de morphine N=243	Benzodiazépines N=474
Seulement sur prescription	48,8	42,4	27,6	41,6
Seulement dans la rue	20,8	38,1	42,8	22,8
Les deux	12,5	2,2	11,9	9,9
Pas de réponse	17,8	17,3	17,7	25,7

Les réponses sont incomplètes pour 18 à 26 % des consommateurs de chaque produit. Le Subutex® est consommé seulement sur prescription par environ la moitié des sujets tandis qu'un sur cinq se le procure uniquement dans la rue et 12,5 % environ l'achète à la fois sur prescription et dans la rue. Pour la méthadone, on trouve soit un approvisionnement de rue (38,1 %) soit une consommation prescrite (42,4 %) mais très rarement les deux modes d'acquisition au cours du mois étudié. Cinquante-sept pour cent des personnes achetant la méthadone dans la rue déclarent avoir été en traitement de substitution dans les 6 derniers mois. L'achat de rue est majoritaire parmi les usagers de sulfate de morphine (58 % au total). Pour les benzodiazépines, l'information est moins précise (25,7 % de non réponse) mais plus de la moitié (51,4 %) rapportent une consommation prescrite.

➤ Caractéristiques associées à la consommation de chaque produit (analyses bidimensionnelles)

On a étudié l'association de la consommation et de l'injection de chaque substance avec la région, le type de structure, les

caractéristiques démographiques et sociales, l'ancienneté de l'usage et de l'injection, le niveau d'éducation (voir tab. I et II présentant les associations statistiques en annexe 3).

● Différences des consommations selon les régions

Les profils de consommation diffèrent fortement selon les régions, ce qui rend compte à la fois du marché régional pour chaque produit mais aussi des modes de fonctionnement et des orientations de chaque type de structure participant à l'enquête puisque, comme on le voit, les différents types de structure (boutique, bus, lieu fixe, équipe de rue) ont des clientèles différentes (voir tab. III en annexe 3).

● Différences des consommations selon le type de structures de réduction des risques

La consommation des produits diffère, selon le type de structure dans lesquelles les répondants ont été recrutés, pour

Tableau 22 : Fréquence de consommation et d'injection quotidienne des produits selon le type de structure

Types de PES	Héroïne	Cocaïne	Crack	Subutex®	Sulfate de morphine	Méthadone	Benzodiazépines	Autres
	%	%	%	%	%	%	%	%
% de consommateurs de chaque produit								
Boutique	44,5	45,3	12,7	74,7	24,5	10,6	46,1	18,4
Bus	52,7	43,7	15,3	75,7	19,2	14,8	52,2	21,5
Lieu fixe	40,9	47,3	21,0	72,0	23,7	12,4	36,6	18,8
Equipe de rue	60,4	58,2	17,0	67,0	35,2	17,6	48,9	20,9
% d'injecteurs quotidiens parmi les consommateurs de chaque produit								
Boutique	67,6	52,8	7,2	66,5	55,4	*	*	*
Bus	54,0	36,0	6,2	43,4	43,5	*	*	*
Lieu fixe	69,9	60,0	27,3	58,5	85,7	*	*	*
Equipe de rue	66,0	45,5	15,3	46,4	49,2	*	*	*

* effectif insuffisant

l'héroïne ($p=0,0004$), pour la cocaïne ($p=0,011$) et le sulfate de morphine ($p=0,0006$) (tab. 22).

La fréquence de l'injection parmi les consommateurs de chaque produit est aussi associée au lieu de recrutement. La clientèle des équipes de rue, marquée par une consommation accrue de sulfate de morphine ($p=0,0006$), consomme (et s'injecte) moins de Subutex®. L'injection de crack est un peu moins fréquente parmi ces usagers que parmi ceux des boutiques et des bus. Le groupe des usagers des lieux fixes se caractérise par un niveau accru d'injection quotidienne pour la cocaïne, le crack et le sulfate de morphine. Parmi les usagers

enquêtés dans les boutiques, l'injection quotidienne du Subutex® est plus fréquente.

● Consommations liées au sexe

Le sexe n'est associé qu'à la consommation de sulfate de morphine et de benzodiazépines plus fréquente chez les femmes que chez les hommes : respectivement 28,7 % vs 22,6 %, ($p=0,0047$) pour le sulfate de morphine et 52,5 % vs 45,4 % pour les benzodiazépines ($p=0,0047$). L'injection de cocaïne est plus fréquente chez les hommes ($p=0,014$).

- Consommations liées à l'âge

L'âge est lié à certaines consommations (voir tab. IV en annexe 3) : le crack (16,8 % vs 9 %, $p=0,0008$) est plus souvent consommé par des sujets de plus de 25 ans tandis que le Subutex® (81,7 % vs 71 %, $p=0,0004$), le sulfate de morphine (31,1 vs 22,8 %, $p=0,018$), et les benzodiazépines (57,2 % vs 45,4 %, $p=0,004$) sont plus souvent consommés par les usagers de moins de 25 ans. Pour les produits illicites (héroïne, cocaïne), l'injection est moins fréquente chez les sujets de moins de 25 ans (58,6 % vs 62 %, $p=0,002$ et 36,8 % vs 47,6 %, $p=0,006$), différence qui n'apparaît pas pour les médicaments détournés.

- Consommations et type de logement

L'usage d'héroïne, de cocaïne, de Subutex® et de méthadone n'est pas lié au type de logement (voir tab. V en annexe 3). Les personnes ayant un logement précaire déclarent plus de consommation de crack (22,1 % vs 12,4 %, $p<10^{-4}$), de sulfate de morphine (32,5 % vs 19,7 %, $p<10^{-4}$), de benzodiazépines (54,6 % vs 43,7 %, $p<10^{-3}$) et d'autres produits (27 % vs 17,1 %, $p=0,0003$). Le critère du logement n'influence que l'injection quotidienne de cocaïne (injectée par 51,9 % des sujets ayant un logement stable contre 37,4 % de ceux qui ont un logement précaire, $p=0,003$).

- Consommations liées à l'activité professionnelle

L'activité professionnelle est associée à une plus forte consommation du Subutex® (79,8 % vs 71,7 %, $p=0,026$) et à un usage moins fréquent de sulfate de morphine (17 % vs 26 %, $p=0,011$) et de benzodiazépines (33,3 % vs 50,3 %, $p<10^{-4}$), les autres substances n'étant pas affectées par le fait de travailler ou non. On note cependant que l'injection quotidienne d'héroïne parmi ceux qui en consomment est aussi moins fréquente

chez ceux qui travaillent (49,1 % vs 64,4 %, $p=0,007$). Pour les autres produits, le fait de travailler ou pas n'affecte pas la fréquence des injections.

- Consommations et antécédents d'incarcération

Le fait d'avoir été en prison est associé à plus de déclaration d'usage de cocaïne (51,9 % vs 40,2 %, $p=0,003$), de crack (18,2 % vs 12,6 %, $p=0,020$) et à moins de recours au sulfate de morphine (21,9 vs 28,1 %, $p=0,026$).

- Consommations et niveau d'étude

L'usage de Subutex® et de benzodiazépines est lié inversement au niveau d'étude tandis que le sulfate de morphine est d'autant plus utilisé que le niveau d'étude est élevé. Les autres produits et leur injection ne sont pas liés à cette variable.

- Consommations et ancienneté de la toxicomanie

L'ancienneté de la toxicomanie est un peu plus faible pour les usagers qui consomment du Subutex® (11,0 ans vs 11,9 ans, $p=0,04$) mais n'affecte pas les autres consommations. On observe cependant que ceux qui n'injectent jamais l'héroïne ou la cocaïne ont des anciennetés nettement plus faibles : respectivement 6,5 ans et 8,0 ans que les injecteurs quotidiens de ces produits qui rapportent respectivement 11,2 et 12,1 ans d'ancienneté de leur toxicomanie. On retrouve les mêmes différences quand on étudie l'ancienneté de l'injection.

- Consommations et recours aux soins spécialisés

Le profil de recours aux soins dans les 6 mois précédant l'enquête met en évidence une influence sur les produits consommés mais pas sur la fréquence du recours à l'injection pour chaque produit (tab. 23).

Tableau 23 : Consommation des produits en fonction du profil de recours aux soins dans les 6 derniers mois

	Héroïne %	Cocaïne %	Crack %	Subutex® %	Benzodiazépines %
Traitement de substitution seul	42,6	42,6	12,9	75,2	42,3
Traitement de substitution + autre recours	48,8	51,0	14,2	81,4	54,5
Sevrage et/ou traitement résidentiel					
sans recours pour substitution	55,0	40,0	27,5	57,5	38,8
Tentative sans aide, sans autre recours	55,3	45,4	21,7	64,5	46,1
Aucun recours.aucune tentative	67,0	60,2	14,8	61,4	44,3
	($p=0,014$)	($p=0,0005$)	($p=0,005$)	($p<10^{-4}$)	($p=0,009$)

Ceux qui n'ont eu aucun recours aux soins sont ceux qui consomment le plus d'héroïne et de cocaïne. Ceux qui ont tenté seul de contrôler leur dépendance ont un peu plus souvent une consommation de crack. Les sujets ayant suivi un traitement de substitution seul ou avec d'autres recours, rapportent moins de consommation d'héroïne et de cocaïne, plus de Subutex®. Dans le groupe de ceux qui ont eu plusieurs recours, on trouve plus d'usage des benzodiazépines. Ceux qui ont eu des recours aux soins sans substitution rapportent plus de consommation de crack, moins de Subutex® et moins de benzodiazépines.

● Consommation et statuts sérologiques

La fréquence de l'infection à VHC parmi les testés n'est liée à aucune consommation particulière. Pour le VHB, on observe une relation avec l'usage et l'injection de Subutex® : les non usagers de Subutex® ont une fréquence de tests positifs de 29,4 % ; elle est de 20,3 % chez les consommateurs de Subutex® ($p=0,013$). L'injection quotidienne de Subutex® n'influence pas la prévalence du VHB. Parmi les testés pour le VIH, les usagers consommant du Subutex® sont moins souvent séropositifs mais la différence n'est pas significative (17,8 vs 23,3 % $p=0,068$) ; on observe également que ceux qui injectent le Subutex® chaque jour ont un taux de séropositivité plus faible (13,4 %) que ceux qui en font une autre consommation (21,4 % $p=0,002$). Les consommateurs de méthadone sont plus souvent séropositifs au VIH (28,5 % vs 17,7 %, $p=0,005$).

● Influence du mode d'administration du questionnaire

On observe une relation entre les consommations déclarées et la fréquence de l'injection de certains produits et le mode d'administration du questionnaire (tab. 24). Les sujets qui rapportent des consommations de Subutex® et de benzodiazépines sont plus nombreux parmi ceux pour lesquels le questionnaire a été complètement administré par un membre de l'équipe alors qu'on observe la relation inverse pour le sulfate de morphine.

Tableau 24 : Mode de passation du questionnaire selon le type de consommation

Mode de passation du questionnaire	Subutex®	Sulfate de morphine	Benzodiazépines
Auto-administration	73,6 %	26,7 %	38,3 %
Aide d'un membre du PES	69,1 %	26,6 %	53,7 %
Administration complète par un membre du PES	79,9 %	17 %	55,4 %
p	0,0015	0,008	10 ⁻⁴

Par ailleurs, l'injection quotidienne du Subutex® est nettement moins déclarée quand le questionnaire a été administré (41,5 %) que lorsqu'il a été rempli en autoquestionnaire (56,7 %) ou aidé (57,3 %).

> Analyse multidimensionnelle

On a cherché à rendre compte de façon simultanée des variables qui caractérisent les consommations de façon à définir des profils de consommation associant les différents produits entre eux et les caractéristiques qui leurs sont associées : facteurs socio-démographiques, liés à l'histoire de la toxicomanie, etc.

On a introduit en variables actives les consommations des 8 produits et en variables supplémentaires (qui ne contribuent pas à la formation des classes) : le type de structure, la région, l'âge, le sexe, le logement, le mode de vie, le fait d'avoir des enfants, le niveau d'éducation, l'activité professionnelle, les ressources, le mode de recours aux soins, le nombre d'injection par jour, le lieu de la dernière injection, l'ancienneté de l'usage, les statuts sérologiques, les risques de transmission.

L'analyse produit 5 classes (tab. 25 page 23).

Le tableau VI en annexe 3 présente les modalités des variables actives qui contribuent à la définition des groupes ; il présente aussi les modalités des variables supplémentaires qui sont associées à chaque classe. Les modalités qui ne figurent pas sur ces tableaux ne sont pas associées à la classification.

La classe la plus nombreuse regroupe 43 % des individus : elle est caractérisée par la consommation de Subutex®, la non consommation de sulfate de morphine, de méthadone, de crack et "d'autres substances" et une moindre consommation de cocaïne et de benzodiazépines. Les individus qui ne consomment aucune drogue illicite sont surreprésentés dans ce groupe. Sur le plan social, on trouve plus souvent un logement stable, une activité professionnelle, mais un faible niveau d'étude. Ces sujets rapportent plus souvent un traitement de substitution et ont moins partagé la seringue dans le mois précédent. Ils sont plus souvent rencontrés dans les bus d'échange de seringues. Les régions Provence Alpes Côte d'Azur, et Alsace sont un peu surreprésentées dans ce groupe.

Le deuxième groupe par ordre d'importance (17 % des individus) se caractérise par un faible usage du Subutex® et une forte consommation du sulfate de morphine ; le crack, les autres produits, la méthadone ne sont pas consommés dans ce groupe qui présente aussi une moindre consommation de benzodiazépines. Il n'est caractérisé par aucune variable sociale. On trouve seulement dans ce groupe moins de personnes ayant connu la prison. La région Languedoc Roussillon est fortement représentée.

Les trois autres groupes sont équivalents en effectif.

Un troisième groupe qui compte 13 % de l'échantillon se définit par la forte consommation d'autres produits, une très forte surconsommation de benzodiazépines, pas de méthadone, et pratiquement pas de crack. La seule caractéristique sociale associée est la précarité du logement. Le risque de partage de seringue est accru dans ce groupe. Les régions Rhône Alpes et Aquitaine sont surreprésentées dans ce groupe.

Un quatrième groupe équivalent au précédent rassemble tous les utilisateurs de méthadone. Si le Subutex® est moins consommé dans ce groupe, on trouve par contre une surconsommation d'autres produits, de cocaïne, de crack, d'héroïne, de sulfate de morphine, de benzodiazépines. Aucun

critère social n'est associé à ce groupe. Il s'agit cependant de sujets dont la toxicomanie est un peu plus ancienne.

Un cinquième groupe rassemble presque tous les utilisateurs de crack de l'échantillon, qui ne consomment pas de méthadone, moins de Subutex®, moins de benzodiazépines. C'est un groupe fort consommateur de produits illicites et de sulfate de morphine. Il est caractérisé par une fréquence accrue de personnes ayant un logement précaire et de la prostitution. C'est un groupe dans lequel la tentative de contrôler seul l'usage et le recours à des traitements autres que la substitution sont plus fréquents. Ces usagers ont plus souvent partagé le matériel. Ils se recrutent très majoritairement en région Ile-de-France.

On observe que ni l'âge, ni le sexe, ni le fait d'avoir des enfants, ne sont associés à ce profil des consommateurs. Parmi les variables caractéristiques de la situation sociale, c'est le logement stable ou précaire qui marque surtout la différenciation sociale des profils de consommateurs : les sujets ayant un logement stable étant plus nombreux dans le groupe des usagers de Subutex®, avec une association avec l'activité professionnelle et les ressources, tandis que les deux groupes de consommateurs de crack et de médicaments sont caractérisés par la précarité de leurs conditions de logement.

Tableau 25 : Classification des usagers en fonction des produits consommés et relations avec les variables sociodémographiques, les statuts sérologiques et les pratiques d'usages

Classe	Subutex®	Sulfate de morphine	Benzodiazépines et autres drogues légales	Méthadone	Crack	
% des participants	43 %	17 %	13 %	14 %	13 %	
Variables actives*	Produits consommés au cours du dernier mois	Subutex® pas d'autres médicaments opiacés, moins d'héroïne, moins de cocaïne	Sulfate de morphine pas d'autres médicaments opiacés, pas de crack	Benzodiazépines usage d'autres médicaments	Méthadone usage de médicaments	Crack, plus de cocaïne, plus d'héroïne, plus de sulfate de morphine
Variables illustratives**	Ancienneté de l'usage de drogue				début de l'usage avant 1987	
	Comportement d'injection	1 injection/jour injection chez soi moins de partage de seringue	Plus de partage de seringue		≥ 3 injections/jour injection dans la rue partage du matériel	
	Statut social	Actifs Logement stable Revenu légal				Logement précaire prostitution pas de recours aux soins > 1 partenaire sexuel
	Statut sérologique	HIV+				
	Région	Provence-Alpes-Côte d'Azur, Alsace, Centre	Languedoc-Roussillon	Rhône-Alpes Aquitaine	Ile-de-France	

* variables actives: usage d'héroïne, de cocaïne, de crack, de Subutex®, de sulfate de morphine, de méthadone, de benzodiazépines, d'autres produits.

** variables illustratives : âge, mode de vie, enfants, durée de l'usage, nombre d'injections/jour, lieu de la dernière injection, logement, ressources, activité professionnelle, nombre de partenaires sexuels dans les 6 mois, prostitution, statut sérologique (VIH, VHB, VHC), région.

L'ancienneté de la toxicomanie ne caractérise que le groupe des usagers de méthadone. On retrouve une plus forte proportion de sujets ne déclarant qu'une injection par jour dans le groupe des usagers de Subutex® tandis qu'un nombre élevé d'injections est associé au groupe "crack". Ces profils sont particulièrement marqués dans certaines régions.

➤ Description de la consommation d'alcool, de cannabis et d'ecstasy

La consommation de cannabis est rapportée par 84,3 % des sujets (N=992) dont 39,1 % en consomment quotidiennement ; l'usage d'ecstasy est plus rare : sur 941 répondants, 78,6 % n'ont pas consommé d'ecstasy dans le mois, la consommation quotidienne ne concerne que 3 sujets. L'association de l'alcool aux médicaments ou aux drogues illicites est déclarée comme systématique par 18,2 % des sujets, 40,8 % déclarent associer parfois l'alcool et 40,8 % disent ne jamais le faire.

Les consommations de cannabis et d'alcool sont fortement liées ($p < 0,0001$) : ceux qui consomment toujours drogues ou

médicaments en association avec l'alcool sont pour plus de la moitié d'entre eux (52,5 %) des usagers quotidiens de cannabis alors que ceux qui se déclarent consommateurs occasionnels ou abstinents d'alcool sont 36 % à prendre chaque jour du cannabis.

Les déterminants de ces consommations sont cependant différents pour chaque produit.

La consommation systématique d'alcool est deux fois plus fréquente chez les hommes (20,9 %) que chez les femmes (10,9 %, $p = 0,0003$) ; les moins de 25 ans consomment plus de cannabis que les plus âgés (55,1 % d'usage quotidien vs 35,5 %, $p < 0,0001$) ; les conditions précaires de logement sont associées à une consommation accrue d'alcool (23,5 % d'usage systématique vs 15,4 % ; $p = 0,0004$).

Ces usages ne sont pas liés à l'ancienneté de la toxicomanie ou de l'injection. On observe des associations différentes avec les substances consommées. Les résultats sont résumés dans le tableau 26 :

Tableau 26 : Association du cannabis et de l'alcool avec les autres substances

	Héroïne	Cocaïne	Crack	Subutex®	Méthadone	Sulfate de morphine	Benzodiazépines	Autres
	%	%	%	%	%	%	%	%
Alcool associé								
Toujours	20,1	18,9	22,6	17,9	23,4	28,6	20,5	28,5
Parfois	42,6	41,0	39,6	40,6	46,0	36,1	39,7	45,0
Jamais	37,3	40,1	37,7	41,5	30,7	35,3	39,9	26,5
p*	0,065	0,856	0,280	0,735	0,026	<0,0001	0,218	<0,0001
Cannabis								
Tous les jours	38,8	41,2	23,4	43,5	38,8	39,0	45,7	46,3
Parfois	46,9	45,5	57,0	41,9	41,7	48,1	42,7	42,8
Jamais	14,3	13,3	19,6	14,6	19,4	12,9	11,6	10,9
p*	0,370	0,112	<0,0001	<0,0001	0,400	0,319	<0,0001	<0,026

*= χ^2 à 2 degrés de liberté

Cannabis et alcool ne sont pas influencés par la consommation d'héroïne et de cocaïne. Les usagers de crack consomment autant d'alcool et moins de cannabis que le reste des usagers tandis que les usagers de méthadone, de sulfate de morphine et les autres produits déclarent plus fréquemment une association systématique avec l'alcool. Les usagers de Subutex®, de benzodiazépines et d'autres produits tendent à consommer plus de cannabis quotidiennement que le reste des usagers interrogés.

Le profil de prise en charge dans les six derniers mois n'est associé qu'à la consommation d'alcool ($p < 0,0001$). L'association systématique d'alcool est moindre chez les sujets en substitution, seule (14,4 %), ou associée à d'autres interventions (16,9 %), que chez les sujets ayant tenté seul de se sevrer (27,8 %). La proportion de sujets n'associant jamais l'alcool est moindre chez ceux qui ont tenté seuls de contrôler leur consommation ou ont eu des recours multiples n'incluant pas les traitements de substitution.

IV-6 Pratiques d'injection des produits au cours du dernier mois et lors de la dernière injection

Les usagers ont été interrogés successivement sur leurs pratiques de consommation dans le mois précédent l'enquête et lors de la dernière injection. Les questions portant sur le dernier mois concernaient l'origine principale des seringues utilisées, l'estimation du nombre moyen d'injection par jour, le nombre moyen d'utilisation de la même seringue. Il était également demandé aux répondants s'ils avaient utilisé à plusieurs le même produit, la même eau, la même cuiller (ou tout ce qui peut servir de récipient de dilution et de chauffe du produit), le même filtre (c'est-à-dire l'élément qui permet de filtrer le produit lors de son aspiration de la cuiller vers la seringue), s'il leur était arrivé de prêter leur cuiller, d'utiliser la seringue d'un autre, de faire ou de "refaire les cotons" (c'est-à-dire réutiliser ses filtres ou cotons ayant servi de filtre et/ou ceux des autres pour en extraire et s'injecter les résidus de produits filtrés), de partager les cotons, ou de reprendre une seringue dans un contenant. Enfin, les répondants étaient interrogés sur le partage de seringue, et le cas échéant, avec qui et pourquoi.

Les questions sur la dernière injection cherchaient à savoir si les répondants s'étaient procuré leur seringue avant ou après l'achat du produit, si la seringue qu'ils avaient utilisée était neuve, déjà utilisée par eux ou par un autre. Dans ce dernier cas (emprunt de la seringue à un autre), ils devaient préciser s'ils l'avaient nettoyé et avec quoi. Les répondants étaient également invités à dire où s'était déroulée cette dernière injection. De même, ils devaient dire s'ils avaient réutilisé les cotons (les leurs, ceux des autres ou les deux). Enfin, une dernière question portait sur le devenir de la seringue après utilisation (jetée avec ou sans précaution, donnée, cachée, gardée pour plus tard...).

➤ Provenance principale des seringues utilisées dans le dernier mois

A la question sur la provenance principale des seringues, les répondants étaient invités à ne donner qu'une réponse parmi les 6 proposées. Lors de la validation des données avant leur saisie, il s'est avéré que la plupart d'entre eux avaient donné

plusieurs réponses. Bien qu'ainsi traitée la question ne présente plus qu'un intérêt restreint, les réponses possibles ont été numérotées de 1 à 9, et pour chaque questionnaire comportant plusieurs réponses, une seule réponse a été retenue de façon aléatoire à l'aide d'une table de nombres au hasard. Parmi les 977 répondants à cette question, 66 % désignent les PES comme lieu principal d'approvisionnement (33 % pour les Bus, 18 % pour les locaux fixes, 15 % pour les boutiques), 23 % les pharmacies, et 3 % les automates. Le partenaire et les amis ne sont cités respectivement que par 1,5 % et 1,4 % des répondants. Enfin, 5 % déclarent une autre source d'approvisionnement.

➤ Fréquence des injections

Les répondants étaient invités à indiquer le nombre quotidien d'injections habituel pendant le mois de mars 1998. Cette information a été donnée par 886 sujets (88,2 %) de l'échantillon. 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 pour ceux qui se font des injections chaque jour. Les injections sont plus fréquentes chez ceux qui ont des conditions de logement précaires ($p=0,039$) : 24,1 % se font 3 injections par jour ou plus contre 16,3 % chez ceux qui ont un logement stable, les nombres moyens étant respectivement de 4,0 et de 3,4. Les autres caractéristiques socio-démographiques ne sont pas associées à la fréquence des injections.

Le recours aux soins dans les 6 derniers mois influence la fréquence quotidienne des injections, c'est le groupe de ceux qui ont tenté seuls de contrôler leur usage qui s'injecte le plus souvent : 28 % pour 3 injections par jour ou plus avec une moyenne de 3,9. Le groupe des usagers ayant été en traitement de substitution seul a une moyenne de 3,3.

On a également étudié l'influence de l'usage des différents produits sur la fréquence de l'injection (tab. 27). On ne trouve pas de relation avec l'héroïne et la méthadone, par contre les autres associations sont significatives, les injections sont moins fréquentes pour les consommateurs de Subutex® et de benzodiazépines, et plus fréquentes chez les consommateurs de crack.

Tableau 27 : nombre des injections quotidiennes selon les produits consommés au cours du mois précédant l'enquête

	Cocaïne (%)	Crack (%)	Subutex® (%)	Sulfate de morphine (%)	Benzodiazépines (%)
Pas chaque jour	4,7	7,1	4,9	4,0	5,1
1 injection/jour	14,4	9,9	19,7	10,2	19,2
2 injections/jour	59,5	45,4	59,2	60,2	61,7
> = 3 injections/jour	21,4	37,6	16,2	25,7	14,1
Nb moyen injections/jour	3,97	5,64	3,43	3,99	3,25

➤ Réutilisation de la seringue

Parmi les 909 usagers ayant répondu à la question sur le nombre moyen d'utilisations de la même seringue dans le mois précédant l'enquête, 45 % ont déclaré réutiliser leur seringue au moins une fois (30,5 % 2 fois et 14,6 % 3 fois et plus). La réutilisation de la seringue est plus fréquente en cas de partage de la seringue dans le dernier mois (84,5 % vs 37 %, $p < 10^{-6}$) ou en cas de mise en commun du reste du matériel d'injection (51,3 % vs 31,7 %, $p < 10^{-6}$). Elle est également plus souvent déclarée en cas de consommation d'héroïne (53 % vs 47 %, $p = 0,03$) ou quand la dernière injection s'est déroulée hors du domicile privé (58 % vs 42 %, $p = 0,03$).

➤ Emprunt et prêt de la seringue dans le dernier mois

Sur les 1004 sujets de l'enquête, 971 ont répondu à cette question : 853 par non, 101 par oui et 17 par "ne sait pas". Parmi les 101 répondants (10 %) qui déclarent avoir emprunté une seringue dans le dernier mois, la proportion chez les femmes est plus importante que chez les participants masculins (34,7 % vs 25 %, $p = 0,03$).

Leur lieu d'habitation est moins souvent personnel ou familial (50 % vs 65,2 %, $p = 0,03$). La proportion de ceux vivant en couple est plus élevée que parmi le reste des participants (59 % vs 73 %, $p = 0,005$).

Par rapport aux autres répondants, ces usagers ont été plus souvent rencontrés par des équipes de rue (28,5 % vs 17,5 %, $p = 0,04$) et moins souvent dans des boutiques (18,4 % vs 25 %, $p = 0,04$). Lors de la dernière injection, ils se sont procuré plus souvent une seringue après l'achat du produit (55 % vs 36 %, $p < 10^{-3}$).

Il n'existe pas de différence pour les principaux produits consommés entre ce groupe et le reste des participants, excepté pour l'héroïne et les benzodiazépines qui sont consommées par une proportion plus importante des usagers qui ont emprunté la seringue (respectivement 74 % vs 48 %, $p < 10^{-6}$ et 59 % vs 46 %, $p = 0,02$).

Soixante-deux pour-cent des usagers qui ont emprunté une ou plusieurs seringues en ont également prêtée(s) dans le dernier mois, contre seulement 10 % chez les usagers qui n'ont pas emprunté de seringues ($p < 10^{-9}$). La proportion de partage du reste du matériel est également plus élevée dans ce groupe (97 % vs 70 %, $p < 10^{-9}$).

Quelques usagers ayant déclaré ne pas avoir emprunté de seringue, ont quand même répondu aux questions concernant le partenaire et les raisons du partage ; ces réponses incohérentes ont été exclues de la description. Le plus souvent, la personne à laquelle les répondants avaient emprunté la seringue était le partenaire sexuel (45 %) ou un ami (42 %), rarement un inconnu (6 %) ou un membre de la famille (4 %). A noter qu'emprunter une seringue au partenaire sexuel était beaucoup plus fréquemment le fait des femmes (66 % vs 27,3 %, $p < 10^{-4}$).

Parmi les réponses proposées dans le questionnaire pour justifier l'emprunt d'une seringue, celles qui revenaient le plus souvent étaient que la seringue avait été nettoyée (44 %), que l'utilisateur était pressé (34 %), que les gens auxquels il empruntait la seringue étaient sûrs (35 %), et que les pharmacies étaient fermées à ce moment-là (25 %).

Tableau 28 : Raisons évoquées pour l'emprunt de la seringue dans le dernier mois (N=101)

Raisons évoquées pour l'emprunt	Nombre de réponses
Seringue nettoyée	48
Usager déjà VHC +	47
Usager pressé	38
Emprunt à une personne sûre	38
Pharmacie fermée	29
Usager en manque	21
Usager sans argent	18
Usager n'ayant pas pu résister	18
Usager déjà VIH +	14
Pas de seringue par peur d'être arrêté	14
Usager sans jetons	12
Autres raisons	13
Prison	0

Les répondants de ce sous-groupe connaissent moins souvent leur statut sérologique pour le VIH (86 % vs 93 %) et pour le VHB (76 % vs 88 %). Ils ont déclaré être plus souvent infectés par le VHC (82 % vs 58 %, $p = 10^{-6}$). En terme de recours aux soins, ce sous-groupe ne diffère pas du reste des répondants, si ce n'est pour les traitements de substitution, pris seuls ou accompagnés d'une autre forme de prise en charge : les usagers qui ont déclaré avoir emprunté une seringue dans le dernier mois ont en effet moins souvent rapporté avoir bénéficié d'un traitement de substitution (58,5 % vs 69,3 %, $p = 0,01$).

Concernant la cohérence des déclarations, les réponses sur l'emprunt de seringue dans le dernier mois ont été comparées avec celles relatives à l'emprunt lors de la dernière injection.

Seuls 12 % des usagers (12/101) ayant emprunté la seringue d'un autre usager dans le dernier mois rapportent un emprunt de seringue lors de leur dernière injection. En revanche, la quasi-totalité des sujets (850/853) qui disent ne pas avoir emprunté une seringue dans le dernier mois rapportent aussi ne pas avoir emprunté non plus de seringue lors de la dernière injection.

Vingt quatre pour-cent (24/101) de ce groupe d'usagers qui ont emprunté la seringue dans le dernier mois se sont substitués dans les derniers 6 mois, ce qui est plus élevé que chez les autres usagers de l'enquête (12,8 %, $p=0,004$). Les usagers emprunteurs déclarent plus souvent une activité sexuelle dans les six derniers mois (87 % vs 78 %, $p=0,03$) et un multipartenariat (>10 partenaires) plus fréquent (21 % vs 8,5 %). De même, la non utilisation systématique du préservatif au cours des derniers six mois est plus importante dans ce sous groupe (76 % vs 59 %, $p=0,001$) que chez les autres usagers. Concernant le dernier rapport sexuel, à noter que le dernier partenaire sexuel était plus souvent usager de drogue (71 % vs 49 %, $p<0,001$).

➤ Reprise d'une seringue dans le container au cours du dernier mois

13 % des répondants (122/959) ont déclaré avoir "repris une seringue dans le container". En effet, certains PES remettent des containers aux usagers, en même temps que des seringues stériles, afin de pouvoir récupérer et éliminer dans de bonnes conditions les seringues usagées. Dans un cadre d'utilisation strictement personnelle du container, reprendre une seringue dans le container signifie donc réutiliser une seringue déjà utilisée par soi. Cependant, cette pratique peut aussi exposer à réutiliser une seringue déjà utilisée par un autre usager si le container est utilisé par plusieurs personnes.

Reprendre une seringue dans le container est plus souvent déclaré quand l'âge du répondant est inférieur à 25 ans (18 % vs 12 %, $p=0,02$), ou qu'il est séropositif au VHC (15 % vs 9 %, $p<0,02$). Il en est de même en cas de réutilisation personnelle de la seringue (20 % vs 9 %, $p=10^{-6}$) ou d'emprunt de seringue à un autre usager (38 % vs 10 %, $p=10^{-6}$), en cas de consommation de crack (15 % vs 12 %, $p=0,02$) ou de partage du même produit (17 % vs 7 %, $p=10^{-6}$) dans le dernier mois. Cette pratique est également plus fréquente en cas d'utilisation à plusieurs du même filtre (18 % vs 10 %, $p=0,02$), de la même cuiller (16 % vs 10 %, $p=0,006$) ou encore lorsque le répondant dit refaire "les cotons" (18 % vs 8,6 %, $p<0,0001$).

➤ Mise en commun du reste du matériel servant à l'injection dans le dernier mois

A la question sur l'utilisation du même produit à plusieurs dans le dernier mois ($n=964$), plus de la moitié (54 %) des répondants ont déclaré que cela leur était déjà arrivé (dont 20 % souvent). Cette pratique est un peu plus fréquemment retrouvée chez les usagers déclarant un domicile précaire (60 % vs 56 %, $p=0,02$) ou ayant emprunté une seringue à un autre usager dans le mois précédant l'enquête (89 % vs 50 %, $p=10^{-6}$). Il en va de même lorsque la dernière injection a eu lieu hors du domicile privé (64 % vs 47 %, $p=10^{-6}$). L'utilisation du même produit à plusieurs est aussi plus fréquente chez les usagers qui ont consommé du crack (72 % vs 50 %, $p=10^{-6}$), de la cocaïne (67 % vs 41 %, $p<10^{-6}$) ou de l'héroïne (60 % vs 47 %, $p=10^{-3}$), dans le mois précédant l'enquête alors qu'on observe une moindre mise en commun du produit chez les usagers de Subutex® (51 % vs 63 %, $p=10^{-3}$).

324 usagers sur 961 disent avoir utilisé la même eau en commun dans le dernier mois (11,6 % souvent). Ces répondants déclarent plus souvent un domicile précaire (40 % vs 30 %, $p=0,02$) sont plus souvent séropositifs pour le VHB (45 % vs 27 %, $p<10^{-6}$) ou séropositifs pour le VHC (37 % vs 27 %, $p=0,003$) que le reste des usagers interrogés. Ils consomment plus fréquemment du crack (42 % vs 32 %, $p=0,04$), de l'héroïne (41 % vs 27 %, $p<10^{-5}$) ou de la cocaïne (42 % vs 27 %, $p<10^{-5}$). Ils déclarent plus fréquemment avoir consommé hors du domicile privé lors de la dernière injection (57 % vs 26,5 %, $p=10^{-6}$) ou avoir emprunté une seringue à un autre usager dans le mois précédant l'enquête (69 % vs 29 %, $p=10^{-4}$).

40 % ont également utilisé la même cuiller à plusieurs dont 13,5 % souvent. Il s'agit d'usagers plus souvent séropositifs pour le VHC (49 % vs 35 %, $p=0,02$), sans domicile stable (45,5 % vs 36,3 %, $p<10^{-3}$), qui déclarent plus fréquemment avoir été incarcéré (43 % vs 33 %, $p<10^{-3}$), avoir consommé hors du domicile privé lors de la dernière injection (49 % vs 32 %, $p=10^{-6}$) ou avoir emprunté une seringue à un autre usager dans le mois précédant l'enquête (78 % vs 34 %, $p=10^{-9}$). Ils consomment plus fréquemment du crack (55 % vs 37 %, $p<10^{-5}$), de l'héroïne (46 % vs 33 %, $p<10^{-5}$) ou de la cocaïne (51 % vs 28,3 %, $p<10^{-9}$).

Parmi les 31 % de répondants qui ont utilisé le même filtre (298/958), on trouve plus de sujets séropositifs pour le VHC (35 % vs 27 %, $p=0,006$) et pour le VIH (38 % vs 28 %, $p=0,02$). Ces répondants, qui déclarent plus souvent un domicile précaire (38 % vs 27 %, $p<10^{-3}$), ont plus fréquemment emprunté la seringue d'un autre usager dans le dernier mois (64 % vs 26,6 %, $p<10^{-9}$). Le lieu de leur dernière injection se situe plus souvent hors du domicile privé (39,5 % vs 24 %, $p<10^{-5}$). Enfin, ils ont consommé plus souvent de l'héroïne (38 % vs 24 %, $p<10^{-5}$), de la cocaïne (42,6 % vs 20 %, $p<10^{-9}$) et du crack (44 % vs 28,5 %, $p<10^{-3}$) dans le dernier mois.

Ceux qui ont prêté leur cuiller représentent 34 % (342/953) des répondants et déclarent avoir également utilisé la cuiller d'un autre usager pour 85 % d'entre eux (vs 14 %, $p<10^{-9}$). D'un âge plutôt inférieur à 25 ans (40 % vs 32 %, $p=0,01$), ils déclarent plus fréquemment s'être injecté ailleurs qu'au domicile privé lors de la dernière injection (29 % vs 40 %, $p<10^{-3}$), de même qu'ils ont plus souvent emprunté la seringue d'un autre dans le dernier mois (65 % vs 30 %, $p<10^{-9}$). Ils ont également consommé plus souvent de l'héroïne (40 % vs 27 %, $p<10^{-5}$), de la cocaïne (45 % vs 23 %, $p<10^{-9}$) et du crack (48 % vs 31 %, $p<10^{-3}$) dans le dernier mois.

Enfin, ils sont 28 % (263/951) à avoir utilisé la cuiller d'un autre usager. Déclarant plus souvent avoir consommé hors du domicile privé lors de la dernière injection (23,5 % vs 32,5 %, $p<10^{-3}$), ils sont plus fréquemment séropositifs pour le VHC (31 % vs 21 %, $p=0,04$), et ont consommé plus souvent de l'héroïne (32,5 % vs 23 %, $p=0,003$), de la cocaïne (36,2 % vs 19,5 %, $p<10^{-6}$) et du crack (35,5 % vs 26 %, $p=0,02$) dans le dernier mois.

➤ Partage du doseur à crack au cours du dernier mois

Sur les 154 répondants qui ont consommé du crack pendant le dernier mois, 58 % déclarent avoir partagé le doseur à crack. Le partage est plus fréquent chez les femmes (68 % vs 45,7 %, $p=0,01$), chez les prostitués (75 % vs 47,5 %, $p<10^{-3}$). De même, ils sont plus nombreux à partager le doseur quand ils ont emprunté une seringue à un autre usager dans le dernier mois (86,5 % vs 47 %, $p=0,02$).

➤ Dernière injection

Excepté 82 sujets qui ne se le rappellent pas, 56 % des répondants (518/922) ont déclaré s'être procuré leur seringue avant

d'acheter le produit et 35 % après (321/922). Cette seringue était neuve dans 88 % des cas (824/933), déjà utilisée par l'usager lui-même dans 10 % des cas (94/933) et déjà utilisée par un autre usager dans 1,6 % des cas (15/933).

Concernant le lieu de la dernière injection (N=973), il s'agissait pour 56 % des répondants du domicile privé (chez eux dans 50 % des cas, chez leur parents dans 6 % des cas), pour 11 % du domicile d'un ami, pour 11 % de WC publics, pour 9,4 % d'un escalier ou d'un parking d'immeuble, pour 7 % de la rue et pour 8 % d'un autre endroit non précisé.

Dans le cas où ils avaient emprunté la seringue d'un autre lors de la dernière injection, les usagers étaient invités à préciser s'ils avaient nettoyé la seringue, et le cas échéant avec quoi. Les sujets qui ont répondu à cette question alors qu'ils n'avaient pas emprunté la seringue d'un autre n'ont pas été pris en compte. Sur les 15 usagers ayant explicitement déclaré avoir emprunté la seringue d'un autre dans le dernier mois, 2 n'ont pas nettoyé la seringue empruntée, 9 l'ont nettoyé avec l'eau du robinet, 1 avec de l'eau bouillante, 1 avec de l'eau bouillante et de l'eau de Javel, 3 avec seulement de l'eau de Javel, et 1 avec autre chose.

Concernant "l'injection de coton" (filtre) lors de la dernière injection (N=965), 75 % des répondants disent ne pas l'avoir réutilisé, 20 % n'ont réutilisé que le leur, 3 % le leur et ceux d'autres personnes, et 2 % ne se rappellent plus.

Enfin, une fois utilisée pour la dernière injection, 45,5 % des répondants (N=967) ont jeté la seringue avec précaution (en cassant l'aiguille, dans une canette), 36 % l'ont ramené à l'équipe ou déposée dans un container, 6 % l'ont gardée sur eux pour plus tard, 5 % l'ont cachée pour plus tard, 4 % s'en sont débarrassés sans précaution et 0,5 % l'ont donné à un autre usager.

IV-7 Activité sexuelle

➤ Relations sexuelles

Le recueil d'information sur les relations sexuelles porte sur les six derniers mois d'une part et sur le dernier rapport d'autre part. Les participants devaient indiquer s'ils avaient eu des relations sexuelles durant les 6 derniers mois, la fréquence d'utilisation du préservatif pendant cette période (jamais, parfois, souvent toujours, ne sait pas) et s'ils avaient eu des rela-

tions sexuelles pour de l'argent, pour de la drogue ou pour des avantages matériels.

Pour le dernier rapport sexuel, les questions étaient centrées sur le type de partenaire (partenaire régulier, usager de drogue, statut sérologique pour le VIH) et sur l'utilisation du préservatif.

Presque tous les participants (99 %) ont répondu à la question "Durant les derniers 6 mois, avez-vous eu des relations sexuelles ?". Il y a peu d'incohérences dans les réponses aux différentes questions, 7 personnes déclarant ne pas avoir eu des relations ont cependant rapporté avoir eu un partenaire sexuel, 1 avoir utilisé parfois le préservatif et 4 l'avoir utilisé toujours.

Quatre participants sur cinq (79 %) rapportent avoir eu des relations sexuelles lors des 6 derniers six mois. Parmi ceux-ci, 34 % déclarent ne jamais avoir utilisé le préservatif durant cette période, 15 % l'ont utilisé parfois, 10 % souvent, 40 % toujours et 1 % ne sait pas. Si l'on ne considère que les non prostitués, 61 % ont répondu avoir eu 1 seul partenaire, 33 % plus de un partenaire et 6,5 % ne savent pas ; la moyenne de partenaires sexuels pendant cette période est de 2 (médiane 1).

Un pourcentage plus élevé de femmes (87 %) que d'hommes (76 %) rapporte avoir eu des relations sexuelles. De même, la proportion de participants ayant moins de 25 ans qui a eu des relations sexuelles est supérieure à celle des participants plus âgés (89 % vs 76 %).

Comparés aux répondants sans activité sexuelle dans les dernier six mois, les usagers ayant déclaré des relations sexuelles vivent plus souvent en couple (34 % vs 6 %), ont plus souvent un partenaire stable (52 % vs 11 %) et un logement stable (65 % vs 57 %). Une proportion plus élevée a réalisé un test de dépistage pour le VIH (93 % vs 84 %), mais le résultat du test ne diffère pas significativement

Concernant les produits, seule la proportion de consommateurs d'héroïne diffère entre les usagers sexuellement actifs et les non actifs. Celle-ci est de 52 % chez les premiers et de 40 % chez les seconds ($p = 0,002$).

Le dernier partenaire est décrit comme un partenaire régulier par 70,4 % des répondants. Pour 61 % des femmes, le dernier partenaire est un usager de drogue (vs 43 % chez les

hommes, $p < 10^{-5}$). Enfin, le statut sérologique du dernier partenaire vis-à-vis du VIH est méconnu dans 24 % des cas, surtout chez les répondants femmes (30 % vs 21 % pour les hommes, $p = 0,005$). Il est séropositif dans 9 % des cas (11,5 % pour les femmes vs 7,5 % pour les hommes).

➤ **Rapports sexuels contre argent, drogue ou avantages matériels**

L'information sur la prostitution a été recueillie auprès des participants qui ont répondu avoir eu des relations sexuelles durant les six derniers mois pour de l'argent, pour de la drogue ou pour des avantages matériels. Parmi les femmes, 40 % a répondu affirmativement à l'une de ces questions, ce pourcentage étant de 5 % pour les hommes.

Parmi les usagers déclarant des rapports de type prostitutionnels, quatre sur cinq déclarent avoir eu des relations pour de l'argent, 38 % pour de la drogue et 19 % pour des avantages matériels. Les hommes ont répondu plus souvent s'être prostitués pour des avantages matériels (38 % vs 13 %) tandis que les femmes rapportent plus souvent s'être prostituées pour de l'argent (89 % vs 53 %).

Les 144 participants qui déclarent s'être prostitués ont un âge moyen de 30 ans et sont principalement des femmes (72 %). Soixante dix sept pour-cent vivent seuls, 41 % ont des enfants et la majorité (64 %) n'ont pas de partenaire stable, 17 % déclarent avoir un travail et 57 % ont déjà été incarcérés.

Leur niveau d'études est comparable à celui du reste des participants (79 % ont un diplôme inférieur au BAC). Les usagers qui se prostituent ont plus souvent un logement précaire comparé au reste des participants (57 % vs 33 %, $p < 10^{-5}$) surtout dans le cas des hommes dont 71 % déclarent un logement précaire.

La proportion de ceux qui disent avoir eu des relations sexuelles pour de la drogue est plus élevée chez les consommateurs de cocaïne (50 % des consommateurs vs 28 % des non consommateurs) et de crack (63 % des consommateurs vs 29 % des non consommateurs). En revanche, ceux qui consomment du Subutex® se prostituent moins souvent pour de la drogue que ceux qui ne consomment pas de Subutex® (30 % vs 55 %).

Concernant les produits consommés dans le dernier mois, 54 % ont consommé de l'héroïne, 47 % de la cocaïne et

26 % du crack. Les femmes qui se prostituent sont plus souvent consommatrices de crack, de benzodiazépines et de méthadone que le reste des femmes interrogées. Chez les hommes, les résultats semblent aller dans le même sens mais leur petit nombre (40) ne permet pas de mettre en évidence une association significative. Après stratification par sexe, le crack est le produit qui reste plus fortement associé à la prostitution (Ratio de prévalence = 2 voir Annexe 3 tab. VII).

Dans ce groupe, les hommes ont principalement été contactés dans une boutique (45 %) tandis que les femmes l'ont été dans un Bus (80 %).

Le niveau de connaissance des statuts sérologiques vis-à-vis du VIH, VHB et VHC n'est pas influencé par le fait d'avoir ou pas des rapports sexuels prostitutionnels. Au sein du sous-groupe qui se sont prostitué, hommes et femmes ne différaient pas, aussi bien quant à la réalisation des tests qu'à leurs résultats pour chaque infection. Globalement, les personnes prostituées ne se distinguent pas des autres usagers.

Enfin, en ce qui concerne le recours aux soins, 22 % des usagers de ce sous-groupe ont eu recours aux institutions de soins sans avoir reçu un traitement de substitution alors que ce pourcentage était de 6 % chez le reste des participants.

IV-8 Prises de risques

Trois catégories d'exposition aux risques infectieux ont été définies chez les participants à partir des variables du questionnaire :

1. Prise de risques sexuels, déclinée en trois classes correspondant à des situations d'exposition de précision croissante :

- ne pas avoir utilisé systématiquement de préservatif pendant les 6 derniers mois, parmi ceux qui déclarent avoir eu des relations sexuelles (p=60 %)

Tableau 29 : Partage de seringue au cours du mois précédent l'enquête selon le type de PES fréquenté

Type de PES	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
Travail de rue	177	28,2	2,0	1,3 - 2,9
Bus	376	18,1	1,3	0,9 - 1,9
Lieu fixe	182	15,9	1,1	0,7 - 1,8
Boutique	230	14,3	Référence	
Ensemble PES	965	18,6		

- ne pas avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (p=45 %)
- ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport si l'un au moins des deux partenaires était VIH positif ou de statut inconnu

2. Prise de risque liée à la seringue, combinant prêt et emprunt pendant le dernier mois d'une seringue déjà utilisée. La prévalence de cette pratique est de 19 %

3. Prise de risques liés au matériel, incluant la reprise d'une seringue dans le container, ou l'utilisation commune du produit, de l'eau, de la cuiller et du coton pendant le dernier mois. La prévalence de cette pratique est de 70 %

> Partage de seringue

Le partage de la seringue était associé au type de PES (tab. 29) et à sa région d'implantation.

Le partage était plus fréquent chez les usagers rencontrés par les équipes de rue. Il l'était aussi davantage en Aquitaine, Rhône Alpes, PACA et Alsace (tab. 30).

Le partage de seringue était plus fréquent chez les usagers plus jeunes dont le début de la toxicomanie était postérieur à 1987, qui vivaient en couple, avaient plus de partenaires sexuels, ou avaient recours à la prostitution. Les variables caractérisant le niveau de vie ne sont pas associées au partage. Celui-ci n'est pas non plus lié au statut sérologique (tab. 31).

Tableau 30 : Partage de seringue au cours du mois précédent l'enquête selon la région d'implantation du PES fréquenté

Région des PES	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
Aquitaine	40	37,5	3,2	1,9 - 5,4
Rhône-Alpes	53	26,4	2,3	1,3 - 3,9
PACA	257	24,5	2,1	1,4 - 3,0
Alsace	52	23,1	2,0	1,1 - 3,2
Franche-Comté	15	20,0	1,7	0,6 - 5,0
Pays de Loire	10	20,0	1,7	0,5 - 6,2
Nord - Pas-de-Calais	60	16,4	1,4	0,7 - 2,7
Languedoc-Roussillon	101	14,9	1,3	0,7 - 2,2
Centre	26	15,4	1,3	0,5 - 3,4
Midi-Pyrénées	49	14,3	1,2	0,6 - 2,6
Ile-de-France	301	11,6	Référence	
Ensemble régions	965	18,6		

Tableau 31 : Partage de la seringue au cours du mois précédent l'enquête selon le profil de l'utilisateur

Variables liées à l'utilisateur	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
Début consommation				
Avant 1987	478	14,0	0,6	0,5 - 0,9
Après 1987	526	22,0		
Age				
≤ 25 ans	180	24,2	1,4	1,0 - 1,85
> 25 ans	791	17,6		
Mode de vie				
En couple	262	24,0		
Seul	671	16,0	0,6	0,5 - 0,8
Nombre partenaires sexuels dans les 6 derniers mois				
0	213	12,4	Référence	
1	435	19,0	1,6	1,0 - 2,4
Plus de 1	255	22,4	1,8	1,2 - 2,8
Ne sait pas	74	26,0	2,1	1,2 - 3,6
Prostitution				
Oui	144	26,5		
Non	860	17,4	0,7	0,6 - 0,9
Habitation*				
Stable	589	17,3	0,8	0,6 - 1,04
Précaire	324	22,0		
Niveau de scolarité*				
< Bac	736	19,0	1,11	0,7 - 1,76
= Bac	101	17,2	Référence	
> Bac	91	18,7	1,11	0,6 - 2,9
Statut sérologique				
VIH*				
Positif	169	16,0	Référence	
Négatif	657	19,0	1,2	0,8 - 1,7
Ne sait pas	28	21,5	1,3	0,6 - 2,9
VHC*				
Positif	468	20,3	1,3	0,9 - 1,8
Négatif	297	15,5	Référence	
Ne sait pas	56	19,6	1,4	0,7 - 2,3
VHB*				
Positif	158	14,1	Référence	
Négatif	560	19,3	1,4	0,9 - 2,1
Ne sait pas	58	19,0	1,36	0,7 - 2,6

* p>0,05

Concernant les liens avec le dispositif d'aide et de soins, le partage de seringue est associé aux modalités de prise en charge institutionnelle de l'utilisateur

(tab. 32) : ceux qui suivaient un traitement de substitution sans autre recours déclarent un niveau de partage plus faible.

Tableau 32 : Partage de la seringue au cours du mois précédent l'enquête selon le type de prise en charge

Type de prise en charge	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
Traitement de substitution seul	309	12,0	Référence	
Traitement de substitution + autre	357	20,0	1,7	1,2 - 2,4
Sevrage et/ou traitement résidentiel sans traitement de substitution	74	23,0	1,9	1,1 - 3,2
Tentative sans aide, sans autre recours	139	25,2	2,1	1,4 - 3,2
Aucun recours/aucune tentative	86	23,3	1,9	1,2 - 3,2

Le partage était plus rare chez les usagers qui fréquentaient le PES depuis peu (tab. 33).

Tableau 33 : Partage de la seringue au cours du mois précédent l'enquête selon l'ancienneté du contact avec le PES

Ancienneté du contact avec le PES	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
< 1 an	445	22	1,4	1,0 - 2,0
= 1 an	242	16	1,0	0,7 - 1,5
> 1 an	271	16	Référence	

Concernant les variables directement liées à l'usage (tab. 34), le partage croît avec le nombre d'injections ; il est également plus élevé chez les usagers de drogue qui consommaient de l'héroïne (25 % versus 13 %) ou de la cocaïne (23 % versus 14 %) comparés à ceux qui consommaient d'autres produits. De plus, le partage est associé au lieu de la dernière injection : il était plus important quand la consommation se déroulait en dehors du domicile privé.

Tableau 34 : Partage de la seringue au cours du mois précédent l'enquête selon les caractéristiques de l'usage

Caractéristiques liés à l'usage de drogue	N	Partage de seringue (%)	Ratio Prévalence	IC à 95 (%)
Nombres d'injections				
< 1 fois par jour	41	10,0	Référence	
1 fois par jour	160	14,4	1,5	0,5 - 4,0
2 - 4 fois par jour	495	21,0	2,1	0,8 - 5,5
> 4 fois par jour	156	22,4	2,3	0,9 - 6,1
Héroïne				
Oui	483	24,6		
Non	482	13,0	0,4	0,4 - 0,7
Cocaïne				
Oui	458	23,4		
Non	507	14,4	0,6	0,5 - 0,8
Lieu dernière injection				
Chez soi/parents	527	16,0	0,6	0,5 - 0,9
Hors de chez soi	409	22,7		

Tableau 35 : 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			
Héroïne			
Oui	1,9	1,2 - 2,8	0,004
Non			
Nombre d'injections			
< 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			
Non			
Oui	1,7	1,1 - 2,7	0,002
Nombre de partenaires sexuels dans les derniers 6 mois			
Aucun	Réf.		
1 partenaire	1,6	0,8 - 3,0	0,2
Plus de 1	2,0	1,1 - 3,8	0,3
Ne sait pas	3,4	1,4 - 8,4	0,007
Administration du questionnaire			
			LRS=14,3 P<0,001
Auto-questionnaire			
Aidé	1,5	0,9 - 2,6	0,1
Passé par membre PES	2,8	1,6 - 4,8	<0,001
Région			
			LRS=27,4 P<0,001
Alsace			
Aquitaine	2,3	0,8 - 7,1	0,1
Centre	0,4	0,1 - 2,4	0,3
Franche-Comté	0,9	0,2 - 5,3	0,9
Ile-de-France	0,4	0,2 - 1,1	0,1
Languedoc	0,6	0,2 - 1,6	0,3
Midi-Pyrénées	0,4	0,1 - 1,3	0,1
Nord - Pas-de-Calais	0,3	0,1 - 0,9	0,03
PACA	1,1	0,5 - 2,6	0,7
Pays de Loire	0,5	0,1 - 5,0	0,5
Rhône-Alpes	1,6	0,5 - 4,8	0,4

Après ajustement en analyse multivariée (tab. 35), seules quelques variables demeurent indépendamment associées au partage de la seringue. Ainsi, le partage était plus fréquent chez les consommateurs de cocaïne ou d'héroïne, chez les sujets vivant en couple, ainsi que chez ceux qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans les 6 derniers mois. Le partage était plus fréquent chez les usagers qui déclaraient s'injecter plus de 3 fois par jour. Quant au mode d'administration du questionnaire, les personnes pour lesquelles toutes les questions ont été posées par un membre de l'équipe, déclaraient plus souvent avoir partagé une seringue que celles qui avaient complété seules le questionnaire ou celles qui se sont faites aider. On ne retrouve ici aucune variable d'âge, d'ancienneté, de lieu d'injection ou de statut social.

➤ Mise en commun du reste du matériel d'injection

A l'exception de l'âge (76 % chez les moins de 26 ans contre 69 % chez les plus de 25 ans, $p=0,04$), aucune des variables

caractérisant l'individu n'est liée au partage du reste du matériel d'injection.

En ce qui concerne les caractéristiques directement liées à l'usage de drogue (tab. 36), les consommations d'héroïne, de cocaïne, de crack et de sulfate de morphine sont associées à un partage plus fréquent du matériel alors qu'on observe le contraire chez les consommateurs de Subutex®. Par ailleurs le partage était plus fréquent si l'injection se déroulait hors de chez soi (75 % versus 66 %). Le partage augmentait également avec le nombre d'injections. Contrairement à ce qu'on observe avec le partage de la seringue, le partage du reste du matériel était d'autant moins fréquent que le participant a été pleinement aidé pour remplir le questionnaire.

Après l'analyse de régression logistique (tab. 37), les variables qui restent associées de façon indépendante au partage du reste du matériel d'injection sont la consommation de cocaïne, d'héroïne ou du crack. De plus, quand les questions ont été posées par un membre de l'équipe le risque rapporté est plus faible.

Tableau 36 : Mise en commun du matériel selon les caractéristiques de l'usage

Caractéristiques liés à l'usage de drogue	Nombre de répondants	Proportion d'usagers (%) qui partagent le reste du matériel	Ratio de Prévalence	IC à 95 (%)
Héroïne				
Oui	503	61,0		
Non	501	79,0	0,77	0,71 - 0,84
Cocaïne				
Oui	476	59,0		
Non	528	82,0	0,72	0,7 - 0,78
Crack				
Oui	161	84,5		
Non	843	67,0	0,8	0,73 - 0,86
Sulfate de morphine				
Oui	243	81,0		
Non	761	66,4	0,82	0,76 - 0,9
Subutex®				
Oui	735	67,0	1,16	1 - 1,26
Non	269	77,7		
Lieu dernière injection				
Chez soi/parents	541	66,2	0,9	0,82 - 0,96
Hors de chez soi	432	75,0		
Nombre d'injections				
< 1 fois par jour	42	57,0	Référence	
1 fois par jour	164	64,0	1,12	0,84 - 1,5
2 - 4 fois par jour	512	73,2	1,30	0,98 - 1,67
> 4 fois par jour	168	78,6	1,38	1,05 - 1,81
Administration du questionnaire				
Auto-questionnaire	402	74,1	1,19	1,06 - 1,33
Aidé	307	71,3	1,14	1,01 - 1,28
Passé par membre PES	249	62,7	Référence	

Tableau 37 : Variables liées au partage du reste du matériel - résultats en régression logistique.

	OR	IC à 95 %	P
Héroïne			
Oui	2,2	1,6 - 3,0	< 0,001
Non	Réf.		
Cocaïne			
Oui	2,6	1,9 - 3,6	< 0,001
Non	Réf.		
Crack			
Oui	2,0	1,2 - 3,6	0,01
Non	Réf.		
Administration du questionnaire			LRS=12,9 P=0,002
Auto-questionnaire	Réf.		
Aidé	0,9	0,6 - 1,3	0,3
Passé par membre PES	0,5	0,4 - 0,8	< 0,001

> Utilisation du préservatif

L'information sur l'utilisation du préservatif pendant les six derniers mois a été recueillie selon cinq modalités de fréquence : jamais, parfois, souvent, toujours, ne sait pas. Ces catégories ont été regroupées pour définir la variable "utilisation systématique du préservatif" à deux classes : OUI pour les personnes qui ont déclaré toujours utiliser le préservatif, NON pour les autres. Ont été exclus de l'analyse sur le risque sexuel lors des 6 derniers mois, 85 participants ayant répondu aux questions sur l'utilisation du préservatif ou le nombre de partenaires

sexuels les six derniers mois mais qui ont dit ne pas avoir eu de relations sexuelles pendant cette période.

Quand on compare l'utilisation du préservatif lors des 6 derniers mois ou lors du dernier rapport, les réponses sont assez cohérentes : 96 % des personnes qui ont dit ne jamais utiliser un préservatif dans les derniers 6 mois ne l'ont pas utilisé lors du dernier rapport et 94 % de ceux qui disent l'avoir utilisé systématiquement, disent l'avoir utilisé lors du dernier rapport.

L'analyse multivariée n'a été réalisée que sur l'indicateur d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel sans tenir compte des statuts sérologiques des partenaires : trop de données manquant pour l'analyse des deux autres indicateurs de risque sexuel.

Les trois classes de risques sexuels définis sont associés aux caractéristiques du PES fréquenté : taille et type de la structure, et région d'implantation. Dans les petites structures l'utilisation du préservatif est moins fréquente que dans les grosses. En revanche, elle est plus fréquente parmi les usagers des bus comparé aux autres usagers. Par ailleurs, aucun de ces risques n'est associé avec la durée du contact avec le PES.

Les caractéristiques individuelles associées aux trois indicateurs de risque sont : vivre en couple et avoir un partenaire stable (tab. 38). Quant aux produits consommés, un seul est associé aux trois pratiques : il s'agit du crack dont les consommateurs ont plus souvent eu des rapports protégés que les non consommateurs.

Tableau 38 : Variables liées à la non utilisation du préservatif lors des derniers 6 mois et lors du dernier rapport sexuel
Caractéristiques liées à la structure

Variables	Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel				Non utilisation systématique du préservatif lors des six derniers mois				Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en tenant compte du statut sérologique des partenaires)*			
	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %
Taille structure												
Grosse	773	48,1	0,5	0,8-0,9	696	58,5	0,8	0,7-0,8	748	19,0	0,6	0,5-0,9
Petite	101	63,3			83	75,9			97	29,9		
Type de structure												
Boutique	208	55,3	1,3	1,0-1,5	181	58,6	1,0	0,9-1,2	201	23,4	1,7	1,2-2,5
Bus	350	43,1	Réf.		308	55,8	Réf.		342	15,5	Réf.	
Lieu fixe	160	54,4	1,3	1,0-1,5	146	65,1	1,2	1,0-1,4	155	21,3	1,3	1,2-2,4
Travail de rue	156	53,2	1,2	1,0-1,5	140	67,9	1,2	1,0-1,4	147	25,9	1,7	1,2-2,4
Durée contact avec PES												
< 1 an	400	49,0	1,4	1,2-1,7	233	58,3	1,1	1,0-1,3	383	20,4	1,2	0,8-1,6
= 1 an	222	50,9	Réf.		191	56,5	Réf.		215	17,6	Réf.	Réf.
> 1 an	247	50,2	1,0	0,8-1,2	214	58,4	1,0	0,9-1,2	242	22,7	1,3	0,9-1,9

* On a considéré comme exposition au risque les rapports non protégés entre séropositifs ou entre partenaires de statut différent ou inconnu. Cette exposition est rapportée à l'ensemble des répondants à la question sur le dernier rapport sexuel.

Tableau 39 : Variables liées à la non utilisation du préservatif lors des derniers 6 mois et lors du dernier rapport sexuel
Caractéristiques individuelles

Variables	Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel				Non utilisation systématique du préservatif lors des six derniers mois				Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en tenant compte du statut sérologique des partenaires)			
	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %
Administration du questionnaire												
Auto-questionnaire	350	50,9	1,0	0,9-1,2	320	61,6	1,0	0,9-1,2	338	24,3	1,8	1,3-2,6
Aidé	266	51,5	1,0	0,9-1,2	212	63,2	1,1	0,9-1,2	255	20,8	1,3	0,9-2,0
Administré	225	49,8	Réf.		209	59,9	Réf.		219	15,5	Réf.	
Sexe												
Homme	363	50,0	1,0	0,9-1,2	555	61,4	1,1	0,9-1,2	609	20,2	1,0	0,7-1,3
Femme	238	49,6			224	57,6			236	20,3		
Logement												
Stable	533	48,0	0,9	0,8-1,0	478	59,2	1,0	0,8-1,1	523	18,5	0,8	0,6-1,1
Précaire	297	53,9			254	62,2			278	23,0		
Age												
≤ 25 ans	164	63,4	1,3	1,2-1,6	159	74,2	1,3	1,2-1,5	156	26,7	1,3	0,9-1,8
> 25 ans	684	47,2			592	57,1			663	19,2		
Partenaire stable												
Oui	358	65,0	1,7	1,5-2,0	363	74,1	1,5	1,4-1,8	352	24,4	1,7	1,1-2,4
Non	424	30,9			332	47,6			4,8	16,4		
Prostitution												
Oui	139	31,7	0,6	0,5-0,8	638	64,1	1,5	1,2-1,8	138	15,9	0,8	0,5-1,1
Non	735	53,3			137	43,1			707	21,1		
Mode de vie												
Seul	569	40,8	0,6	0,5-0,6	478	50,0	0,6	0,6-0,8	548	17,3	0,6	0,5-0,8
Couple	243	73,6			248	8,8			241	27,0		
Travail												
Oui	168	58,9	1,2	1,0-1,4	161	64,0	1,1	0,9-1,2	160	25,0	1,3	0,9-1,8
Non	693	47,8			601	59,2			673	19,2		

Que l'on considère les rapports sexuels des six derniers mois ou le dernier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif est associée à l'âge, à la prostitution, au statut sérologique et à l'année de début de la consommation de drogue. La majorité (57 %) des personnes qui se prostituent déclare avoir utilisé systématiquement le préservatif tandis que cette pratique n'est retrouvée que chez 36 % du reste des participants. Parmi les personnes séropositives au VIH, 22 % n'ont pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel contre 56 % des séronégatifs et 54 % chez les répondants qui ne connaissaient pas leur statut sérologique. En ce qui concerne les six derniers mois, la non utilisation systématique du préservatif était de 75 % chez les individus de statut sérologique inconnu, de 64 % chez les séronégatifs et de 34 %

chez les séropositifs ($p < 10^{-9}$). Les rapports protégés étaient plus fréquents chez les participants qui ont plus de 25 ans et chez ceux qui ont commencé à consommer de la drogue avant 1987.

L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel était moins fréquente s'il s'agissait d'un partenaire régulier (62 % vs 29 %) ou d'un partenaire séronégatif pour le VIH (29 % vs 58 %). Le mode de passation du questionnaire n'est associé qu'à l'exposition aux risques au dernier rapport. Ce sont ceux qui ont répondu seuls ou qui ont été seulement aidés qui ont rapporté plus souvent cette non utilisation (24 % et 21 %) par rapport à ceux pour lesquels le questionnaire a été administré.

Tableau 40 : Variables liées à la non utilisation du préservatif lors des derniers 6 mois et lors du dernier rapport sexuel
Caractéristiques individuelles

Variables	Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel				Non utilisation systématique du préservatif lors des six derniers mois				Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en tenant compte du statut sérologique des partenaires)			
	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %
Niveau de scolarité												
< BAC	666	50,0	1,3	1,0-1,7	584	61,0	1,2	0,9-1,4	646	21,4	1,7	1,0-3,2
= BAC	93	37,6	Réf.		85	52,9	Réf.		91	12,1	Réf.	
> BAC	80	65,1	1,7	1,3-2,4	74	63,5	1,2	1,9-1,6	79	24,1	2,0	1,0-3,9
Enfants												
Oui	225	55,3	1,2	1,0-1,3	252	63,1	1,1	0,9-1,2	270	19,6		
Non	599	47,4			524	59,0			575	20,5	1,0	0,7-1,3
Statut sérologique												
VIH												
Positif	146	21,9	Réf.		126	34,1	Réf.		Le statut sérologique est pris en compte dans la définition de la variable expliquée			
Négatif	611	55,6	2,5	1,9-3,5	549	64,3	1,9	1,5-2,4				
NSP	24	54,2	2,5	1,5-4,0	20	75,0	1,7	1,0-2,7				
VHC												
Positif	426	47,2	1,0	0,7-1,3	370	62,2	1,1	0,9-1,3	414	19,1	1,5	1,0-2,1
Négatif	268	54,5	1,1	0,8-1,5	241	56,8	Réf.		262	13,0	Réf.	
NSP	51	49,0	Réf.		47	66,0	1,2	0,9-1,5	51	33,3	2,6	1,6-4,2
VHB												
Positif	134	42,5	Réf.		116	12,1	1,0	0,9-1,6	128	21,1	1,4	0,9-2,0
Négatif	519	52,2	1,2	1,0-1,5	460	60,0	Réf.		509	15,5	Réf.	
NSP	51	51,0	1,2	0,9-1,7	46	60,9	1,0	0,8-1,3	50	34,0	2,2	1,4-3,4

**Tableau 41 : Variables liées à la non utilisation du préservatif lors des derniers 6 mois et lors du dernier rapport sexuel
Produits consommés**

Variables	Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel				Non utilisation systématique du préservatif lors des six derniers mois				Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en tenant compte du statut sérologique des partenaires)			
	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %	N répondants	% de non utilisation du préservatif	Ratio de prévalence	IC à 95 %
Héroïne												
Oui	439	49,4	1,0	0,9-1,1	407	62,6	1,1	1,0-1,2	424	20,8	1,1	0,8-1,4
Non	435	50,3			372	57,8			421	19,7		
Cocaïne												
Oui	413	46,0	0,9	0,8-1,0	371	58,8	1,1	0,9-1,1	400	18,8	0,9	0,7-1,1
Non	461	53,4			405	61,7			445	21,6		
Crack												
Oui	136	38,2	0,7	0,6-0,9	132	49,2	0,8	0,7-0,9	132	13,6	0,6	0,4-1,0
Non	874	43,9			647	62,3			713	21,5		
Subutex®												
Oui	646	51,7	1,2	1,0-1,4	576	62,5	1,2	1,0-1,3	624	21,3	1,2	0,9-1,7
Non	228	44,7			203	54,2			221	17,2		
Oui	213	50,7	1,0	0,9-1,2	184	62,5	1,1	0,9-1,2	203	20,2	1,0	0,7-1,4
Non	661	49,6			594	59,7			602	20,2		
Méthadone												
Oui	128	46,1	0,9	0,8-1,1	116	57,8	1,0	0,8-1,8	125	20,8	1,0	0,7-1,5
Non	746	50,5			663	60,8			720	20,1		
Benzodiazépines												
Oui	418	50,5	1,0	0,9-1,2	362	61,6	1,0	0,9-1,2	404	18,1	0,8	0,6-1,7
Non	456	49,3			417	59,2			441	22,2		
Autres												
Oui	181	52,5	1,1	0,9-1,3	154	66,9	1,1	1,0-1,3	175	23,4	1,2	0,9-1,6
Non	693	49,2			625	58,7			670	19,4		
Date début consommation												
Avant 1987	408	44,1	0,8	0,7-0,9	351	94,1	0,8	0,7-0,9	395	19,0	0,9	0,7-1,2
Après 1987	466	54,9			428	65,4			450	21,3		

Tableau 42 : Variables liées à la non utilisation du 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			
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

* Sans tenir compte des statuts sérologiques des partenaires.

Les variables qui restent associées indépendamment des autres à la non utilisation du préservatif sont le niveau d'études, le fait de vivre en couple, d'être VIH négatif, d'ignorer le statut sérologique face au VIH et d'avoir un partenaire stable (tab. 42).

L'utilisation du préservatif était moins fréquente avec un partenaire stable dans le couple et si le répondant était séro-négatif pour le VIH. La relation avec le niveau d'étude n'est pas régulière, les sujets ayant le niveau du bac utilisaient plus souvent les préservatifs que ceux qui n'avaient pas atteint ce niveau d'étude et surtout que ceux qui avaient fait des études supérieures.

V. Discussion

L'étude décrit les caractéristiques des usagers des différents types de programme de réduction des risques distribuant des seringues, leurs pratiques d'injection et leurs comportements face au risque de transmission parentérale et sexuelle des infections virales. Ces données descriptives s'inscrivent dans un cadre général d'évaluation qui comporte d'autres éléments de type épidémiologique ou institutionnel (Lert et Emmanuelli, 1995) mais ne peuvent constituer à elles seules des éléments d'évaluation de l'efficacité des PES en termes d'accessibilité au matériel d'injection, de réduction des comportements exposant aux risques, ou en termes épidémiologiques. On s'efforcera ici de cerner la portée et les limites méthodologiques des informations recueillies, de confronter les résultats observés aux objectifs des PES, d'apprécier la spécificité des caractéristiques individuelles et des comportements des clients des programmes étudiés.

Dans de nombreux pays industrialisés, l'amélioration de l'accessibilité aux seringues a été considérée dans les années 80 comme une mesure indispensable de prévention de la diffusion de l'infection à VIH. Celle-ci repose sur la vente libre en pharmacie et sur des programmes de distribution gratuite au plus près de la consommation des produits. Ces deux mesures ne sont cependant pas adoptées partout : en Suède, par exemple, la prescription reste nécessaire et aux Etats-Unis elle est encore exigée dans de nombreux états tandis que les fonds fédéraux ne peuvent être alloués à des programmes distribuant des seringues. Les premiers PES ont été mis en place aux Pays-Bas en 1984, en Australie en 1986 et au Royaume Uni en 1987-8. En France, à l'exception du bus parisien de Médecins du Monde, les PES n'ont pris vraiment leur essor qu'à partir du milieu des années 90.

Dans la littérature (Drucker, 1998), les PES sont généralement décrits comme des programmes de prévention destinés aux usagers injecteurs et visant à agir sur les déterminants biologiques, comportementaux et sociaux de l'infection au VIH et aux hépatites.

Cependant les modes opératoires des programmes et leur place dans l'offre de seringues sont variables d'un pays à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même pays, modalités et variabilités qui ne sont en général pas documentées pour permettre des comparaisons. Ces notions doivent être gardées à l'esprit lorsque l'on fait référence aux résultats et aux analyses publiées dans la littérature internationale. Pour la France, le

recueil des modes opératoires des projets soutenus par des fonds publics est assuré par la DGS/division Sida mais n'a pas encore fait l'objet de publications. On ne dispose ici que de données factuelles sur la nature de l'activité (équipe de rue, bus, lieu fixe, échange intégré à des services d'assistance : boutique) et le lieu d'implantation. La couverture géographique est très hétérogène avec une sur-représentation des centres villes par rapport aux quartiers périphériques et aux banlieues des grandes métropoles.

V-1 Aspects méthodologiques

> Type d'étude

L'étude réalisée est une étude descriptive transversale portant sur les 4 types de service existant en France. On ne dispose pas de données comparables sur des individus fréquentant les mêmes zones géographiques et ne recourant pas à ce type de services. De plus, en dehors des caractéristiques démographiques et de certains indicateurs de risque, les données disponibles sur des populations d'injecteurs en France sont très disparates. L'enquête descriptive ANRS-IREP réalisée en 1995-6 (IREP, 1996), aborde les mêmes thèmes que notre étude et certaines comparaisons sont possibles. Il s'agit cependant d'une population dont la distinction avec la population interrogée ici est difficile à établir puisque certains sujets interrogés par l'IREP peuvent être aussi clients des PES.

Dans la littérature on trouve divers types d'études pour l'évaluation des PES : études sur l'implantation et le fonctionnement des services, études écologiques mettant en relation la prévalence de l'infection VIH et l'existence ou l'absence de PES, études sur les comportements de usagers fréquentant les structures, études portant sur l'évolution des comportements avant et après l'installation des programmes, enfin études de cohorte dans lesquelles l'incidence de la contamination par le VIH est étudiée en fonction de la fréquentation d'un PES. Par ailleurs, en écho aux préoccupations des autorités, principalement aux Etats-Unis, certaines études se sont attachées à étudier l'impact de l'implantation des PES sur la fréquence de l'usage de drogue ou de l'injection dans la population, certains redoutant que cette implantation ne soit un facteur favorisant le développement de l'usage de drogues injectables. L'étude la plus proche de nos travaux est certainement celle de l'Unité des programmes de prévention de l'Institut universitaire de Médecine Sociale et préventive suisse (Benninghoff, 1998). Transversale, menée en 1994, ses objectifs étaient de

caractériser les profils des clients fréquentant les PES suisses. Mais en Suisse, dans les cantons où existent des structures à bas seuil, celles-ci constituent la principale source d'approvisionnement en seringues et donc le recrutement des participants à l'étude peut-être plus représentatif des usagers de la zone géographique qu'en France, où même dans les zones où opèrent des PES, ils ne constituent qu'un appoint à l'offre officinale.

En terme de comparabilité méthodologique avec notre étude, on peut également citer celle de MacDonald (1997) réalisée une semaine donnée en Mars 1995 auprès des sujets recrutés au sein de 21 PES implantés sur l'ensemble des juridictions australiennes. Si on excepte le prélèvement de sang capillaire, les participants à l'enquête devaient, comme c'était le cas dans notre étude, remplir un questionnaire auto-administré portant sur les caractéristiques socio-démographiques, les consommations de produits et les prises de risques liées à l'injection et aux comportements sexuels.

Dans notre étude, la relation entre les déterminants et les comportements à risque doit être seulement considérée sous l'angle statistique. S'agissant d'une enquête transversale, les résultats ne décrivent que la fréquence des caractéristiques des personnes ayant participé à l'enquête au moment où l'étude a été conduite. Les associations identifiées entre les différentes variables n'ont pas de relation causale puisque la relation temporelle ne peut-être définie.

➤ **Echantillon**

La validité des résultats des enquêtes transversales dépend de la représentativité des participants. L'objectif de notre étude étant de décrire les usagers de drogue par voie intraveineuse fréquentant les PES, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population toxicomane dans son ensemble. En 1996, les PES représentaient 10 % du volume de seringues distribuées aux usagers de drogues ; la plupart des usagers s'approvisionnant dans des pharmacies (Emmanuelli, 1999). De plus la population interrogée ne comprend que des injecteurs. On ne peut donc pas considérer les clients de PES comme représentatifs de l'ensemble des usagers de drogue, ni de ceux utilisant la voie intraveineuse.

Les PES éligibles pour l'étude représentent 39 % de la totalité des PES recensés en France. Ceux qui ont été exclus distribuaient très peu de seringues au moment de l'étude, soit parce que la distribution n'était pas leur principale activité soit

parce que la demande en seringues y était trop faible, conditions d'activité qui rendaient difficile (voire impossible) le recrutement au sein de ces structures d'un nombre suffisant d'usagers de drogue par voie intraveineuse en une semaine.

La portée des résultats est également limitée par l'hétérogénéité des structures. Dans chaque ville, l'offre de matériel d'injection stérile est plus ou moins diversifiée (présence d'un plus ou moins grand nombre de pharmacies et/ou d'associations de réduction des risques et/ou de distributeurs automatiques) et, les PES, variables en nombre d'un endroit à l'autre (Paris compte 8 PES, les 7 autres départements d'Ile de France, 10 tandis que Lille en a 3), peuvent reposer sur des structures ayant des activités différentes selon qu'il s'agit d'un centre offrant une multitude de services ou d'un dispositif de simple contact et distribution de matériel. Les stratégies et les modes de fonctionnement sont propres à chaque structure et donc très hétérogènes. De plus, ils sont de taille très variée (pour les bus, le nombre de seringues distribuées par an varie de 1000 à plus de 340 000). Enfin, le taux de participation à l'étude dans les différents PES varie de 19 % à 100 %. Nous avons décrit les différentes variables en tenant compte de ces variations importantes des taux de participation (analyse pondérée). Toutefois, les fréquences et les moyennes pondérées ne différant pas des résultats bruts, les analyses bi- et multi-dimensionnelle ont été conduites sans tenir compte de la pondération.

Le taux de réponse de 50 % a sans doute affecté la représentativité de notre échantillon. Il n'a été possible de comparer répondants et non répondants qu'en termes de sexe et d'âge, seules variables systématiquement documentées sur le carnet de bord des passages de la semaine et aucune différence de cet ordre ne ressort de cette comparaison. Un biais de sélection peut cependant exister, les personnes ayant accepté de participer pouvant différer des non répondants en ce qui concerne les produits consommés, l'accès au soins, la durée de la toxicomanie, etc. A cet égard, on peut par exemple supposer que les sujets en traitement de substitution sont en meilleure condition générale, moins "cassés", plus en mesure de répondre au questionnaire et donc sur-représentés dans l'étude. De fait, parmi les 2027 sujets éligibles, 257 (17,6 %) n'ont pas été sollicités parce qu'ils étaient en manque ou sous l'emprise des produits et 657 autres (32,4 %) ont refusé de participer dont certains peut-être pour des raisons en rapport avec une indisponibilité physique et/ou psychique liée à leur mode de vie ou à leur consommation de produit.

Le choix de limiter le recueil de données à une seule semaine peut aussi constituer un biais de sélection, dans la mesure où les usagers ne fréquentant pas la structure pendant la semaine choisie, peuvent être différents des usagers entrés en contact avec l'équipe des PES au cours du déroulement de l'étude. Le choix d'une telle période pourrait ainsi sous-estimer les usagers qui n'utilisent que rarement les PES. Cependant, d'après les équipes des PES, la plupart des usagers passent au moins une fois par semaine dans la structure.

Le recrutement des participants réalisé au niveau des différents PES peut induire un 'effet centre': les sujets recrutés dans un même PES se ressemblent davantage entre eux qu'ils ne ressemblent à ceux d'autres centres. Le PES pouvant ainsi constituer un facteur de confusion, il peut exister une interaction entre le PES et les variables à étudier. Nous avons donc regroupé les différents types de programmes (boutique, bus, lieu fixe, travail de rue) en considérant que ces différentes catégories étaient plus homogènes. La variable 'type de PES' a été décrite et introduite dans les différentes analyses. Ce faisant, bien que nous avons pu en atténuer l'importance, nous n'avons pas fondamentalement tenu compte de "l'effet centre" dans la suite de nos analyses.

➤ Biais de réponse

On peut dans notre étude redouter un biais dans les réponses (biais de désirabilité) pour la consommation de produits et les comportements à risque puisque le recueil de données a eu lieu dans les programmes et a été conduit sur place par des membres des équipes. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un autoquestionnaire mais certains usagers ont dû être partiellement (32 %) ou totalement (26 %) aidés pour le remplir. Les biais dans la réponse sont ici impossibles à contrôler. De fait, on observe des associations entre certaines variables et le mode de passation du questionnaire. Toutefois, en analyse multidimensionnelle, le mode de passation a des effets contradictoires sur les différentes prises de risque (partage de la seringue et partage du reste de matériel) : les usagers ayant complété seuls le questionnaire déclarent plus souvent avoir partagé le matériel et moins souvent avoir partagé la seringue, alors que dans l'ensemble de l'échantillon, ces partages sont étroitement liés dans le même sens. Les questions sur les relations sexuelles, en particulier sur les relations contre de l'argent, de la drogue ou des avantages matériels, considérées a priori comme sensibles par les équipes responsables du recueil de données pour cette étude, ont globalement fait l'objet de réponses assez complètes. Ainsi, il n'est pas possible de conclure

quant à un potentiel biais d'information introduit par le mode de passation du questionnaire.

Cette question de la fiabilité des déclarations a été abordée dans diverses études. McElrath (1994) a suivi 366 usagers de drogue pendant deux ans tous les 6 mois et les a réinterrogés sur leurs pratiques pour évaluer la fiabilité des réponses et les biais de mémorisation. Il observe que les données sont fiables mais que la cohérence des réponses s'érousse avec le temps pour la fréquence d'injection, le partage de seringues, le nombre de partenaires ou l'utilisation du préservatif. Il recommande d'utiliser des repères biographiques, d'utiliser des questionnaires simples (peu de modalités de réponses aux questions) et une préparation minutieuse des enquêteurs. Dans une étude plus originale confrontant, pour le partage, la déclaration aux empreintes digitales trouvées sur les seringues rapportées aux PES, et pour le statut VIH, les déclarations au résultat du test sur le sang retrouvé dans ces mêmes seringues, la fiabilité des déclarations est apparue également bonne (Meyono, 1998). Des Jarlais (1999) a observé une sous-déclaration de certaines situations (homosexualité, revente des seringues, données par le PES, incarcération, revenus illégaux, prostitution, non-désinfection du site d'injection) en confrontant deux groupes d'usagers interrogés l'un par un entretien en face-à-face, l'autre par un système combinant écoute des questions à travers un casque et réponse sur ordinateur.

Dans notre enquête, la standardisation du questionnaire, sa simplicité, le fait que la plupart des informations portent sur une courte période récente, ainsi que la formation des enquêteurs devraient avoir minimisé le biais de désirabilité mais une sous-déclaration n'est pas à exclure.

Concernant le statut sérologique, il s'agit de résultats déclarés et non de résultats de tests réalisés au moment de l'enquête avec des techniques homogènes comme cela a été fait dans de nombreuses études étrangères. Les usagers de drogue sont un groupe qui se soumet régulièrement à des tests de dépistage pour le VIH ; pour le virus de l'hépatite C, le dépistage tend à s'améliorer avec une prise de conscience croissante de la part des médecins de l'importance du problème et de l'intérêt d'une prise en charge. Bello (1998) a confronté en 1996 les déclarations aux résultats des tests salivaires pour le VIH et le VHC. Les résultats sont plus fiables pour le VIH que pour le VHC (respectivement 96 % et 84 % d'accord). Il est possible que la situation se soit améliorée au cours des toutes dernières années compte tenu de l'information réalisée

sur l'infection à VHC tant auprès des professionnels que des usagers de drogue.

➤ **Choix des indicateurs**

Les indicateurs retenus portent sur le dernier mois pour le partage du matériel, la dernière injection et les 6 derniers mois pour le risque sexuel. Selon les études on peut trouver, pour les risques liés à l'injection, des risques se rapportant à la dernière année, aux 6 derniers mois, au dernier mois ou à la dernière semaine. Le choix du dernier mois a été fait par comparaison à d'autres études menées dans certains services d'échange de seringue en Suisse (BIPs à Genève par exemple) ; également pour favoriser la mémorisation en référence à une période courte et proche dans une population où la mise en commun reste encore fréquente. L'information sur la dernière injection a une valeur de validation et permet de recueillir une information plus détaillée pour connaître la fréquence de certains actes : nettoyage de la seringue, séquence achat de produit-acquisition de la seringue, devenir de la seringue après l'injection, lieu de l'injection etc. Pour la vie sexuelle, dans les enquêtes en population générale ou chez les homosexuels masculins, la période de référence est le plus souvent de 12 mois, compte tenu de la fréquence en principe assez faible des changements de partenaire et des prises de risque. La période de 6 mois utilisée ici tient compte de l'instabilité plus grande de la vie amoureuse des usagers et doit faciliter la mémorisation.

Concernant la nature des risques, on s'est limité ici en ce qui concerne la seringue à l'emprunt et au prêt sans tenir compte de notions comme le "front - ou le back-loading" dans la mesure où il n'existe pas en France de termes usuels pour ces pratiques qui auraient permis de poser des questions de façon fiable. Dans les études anglo-saxonnes, la fréquentation de "shooting galleries" est souvent documentée et apparaît comme un facteur de risque de partage du matériel. S'il existe peut-être en France des lieux collectifs avec un tenancier qui monnaie l'accès à un lieu et la mise à disposition du matériel, il semble plutôt que la consommation en groupe dans des lieux collectifs corresponde plutôt à l'appropriation transitoire d'espaces inoccupés, non appropriés ou semi-publics par un petit groupe d'usagers. Quant aux salles d'injection organisées pour permettre une injection dans des conditions optimales d'hygiène et de sécurité, telles qu'elles existent en Suisse, aux Pays-Bas ou en Australie, il n'en existe pas encore en France alors que plus d'une fois sur quatre la dernière injection a eu lieu dans la rue ou dans un espace semi-public.

➤ **Enquête exploratoire**

Cette étude descriptive, première enquête de cette envergure menée dans les PES français, s'est attachée à identifier de possibles associations afin de générer des hypothèses qui pourraient être testées ultérieurement. Cet objectif nous a conduit à réaliser un nombre élevé de tests statistiques ce qui augmente la probabilité de trouver des résultats statistiquement significatifs. Les associations observées doivent donc être interprétées avec prudence.

➤ **Analyse par région**

De nombreuses analyses des données suggèrent des différences entre régions notamment pour les produits consommés et certaines pratiques, surtout des pratiques à risque. Ces différences sont difficiles à interpréter car comme on l'a vu les programmes d'échange de seringue ne sont pas implantés de façon homogène sur le territoire. Trois régions sont représentées par moins de 30 individus. Compte tenu de cette absence de représentativité régionale, il apparaît hasardeux d'interpréter les différences entre les régions.

V-2 Principaux résultats

L'étude a été réalisée auprès de 4 types de structures dont les clientèles diffèrent quelque peu sans qu'on sache ce qui revient aux services offerts par la structure elle-même, à son lieu d'implantation, à l'existence d'une offre diversifiée dans la ville ou la région, au marché local des substances. Il ne se dégage pas de profil particulier d'usagers en fonction de la structure. Les boutiques dans lesquelles les usagers peuvent passer du temps accueillent une population plus souvent inactive, sans logement, sans partenaire stable avec moins de contacts avec les structures de soins, mais aussi moins touchées par les infections virales, qui ne se distinguent pas par des consommations de produits particulières. Les équipes de rue rencontrent plus d'hommes, ayant une consommation plus fréquente d'héroïne ou de cocaïne, plus isolés et ayant moins contact avec des services de soins.

➤ **Caractéristiques socio-démographiques des usagers de l'étude : les PES attirent-ils une population ayant un profil particulier ?**

Faute de données de référence, il n'est pas possible de définir la spécificité de ces usagers par rapport à la structure générale des usagers. De plus, hormis l'enquête 1997 de la DREES

(DREES, 1997), cette enquête constitue la première grande étude depuis la mise sur le marché du Subutex®.

Les clients des PES, de sexe masculin dans 75% des cas, ont un âge médian de 30 ans, 18,5 % ont moins de 25 ans et 19,5 % 35 ans ou plus. Cette structure par âge et sexe est proche de celle observée dans les centres d'hébergement en 1997-8 (Six, 1999) et dans la dernière enquête publiée sur les usagers pris en charge dans les services de soins spécialisés ou les établissements sanitaires (DREES, 1997) pour l'année 1997 au moins en ce qui concerne le sexe.

Les autres données publiées de cette dernière enquête sont difficilement comparables car elles incluent des usagers de cannabis plus jeunes et moins désinsérés. L'enquête de l'IREP menée fin 1995-96 retenait comme critère d'inclusion la consommation "active et actuelle" de drogues injectables, injectées ou non, échantillon recruté pour moitié dans la rue, pour moitié dans les centres de soins. On observe une répartition par sexe voisine dans les deux enquêtes (74 % d'hommes vs 72 % dans l'échantillon IREP), un âge moyen de deux ans supérieur dans notre étude (31 ans vs 29,1 ans). Le niveau d'étude apparaît assez voisin, 17 % ayant un niveau d'études correspondant au lycée ou post-baccalauréat dans l'échantillon IREP contre 21 % dans notre étude. La proportion d'individus ayant un logement personnel ou familial est identique (62 %). Concernant l'activité professionnelle, les catégories utilisées dans les deux enquêtes sont trop différentes pour comparer les résultats. Les allocataires du RMI sont plus nombreux dans notre étude (45 % vs 31 %) : ceci peut être interprété soit comme une différence dans la population étudiée soit comme un effet de l'évolution des prises en charge au cours desquelles les démarches de demande sont facilitées. La proportion de sujets professionnellement actifs est par ailleurs plus élevée dans l'enquête DREES que parmi les usagers des PES (29% vs 19%). Le pourcentage de personnes ayant été incarcérées sont voisines dans l'enquête IREP (58 %) et parmi les clients des PES français (62 %), tandis qu'elles sont plus importantes (68%) au sein de la population des PES suisses (Dubois-Arber, 1998). Les critères disponibles ne permettent pas d'identifier la spécificité de cette clientèle. Dans les études étrangères, on a observé en Amérique du Nord, que les usagers fréquentant les PES avaient des profils de plus grande précarité et de prise de risque accru (Bruneau, 1997 à Montréal, Archibald, 1998 à Vancouver ou Guldish, 1998, à San Francisco) alors que ce n'est pas le cas dans des études plus anciennes menées à Amsterdam (Hartgers, 1989) ou

en Angleterre (Stimson, 1988).

➤ **Fréquentation des services de soins spécialisés : les PES doivent prendre leur place dans un système de prise en charge globale**

Le schéma des services à bas seuil comme structures de première ligne ouvrant l'accès aux soins ne correspond pas à ce qui est observé dans notre étude. En effet, une proportion élevée de clients des PES ont eu une prise en charge pour leur toxicomanie dans les six derniers mois. L'utilisation des services de première ligne apparaît en quelque sorte complémentaire de ces prises en charge pour une population marginalisée.

Ceci est observé dans diverses autres études : en Suisse, par exemple, 45 % des usagers des services à bas seuil (Dubois-Arber, 1998) suivaient en 1994 et en 1996 un traitement de méthadone. Deux profils de consommateurs se distinguent dans l'étude suisse de Benninghoff (1998), le plus nombreux (79 %) constitué de sujets ayant gardé une certaine insertion sociale, l'autre très nettement défavorisé en terme de situation socio-économique, de comportement à risque, et d'accès aux soins (17 % vs 52 %). Cependant, bien qu'ils concluent au rôle capital joué par les PES dans la prévention du Sida, les auteurs ne se prononcent pas quant au renforcement éventuel des liens entre PES et structures de soins, particulièrement au regard de ce deuxième groupe d'usagers, certes minoritaires, mais très marginalisés.

Issus d'une cohorte d'usagers admis dans un programme de substitution aux opiacés de 1994 à 1998 à Baltimore, deux groupes d'usagers injecteurs ont été rétrospectivement constitués selon leur mode d'entrée en contact avec ce dispositif de soins spécialisés (Brooner, 1998). Comparativement aux usagers qui y avaient été adressés autrement, ceux qui venaient des PES étaient généralement plus âgés, plus souvent afro-américains, de sexe masculin et plus fréquemment sans travail. Bien que leur dépendance aux drogues ait été jugée plus sévère, ces usagers répondaient aussi bien que les autres aux traitements qui leur étaient proposés (diminution comparable de la consommation de drogue et des activités délictueuses) et leur taux de rétention en traitement était aussi satisfaisant, bien que plus faible (76 % vs 88 %). Pour les auteurs, ces résultats plaident incontestablement en faveur d'un renforcement de l'articulation entre les PES et les services d'accueil et de soins spécialisés.

Cependant, pour être consolidé ce lien doit déjà exister, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, une étude menée auprès des participants des PES de Glasgow (Morrison, 1997) fait apparaître la capacité des usagers à reconnaître leurs problèmes de santé liés à l'injection mais également, pour 75 % d'entre eux, leur difficulté ou leur réticence à les exprimer. Parmi les raisons évoquées, les auteurs parlent de la banalisation des dommages par les usagers ou de leur découragement à engager une démarche vue comme longue et fastidieuse. Forts de ces constatations, les auteurs insistent sur le potentiel d'éveil et de relance de l'équipe d'un PES vis-à-vis de leurs clients en ce qui concerne leurs problèmes de santé liés à l'injection ainsi que le rôle d'orientation et d'accompagnement de ces services de première ligne dans les démarches de soins médicaux.

Le dispositif des PES a donc un rôle à jouer au sein d'un système de prise en charge global.

➤ **Consommation des produits : une population marquée par la polytoxicomanie et un usage massif des médicaments de substitution.**

Deux traits caractérisent la consommation de produits par les répondants : l'importante consommation des traitements de substitution, dans un cadre thérapeutique ou non, et la polytoxicomanie. Les usagers interrogés consomment des produits illicites, des médicaments et de l'alcool. La consommation exclusive de substances illicites (autres que le cannabis) est exceptionnelle : elle ne concerne que 6,4 % des usagers ayant participé à l'étude tandis que 29 % ne consomment ni héroïne, ni cocaïne, ni crack. Les médicaments utilisés peuvent être classés en 3 groupes, les médicaments de substitution (Subutex® et méthadone), les opiacés (dérivés de sulfate de morphine) qui n'ont pas d'indication officielle de traitement de maintenance et les benzodiazépines et autres. Seuls 16 % des sujets ne consomment qu'un seul produit, le plus souvent un médicament (12 %).

La fréquence de la consommation des médicaments opiacés et de l'injection doit toujours être mise en perspective par rapport au cadre de l'étude qui a sélectionné les injecteurs fréquentant des services de réduction des risques. De plus il est possible que les usagers consommant des traitements de substitution aient davantage participé à l'étude puisqu'une des raisons principales de non participation (18 %) est d'être pressé, en manque ou sous l'effet des produits, situations qu'on peut supposer moins fréquentes chez

des individus recevant un traitement de substitution. Subutex® et sulfate de morphine sont très souvent injectés, près de la moitié (49 %) des consommateurs de ces produits les injectant chaque jour.

Cette consommation importante repose en grande partie sur des prescriptions faites à l'usager pour le Subutex® et les benzodiazépines. L'achat de rue est plus fréquent pour la méthadone et le sulfate de morphine qui sont des produits plus encadrés sur le plan réglementaire : le traitement de méthadone est beaucoup moins fréquent en France, il est pour une bonne partie délivré en centre de soins, en partie sous supervision infirmière ; de plus sa prescription pour les achats en pharmacie est limitée à 7 jours. Le sulfate de morphine n'a pas d'Autorisation de Mise sur le Marché dans l'indication de traitement de substitution et sa prescription est aussi limitée à 7 jours. Certains médecins continuent à le prescrire pour des personnes stabilisées avec ce produit ; on peut penser qu'il existe aussi des détournements de prescriptions.

Les usagers de Subutex® qui ne consomment pas de produits illicites tendent à être mieux insérés. Ils se font moins d'injection et s'injectent dans de meilleures conditions. Ils tendent aussi à consommer un peu moins d'autres produits. En quelque sorte la prise en charge avec le Subutex® est plus attractive ou mieux acceptée par une population ayant préservé une certaine insertion sociale. On peut aussi interpréter cette association comme un effet du traitement par le Subutex®, cependant la polytoxicomanie et la poursuite de la consommation d'héroïne et de cocaïne par une bonne partie des sujets est déterminante pour les prises de risque (cf plus loin).

Lorsqu'on se réfère aux données de l'enquête IREP (1996) portant sur les produits consommés au moment de l'enquête, on observe un important décalage dû en grande partie sans doute aux dates respectives des enquêtes : celle de l'IREP ayant été réalisée juste avant la mise sur le marché du Subutex®. Les usagers enquêtés dans les programmes d'échange de seringues se caractérisent par la consommation des médicaments de substitution (80 % et même 90 % si on inclut le sulfate de morphine contre 6 % dans l'enquête IREP), une plus forte consommation de benzodiazépines (la question était posée différemment, dans l'enquête PES, benzodiazépines incluant Rohypnol®, Tranxène® etc., 47 % ; Rohypnol® seulement dans l'enquête IREP, 8 %), une consommation de crack un peu supérieure (16 %

vs 12 %), et surtout, une consommation beaucoup moins fréquente d'héroïne (50 % vs 85 %) et une consommation plus forte de cocaïne (47,4 % vs 30 %). La part de ces différences liée à une différence de recrutement ne peut être appréciée. La place de la consommation d'héroïne et de cocaïne peut être mise en relation avec la transformation récente du marché des drogues illicites telles que les données de l'OCRTIS la mette en évidence, marquée par une baisse des interpellations pour usage et usage revente d'héroïne (baisse de 37 % en 1998 après une baisse de 19 % l'année précédente) et hausse pour la cocaïne (+ 25 % de 1996 à 97 et + 53 % l'année suivante) (OCRTIS, 1999).

Ces observations portent sur une population de sujets ayant recours à l'injection et fréquentant les structures à bas seuil, une grande partie (3 sur 4) ayant eu également accès aux traitements au cours des 6 derniers mois. Les sujets qui ont quitté la "scène" ou ont cessé de s'injecter ne sont pas, rappelons-le, représentés dans cette population. Les résultats ne peuvent donc être considérés comme une évaluation de l'impact des traitements de substitution.

La situation française en matière de produits consommés se distinguent de celles des autres pays compte tenu de la nature du produit utilisé (la buprénorphine sous forme de comprimés sublinguaux) et du faible encadrement d'une partie très importante des traitements de substitution (délivrance en pharmacie pour une longue période). Dans les autres pays, les enquêtes s'intéressent principalement à la consommation d'héroïne et de cocaïne. Dans son étude, Benninghoff observe que 63 % des sujets ont été des consommateurs réguliers d'héroïne au cours du dernier mois, 27 % de cocaïne et 30 % de cocktails associant ces deux produits ; 75 % sont des polyconsommateurs, ce qui rapproche cette population de celle enquêtée dans notre étude. Les différences concernant la place de l'héroïne et de la cocaïne peuvent tenir au décalage chronologique entre les deux études qui voit une diffusion croissante de la cocaïne.

➤ Dépistage et prévalence des infections (VIH, VHC, VHB)

L'objectif premier des PES est de réduire la transmission des infections virales, VIH et VHC principalement. Le protocole transversal de l'étude ne permet pas de contribuer à cette évaluation épidémiologique. La réalisation des tests de dépistage est liée aux conditions de vie, au type de recours aux soins et aux consommations de produits. La part de la popu-

lation de l'enquête PES connaissant son statut sérologique pour le VIH, VHC et VHB est respectivement de 92%, 86%, 84% contre 83% et 75% pour le VIH et le VHC dans la dernière enquête DRESS dans les centres de soins. Cette différence au moins pour le VHC pourrait tenir à l'antériorité de l'enquête DREES, le dépistage de l'hépatite C s'étant développé plus récemment, dans l'hypothèse selon laquelle une année avant l'enquête PES, le test de dépistage était plus fréquemment réalisé par les sujets les plus exposés. Dans ce cas, il n'est pas impossible d'observer, à l'instar de ce qui s'est passé pour le VIH, une diminution des taux de prévalence du VHC chez les UDIV dans les années à venir du fait d'une généralisation du dépistage aux usagers de drogue moins exposés.

Les prévalences déclarées de 19,2 % pour le VIH, de 58,4 % pour le VHC et de 20,8 % pour le VHB parmi les testés sont assez voisines de celles rapportées par la dernière enquête de Novembre comprises entre 16 et 18% pour le VIH, entre 62 et 70% pour le VHC (DRESS, 1997). La différence pour la prévalence du VHC peut tenir au modes d'estimation utilisée dans cette étude pour rendre compte des non testés. De plus elle peut aussi être liée à l'antériorité de cette enquête, les premiers testés étant les plus exposés. Plus généralement, les comparaisons avec d'autres données nationales est difficile car la représentativité nationale des différentes enquêtes par rapport à l'ensemble des injecteurs, celle-ci comprise, est très hétérogène. Pour le VIH, le niveau de la prévalence est plus élevé que celui relevé dans la population des centres de soins avec hébergement (à l'exclusion des appartements-relais thérapeutiques qui ne reçoivent que des personnes séropositives au VIH) qui est de 9 % au premier semestre 1998 (Six, 1999) ; il se situe dans l'ordre de grandeur des prévalences colligées par l'OFDT pour les années 1993 à 1997. Pour le VHC, les usagers des PES rapportent des prévalences qui correspondent à ces mêmes données mais se situent plutôt du côté des valeurs inférieures des estimations (OFDT, 1999). L'interprétation des données pour le VHB est plus délicate car on ne dispose d'aucune donnée sur les vaccinations.

Dans l'étude, l'information sur le statut sérologique est étudiée comme déterminant des comportements à risque en matière d'injection et dans les relations sexuelles. Dans une population qui s'injecte en moyenne depuis 10 ans, période marquée par une grande évolution des comportements (Ingold, 1989, 1992, IREP, 1996), il n'apparaît pas raisonnable d'étudier de façon transversale la relation entre caractéristiques individuelles et comportements d'une part, statuts sérologiques d'autre part.

On observe chez les usagers jeunes (moins de 25 ans) ou récemment injecteurs (2 ans ou moins) que les taux de prévalence pour le VHC sont respectivement de 49,3 % et de 25 % tandis que pour le VIH ces taux sont de 7,6 % et 6,6 % (l'âge n'influence pas le recours au dépistage). Ainsi dans cette population très particulière de jeunes usagers les taux sont élevés sans atteindre les taux observés dans la littérature au cours des premières années d'injection (Garfein, 1996, 1998, Alter, 1998). Cependant en Grande-Bretagne, dans une étude menée en 1997-8, Hickman rapporte un taux de prévalence de l'ordre de 30 % parmi des usagers sans contact avec des structures de soins, et de l'ordre de 6 à 7 % parmi les moins de 25 ans (Hickman, 1999). Il est possible qu'au cours des années les plus récentes, la prise de conscience de la question de l'hépatite C ait transformé les pratiques des nouveaux usagers.

➤ **Risques liés à l'usage de drogue : la persistance des prises de risque**

Dans la population interrogée, les usagers ont presque tous recours quotidiennement à l'injection ; le nombre moyen d'injections augmentant avec la précarité des conditions de vie et dépendant des produits consommés, plus faible en cas d'utilisation de Subutex® et de benzodiazépines, plus élevé chez ceux qui consomment du crack. Environ un tiers des usagers ont effectué leur dernière injection en dehors d'un domicile privé.

Malgré une meilleure accessibilité, la réutilisation des seringues est rapportée par près d'un usagers sur deux. L'accent a été mis dans les messages de prévention sur l'utilisation personnelle de la seringue mais on peut craindre que de seringues conservées pour une réutilisation soient plus susceptibles d'être réutilisées par un tiers. Par rapport à l'enquête de l'IREP, on observe ici un taux plus faible de réutilisation : 45,5 % contre 75 %. Dans d'autres pays, la distribution des seringues sous forme d'échange a pour objectif de réduire le temps de circulation des seringues souillées (Drucker, 1998). En France, la distribution sans échange est la modalité la plus souvent adoptée par les équipes afin d'améliorer l'accessibilité du matériel.

Le prêt et l'emprunt d'une seringue usagée ont concerné respectivement 15 % et 10 % des répondants, conduisant à un pourcentage de 18 % d'usagers ayant partagé une seringue au cours du dernier mois. Les informations sur le dernier emprunt montrent qu'il correspond soit à des circonstances (être en manque, sans argent, pressé, pharmacie fermée etc.), soit à

une certaine assurance quant à l'absence de risque de la part de la personne ayant utilisé la seringue précédemment (partenaire ou ami) ou en raison du nettoyage de la seringue, effectué dans la moitié des cas. Celui-ci cependant est le plus souvent un nettoyage à l'eau ou à l'eau bouillante : parmi les 15 personnes déclarant avoir nettoyé une seringue empruntée à la dernière injection, 4 seulement avaient utilisé l'eau de Javel ; ce qui montre bien les limites du nettoyage et des messages concernant la désinfection à l'eau de Javel qui exige à la fois le nettoyage et la désinfection. Le taux de partage de la seringue est nettement plus élevé que dans l'étude suisse qui rapporte un taux de 9 % pour une période de référence de 6 mois (Benninghoff, 1998).

La mise en commun du matériel (cuiller, eau, filtre, produit) reste courante, pratiquée par une proportion importante d'usagers, 70 %, et ceci "souvent". Les questions posées se recoupent car elles correspondent à des pratiques qui se combinent (eau et cuiller en commun par exemple). On a trouvé des niveaux similaires aux Etats-Unis (McCoy, 1998). Par rapport à l'enquête IREP, la mise en commun du matériel apparaît moins fréquente si on considère d'une part la période de référence (le dernier mois dans cette étude, la dernière semaine dans l'enquête IREP). Ainsi le produit est mis en commun par 54 % des répondants de 1998 et par 70 % des usagers interrogés par l'IREP ; ces chiffres sont de 40 % et 59 % pour la cuiller, de 31 % et 51 % pour le coton. La réutilisation d'une seringue placée dans un container de sécurité pour être rapportée au programme d'échange de seringue a concerné 13 % des répondants alors qu'on peut penser qu'une petite proportion seulement dispose de ce type de matériel. Le "doseur" utilisé pour fumer le crack, souvent en verre, est partagé par plus de la moitié des consommateurs : cette pratique peut être dangereuse lorsque le doseur étant ébréché, il est susceptible de blesser les lèvres et de favoriser la transmission des infections virales.

Les risques de partage des matériels se cumulent car ceux qui partagent les seringues, partagent aussi plus souvent le matériel, réutilisent plus fréquemment leur seringue ou emploient des seringues extraites du container.

En analyse multidimensionnelle, le partage de seringue apparaît associé aux produits consommés, au nombre quotidien d'injections, à la vie amoureuse et sexuelle, et au mode de passation du questionnaire. Pour la mise en commun du matériel, seuls sont associés au risque les produits et le mode de passation du questionnaire. Dans cette population sélectionnée

par son recours aux PES, les facteurs individuels, facteurs sociaux inclus ne sont pas associés à ces risques, pas plus que le lieu de la dernière injection.

Concernant le mode de passation, comme on l'a vu, l'interprétation est difficile car les résultats sont contraires : pour la seringue, le risque rapporté est accru en cas d'administration du questionnaire par un membre de l'équipe, pour le matériel c'est l'inverse : c'est pour l'autoquestionnaire que le risque de partage est le plus élevé. Cette observation écarte l'hypothèse d'un biais de désirabilité de la réponse mais est impossible à interpréter dans le contexte de l'étude.

L'association aux produits consommés est un résultat particulier au contexte français. En effet, dans une situation où le Subutex® est le produit le plus consommé (73 % des répondants), ceux qui continuent à consommer des produits illicites sont plus exposés au partage de la seringue et du matériel ; les Odds ratio associant risques et produits (héroïne, cocaïne, et crack pour le partage du matériel seulement) étant légèrement inférieurs à 2 pour la seringue et un peu plus élevés pour le matériel. Dans la liste des pratiques de mise en commun, c'est le partage du produit qui vient au premier rang, pratiqué par 54 % des répondants. Ceci peut être mis en relation dans une population plutôt démunie à un achat en commun des produits qui sont ensuite partagés après la préparation. On retrouve dans d'autres études l'association du partage avec la consommation de cocaïne qui augmente le nombre d'injections et déstabilise les comportements.

Pour le partage de la seringue, on observe une association avec la vie de couple et le nombre de partenaires : dans un couple, il est plus fréquent (OR : 1,7, IC 1,1-2,7) ce qui va dans le sens de l'emprunt au partenaire sexuel dans près d'un cas sur deux. Par contre, dans cette analyse le sexe n'apparaît pas lié au partage de la seringue alors que la dépendance des femmes à l'égard de leur partenaire pour l'approvisionnement en produit et en seringue a été observée dans certaines études (Barnard, 1993, Vidal-Trécan, 1998). Les multipartenaires et ceux qui ne peuvent pas rapporter le nombre de leurs partenaires au cours des 6 derniers mois sont aussi plus à risque de partager leur seringue. Il existerait en quelque sorte deux types de contexte : la confiance au sein du couple et une fragilité plus globale associée au multipartenariat. Le fait que la mise en commun du matériel soit très fréquente dans la population étudiée peut expliquer que l'on ne retrouve pas de relation entre cette pratique et la vie de couple.

On ne retrouve pas de liaison avec le sexe, l'âge, la précarité des conditions de vie ou les statuts sérologiques (VIH, VHB, VHC). Dans une étude multicentrique européenne menée en 1990, la connaissance du statut sérologique à l'égard du VIH influençait pour une part les pratiques de protection en matière d'injection (Désenclos, 1993). L'absence de rôle déterminant du statut sérologique sur les pratiques de partage aujourd'hui peut être considérée comme le résultat d'une évolution qui a fait du non partage des seringues une norme d'autant mieux respectée qu'elles sont facilement accessibles. Le risque demeure cependant comme le montre la persistance d'un niveau non négligeable de partage, justifié par les usagers par les circonstances ou la confiance. Cette norme n'existe pas encore pour la mise en commun du matériel, elle devrait cependant se forger grâce à un effort entrepris depuis quelques années par les campagnes ciblées et les acteurs de terrain.

On observe cependant si on se réfère à la comparaison avec les données de l'IREP pour 1995-96, un certain progrès dans la baisse de la réutilisation des seringues et la mise en commun du matériel.

➤ **Vie affective et sexuelle : des stratégies de protection proches de celles de la population générale mais des risques accrus par le niveau de la prévalence de l'infection VIH.**

La vie affective et sexuelle est caractérisée dans l'enquête par plusieurs variables : vivre en couple, avoir un partenaire stable depuis plus de 6 mois, l'activité sexuelle et le nombre de partenaires dans les 6 derniers mois, les caractéristiques du dernier partenaire, l'utilisation du préservatif ainsi que les rapports sexuels monnayés.

La comparaison avec les données de l'enquête ACSF (Analyse des comportements sexuels en France) est difficile car de nombreuses données de cette enquête sont publiées pour l'ensemble des 18-69 ans alors que les répondants de notre enquête sont en moyenne beaucoup plus jeunes (30 ans environ). Rappelons que la trentaine, selon les résultats de l'enquête ACSF, est l'âge où l'activité sexuelle (définie par le fait d'avoir des rapports sexuels dans les 12 derniers mois) est maximum (Spira, 1993).

Une majorité des répondants vivent seuls et n'ont pas de partenaire stable ; cette situation d'isolement affectif est plus marquée pour les hommes. On ne dispose pas de données comparables pour une population de même âge mais il semble

que cette situation soit plus fréquente qu'en population générale. En ce qui concerne l'activité sexuelle, les femmes rapportent une activité sexuelle voisine de celle des femmes de la population générale, tandis que les hommes ont une activité sexuelle moins importante. Ainsi alors qu'en population générale, l'activité sexuelle est plus importante chez les hommes, c'est l'inverse parmi les répondants. Par contre, le fait d'avoir plusieurs partenaires est plus fréquent parmi les usagers des PES déclarant une activité sexuelle que dans la population générale à âge comparable. Ceci est aussi attesté par le type de partenaire au dernier rapport sexuel : dans notre étude, 70 % des répondants rapportent qu'il s'agissait d'un partenaire régulier alors que dans l'enquête ACSF aux âges correspondants (20 à 39 ans) 76 à 97 % des hommes et 80 à 96 % des femmes ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier ou cohabitant. Ainsi comparés à la population générale, les usagers des PES ont une vie affective et sexuelle plus réduite mais avec plus de multipartenaires lorsqu'ils ont une activité sexuelle. On ne dispose pas dans notre étude d'informations sur la fréquence des rapports sexuels qui peut être affectée par la consommation de drogues. On n'observe ici aucune association entre activité sexuelle (au sens très large) et produits consommés. Le recours à la prostitution est une caractéristique spécifique de cette population qui tient sans doute en partie à la présence des services d'échange de seringues, bus en particulier, sur les sites de prostitution.

L'analyse multidimensionnelle montre que la non utilisation du préservatif est particulièrement marquée dans les couples ou avec un partenaire stable, quand le sujet index est séro-négatif pour le VIH ou ne connaît pas son statut, et pour les individus ayant fait des études supérieures. Cette dernière notion n'est pas retrouvée en population générale. On observe plutôt une relation inverse chez les homosexuels masculins. Par contre, la logique de protection en dehors de la relation de couple, et d'une façon générale quand la relation est investie affectivement, est commune à l'ensemble de la population et est retrouvée dans des études menées auprès d'usagers de drogue dans d'autres pays (Watkins, 1993).

Les données sur l'utilisation du préservatif ne peuvent être directement comparées à la population générale en raison de la fréquence de l'infection par le VIH chez les usagers de drogue qui est un des déterminants de la protection parmi les répondants des PES. Là encore les usagers de drogue se différencient des homosexuels masculins, puisque parmi ceux-ci ce sont les séropositifs qui se sont le plus exposés au cours des 12 derniers mois (OR : 1,8) (Adam, 1999). Cette

comparaison doit rester prudente car le contexte de l'activité sexuelle est très différent et l'indicateur utilisé est défini dans l'enquête 'presse gay' par 'au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de statut différent ou inconnu dans

les 12 derniers mois'. Au dernier rapport sexuel, 40 % des usagers avaient utilisé le préservatif contre 19 % des hommes et 15 % des femmes dans la population générale selon les résultats de l'enquête CAP menée en 1998 (ORS-IDF, 1999). Le taux d'utilisation au dernier rapport est proche parmi les usagers des PES de celui rapporté par les clients des services à bas seuil suisses (46 %) (Benninghoff, 1998).

Au dernier rapport sexuel, 20 % des sujets se sont exposés à un risque de transmission dans entre partenaires séropositifs, de statuts sérodifférents ou inconnu pour le VIH. Chez les homosexuels masculins, la non utilisation du préservatif pour les pénétrations anales dans les couples séro-différents au dernier rapport est rapporté par 14 % des hommes (Adam, 1999). Les études qualitatives menées auprès des personnes séropositives quel que soit le mode de transmission ont montré les difficultés de la confrontation au risque de transmettre la maladie, difficultés qui ne sont jamais définitivement surmontées et affectent la vie affective et la sexualité (ANRS, 1999).

L'utilisation du préservatif n'est pas affectée par le type de produits consommés.

Parmi les répondants, les comportements de prévention vis-à-vis de l'injection et de la transmission sexuelle sont indépendants. Ainsi les personnes qui se sentent protégées dans leurs relations sexuelles peuvent introduire une infection par la transmission parentérale : par exemple, parmi les 236 répondants se déclarant négatifs vis-à-vis du VIH ayant eu un dernier rapport non protégé avec un partenaire également négatif, 22 (9 %) ont emprunté une seringue pendant le mois de mars.

Le risque de transmission sexuelle reste donc important dans cette population. Malgré des stratégies communes à celle de la population générale face à la transmission sexuelle du VIH, le niveau de la prévalence crée pour les usagers de drogue un contexte de risque accru dans une vie affective plus précaire comme le montrent nos résultats. Les programmes d'échange de seringue mettent gratuitement des préservatifs à la disposition des usagers, avec une présence plus soutenue sur les lieux de prostitution. Néanmoins ce sont les relations "privées" qui posent le plus de problème en terme de risque

(Serre, 1998). Les dimensions particulières de la vie affective et sexuelle des usagers de drogue sont rarement envisagées alors même que son articulation avec l'usage de drogue est en cause aux diverses étapes de la toxicomanie : couples d'usagers, mise à l'épreuve du couple quand l'un s'engage dans un traitement, demande de prise en charge lors de la rencontre avec un nouveau partenaire, désir d'enfant, violences etc. Les acteurs du soin et de la prévention restent réticents à intervenir dans la domaine de la vie sexuelle par peur de faire effraction dans la vie intime et de mettre en danger la relation de soin.

➤ **Passé carcéral, injection en prison et prévalence des infections virales : la nécessité de renforcer les mesures de réduction des risques en prison**

Parmi les répondants de l'enquête, 12 % de l'ensemble et 19 % de ceux qui ont été incarcérés rapportent l'expérience de l'injection en prison. Cette situation est associée à des caractéristiques individuelles d'une gravité accrue de la toxicomanie alors que la situation sociale n'apparaît pas différente de celle des autres répondants : début plus précoce de la consommation des différents produits et de l'injection, consommations plus fréquentes des produits illicites. On observe aussi des prévalences accrues des infections VIH, VHC et VHB chez ceux qui se sont injectés des produits en prison et ceci après prise en compte de l'âge. Ces résultats renforcent la nécessité d'une prise en charge de la toxicomanie en prison alors que l'on sait que les seringues ne sont pas accessibles, que la distribution de l'eau de Javel reste limitée et l'application des dispositions sur la poursuite et l'initiation des traitements de substitution en prison lacunaire (Tortay, 1999).

VI. Conclusion

En dépit des changements accomplis tant par les usagers de

drogue que par les institutions et les professionnels, la diffusion du virus VIH et des hépatites reste une préoccupation majeure, compte tenu du niveau des prévalences et de la persistance de pratiques à risque.

La contamination précoce et importante des usagers de drogue par le VHC, observée tant en France que dans les autres pays, pousse à chercher le contact avec les jeunes usagers d'opiacés au moment où ils expérimentent l'injection, et même avant (Stradhee, 1998). En particulier, la prévention de l'injection devrait désormais constituer un volet complémentaire dans les stratégies communautaire de la réduction des risques comme le recommandent certains auteurs (Stimson, 1997, Van Ameijden, 1998). Les résultats confirment que ces usagers ne fréquentent pas ou très peu les PES pourtant destinés à constituer un service de première ligne facilement accessible, pas plus en France comme le montrent les informations recueillies que dans les autres pays (Hartgers, 1989, Stimson, 1993, Guydish, 1998). Des pratiques innovantes doivent donc être mises en place en utilisant le travail communautaire ou des institutions ou peut-être des dispositifs non étiquetés "toxicomanie". Cependant, s'il est nécessaire d'améliorer la prévention auprès des jeunes usagers de drogues, il faut veiller à ce que leur attraction dans les PES ne les mettent pas en contact avec des réseaux sociaux à haut risque (Bruneau, 1997).

La diffusion du VHC parmi les jeunes/nouveaux usagers apparaît moins rapide que ne le laissaient redouter les études antérieures menées dans d'autres pays. Ceci peut rendre compte de l'impact sur les pratiques d'une prise de conscience récente de la question de l'hépatite C. Cette modification des comportements des nouveaux usagers, conjuguée à l'évolution récente des consommations dans le sens d'une polytoxicomanie associant produits licites et illicites, psychostimulants et substances analgésiques, définit sans doute une nouvelle génération. Cette évolution doit être prise en compte dans la poursuite des actions de réduction de risques qui sont en grande partie fondées sur la figure de l'héroïnomanie. Les niveaux de risque en ce qui concerne le partage ou la mise en commun du matériel restent préoccupants malgré les évolutions favorables que permettent imparfaitement d'apprécier la comparaison des données dans le temps. Si au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, pays où les stratégies de réduction des risques sont les plus anciennement et largement implantées, le niveau des comportements à risque semble avoir atteint un palier au début des années 90 (Hunter, 1995, Van Ameijden, 1998), l'étude suisse montre une évolution de 1992 à 1994 (Benninghoff,

1998) et on peut considérer qu'en France on peut encore espérer une réduction des pratiques à risque en matière d'injection. Le message sur l'usage "personnel" du matériel doit progressivement céder le pas à un message sur l'usage "unique" de la seringue et si possible du matériel. Les motifs de mise en commun n'ont pas seulement à voir avec la disponibilité des seringues mais aussi avec les pratiques autour de l'achat ou de la consommation des produits, qui relèvent parfois de contraintes économiques (achat en commun du produit) parfois de formes de convivialité (Bourgeois, 1997). L'action des PES pour la diffusion du matériel d'injection, renforçant l'offre des officines, doit donc s'accompagner d'un travail communautaire plus large s'attachant aux conditions de vie des consommateurs.

L'action des PES ne peut suffire à prévenir efficacement les situations à risque, comme cela a été observé à Vancouver (5), où un pic épidémique de séroconversions VIH s'est produit malgré une activité importante du PES. Dans des populations précarisées et cumulant des risques multiples, leur action doit se conjuguer à l'accès aux soins et aux services sociaux pour agir sur le contexte et réduire les situations à risque.

Une approche intégrée des conditions et des limites d'efficacité (Emmanueli, 1999) peut ainsi amener à penser que, même protecteurs vis-à-vis du VIH, les PES doivent ne constituer localement qu'une alternative possible à la réduction des risques pour s'appuyer sur d'autres formes d'intervention communautaire (travail des pairs pour informer et sensibiliser les jeunes UDIV). Dans cette perspective, il est également nécessaire d'identifier les lieux types, les services et les individus au contact des jeunes usagers de drogues commençant à s'injecter des produits ou considérés à risque de le faire pour décrire la nature de ces contacts, documenter les circonstances de l'initiation et étudier les stratégies d'accès à cette population.

Dans cette population où la prévalence de l'infection VIH est très élevée, tant les risques de transmission par la seringue que les risques sexuels sont très liés à la vie affective et sexuelle, marquée par le double contexte de la confiance et de l'instabilité. Comme cela a été souligné depuis plusieurs années (Lert, 1995), cette dimension de la prévention reste, en France comme ailleurs (Dubois-Arber, 1998) insuffisamment développée, et son importance sous-estimée, dans les actions en direction des usagers de drogue. La diffusion rapide des traitements de substitution depuis 1996 complète l'accessibilité du matériel d'injection dans la stratégie de réduction des risques. Il s'agit bien avec ces mesures de s'adresser à des individus qui poursuivent des usages et des comportements de "toxicomanes". Comme cela est également observé en Suisse (Dubois-Arber, 1998), ils recourent

simultanément aux services de distribution de seringues et aux services offrant des traitements qui constituent un système global de soins. Cette complémentarité des services, considérée comme indispensable à l'efficacité des stratégies sanitaires en direction des usagers de drogue devrait être sans doute renforcée avec une prise en compte accrue des questions de prévention par les professionnels intervenant sur le versant des traitements et des prises en charge somatiques, qui le plus souvent ne les abordent pas comme c'est aussi le cas des médecins qui suivent les patients infectés par le VIH/sida (ANRS, 1999). Dans cette perspective, il est aussi nécessaire de s'interroger sur la qualité des prises en charge thérapeutiques (adaptation de la buprénorphine en terme de délivrance et de posologie adaptée, pluridisciplinarité, etc.)

Enfin, les informations apportées par l'étude mettent en évidence une évolution des consommations qui, pour ce segment de la population d'usagers, se caractérisent par une forte utilisation des médicaments et la polytoxicomanie. Cette observation s'inscrit dans un contexte plus général de diversification des produits consommés (OFDT, 1999, EMCDDA, 1998) qui doit susciter une vigilance constante sur les tendances et les phénomènes nouveaux. La spécificité de la situation française constituée par la consommation et l'injection du Subutex® suggère de développer des travaux sur l'impact de ces pratiques sur les indicateurs sanitaires (mortalité, risques de transmission virale, etc.) et les pratiques et les contextes d'usage. Les risques générés par une offre et un usage accrus de la cocaïne qui apparaissent en France, de façon encore moins prononcée que dans d'autres pays, incitent à mettre en place les moyens d'anticiper une possible déstabilisation des comportements de prévention encore fragiles.

De manière plus générale, la reconduction régulière des enquêtes auprès des consommateurs de drogues pour surveiller l'évolution des comportements de consommation, des prises de risques et de leur contexte reste nécessaire. La difficulté de les réaliser auprès d'échantillons représentatifs doit être compensée par une définition claire des populations étudiées et une standardisation optimale des informations recueillies de façon à favoriser la complémentarité et la comparabilité des résultats.

Références Bibliographiques

- [1] Adam, P., Delmas, M-C., Brunet, J-B. (1999) Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay. De l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective. In ANRS (1999) Séropositivité, sexualité, risque de transmission du VIH. Coll. Sciences Sociales et Sida (à paraître).
- [2] Alter, MJ, and Moyer, LA. (1998) The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18, Suppl.1, S6-S10.
- [3] ANRS (1999) Séropositivité, sexualité, risque de transmission du VIH. Coll. Sciences Sociales et Sida (à paraître).
- [4] Archibald, CP., Ofner, M, Strathdee, SA., Patrick, DM., Sutherland, D., Rekart, ML., Schechter, MT., O'Shaughnessy, MV. (1998) Factors associated with frequent needle exchange program attendance in injection drug users in Vancouver, Canada *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* Feb 1;17(2):160-6.
- [5] Barnard, M.A. (1993) Needle sharing in context : patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks. *Addiction*;88:805-812.
- [6] Benninghoff, P., Gervasoni, JP., Spencer, B, Dubois-Darber, F. (1998) Characteristics of attenders of low-threshold syringe-exchange centres in Switzerland. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 46, 205-217.
- [7] Bello, P-Y., Pasquier, C., Gourney, P. et le GREATT (1998) Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification de facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse. *BEH*, 20:81-83.
- [8] Bourgois, P., Lettiere, M. and Quesada, J. (1997) Social misery and the sanctions of substance abuse : confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco. *Social Problems* 44, 155-173.
- [9] Brooner, R., Kidorf, M., King, V., Beilenson, P., Svikis, D., Vlahov, D. (1998) Drug abuse treatment success among needle exchange participants. *Public Health Rep* Jun;113 Supp 1:129-39.
- [10] Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., and al. (1997) High rates of HIV infections among IDUs participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 146 : 994-1002.
- [11] Chetwynd, J. and al., 1995, Hepatitis C seroprevalence among injecting drug users attending a methadone programme. *N Z Med J*, 108, 1007:364-6
- [12] Crofts, N. and al. (1996) Control of hepatitis C virus infection among injecting drug users : must we abolish injecting ?, 6ème conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Florence, Mars 1996.
- [13] Desenclos, J.C., Papaevangelou, G., Ancelle-Park, R. (1993) Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. *The European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users. AIDS*;7(10):1371-7.
- [14] Des Jarlais, D.C., Paone, D., Milliken, J., Turner, C.F., Miller, H., Gribble, J., Shi, Q., Hagan, H., Friedman, S.R. (1999) Audio-computer interviewing to measure risk behaviour for HIV among injecting drug users : a quasi-randomised trial. *The Lancet*; 353:1657-61.
- [15] Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. Alcabes, P. (1998) Measuring harm reduction : the effect of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV, *AIDS*, 12, suppl A: S217-S230.
- [16] Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Spencer, B., Meystre-Agustoni, G., Haour-Knipe, M, Moreau-Gruet, F., Benninghoff, F., Pacaud, F. (1999) Evaluation de la stratégie de prévention du Sida en Suisse, sixième rapport de synthèse 1996-1998. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), Lausanne.
- [17] Emmanuelli, J., Guillot, A. (1999). Contribution à l'évaluation de la politique de la réduction des risques : SIAMOIS. *BEA*, 12: 175-178.
- [18] Emmanuelli, J. (1999) Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective. *Rapport InVS*, octobre 1999.
- [19] EMCDDA (1998) Annual report on the state of the drug problems in the European Union 1998. Lisboa.
- [20] Garfein, RS., Vlahov, D., Galai, N., Doherty, M.C., Nelson, K.E. (1996) Viral infections in short-term injection drug users : the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*; 86(5):655-661.
- [21] Garfein, RS., Doherty, M.C., Monterroso, E.R., Thomas, D.L., Nelson, K.E., Vlahov, D. (1998) Prevalence and incidence of hepa-

titis C virus infection among young adult injection drug users, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, vol. 18, Suppl.1, S11-S19.

[22] Guydish J, Bucardo J, Clark G, Bernheim S. (1998) Evaluating needle exchange: a description of client characteristics, health status, program utilisation, and HIV risk behaviour. *Subst Use Misuse*;33(5):1173-96.

[23] Hamers, F.F., Batter V., Downs A.M, Alix J., Cazein F., Brunet JB. (1997) The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe : Geographic and time trends. *AIDS* 11, 11, 1365-74.

[24] Hartgers, C., Buning, EC., Van Santen, GW., Verster, AD., Coutinho, RA.. (1989) The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. *AIDS Sep*;3(9):571-6.

[25] Hickman, M., Judd, A., Stimson, G., Hunter, G., Jones, S., Porry, J. (1999)., Prevalence of HIV, hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) among injecting drug users (IDUs) in England, 1997-8. 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Geneve, 21-25 march 1999.

[26] Hunter, G.M., Donoghoe, M.C., Stimson, G.V., Rhodes, T., Chalmers, C.P. (1995) Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*;9(5):493-501.

[27] Ingold, F.R., Ingold, S. (1989) The effects of the liberalization of syringe sales on the behaviour of intravenous drug users in France. *Bull. Narc.* 41,1-2, 67-81.

[28] Ingold, R. et coll. (1992) La transmission du VIH chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations ; situation et tendance. I.R.E.P. mars 1992.

[29] IREP (1996) Etude Multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. octobre 1996, Paris:

[30] Klein, H. A. (1996) Comparison of HIV risk behaviour involvement among needle sharing IDUs who use and those who do not use shooting galleries, Washington, XIth International Conference on AIDS/HIV, Vancouver 7-12 July 1996.

[31] Lamotte, F. (1996) Risk factors for HIV seroconversion among injecting drug users in the St Luc cohort, Montréal, 1988-1995, Canada, XIth Internationale Conference on AIDS/HIV, Vancouver 7-12 July 1996.

[32] Lert, F., Candillier, C., Imbert, E. and Belforte, B. (1995) Pratiques de protection des usagers de drogue et exposition au risque de transmission du VIH. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 50,217-220,.

[33] Lert, F., Emmanuelli, J. (1995) 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 et discuté à la réunion du COSAS le 21/06/95.

[34] Mac Coy, CB. Chitwood, D.D., Shapshak, P., Comerford, S.T. (1998) 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*, vol. 18, Suppl.1, S25-S29.

[35] MacDonald M., Wodak AD., Ali R., Crofts N., Cunningham PH., Dolan KA., Kelaheer M., Loxley WM., van Beek I., Kaldor JM. (1997) HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study. *The Collaboration of Australian Needle Exchanges. Med J Aust Mar* 3;166(5):237-40.

[36] MacElrath, K. (1994) The consistency of self-reported HIV risk behavior among IDUs. *American Journal of Public Health*;vol.84(12).

[37] Morrison, A., Elliott, L., Gruer, L. (1997) Injecting-related harm and treatment-seeking behaviour among injecting drug users. *Addiction*;92(10):1349-52

[38] OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire. (1999) Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1998. Ministère de l'Intérieur.

[39] OFDT (1999) Drogues et toxicomanies. Indicateurs et Tendances. Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie édition 1999.

[40] ORS-IDF, ANRS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1999) Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Evolutions 1992-1994-1998. Rapport, collection VIH/Sida 156 p.

[41] Serre, A. (1998) Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France. Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux 2, 287 p.

[42] Six, C, Hamers, F., Brunet, J-B. (1999) Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC et VHB chez les résidents de Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes avec hébergement", CESES, rapport global sur les 10 semestres d'enquêtes de juillet 1993 à juin 1998, avril 1999.

[43] Shak, S.M. (1996) HIV DNA detection among needles, others paraphernalia and rinse water coming from shooting galleries in Miami, Comprehensive Drug Research Center, Miami, USA, XIth International Conference on AIDS/HIV, Vancouver 7-12 July 1996.

- [44] Spira, A., Bajos, N., et le groupe ACSF (1993) Les comportements sexuels en France. Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace. La Documentation Française, Collection des rapports officiels, 352 p.
- [45] Stark, K., Schreier, E., Muller, R., Wirth, D., Driesel, G., Bienzle, U. (1995) Prevalence and determinants of anti-HCV seropositivity and of HCV genotype among intravenous drug users in Berlin. *Scand J Infect Dis*;27(4):331-7.
- [46] Stark, K., Muller, R., Bienzle, U., Guggenmoos-Holzmann, I. (1996) Frontloading : a risk factor for HIV and Hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS*;10(3): 311-7.
- [47] Stimson, G.V., Alldritt, L., Dolan, K., Donoghoe, M.C. (1988) Syringe exchange schemes for drug users in England and Scotland. *British medical Journal*, vol. 296: 1717-1719.
- [48] Stimson, G., Choopanya, K. (1998) Global Perspectives on Drug Injecting. In *Drug injecting and HIV infection, Social Aspects of AIDS*, WHO, edited by G. Stimson, D. Des Jarlais and A. Ball. chap. 1 p. 1-21.
- [49] Stradhee, S. and al. (1996) Social determinants predict needle sharing behaviours among injecting drug users in Vancouver, Center for Disease Control, Vancouver, Canada, XIth Internationale Conference on AIDS/HIV, Vancouver 7-12 July 1996.
- [50] Stradhee, S., Ameijden, E.J.C., Mesquita, F., Wodak, A., Rana, S., Vlahov, D. (1998) Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*;12 Suppl A:S71-9. Review.
- [51] Tortay, I., Morphini, H., Parpillon, C., Bourdillon, F., (1999) Enquête DH-DGS, Traitements de substitution en milieu pénitentiaire, Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- [52] Van Ameijden, E.J., Coutinho, RA. (1998) Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS*;12(6): 625-33.
- [53] Vidal-Trécan G, Coste J., Couret M, Delamare, N. Varescon-Pousson I, Boissonas A., (1998) Les comportements des usagers de drogue par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 46,3 193-204.
- [54] Watkins, K.E. (1993) Determinants of condom use among IDUs. *AIDS*;7:719-723
- [55] Wodak, A. and al. Once more unto the breach : controlling hepatitis C in injecting drug users. *Addiction* 1996;91(2): 181-4.

VII. Annexes

Annexe 1

Questionnaire "Usagers des programmes de réduction des risques"

Cette enquête, menée par le Réseau National de Santé Publique et l'INSERM, vise à mieux connaître les usagers qui fréquentent les services de réduction des risques. Ce questionnaire est anonyme. Votre participation est facultative ; si vous acceptez d'y participer, répondez avec sincérité aux questions en suivant les consignes. Vous pouvez demander de l'aide à l'équipe.

Réservé aux enquêteurs : Département N° de centre N° de questionnaire

- **Sexe :** Masculin Féminin ● **Age :** ans
- **Vous vivez :** Seul(e) En couple ● **Nombre d'enfants :**
- **Vous habitez :** Chez vos parents, votre famille Chez vous Chez des amis
 En institution (foyer, post cure, appartement thérapeutique, ...)
 Dans un squatt Vous êtes actuellement SDF Autre :
- **Avez-vous un(e) partenaire régulier(e) depuis plus de 6 mois ? :** OUI NON

- **Actuellement, vous avez un travail ?** OUI NON
- **Actuellement, vous touchez ?** Un salaire
 ASSEDIC
 RMI
 Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 Autres ressources
- **Dernière classe suivie, diplôme le plus élevé obtenu :** Ecole primaire
 Etudes arrêtées avant la 3^{ème} Etudes arrêtées en 3^{ème} Préparation d'un BEP/CAP
 Etudes jusqu'au BAC Etudes après le BAC Autres :

- **Depuis quel âge consommez-vous ?**
- De l'héroïne : ans De la cocaïne : ans Du crack : ans
- A quel âge avez-vous fait votre première injection ?
- **Vous êtes déjà allé(e) en prison ?** OUI NON
- **Si OUI, combien de fois ?**
- **Vous vous êtes injecté(e) des produits en prison ?** OUI NON

● **Au cours des 6 dernier mois :**

- Vous avez séjourné dans un service de post-cure ou en famille d'accueil
- Vous avez tenté de décrocher seul
- Vous avez reçu un traitement de substitution prescrit par un médecin
- Vous avez tenté un sevrage avec l'aide d'un médecin ou d'un service hospitalier

● **Depuis quand êtes-vous en contact avec cette équipe ?** Mois 199 C'est la première fois

● **Au mois de mars, vous l'avez fréquenté** C'est la 1^{ère} fois Moins d'1 fois/semaine
 1 fois/semaine 2 fois/semaine ou plus

● **Pendant le mois de mars, quels produits avez-vous consommés, comment et à quelle fréquence ?**

	Vous avez consommé			Vous vous l'êtes injecté		
	1 à plusieurs fois/jour	parfois	jamais	1 à plusieurs fois/jour	parfois	jamais
Héroïne	<input type="checkbox"/>					
Cocaïne	<input type="checkbox"/>					
Crack (Freebase)	<input type="checkbox"/>					

	Vous avez consommé			Vous vous l'êtes injecté		
	1 à plusieurs fois/jour	parfois	jamais	1 à plusieurs fois/jour	parfois	jamais
Subutex®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament a-t-il été :	Prescrit par un médecin <input type="checkbox"/>	Acheté dans la rue <input type="checkbox"/>				
Méthadone®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament a-t-il été :	Prescrit par un médecin <input type="checkbox"/>	Acheté dans la rue <input type="checkbox"/>				
Moscontin® ou Skenan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament a-t-il été :	Prescrit par un médecin <input type="checkbox"/>	Acheté dans la rue <input type="checkbox"/>				
Benzodiazépines® (Rohypno®, Tranxène® Lexomil®, Temesta®, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament a-t-il été :	Prescrit par un médecin <input type="checkbox"/>	Acheté dans la rue <input type="checkbox"/>				
Autres (Orthéнал®, Antalvic® Diantalvic®, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament a-t-il été :	Prescrit par un médecin <input type="checkbox"/>	Acheté dans la rue <input type="checkbox"/>				

● **Pendant le mois de mars**

Avez-vous pris de l'Alcool en association avec ces produits : Toujours Parfois Jamais
Avez-vous consommé du Cannabis : Tous les jours Parfois Jamais
Avez-vous consommé de l'Ecstasy : Tous les jours Parfois Jamais

Si vous vous êtes injecté des produits au mois de mars, merci de répondre aux questions suivantes.

Sinon passez directement aux questions de la dernière page, page 4.

● **Au mois de mars**, d'où provenaient principalement les seringues que vous avez utilisées ? (1 seule réponse)

Pharmacie	<input type="checkbox"/>	Distributeur automatique	<input type="checkbox"/>	Hôpital, urgences	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>	Local d'échange de seringues	<input type="checkbox"/>	Boutique	<input type="checkbox"/>

● **Au mois de mars**, combien d'injections en moyenne avez-vous fait chaque jour ?

● **Au mois de mars**, combien de fois en moyenne avez-vous utilisé la même seringue ?

1 fois	<input type="checkbox"/>	2 fois	<input type="checkbox"/>	3 fois ou plus	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------	----------------	--------------------------

● **Au mois de mars**, est-ce qu'il vous est arrivé de :

– utiliser le même produit à plusieurs :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– utiliser la même eau à plusieurs :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– utiliser la même cuillère à plusieurs :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– utiliser le même filtre à plusieurs :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– prêter votre cuillère (canette, récipient) :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– utiliser la cuillère d'un autre :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– (re)faire le(s) coton(s) :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– partager le doseur de crack :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
– reprendre une seringue dans le container :	Souvent	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>

● **Pendant le mois de mars**, vous est-il arrivé de :

– prêter votre seringue après l'avoir utilisé :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
– partager ou utiliser la seringue usagée d'un autre :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

Si votre réponse à cette dernière question est NON, passez à la page suivante.

Si votre réponse à cette dernière question est OUI, s'agissait-il :

d'un(e) partenaire sexuel(le)	<input type="checkbox"/>	d'un(e) ami(e) ou d'ami(e)s	<input type="checkbox"/>
de quelqu'un de votre famille	<input type="checkbox"/>	d'un(e) inconnu(e) ou d'inconnu(e)s	<input type="checkbox"/>

● **Si vous avez emprunté une seringue au cours du mois de mars, pouvez-vous dire pourquoi**

(plusieurs réponses possibles) :

J'étais pressé(e)	<input type="checkbox"/>	J'ai peur de me faire arrêter avec une seringue sur moi	<input type="checkbox"/>		
J'ai nettoyé la seringue	<input type="checkbox"/>	Les pharmacies étaient fermées à ce moment là	<input type="checkbox"/>		
Je n'avais pas d'argent	<input type="checkbox"/>	Je n'avais pas de jeton	<input type="checkbox"/>	J'étais en manque	<input type="checkbox"/>
J'étais en prison	<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas pu résister	<input type="checkbox"/>	J'ai emprunté à des gens "sûrs"	<input type="checkbox"/>
Je suis déjà VIH positif(ve)	<input type="checkbox"/>	J'ai déjà l'hépatite C	<input type="checkbox"/>	Autres raisons	<input type="checkbox"/>

● **Lors de la dernière injection** la seringue que vous avez utilisée :

Vous vous l'êtes procurée : Avant d'acheter le produit Après Ne sait pas

La seringue était : Neuve Déjà utilisée par vous Déjà utilisée par d'autres

C'était une seringue usagée appartenant à une autre personne :

Vous ne l'avez pas nettoyée

Vous l'avez nettoyée ➤ avec le l'eau du robinet

➤ avec le l'eau bouillante

➤ avec le l'eau de javel

➤ avec autre chose

● **La dernière injection** a eu lieu : Chez vous Chez vos parents Chez des amis

Dans la rue Dans des toilettes publiques Dans un escalier, un parking, ... Autre

● **Lors de cette dernière injection**, vous êtes-vous "refait des cotons" ?

NON OUI, seulement les vôtres OUI, ceux des autres aussi Je ne me souviens pas

● **Après l'injection**, qu'avez-vous fait de la seringue ? (1 seule réponse)

Jetée avec précaution (en cassant l'aiguille, dans une canette) Jetée sans précaution

Gardée sur vous pour plus tard Cachée pour plus tard Donnée à un autre usager

Ramenée à l'équipe, placée dans un container Autre

● **Durant les 6 derniers mois**, avez-vous eu des relations sexuelles ? OUI NON

● **Combien de partenaires*** avez-vous eu pendant cette période ? Ne sait pas

(* = Partenaire régulier, partenaire occasionnel, sans compter d'éventuels clients si vous avez eu des relations sexuelles pour de la drogue, de l'argent ou des avantages matériels)

● **Durant les 6 derniers mois** combien de fois avez-vous utilisé un préservatif ?

Jamais Parfois Souvent Toujours Ne sait pas

● **Durant les 6 derniers mois** en dehors des relations amoureuses, vous est-il arrivé d'avoir des relations sexuelles ?

Pour de l'argent Pour de la drogue Pour des avantages matériels

● **Lors du dernier rapport sexuel**, votre partenaire :

Etait un(e) partenaire régulier(e) : OUI NON

Etait usager(e) de drogues : OUI NON Ne sait pas

Etait séropositif(ve) au VIH) : OUI NON Ne sait pas

● **Avez-vous utilisé un préservatif ?** OUI NON Ne se souviens pas

● **Lesquels de ces examens** avez-vous déjà fait ?

Dépistage VIH : OUI NON Si OUI, résultat : Positif Négatif Ne sait pas

Dépistage hépatite B : OUI NON Si OUI, résultat : Positif Négatif Ne sait pas

Dépistage hépatite C : OUI NON Si OUI, résultat : Positif Négatif Ne sait pas

Vous avez rempli ce questionnaire :

Seul Aidé par un membre de l'équipe Questions posées par un membre de l'équipe

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

(Remettez ce questionnaire au programme d'échange au centre d'accueil)

Annexe 2

Liste des PES* ayant participé à l'enquête et nom des responsables du recueil d'information

GROSSES STRUCTURES	VILLE IMPLANTATION / NOM	NOM DU REFERENT
Alsace	Mulhouse (ARGILE) Bemol Strasbourg (Bus MDM)	Thérèse CHODANOSWKI Pierre MULLER
Aquitaine	Bayonne (AIDES lieu fixe) Bordeaux (Bus MDM 33) Bordeaux (Bus CEID/CRF 33)	Philippe CASENAVE R. ARNAULD-MAUSSREY Didier SPINHIRNY
Pays de Loire	Tours (lieu fixe ELISA)	Thierry DELMAS
Ile de France	Paris ALPS-Boréal/ La terrasse(bou) Paris (lieu fixe MDM) Paris (lieu fixe EGO- STEP) St Ouen (EFFERVESCECE) Paris (travail de rue + bus AIDES 75) Paris (Bus / boutique Charonne) Clichy/Bondy (CCFEL 93)	Mekki MESSAOUD Matthieu JANNETEAU Didier ROBERT Elise LONGUE Christine CALDERON Abdelrahim LAHMER Djamel SALMI
Languedoc –Roussillon	Montpellier PASREL (lieu fixe) Alès (AIDES) Bédarieux ASUD (lieu fixe) Nimes ASUD (lieu fixe) Montpellier (Bus + local MDM 34) Nimes (Bus AIDES 30)	Gérard FURY Serge AYGLON Alain ABINA Jean-François FAVATIER Hamed KADDAR Michel FORAX
Midi-Pyrénées	Toulouse INTERMEDE (Cl. IS)	Robert CAMPINI
Nord-Pas de Calais	Lille (bus AIDES)/Valenciennes Lille (Espace du possible)	Vincent CROISE Thierry BROSSARD
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Marseille (Lieu F /W Rue AIDES) Aix-en-Provence L'ELF (W de Rue) Avignon (AIDES) Nice, Antibes (Bus MDM) Marseille (Bus MDM/ASUD) Toulon (Bus PRET 83) Marseille (AMPT 13)	Noredine FRIZI Joanna TOMASIK Philippe N'GUYEN Jérôme RAYNAUD Mohamed HAMPLA Max BASANISI Chistine BARRAS
Rhône-Alpes	Lyon (Bus MDM 69) Lyon (Local Rupture 69 seulement)	Mireille TARAYRE Danièle AUTHIER
PETITES STRUCTURES		
Centre	Orléans (Bus AIDES 45)	Eric BOUJU
Franche-Comté	Besançon AIDES (Lieu fixe)	Christèle MILLET
Ile de France	Aulnay sous Bois FIRST (W de Rue) Sarcelles (DIMAS IMAG 95) Melun (RVH SUD 77) BlancMes, Drancy, Stains C3R93 Bagneux (Bus Liberté 92)	Denis SERRANO Christine LANTRAN-DAVOUX Pierre CHAMBOREDON Francis NOCK Jeannine SILVESTRE
Languedoc –Roussillon	Blannaves (Logos Accueil de jour)	Jean Paul GONOD
Nord-Pas de Calais	Vill-d'Ascq (PREFIXE CRID) Lille (ABEJ 59) Tourcoing (Réagir)	Françoise DURIEZ Gilbert MAVUTU Laurent PLANCKE
Pays de Loire	Nantes (Bus MDM 44)	Emmanuelle DENIS-SECCO
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Toulon (AIDES) Martigues AMPT (lieu fixe)	Christine DELORT Nora GAOUAOU
Rhône-Alpes	St Etienne (AIDES) Lyon Le MAS (PAUSE DIABOLO)	Roger HRON Pierre AVRIL

* Certaines structures ont plusieurs activités lieu fixe, bus, travail de rue ou boutique et sont alors comptés comme des structures différentes.

Annexe 3

Tableau I : Caractéristiques associées à l'usage de chaque produit résultats des analyses bi-dimensionnelles

	Héroïne	Cocaïne	Crack	Subutex®	Sulfate de morphine	Méthadone	Benzodiazépines	Autres
Type de structure***	0,0004	0,011	0,126	0,159	0,0006	0,176	0,833	0,757
Sexe*	0,858	0,091	0,228	0,410	0,047	0,310	0,047	0,127
Age*	0,115	0,399	0,008	0,004	0,018	0,200	0,004	0,039
Enfant*	0,154	0,380	0,782	0,501	0,826	0,027	0,024	0,145
Logement*	0,971	0,819	<0,0001	0,379	<0,0001	0,862	0,001	0,0003
Travail*	0,149	0,804	0,411	0,026	0,011	0,131	<0,0001	0,105
Niveau de scolarité**	0,963	0,200	0,256	0,005	0,001	0,331	0,047	0,546
Ancienneté de toxicomanie	0,362	0,417	0,614	0,040	0,278	<0,0001	0,287	0,086
Ancienneté d'injection	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(Krusal-Wallis)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)
Prison*	0,483	0,219	0,665	0,014	0,762	0,0001	0,110	0,356
Mode de passation**	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)	(ANOVA)
Prise en charge****	0,302	0,003	0,020	0,112	0,026	0,142	0,067	0,058
Prise en charge****	0,0005	0,014	0,005	<0,0001	0,464	0,181	0,009	0,402

* : ddl = 1 ; ** : ddl = 2 ; *** : ddl = 3 ; **** : ddl = 4

Tableau II : Caractéristiques associées au recours à l'injection (résultats des analyses bi-dimensionnelles)

	Héroïne	Cocaïne	Crack	Subutex®	Sulfate de morphine
Région	0,223 (ddl =10)	0,017 (ddl =10)	**	<0,0001 (ddl =20)	**
Type de structure	0,023 (ddl =3)	0,005 (ddl =6)	<0,0001 (ddl =6)	0,0002 (ddl =6)	0,0005 (ddl =3)
Sexe	0,238 (ddl =1)	0,014 (ddl =2)	0,094 (ddl =2)	0,640 (ddl =2)	0,079 (ddl =1)
Age	0,002 (ddl =2)	0,006 (ddl =2)	0,0003 (ddl =2)	0,781 (ddl =2)	0,220 (ddl =2)
Enfant	0,436 (ddl =1)	0,390 (ddl =2)	0,202 (ddl =2)	0,286 (ddl =2)	0,851 (ddl =1)
Logement	0,622 (ddl =1)	0,003 (ddl =2)	0,035 (ddl =2)	0,650 (ddl =2)	0,360 (ddl =1)
Travail	0,007 (ddl =2)	0,593 (ddl =2)	0,452 (ddl =2)	0,301 (ddl =2)	0,829 (ddl =2)
Niveau de scolarité	0,515 (ddl =2)	0,153 (ddl =2)	0,604 (ddl =4)	0,098 (ddl =4)	0,067 (ddl =3)
Ancienneté de la toxicomanie	0,004 (ANOVA)	0,003 (ANOVA)	0,439 (ANOVA)	0,793 (ANOVA)	0,496 (Krusal-Wallis)
Ancienneté de l'injection	0,002 (ANOVA)	0,004 (ANOVA)	0,493 (ANOVA)	0,673 (ANOVA)	0,374 (ANOVA)
Mode de passation	0,349 (ddl =2)	0,669 (ddl =4)	0,312 (ddl =4)	0,003 (ddl =4)	0,056 (ddl =3)
Prise en charge	0,118 (ddl =4)	0,105 (ddl =4)	0,143 (ddl =4)	0,384 (ddl =8)	0,440 (ddl =4)

* On n'a retenu ici que les produits pour lesquels l'injection est suffisamment fréquente

** Effectifs insuffisants

Tableau III : Fréquence de l'usage de chaque produit par région

	Héroïne %	Cocaïne %	Crack %	Subutex® %	Sulfate de morphine %	Méthadone %	Benzodiazépines %	Autres %
Alsace (N=52)	46,2	55,8	3,8	92,3	5,8	7,7	38,5	3,8
Aquitaine (N=44)	59,1	34,1	0	68,2	22,7	13,6	40,9	29,5
Centre (N=27)	40,7	59,3	11,1	96,3	3,7	3,7	40,7	18,5
Franche-Comté (N=15)	46,7	13,3	0	53,3	53,3	13,3	26,7	26,7
Ile-de-France (N=326)	46,9	49,4	41,0	62,3	27,0	13,5	37,4	18,7
Languedoc-Roussillon (N=101)	36,6	52,5	5,0	56,4	48,5	6,9	49,5	17,8
Midi-Pyrénées (N=49)	38,8	34,7	2,0	89,8	26,5	6,1	30,6	12,2
Nord-Pas-de-Calais (N=61)	86,9	62,3	4,9	73,8	8,2	21,3	52,5	27,9
PACA (N=265)	51,7	43,8	4,2	83,4	13,6	18,1	60,8	18,1
Pays de Loire (N=10)	50,0	60,0	10,0	100	10,0	10,0	80,0	40,0
Rhône-Alpes (N=54)	53,7	42,6	0	79,6	53,7	18,5	61,1	44,4

Le crack est un produit presque exclusivement parisien. Les usagers du Nord Pas-de-Calais consomment plus que les autres de l'héroïne (86,9%) tandis que ceux du Languedoc Roussillon en consomment moins que la moyenne (36,6%). La cocaïne est aussi plus présente parmi les usagers du Nord, des Pays de Loire et du centre mais il s'agit pour ces deux régions de très petits effectifs. Le Subutex® est consommé par presque tous les usagers en Alsace, Centre, Pays de Loire. C'est en Ile de France et en Languedoc-Roussillon qu'il est le moins représenté parmi les enquêtés (62,3% et 56,4%). La consom-

mation de sulfate de morphine est aussi très inégalement répartie : elle concerne environ la moitié des répondants en Franche Comté, Languedoc Roussillon, et Rhône Alpes alors que la moyenne nationale est de 24,2%. Les variations régionales de la consommation de méthadone sont moins marquées. C'est dans le Nord Pas de Calais que la consommation de méthadone est la plus fréquente. L'usage de benzodiazépines est plus fréquent dans le Nord, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes et Pays de Loire (mais l'effectif est très faible pour cette région).

Tableau IV : Fréquence de consommation et d'injection quotidienne des différents produits* selon l'âge

	Héroïne	Cocaïne	Crack	Subutex®	Sulfate de morphine	Benzodiazépines	Autres
% de consommateurs de chaque produit							
25 ans	44,4	50,0	8,9	81,7	31,1	57,2	26,1
>25 ans	50,9**	53,5**	16,8	71,0	22,8	45,4	19,2
% d'injecteurs quotidiens parmi les consommateurs de chaque produit							
25 ans	58,6	36,8	2,6	44,9	42,9	***	***
>25 ans	61,9	47,6	12,9	45,0*	41,7**	***	***

* Pas de différences significatives ($p > 0,05$) pour la méthadone

** $p > 0,05$; *** effectifs insuffisants

Tableau V : Fréquence de consommation et d'injection quotidienne des produits selon le logement

Logement	Cocaïne	Crack	Sulfate de morphine	Benzodiazépines	Autres
% de consommateurs de chaque produit					
Stable	53,6	12,4	19,7	43,7	17,1
Précaire	52,9**	22,1	32,5	54,6	27,0
% d'injecteurs quotidiens parmi les utilisateurs de chaque produit					
Stable	51,9	11,9	44,5	***	***
Précaire	37,4	11,7**	39,8**	***	***

* pas de différences significatives ($p < 0,05$) pour l'héroïne, le Subutex®, la méthadone ;** $p > 0,05$; *** effectifs insuffisants**Tableau VI : Classification des usagers en fonction des produits consommés**

% de la classe pour la modalité	% de la modalité dans la classe	% dans l'ensemble des répondants	Modalités caractéristiques
Classe : consommateurs de Subutex® 43,33 %			
59,18	100,00	73,21	Subutex®
57,16	100,00	75,80	Pas de sulfate de morphine
54,24	100,00	79,88	Pas d'autres produits
51,60	100,00	83,96	Pas de crack
50,29	100,00	86,16	Pas de méthadone
64,01	57,24	38,75	1 produit licite
59,52	40,23	29,28	Aucun produit illicite
58,11	35,40	26,39	Région PACA
56,77	39,54	30,18	Pas de partage de matériel
55,86	42,76	33,17	2 produits licites
76,92	9,20	5,18	Région Alsace
82,35	6,44	3,39	Département du Haut-Rhin
48,51	67,36	60,16	Habitat stable
49,24	59,77	52,59	Pas de cocaïne
48,60	63,91	56,97	VHB
49,30	57,01	50,10	Pas d'héroïne
56,95	19,77	15,04	Département Bouche du Rhône
48,24	60,00	53,88	S'injecte chez soi
55,49	20,92	16,33	1 injection/jour
61,90	8,97	6,27	Département du Var
45,88	80,69	76,20	Etudes inférieures au Bac
53,01	22,30	18,23	Travail
70,37	4,37	2,69	Région Centre
48,59	43,68	38,94	Bus
44,95	90,11	86,85	Ressources
45,48	82,07	78,19	Pas de partage de seringues
46,09	71,72	67,43	VIH
46,98	57,24	52,79	Pas de benzodiazépine
48,90	35,86	31,77	Substitution
Classe : consommateurs de sulfate de morphine 16,93 %			
44,61	70,59	26,79	Pas de Subutex®
42,80	61,18	24,20	Sulfate de morphine

Tableau VI (Suite)

% de la classe pour la modalité	% de la modalité dans la classe	% dans l'ensemble des répondants	Modalités caractéristiques
Classe : consommateurs de sulfate de morphine 16,93 % (Suite)			
76,56	28,82	6,37	0 drogue licite
21,20	100,00	79,88	Pas d'autres produits
20,17	100,00	83,96	Pas de crack
59,65	20,00	5,68	Département Hérault
19,65	100,00	86,16	Pas de méthadone
42,57	25,29	10,06	Languedoc-Roussillon
26,37	28,24	18,13	Equipe de rue
20,73	46,47	37,95	Pas d'incarcération
19,62	61,18	52,79	Pas de benzodiazépine
Classe : consommateurs de produits licites 13,05 %			
64,85	100,00	20,12	Autres produits
46,36	53,44	15,04	3 produits
20,68	74,81	47,21	Benzodiazépines
48,00	18,32	4,98	4 produits licites
15,14	100,00	86,16	Pas de méthadone
15,30	98,47	83,96	Pas de crack
31,48	12,98	5,38	Département du Rhône
31,48	12,98	5,38	Région Rhône Alpes
24,37	22,14	11,85	Petite structure
16,95	45,04	34,66	Logement précaire
25,42	11,45	5,88	VHB non connu
27,27	9,16	4,38	Région Aquitaine
18,89	25,95	17,93	Partage de seringues
Classe : consommateurs de Méthadone 13,84 %			
100,00	100,00	13,84	Méthadone
25,28	48,92	26,79	Pas de Subutex®
29,80	32,37	15,04	3 produits licites
24,26	35,25	20,12	Autres produits
36,00	12,95	4,98	4 drogues licites
17,44	59,71	47,41	Cocaïne
16,97	61,15	49,90	Héroïne
19,34	33,81	24,20	Sulfate de morphine
20,23	25,18	17,23	VIH +
16,74	57,55	47,61	Avant 1987
25,40	11,51	6,27	3 drogues illicites
16,67	56,83	47,21	Benzodiazépines
Classe : consommateurs de produits illicites 12,85 %			
80,12	100,00	16,04	Crack
40,00	80,62	25,90	Paris
33,13	83,72	32,47	Ile de France
74,60	36,43	6,27	3 produits illicites
14,91	100,00	86,16	Pas de méthadone
19,12	70,54	47,41	Cocaïne

Tableau VI (Suite)

% de la classe pour la modalité	% de la modalité dans la classe	% dans l'ensemble des répondants	Modalités caractéristiques
Classe : consommateurs de produits illicites 12,85 % (Suite)			
24,40	31,78	16,73	3 injection/jour
18,29	61,24	43,03	Injecte dans la rue
38,46	11,63	3,88	Pas de réponse partage de seringue
15,55	84,50	69,82	Partage de matériel
20,16	37,98	24,20	Sulfate de morphine
14,12	96,90	88,15	Grosses structures
18,59	38,76	26,79	Pas de Subutex®
17,53	47,29	34,66	Logement précaire
15,85	65,12	52,79	Pas de benzodiazépines
20,83	23,26	14,34	Prostitution
23,94	13,18	7,07	Mode de vie non connu
30,30	7,75	3,29	Age non connu
19,74	23,26	15,14	A tenté de décrocher seul
17,65	34,88	25,40	Plus d'un partenaire
22,50	13,95	7,97	Recours autre que substitution
16,89	39,53	30,08	2 drogues illicites

Tableau VII : Association entre sexe, produit et rapports prostitutionnels

Crack	Hommes			Femmes		
	Oui	Non	RP (IC à 95 %)	Oui	Non	RP (IC à 95 %)
Prostitution						
Oui	9/40	31/40	1,5 (0,8 – 2,8)	29/104	75/104	2,3 (1,4 – 3,9)
Non	104/703	599/703		19/157	138/157	

RR_{M-H} = 2,0 (1,3 – 3,0)

Benzodiazépines	Hommes			Femmes		
	Oui	Non	RP (IC à 95 %)	Oui	Non	RP (IC à 95 %)
Prostitution						
Oui	20/40	20/40	1,1 (0,8 – 1,5)	63/104	41/104	2,3 (1,0 – 1,6)
Non	317/703	386/703		74/157	83/157	

RR_{M-H} = 1,2 (1,0 – 1,5)

Méthadone	Hommes			Femmes		
	Oui	Non	RP (IC à 95 %)	Oui	Non	RP (IC à 95 %)
Prostitution						
Oui	7/40	33/40	1,4 (0,7 – 2,7)	22/104	82/104	1,8 (1,0 – 3,1)
Non	91/703	612/703		19/157	138/157	

RR_{M-H} = 1,2 (1,0 – 1,5)