

# Comment étudier des populations ayant des pratiques « illégales » en respectant aspects éthiques et rigueur scientifique. L'exemple des usagers de drogues en France

Marie Jauffret-Roustide



**Institut de Veille Sanitaire**  
Collaboration INED - CNR VIH Tours - CESAMES

## Contexte français

- Usagers de drogues : population précaire et stigmatisée, pratique illégale
  - Mise en place **politique de réduction des risques (RDR)** pour limiter transmission risques infectieux (VIH et VHC) chez UD 1986-1996
  - **Prévalence VIH et VHC estimée à partir de données déclaratives et échantillons non aléatoires**
  - **Manque de représentativité, de validité et de fiabilité des données** et difficultés pour évaluer effets politique RDR sur VIH et VHC en pop UD
- **Enquête Coquelicot InVS en 2004**

Cette présentation a été effectuée le 23 octobre 2006, au cours du Symposium "La santé des populations vulnérables : des défis scientifiques et éthiques, de la mesure à la diffusion des résultats" dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2006. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp>.

## Type d'étude : Coquelicot, InVS

- **Enquête de séroprévalence,**
  - **Multivilles** (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille, Bordeaux),
  - **Multisites** : échantillon aléatoire recruté dans la quasi-totalité du dispositif spécialisé et chez médecins généralistes prescripteurs Traitements de Substitution aux Opiacés (méthadone, buprénorphine)
- Recueil de **données épidémiologiques et biologiques**  
4ème trim 2004
- **Volet socio-anthropologique** en cours

## Objectifs

- Procéder à une mesure objective de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD
  - Caractériser la population UD du point de vue sociodémographique
  - Décrire les situations à risque liées à la consommation de produits psychoactifs et à la sexualité
  - Explorer certains déterminants psychosociaux de la prise de risques (réseaux sociaux, représentations des risques, dynamiques liés à la sexualité,..)
- **Evaluer politique de réduction des risques**
- **Adapter les politiques de prévention**

## **Partenariat institutionnel**

**Coordination des trois volets : Institut de Veille Sanitaire**

**Appui méthodologique : Institut National d'Études  
Démographiques : Utilisation de la stratégie  
d'échantillonnage de l'enquête SDF INSEE-INED**

**Analyses biologiques : CNR du VIH Tours**

**Volet socio-anthropologique : Collaboration Cesames  
(CNRS-INSERM-Paris V)**

**Soutien financier ANRS**

**Comité de suivi local : co-construction de l'enquête avec  
les acteurs de terrain (professionnels, auto-support)**

## **Volet séro-épidémiologique**

## Principes méthodologiques

- **Représentativité** : Inventorier tous les services accueillant des UD afin de constituer une **base de sondage exhaustive**
- **Fiabilité** : Organiser la collecte **d'informations anonymes et confidentielles** auprès des UD **portant sur des pratiques stigmatisées** (usage de drogues, deal, pratiques à risque) par des enquêteurs professionnels
- **Validité** : Obtenir des données de séroprévalence par **auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard sans restitution des résultats**

## Aspects éthiques/absence de restitution résultats VIH et VHC aux UD

- Avis favorable du CCPPRB : Bénéfice Individuel direct
- **Durant le recueil** :
  - Distribution de dépliants de prévention spécifiques,
  - Information par voie d'affiche sur la nécessité du dépistage et du traitement,
  - Enquêteur médiateur entre UD et professionnels autour du dépistage
- Après le recueil, **restitution des résultats épidémiologiques aux UD** par voie de poster
  - **Contribuer à la prise de conscience des UD sur la nécessité de se faire dépister et soigner pour le VIH et le VHC**

## Constitution de la base de sondage

- **Inventaire** des services susceptibles d'accueillir des UD (du haut au bas seuil) → Améliorer couverture du champ et définir la population d'étude (**UD issus du dispositif de prise en charge**)
- **Evaluation** des files actives de chaque dispositif : crainte de l'évaluation des pratiques professionnelles
- **Sensibilisation des intervenants** à l'intérêt de l'étude en termes de santé publique  
**des chercheurs** au mode de fonctionnement des services  
**des enquêteurs** au respect des UD
  - 101 services (quasi exhaustivité du dispositif)  
et 37 médecins généralistes  
1462 questionnaires réalisés

## Technique d'échantillonnage

- 1) **Tirage des villes** : estimation d'un nombre suffisant d'UD à partir de l'évaluation du nombre d'individus en traitement de substitution aux opiacés dans les villes françaises (SIAMOIS)
- 2) **Tirage des services et des jours d'enquête** : sélection de l'ensemble des services mais attribution d'un nombre de demie journées en fonction des files actives et des spécificités des services
- 3) **Tirage des individus** : avec ou sans liste → ne pas laisser l'enquêteur choisir les UD à interroger

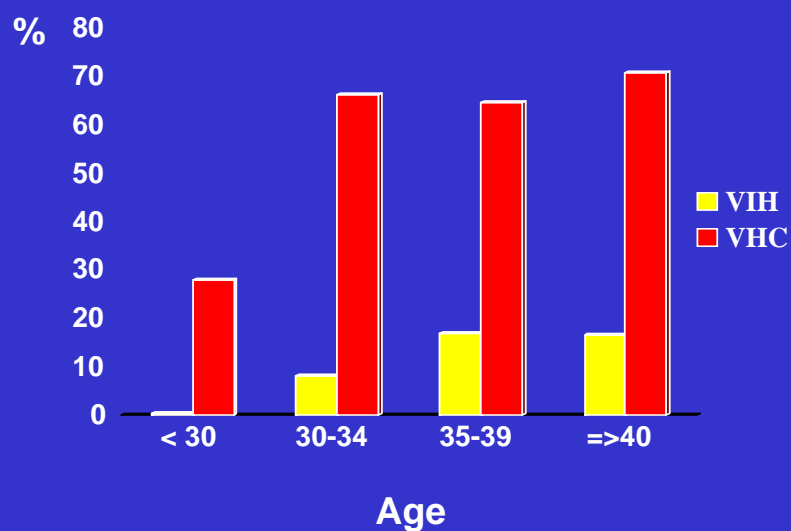
## Estimations prévalences VIH et VHC Coquelicot InVS, France 2004

VIH **10.8%** [6.8-16.6]

VHC **59.8%** [50.7-68.3]

VIH/VHC **10.2%** [6.3-15.9]

## Prévalences VIH et VHC par classe d'âge Coquelicot InVS, France 2004



## **Injection et pratiques à risques Coquelicot InVS, France 2004**

**→ Pour 83% des UD, la première injection a été réalisée par un tiers lors de l'initiation**

Dans le dernier mois :

**→ 40% ont injecté au moins une fois et 58% parmi les < 30 ans**

**→ 13% ont partagé leur seringue**

**→ 38% ont partagé petit matériel (cuiller,coton)**

## **Conclusion données épidémiologiques**

Pour la 1ère fois en France chez les UD, **estimation nationale de la séroprévalence du VIH et du VHC**

- Prévalence du VIH faible comparée à celle du VHC très élevée (60%) même chez les plus jeunes (28%)
- **Transmissibilité VHC + importante que VIH** en particulier partage petit matériel (38%)
- **Contaminations VHC dès l'initiation** à la voie intraveineuse (83% initiation par 1/3)

**→ Impact différentiel de la politique de RDR sur VIH et VHC chez les UD**

## **Volet socio-anthropologique**

**Pour aller plus loin dans la  
compréhension des pratiques à  
risque chez les UD...**

## **Apports du volet socio-anthropologique**

### **Objectifs**

- Accéder à des populations difficiles d'accès
- Approfondir certains résultats quantitatifs
- Interroger données quantitatives

### **Méthode**

100 entretiens semi-directifs  
Observations ethnographiques sur lieux de  
consommation et de deal

Analyse qualitative des données (Logiciel Nvivo)



## Accéder à des populations difficiles d'accès

### 1) **Epidémiologie** : Représentatif pop UD prise en charge

Défaut de couverture du champ : pop UD dite « cachée » non captée par dispositifs et MG

### 2) **Socio-anthropologie** : Pop « cachée » hors institution

- Pas identification identitaire UD : milieu festif techno, voyageurs, jeunes (moins de 30 ans)
- Accès difficile : scènes de crack, UD « de rue », femmes

Recrutement **boule de neige** (construction progressive pop pas connue au départ)

- **Faire émerger des réseaux d'individus « invisibles »**  
**Améliorer représentativité échantillon**

## Approfondir données quantitatives

- Reconstituer les **trajectoires biographiques** et repérer **ruptures de vie** propices à prise risque
- Réinscrire les pratiques dans le **contexte social** et les **réseaux** d'interdépendance entre UD
- Contexte de **l'initiation** (représentations de la pratique d'injection, construction identitaire groupe pairs, transmission de savoirs, ...)

## Interroger données quantitatives

- Approche **compréhensive** de la prise de risque  
Travail sur les **représentations** des risques  
Réfléchir à la signification de la prise de risque :  
comprendre le **sens** donné par les UD à leurs actions
- **Contextualiser** les données  
**Déconstruire** et situer les discours et les pratiques  
Repérer connaissances et ressources mobilisées par UD  
pour se préserver
- Débat autour de **rationalité** des pratiques  
Valorisation de **compétences sociales**,  
Repérage des **ressources** (détention de capital),  
de la capacité de négociation,  
des stratégies de préservation de soi

## Conclusion

- **3 volets Etude InVS-Coquelicot** :  
Résultats scientifiques autour des prévalences du VIH  
et VHC, de la persistance des pratiques à risque chez  
les UD et de la compréhension des déterminants des  
pratiques
- **Impact en termes de santé publique** autour de la  
nécessité de **repenser la prévention auprès des UD**
- Importance du travail **en amont** : méthodologie  
complexe (concilier enjeux éthiques et rigueur  
scientifique), conditions de l'**acceptabilité** de l'enquête
- **En aval** : restitution des données auprès des services  
et des UD → **Réappropriation** des données par les  
acteurs

## Contributeurs

**InVS** : M. Jauffret-Roustide,  
E. Couturier, Y. Le Strat, J. Emmanuelli,  
L. Oudaya, C. Semaille, JC. Desenclos

**CNR VIH Tours** : F. Barin

**INED** : C. Lefevre, M. Quaglia, G. Vivier,  
N. Razafindratsima, K. Guenfoud, AM. Noël

Comité pilotage ANRS : F. Beck, V. Doré, A. Ehrenberg, JM.  
Firdion, I. Grémy, F. Lert

## Remerciements (1)

A tous les UD, les professionnels des centres et les  
médecins généralistes ayant participé à  
l'enquête dans les 5 villes

Paris : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La  
Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues  
Jeunesses, Moreau de Tours, Murger, Cassini,  
Emergence, EGO, MDM, AIDES, La Terrasse,  
Marmottan

Lille : Boris Vian, CITD, Espace du Possible, Le  
Cèdre Bleu, AIDES

Strasbourg : Espace Indépendance, ALT, Le fil  
d'Ariane

Bordeaux : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin,  
Parlement Saint-Pierre

Marseille : AMPTA, MDM, AIDES, Sainte-Marguerite,  
Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI,  
Le Cabanon

## **Remerciements (2)**

**Paris : Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour**

**Lille : Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageollet**

**Strasbourg : Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam**

**Bordeaux : Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas**

**Marseille : Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe**