



Conception, échantillonnage, organisation du terrain d'une enquête TLS et nouveaux développements : Coquelicot, une enquête auprès d'usagers de drogues

Marie Jauffret-Roustide^a, Yann Le Strat^a

^aInstitut de veille sanitaire

Résumé

Afin de suivre la dynamique de l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue (UD) en France, l'enquête ANRS-Coquelicot a été réalisée en France entre 2004 et 2007. Cette enquête menée sur 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) est constituée d'un volet épidémiologique et socio-anthropologique. La population cible de cette enquête est à la fois difficile à définir et à atteindre, en raison de profils sociaux et de rapports à l'usage de drogues diversifiés et de la stigmatisation de la pratique d'usage. La population des UD étudiée est celle qui fréquente les dispositifs spécialisés et qui représente une sous-population ayant un « rapport problématique aux drogues » et plutôt socialement précaire. La méthodologie utilisée dans le volet épidémiologique a mis en œuvre une stratégie d'échantillonnage aléatoire via un plan de sondage, intégrant la Méthode Généralisée du Partage des Poids (MGPP) et s'appuie sur un recueil de données biologiques pour estimer la prévalence de l'hépatite C. L'utilisation d'outils méthodologiques innovants utilisés pour la première fois en France (plan de sondage avec MGPP, tests biologiques) dans l'enquête ANRS-Coquelicot a permis de produire des estimations valides de la prévalence du VHC dans la population des UD, prévalence particulièrement élevée qui se monte à 60%. La méthodologie mise en œuvre dans cette enquête a permis d'inférer ses résultats à la population cible étudiée. L'épidémiologie a permis de décrire, de mesurer et d'accéder dans une certaine mesure à la généralisation. Les données qualitatives (entretiens et observations ethnographiques) ont été confrontées aux données produites par l'épidémiologie et ont permis de mieux appréhender le contexte social du risque et le sens que les UD lui accordent. L'utilisation de méthodologies quantitatives et qualitatives a ainsi permis d'aborder la question de l'exposition au risque de l'hépatite C chez les usagers de drogues dans sa complexité.

Mots-clés : Méthodologie, usage de drogues, risque infectieux, épidémiologie, socio-anthropologie

Introduction

En France, le nombre d'individus ayant un usage problématique de drogues¹ est estimé à 230 000 selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), soit 5,9 usagers de drogues (UD) pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Au sein de cette population, 80 000 UD (2,1 pour mille) peuvent être considérés comme des UD injecteurs actifs (au cours du dernier mois) et 145 000 (3,7 pour mille) auraient utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (Costes, 2009). Selon les données de l'*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), la France se situe dans la

¹ L'usage problématique est défini comme toute consommation par voie intraveineuse ou consommation régulière (au moins 10 consommations dans le mois) d'opiacés, de cocaïne/crack, ou d'amphétamines dans l'année.

moyenne des pays européens, avec une prévalence d'usage problématique inférieure à l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni, mais supérieure à l'Allemagne.

Les UD dits « problématiques » sont une population particulièrement à risque pour la transmission de l'hépatite C (Alter et al., 1999 ; Heintges et Wands, 1997), le partage du matériel d'injection étant le facteur de risque majeur de transmission de ce virus (Hagan, 1998 ; McCoy et al., 1998 ; Roy et al., 2002). Afin de réduire les conséquences sanitaires et sociales liées à l'usage de drogues, une politique de réduction des risques (RDR) a été mise en place en France à la fin des années 1980 (Bergeron, 1999 ; Jauffret-Roustide, 2009). Cette politique pragmatique s'efforce de mettre à distance une vision morale de l'usage de drogues au profit d'une vision sanitaire et médicale. Les deux mesures phares de la RDR sont la mise à disposition de matériel d'injection stérile et de traitements de substitution aux opiacés. La RDR a largement contribué à améliorer la santé des UD en diminuant le nombre d'overdoses et la transmission du VIH dans cette population (Emmanuelli et Desenclos, 2005), mais son impact reste encore aujourd'hui plus limité sur la transmission du VHC. Au sein de la population des UD, la prévalence de l'hépatite C est encore aujourd'hui très élevée dans la majorité des pays pour lesquels des données de surveillance sont disponibles, elle est en moyenne supérieure à 50% (Aceijas et Rhodes, 2007). L'hépatite C constitue donc un problème de santé majeur chez les UD en France et sur le plan international.

Afin de suivre la dynamique de l'épidémie de VHC chez les UD en France, une enquête socio-comportementale dénommée enquête ANRS-Coquelicot a été réalisée en France entre 2004 et 2007. Les enjeux liés à sa conception et sa réalisation concernant plus particulièrement l'échantillonnage et les collaborations pluridisciplinaires et méthodologiques entre l'épidémiologie et la socio-anthropologie sont l'objet du présent article.

La population des UD à risque de transmission d'infections virales est définie plutôt par le biais des voies d'administration des produits (injection, snif, consommation de crack par voie fumée) et moins par les produits eux-mêmes. La question centrale de l'enquête ANRS-Coquelicot étant de documenter les modalités de transmission du VIH, VHC et VHB, la population d'étude a été restreinte aux UD ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Ainsi, les usagers exclusifs d'alcool ou de cannabis sont exclus de l'enquête ANRS-Coquelicot. Notre population d'étude est constituée par des usagers d'héroïne, de cocaïne, de médicaments détournés ou de crack, en grande majorité dans des situations de grande précarité sociale. Les modes d'administration utilisés sont le snif, l'injection ou la voie fumée (pour le crack). La majorité d'entre eux sont des UD actifs et dits « problématiques », c'est-à-dire qu'ils ont consommé au moins un produit psychoactif parmi ceux mentionnés ci-dessus au cours du dernier mois, et pour une partie d'entre eux par voie injectable.

Cette population cible est à la fois difficile à définir et à atteindre. Il s'agit en effet d'une population aux profils sociaux et aux rapports à l'usage de drogues diversifiés ; d'une population stigmatisée, car l'usage de drogues constitue une pratique illicite en France ; et la pratique d'usage étant cachée, la population des UD est donc souvent difficile à atteindre.

La population des UD la plus visible est celle qui fréquente les dispositifs spécialisés et qui représente une frange des UD particulière : une sous-population ayant un « rapport problématique aux drogues » et plutôt socialement précaire. Une partie de la population des UD reste donc exclue des enquêtes épidémiologiques en France, et comprend à la fois les UD ayant un usage « régulé » des drogues et les plus socialement insérés, et de manière plus marginale, les « plus précaires des précaires », les plus jeunes et les femmes.

Comment étudier les populations difficiles d'accès telles que les UD ?

Design de l'enquête

Jusqu'à présent en France, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons de convenance, c'est-à-dire non aléatoires et portant sur une partie restreinte du dispositif spécialisé pour les UD (Palle et Tellier, 2000 ; IREP, 1996 ; Gadel et Nunes,

1998 ; Bello et al., 2005). Dans ces mêmes enquêtes, le recueil était effectué par les intervenants spécialisés exerçant dans les services d'accueil pour les UD. En 2004, l'InVS a mis en place, après une phase pilote (Jauffret et al., 2006), une enquête de séroprévalence auprès d'UD dénommée enquête ANRS-Coquelicot, soutenue par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) et réalisée en collaboration avec l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), le Centre National de Référence (CNR) du VIH de Tours et le Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale et Société (CESAMES). Les objectifs de cette étude étaient d'estimer les prévalences du VIH et du VHC chez les UD à partir de données biologiques et de les comparer aux données déclaratives ; de caractériser la population des UD d'un point de vue sociodémographique ; de décrire les situations à risque liées à la consommation de produits psychoactifs ; et d'explorer certains déterminants de la prise de risque.

L'enquête ANRS-Coquelicot est une enquête épidémiologique transversale de séroprévalence menée auprès des UD. Cette enquête est multiville (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et multisite (recrutement dans la quasi totalité des structures de prise en charge et de RDR et chez les médecins généralistes (MG) prescrivant des traitements de substitution aux opiacés (TSO).

De nature principalement descriptive, son objectif premier était l'estimation des conséquences sanitaires infectieuses liées à l'usage de drogues, avec une visée analytique secondaire destinée à pouvoir appréhender les déterminants des risques infectieux et des pratiques à risque dans cette population ; et une visée pragmatique consistant à pouvoir proposer des recommandations de santé publique. Le volet épidémiologique de l'enquête ANRS-Coquelicot s'inscrit dans l'approche populationnelle² car elle s'intéresse à une population spécifique (les UD), décrit leurs caractéristiques sociodémographiques, leur mode de vie et leurs pratiques ; s'efforce de repérer les déterminants de leurs pratiques à risque pouvant avoir un impact sur leur état de santé et plus particulièrement sur leur contamination par le VIH et le VHC ; et permet d'émettre des hypothèses pour évaluer la politique de RDR³.

La population cible était constituée d'UD ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie, et utilisateurs des services spécialisés ou clients des médecins généralistes implantés dans l'une des villes de l'enquête. Les personnes mineures et non-francophones n'ont pas été enquêtées pour des raisons à la fois légales et logistiques. Pour des questions de sécurité des enquêteurs et de fiabilité des données, les personnes très agitées ou agressives au moment de la proposition du questionnaire n'ont pas été enquêtées. Le taux de participation à l'enquête a atteint 75%, ce qui peut être considéré comme satisfaisant pour ce type d'étude. Au total, 1 462 UD ont été inclus dans l'enquête.

Méthodes

Dans le champ de la recherche sur l'usage de drogues et la RDR, la méthodologie utilisée dans l'enquête ANRS-Coquelicot est originale à plusieurs titres. Tout d'abord, alors que les études précédentes reposaient sur des échantillons de convenance ((Palle et Tellier, 2000 ; IREP, 1996 ; Gadel et Nunes, 1998 ; Bello et al., 2005), elle a mis en œuvre une stratégie d'échantillonnage aléatoire via un plan de sondage. De plus, ce plan de sondage intègre une dimension nouvelle, celle de la Méthode Généralisée du Partage des Poids (MGPP) expérimentée dans le cadre de l'enquête INSEE SD2001 (Ardilly et Le Blanc, 2001), mais jamais appliquée dans le champ de l'épidémiologie. La MGPP permet de prendre en compte dans la pondération un aspect

² L'approche populationnelle comprend trois dimensions, descriptive, analytique et évaluative. Elle a comme objectifs de décrire les comportements d'une population spécifique, de comprendre les déterminants pouvant exercer une influence sur leur santé, et de contribuer ainsi à l'élaboration de politiques publiques destinées à ces populations, politiques ou types d'intervention dont l'impact sur la santé de ces populations sera ensuite évalué (Kovess, 1996).

³ Pour pouvoir réellement évaluer une politique publique à partir de données épidémiologiques, il convient toutefois de disposer de deux points de comparaison, d'où la nécessité de reconduire les enquêtes à intervalles réguliers. Pour émettre des hypothèses sur l'impact de la politique de RDR sur la transmission du VIH et du VHC, l'enquête ANRS-Coquelicot s'est appuyée sur des données produites dans les cadres des enquêtes de prévalence précédentes pour lesquelles la méthodologie était différente, ce qui limite la comparabilité.

important de la vie des UD, qui consiste à fréquenter plusieurs services spécialisés durant la période d'enquête. Cette fréquentation multiple peut avoir un impact sur les probabilités d'inclusion des UD et par conséquent sur les estimations (Jauffret-Roustide et al., 2009).

En théorie, ce type d'enquête nécessiterait une base de sondage de l'ensemble des UD. Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, il n'était pas envisageable de réaliser un recensement de l'ensemble de la population concernée. Ainsi l'enquête a été réduite aux utilisateurs des services spécialisés et aux patients des médecins généralistes prescrivant des TSO qui ont constitué la base de sondage. Des plans de sondage à deux degrés ont été mis en œuvre.

Plan de sondage pour les structures

Un inventaire détaillé de l'ensemble des services susceptibles d'accueillir des UD a été mis en œuvre dans les 5 villes incluses dans l'enquête. Les lieux de recrutement comprenaient des dispositifs spécialisés de prise en charge de la toxicomanie incluant des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), et des dispositifs d'hébergement tels que des hôtels et des appartements thérapeutiques. Ils étaient complétés par des dispositifs de RDR tels que les Programmes d'Echange de Seringues (PES) ; les lieux de dispensation des TSO dans les centres spécialisés, les centres hospitaliers et les Bus ; les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence pour le jour (Boutiques) et la nuit (*sleep-in*) et les équipes de rue intervenant auprès des consommateurs sur les lieux de deal. Par ailleurs, des cabinets de médecine de ville prescrivant des TSO ont été inclus dans l'enquête. La prise en compte de la diversité de l'offre de soins et de prévention dans le recrutement des services inclus dans l'enquête a permis d'atteindre une grande diversité d'UD et une partie des UD difficiles à atteindre dans les enquêtes, à savoir les plus précaires (captés par les équipes de rue) et les plus insérés socialement (captés par les médecins généralistes). Le recrutement des UD dans l'ensemble de la chaîne thérapeutique (haut et bas seuil) et chez les médecins généralistes reflétait ainsi la trajectoire de prise en charge des UD et la diversité de l'offre de politiques publiques sur les drogues en France.

Sur 107 services inventoriés pour le champ de l'enquête, 6 ont refusé de participer soit pour des raisons liées au fonctionnement du service (locaux exigus, départ du responsable de la structure au moment de la mise en place de l'enquête), soit pour des raisons liées à la perception de l'impact de l'enquête sur les UD. Une partie des intervenants craignait en effet que le prélèvement sanguin soit perçu comme trop intrusif ou que les résultats de l'enquête puissent contribuer à la stigmatisation des UD en validant scientifiquement le fait que la prévalence du VIH et du VHC était élevée dans cette population. Au total, 101 services spécialisés ont été inclus soit 95% des services recensés, la couverture du champ de l'enquête reste donc particulièrement élevée.

Une base de sondage des services a été établie dans chaque ville. Une liste de toutes les structures ouvertes par demi-journées a été alors construite afin de tirer des couples (structures/demi-journées) selon un sondage aléatoire simple. Le nombre de couples était proportionnel aux files actives déclarées par les structures. Un calendrier de visites des services a été constitué.

Dans chaque unité primaire i (service*demi-journée), une liste d'usagers n'étant pas disponible en début de journée (sauf pour les hébergements), on ne pouvait pas estimer un pas de sondage et réaliser un tirage systématique. Un tirage aléatoire de n_i usagers a été effectué selon un critère aléatoire. L'enquêteur a recruté de manière aléatoire le premier usager qui se présentait. Les autres usagers enquêtés étaient interrogés selon un pas de sondage adapté, afin d'éviter que l'enquêteur ou les intervenants du service ne choisissent les usagers à enquêter, ce qui aurait introduit un biais de sélection.

Un recueil de la file active de la demi-journée (N_i) a ensuite été effectué auprès des responsables de services. Le tirage des individus a été assimilé à un sondage aléatoire simple, avec une probabilité d'inclusion d'un usager = n_i/N_i .

Plan de sondage pour les médecins généralistes

Une base de sondage des médecins généralistes, installés dans les villes enquêtées, a été établie puis stratifiée selon leur volume de prescriptions de TSO, à partir de données fournies par l'Institut de Communication Médicale (InCM). Dans chaque ville, des MG ont été tirés au sort dans chacune des strates, en surreprésentant les gros prescripteurs. Chaque médecin participant a proposé le questionnaire à l'ensemble des UD de sa patientèle. Un sondage aléatoire stratifié à deux degrés a été mis en œuvre avec une stratification effectuée sur la ville. Concernant le plan de sondage au premier degré, il s'agissait d'un sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs avec stratification sur le volume de prescription de TSO (gros/moyens prescripteurs). Pour le deuxième degré, tous les UD ont été enquêtés selon un sondage en grappe et le calcul des poids s'est effectué en fonction de ce type de sondage.

Méthode Généralisée du Partage des Poids (Generalised weight share method (GWSM))

Un usager peut fréquenter plusieurs services chaque jour alors qu'un autre usager peut fréquenter un service par semaine ou par mois. Un usager fréquentant beaucoup de services a donc une probabilité plus grande d'être tiré au sort qu'un usager ayant une fréquence faible. L'hétérogénéité des fréquentations des usagers (en nombre de fréquentations et diversité des structures) devait être prise en compte.

En pratique, les trois questions suivantes ont été posées aux usagers de drogue sur le nombre de leurs fréquentations et sur les services fréquentés, afin de repérer les liens entre les prestations et les personnes :

Q1 : Aujourd'hui, en plus de ce service, lequel (ou lesquels) de ce(s) service(s) avez-vous fréquenté ou allez-vous fréquenter ?

Q2 : Dans le dernier mois, combien de fois en moyenne avez-vous fréquenté le service où nous nous trouvons maintenant (en comptant cette fois-là) ? (1 fois / de 2 à 4 fois / plus de 4 fois)

Q3 : Hier (ou vendredi si l'enquête se déroule un lundi), avez-vous fréquenté une ou plusieurs des structures notées sur cette carte ? Et si oui, combien de fois ?

A partir de ces questions, nous avons estimé le nombre de services fréquenté par chaque personne durant l'enquête. Puis la méthode généralisée de partage des poids a été appliquée. D'un point de vue statistique, cela revient à calculer une nouvelle pondération pour chaque usager de drogue à partir de son poids dans l'échantillon (l'inverse de la probabilité d'inclusion) et du nombre de services visités.

Défis organisationnels et méthodologiques

Plusieurs défis organisationnels et méthodologiques ont donc été relevés dans le cadre du volet épidémiologique de l'enquête. Concernant la stratégie d'échantillonnage, l'enjeu était de faire accepter le recueil des données d'inventaire par les structures pour la constitution de la base de sondage, en limitant la perception d'un regard « évaluateur » vis-à-vis de leur activité. Concernant la validité des données, l'enjeu était d'obtenir des données de séroprévalence par auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard sans restitution des résultats et de sensibiliser les intervenants des structures à l'acceptation du test. Concernant la fiabilité des données, l'enjeu consistait à 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 extérieurs aux structures. Un travail de sensibilisation des intervenants a été réalisé en amont durant une année afin de favoriser l'accueil des enquêteurs dans les structures. Sur le terrain, lors du recueil des données épidémiologiques, un équilibre a dû être trouvé entre le bon accueil des enquêteurs dans les structures et la limitation de l'intervention des intervenants de terrain dans le choix des UD à inclure dans l'enquête.

Un des défis méthodologiques de cette enquête consistait à concilier approche épidémiologique et socio-anthropologique, avec comme objectif d'appréhender la dimension des pratiques à risque liées à l'usage de drogues dans leur complexité.

Apport du regard socio-anthropologique dans les enquêtes épidémiologiques

Parallèlement au volet épidémiologique, un volet socio-anthropologique a été mis en place dans le cadre de l'enquête ANRS-Coquelicot. Ce volet qualitatif réalisé entre 2003 et 2007 avait pour objectifs de préparer la phase de recueil épidémiologique (analyse des politiques publiques, des enjeux professionnels, sensibilisation des intervenants à l'intérêt de l'enquête), d'accéder et identifier des populations d'UD dites « cachées », d'approfondir et d'interroger certains résultats épidémiologiques.

Le volet qualitatif de l'enquête a été dénommé socio-anthropologique pour rendre compte à la fois d'une approche disciplinaire (la sociologie) et d'un type d'outil méthodologique (méthodes qualitatives) utilisés dans ce volet. La dénomination socio-anthropologie permet de ne pas introduire de confusion avec la sociologie quantitative qui utilise l'outil statistique à l'instar de l'épidémiologie, tout en produisant une interprétation des données différenciée. L'approche socio-anthropologique peut intervenir en amont du volet épidémiologique dans la construction des hypothèses, du questionnaire et de la préparation du terrain. Ce volet est intervenu également en aval et a permis d'accéder à des populations difficiles d'accès, d'approfondir mais aussi d'interroger certains résultats quantitatifs. Le volet socio-anthropologique de l'enquête ANRS-Coquelicot se donnait comme objectifs de comprendre plus finement les déterminants des pratiques à risque en relatant l'expérience sociale de la drogue et de la prise de risque et en introduisant la dimension du contexte social et politique. L'approche socio-anthropologique a permis ainsi de décrire les situations et les pratiques des individus, et de clarifier les enjeux sociaux associés à ces pratiques (Ehrenberg, 2007).

Préparer le terrain des enquêtes épidémiologiques

En amont de cette enquête portant sur un terrain complexe, un travail préalable d'approche du terrain et d'analyse des politiques publiques a été réalisé entre septembre 2003 et septembre 2004. La question de l'usage de drogues a alors été appréhendée non pas uniquement à travers une population d'UD, mais également comme un espace social dans lequel coexistent des stratégies d'acteurs, des enjeux internes et des représentations du phénomène étudié. En effet, les membres de l'équipe (épidémiologistes et sociologue) souhaitaient aller au-delà de la simple connaissance des objectifs des politiques de santé publique et réaliser une analyse plus globale de l'ensemble du champ concerné. Nous supposons que la prise en compte d'une analyse socio-historique de ce champ favoriserait à la fois la compréhension du phénomène par les enquêteurs et l'acceptation de l'enquête quantitative par les professionnels intervenant dans ce champ et par les UD. Ainsi, durant une année entière, des observations et des entretiens ont été effectués auprès des acteurs du champ du soin aux toxicomanes et de la RDR afin de mieux prendre en compte les enjeux internes à ce champ. Cette immersion sur le terrain et cette analyse sociologique des relations entre les acteurs sont des phases particulièrement importantes pour les terrains où la collecte de données peut être vécue comme une forme d'intrusion dans la vie des UD et comme une forme d'évaluation des pratiques des professionnels. En effet, les intervenants en toxicomanie constituent un corps professionnel créé dans les années 1970, et influencé par les analyses de Michel Foucault, ce qui les amène à percevoir l'épidémiologie et les techniques d'enquête quantitatives comme un moyen de contrôle social des UD. L'utilisation d'un prélèvement sanguin sans restitution de résultats aux UD venait renforcer ce type de réticences. Parmi les six responsables de services spécialisés ayant refusé de participer à l'enquête, plusieurs d'entre eux ont invoqué ouvertement les risques de stigmatisation et de contrôle social des UD à travers l'arsenal épidémiologique. La mise en exergue d'une prévalence du VHC élevée et de la persistance de pratiques à risque chez les UD pouvait contribuer à renforcer la désignation des UD comme des individus irresponsables, en référence aux débats ayant eu cours dans le champ de la toxicomanie au moment de la mise en place de la politique de RDR (Bergeron, 1999 ; Coppel, 1996 ; Jauffret, 2000). Ce travail d'enquête qualitative préalable nous a donc permis d'intégrer le jeu des acteurs dans la préparation du terrain. Ces données qualitatives ont ensuite été utiles pour l'interprétation des résultats, en réintégrant le contexte sociopolitique de l'usage de drogues en France. Ainsi, prendre des risques dans un contexte où les seringues ne sont pas en vente libre ne peut pas être interprété de la même manière qu'une prise de risque dans un contexte de grande accessibilité au matériel stérile, dans le cadre de la politique de RDR appliquée en France.

Cette phase de préparation de l'enquête épidémiologique consacrée à la sensibilisation des acteurs de terrain nous a certainement permis de mieux gérer la phase de collecte des données épidémiologiques, de favoriser ainsi l'acceptation des intervenants vis-à-vis du dispositif d'enquête et d'obtenir un bon taux de participation parmi les UD.

Accéder à des populations difficiles d'accès

Le volet épidémiologique de l'enquête ANRS-Coquelicot a permis de réaliser une inférence des résultats de l'enquête dans la population des UD pris en charge dans les services spécialisés et chez les MG. Il comprend toutefois un défaut de couverture dans la mesure où il n'incluait pas les personnes ne fréquentant pas ces dispositifs. L'échantillon de l'étude épidémiologique est diversifié puisque le recrutement des UD s'est effectué dans l'ensemble de la chaîne thérapeutique (structures d'hébergement, centres de soins, dispositifs de RDR, cabinets de médecine générale), mais elle n'est représentative que d'une sous-population d'UD, celle qui est en contact avec les dispositifs spécialisés. Pour améliorer la représentativité de la population étudiée, il fallait donc travailler sur la population des UD difficiles à joindre à savoir les UD sans contact avec les structures spécialisées. L'intérêt d'une approche qualitative concernait sa capacité à atteindre ces populations d'UD dites cachées et pouvait ainsi permettre d'améliorer le recrutement de l'échantillon global de l'étude.

Cette population hors institution est mal connue, les informations disponibles sont essentiellement des données qualitatives issues d'études socio-anthropologiques centrées sur des sous-groupes de populations cachées, mais n'ayant pas vocation à décrire l'ensemble de cette population dans sa diversité (Bouhnik et al., 2002 ; Fontaine et Fontana, 2003 ; Reynaud-Maurupt et Verchère, 2003 ; Reynaud-Maurupt et Acola, 2004). La confrontation de ces données exploratoires semble montrer que leurs profils seraient diversifiés et incluraient des UD plutôt jeunes (âgés de moins de 30 ans), se situant aux deux extrêmes de l'échelle sociale, les plus précaires des précaires et les plus insérés socialement. Ces populations peuvent être difficiles à joindre ou à interroger parce qu'elles ne s'identifient pas au milieu des UD et cherchent à s'en démarquer (jeunes issus du milieu festif, UD insérés), ou parce que leur accès est difficile (scènes de crack, usagers « de rue », femmes). Par ailleurs, certains de ces UD (femmes avec enfant, UD insérés) ne fréquentent pas les institutions car ils redoutent une rupture de l'anonymat, qui pourrait avoir un impact sur leur vie quotidienne. Pour une partie des UD, l'offre de soins et de RDR n'est pas adaptée à leurs attentes, et c'est la raison pour laquelle ils peuvent ne pas fréquenter ces dispositifs. Il existe par ailleurs une intrication forte de ces sous-groupes de populations. Toutefois, une partie de cette population a pu être recrutée dans le volet épidémiologique lors du recrutement auprès des MG et des équipes de rue, dispositifs qui permettent aux UD de limiter leur contact avec d'autres UD.

Pour ces populations « cachées » ou difficiles à joindre, l'utilisation d'un questionnaire et d'un prélèvement de sang est plus difficile à mettre en œuvre. L'entretien non-directif semble plus adapté que le questionnaire car il permet de recueillir des données sans directement nommer les pratiques, et offre ainsi à l'UD la possibilité de répondre de manière nuancée sans se sentir enfermé dans les catégories de réponse préétablies par un questionnaire fermé. Le recours à des enquêteurs insérés dans les réseaux d'UD, ayant souvent une proximité d'habitus avec les personnes enquêtées et maîtrisant les codes de l'usage peut faciliter l'accès à ces populations cachées, car ces médiateurs peuvent représenter un gage de confiance. La population de l'étude socio-anthropologique n'étant pas connue précisément au départ, l'échantillon a été constitué de manière progressive par une méthode dite boule de neige, les UD ont ainsi été contactés par le biais de personnes relais insérées dans le milieu de l'usage de drogues. Plusieurs sous-groupes d'usagers ont été contactés et étudiés, et le recrutement a ciblé plus particulièrement les UD âgés de moins de 30 ans et les femmes, moins représentés dans les structures spécialisées. Une approche socio-anthropologique a permis de faire émerger des réseaux d'individus « invisibles » dans les études épidémiologiques et qui constituent pourtant une partie de la population cible. La prise en compte de ces sous-populations a donc permis d'améliorer la description des modes de vie et des pratiques des UD. Dans le cadre de l'enquête ANRS-Coquelicot, 99 entretiens semi-directifs ont été effectués auprès des UD entre 2005 et 2007.

Conclusion et perspectives

L'utilisation d'outils méthodologiques innovants utilisés pour la première fois en France (plan de sondage avec MGPP, tests biologiques) dans l'enquête ANRS-Coquelicot a permis de produire des estimations valides de la prévalence du VHC et du VIH dans la population des UD. Il n'y a pas eu de difficultés majeures à calculer les probabilités d'inclusion. D'une part parce que le nombre de personnes ayant été contactées (répondants et non-répondants) était bien renseigné par l'enquêteur à chaque moment d'enquête dans les structures. D'autre part parce que le nombre d'UD ayant fréquenté la structure au cours de la demi-journée d'enquête était également bien renseigné. Quelques valeurs manquantes ont été récupérées a posteriori, en interrogeant les structures.

Par ailleurs, les UD ont bien répondu aux trois questions concernant le nombre de visites et l'identification des structures qu'ils ont visitées au cours de la période d'enquête. La raison principale tient au fait qu'il avait été mentionné aux enquêteurs que ces questions étaient très importantes et qu'un recueil rigoureux était nécessaire. En revanche il aurait été préférable de poser de manière plus détaillée la question concernant la fréquentation au cours du dernier mois.

Les principaux résultats épidémiologiques de l'enquête Coquelicot mettent en évidence que la prévalence du VHC est de 60% dans la population des UD et que les pratiques à risque liées à l'injection persistent, le partage de la seringue s'élevant à 13% et celui du petit matériel à 38% (Jauffret-Roustide et al., 2009). Les femmes UD constituent une population particulièrement vulnérable vis-à-vis de l'exposition au risque dans les sphères de l'usage de drogues et de la sexualité. Le volet socio-anthropologique a permis de mieux comprendre cette vulnérabilité en introduisant la dimension des rapports sociaux de sexe et le sens accordé au risque. La dépendance des femmes vis-à-vis de leur conjoint réduit en effet leur capacité à maîtriser les circonstances de l'injection et favorise ainsi l'emprunt de matériel d'injection. Le risque d'emprunter le matériel d'injection est 5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. La prise en compte des cadres d'interprétation du risque chez les femmes montre que le risque infectieux peut passer après le risque affectif et relationnel (Jauffret-Roustide et al., 2008).

La méthodologie mise en œuvre dans cette enquête a permis d'inférer ses résultats à la population cible étudiée. La standardisation des outils de recherche utilisés en épidémiologie donne la possibilité de comparer la situation française à la situation internationale, et de produire une surveillance des comportements au cours du temps. L'épidémiologie permet donc de décrire, de mesurer et d'accéder dans une certaine mesure à la généralisation. Les outils utilisés en épidémiologie étant perçus comme plus fiables par les pouvoirs publics, ils peuvent plus facilement être utilisés comme des outils d'aide à la décision.

Les données qualitatives (entretiens et observations ethnographiques) ont été utilisées en partie dans une optique de triangulation des données, afin de se confronter aux données produites par le volet quantitatif de l'enquête ANRS-Coquelicot. L'observation ethnographique est également intervenue dans le processus de triangulation des données qualitatives, en limitant le biais lié au contexte d'énonciation du discours sur les risques, présent à la fois lors des entretiens et des questionnaires. Le volet qualitatif a également permis de révéler la complexité des enjeux liés aux pratiques à risque, complexité venant ici interroger les données quantitatives par le biais d'une interprétation différente de celle produite par le regard épidémiologique. C'est ici la question de la triangulation des données qui est posée et non pas celle de la supériorité d'une technique d'enquête sur une autre. Chaque technique comporte des biais et multiplier les techniques d'investigation permet de confronter les sources de données et d'aborder le sujet étudié dans sa complexité. En résumé et en pratique, l'apport du volet socio-anthropologique a consisté en amont à améliorer la connaissance du champ étudié, à améliorer le choix des indicateurs et des catégories utilisées dans le questionnaire, à travailler sur les représentations du sujet d'enquête par les enquêteurs et à accéder à des populations d'UD dites cachées.

Afin d'améliorer la capacité de l'enquête Coquelicot à produire des données pouvant être inférées à la population des UD, des améliorations méthodologiques sont envisagées pour la prochaine édition prévue en 2010. Trois villes complémentaires (Rennes, Lyon, Toulouse) seront incluses dans l'enquête afin d'améliorer la représentation géographique de notre population. Les dispositifs en milieu pénitentiaire seront inclus afin de

réduire le défaut de couverture de la population fréquentant le dispositif. Enfin les UD ne fréquentant aucune structure et repérés dans le volet socio-anthropologique et correspondant aux populations d'UD « cachées » seront inclus dans le volet épidémiologique de la prochaine enquête.

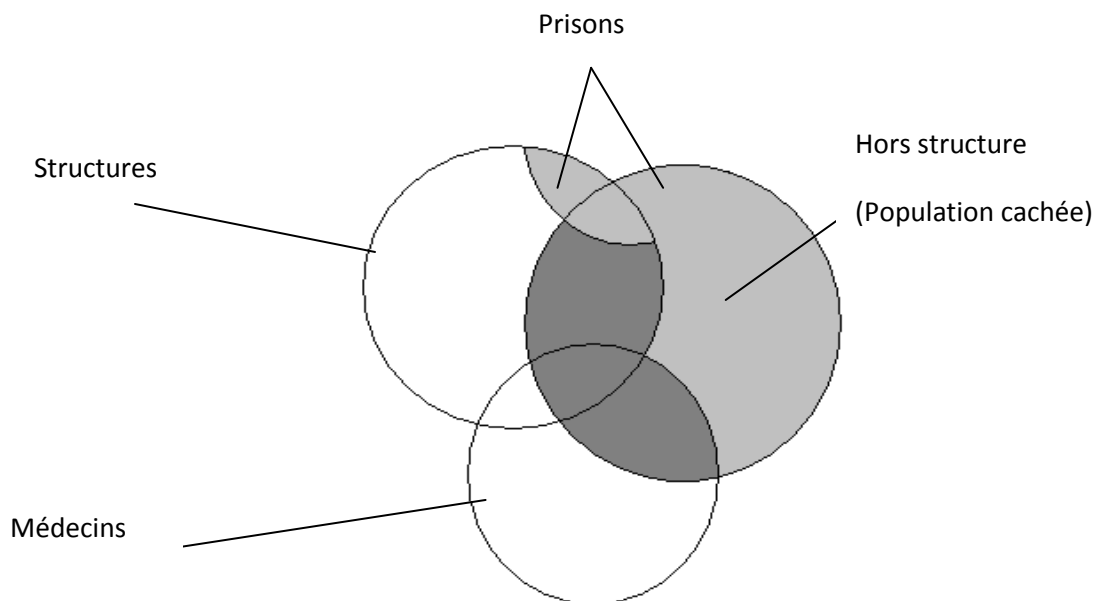


Figure 2 : Les différentes populations d'usagers de drogue. Lors de l'enquête, les populations captées sont représentées en blanc, les populations non captées sont représentées en gris clair et les populations en partie captée sont représentées en gris foncé.

Le volet séroépidémiologique de la prochaine édition de Coquelicot 2010 sera constitué de quatre enquêtes autonomes ciblant des populations d'UD spécifiques : ANRS-Coquelicot structures (1), médecins généralistes (2), populations cachées (3) et prisons (4). L'enquête structures et MG reprendra le design d'enquête préalablement mis en œuvre dans le cadre de la précédente enquête.

Concernant l'enquête populations cachées, afin d'enquêter des UD ne fréquentant pas les dispositifs enquêtés dans le volet 1, une méthode de type *respondent-driven sampling* (RDS) sera appliquée. Cette méthode n'ayant, à notre connaissance, jamais été appliquée en France à grande échelle auprès des UD (Lovell, 2001), elle ne sera appliquée qu'à Paris, car il s'agit ici d'expérimenter cette méthode. Cette méthode a déjà été appliquée dans d'autres pays (Heckathorn, 2002 ; 2007 ; Heckathorn et al., 2002) et nous nous appuyerons sur cette expérience.

Concernant l'enquête en milieu pénitentiaire, il est difficile de transposer les méthodes d'enquête utilisées sur des terrains « classiques ». Au-delà des aspects d'adaptation méthodologique, un travail préalable de négociation autour de la nécessité de conditions optimales de réalisation de l'enquête devra être effectué avec l'administration pénitentiaire, les surveillants et le personnel médical. En particulier, des demandes d'autorisations pour être en contact avec les détenus dans des lieux « neutres » favorisant la prise de parole devront être négociées. Une réflexion sera également mise en œuvre autour de la stratégie d'échantillonnage des détenus, à la fois concernant le premier degré d'échantillonnage (sélection des établissements pénitentiaires), et le deuxième degré d'échantillonnage (sélection des détenus) pour lequel il conviendra d'être particulièrement attentif aux risques de stigmatisation des détenus. Etant donné les difficultés spécifiques de la réalisation d'enquêtes sur des pratiques stigmatisées en milieu pénitentiaire (sexualité, usage de drogues), nous envisageons également de mener un volet socio-anthropologique complémentaire auprès d'UD ayant été incarcérés afin de les interroger de manière rétrospective sur leurs consommations de produits psychoactifs et leurs pratiques à risque en détention.

Remerciements

A tous les usagers de drogues, les professionnels des dispositifs spécialisés 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, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour

Lille : Boris Vian, CITD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, AIDES, Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageollet

Strasbourg : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam

Bordeaux : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas

Marseille : AMPTA, MDM, AIDES, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

Enquêteurs :

Paris : A. Aberkane, I. Alet, P. Boudet, B. Burnel, C. Flament, S. Golenishev, E. Guillaud, C. Hamelin, H. Léon, L. Quaglia, J. Quenet-Vincent, M. Roussier, M. Tiloy, B. Schuch

Lille : P. Legroux, A. Luyckx, M. Makouala, C. Sarazin

Strasbourg : M. Duwig, N. Olivier-Martin, J. Oswald,

Bordeaux : F. Bordes, P. Chambreau, E. Lion, E. Martinheira, E. Rappeneau

Marseille : C. Coquillat, J. Denoyer, H. Habert, C. Latard, M. Mounition, H. Sigaud

Suivi des enquêteurs : M. Quaglia, G. Vivier, K. Guenfoud, A-M. Noel

Plan de sondage : N. Razafindratsima, C. Lefevre

Equipe InVS impliquée sur l'enquête : J. Emmanuelli, JC Desenclos, E. Couturier, L. Oudaya, C. Semaille

Analyses biologiques : Pr F. Barin, D. Thierry

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

Financement : Cette enquête a bénéficié du soutien financier et scientifique de l'Agence Nationale de recherche sur le Sida et les Hépatites (ANRS)

Références

Aceijas, C., Rhodes, T. (2007) 'Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users', *Int J Drug Policy*, Vol. 18, pp. 352-358.

Alter, M.J., Kruszon-Moran, D., Nainan, O.V., McQuillan, G.M., Gao, F., Moyer, L.A., Kaslow, R.A. et

- Margolis, H. (1999) 'The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994', *N Engl J Med*, Vol. 341, No.8, pp. 556-62.
- Ardilly, P., Le Blanc, D. (2001) 'Sampling and weighting a survey of homeless persons: a French example', *Survey Methodology*, Vol. 27, pp. 109-18.
- Bello, P.Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Evrard, I. (2005) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis : OFDT, pp. 1-178.
- Bergeron, H. (1999) L'État et la toxicomanie. Paris, France : PUF.
- Bouhnik, P., Touzé, S., Valette-Viallard, C. (2002) Sous le signe du "matos": contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs. Paris : RESSCOM.
- Coppel, A. (1996) « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques », *Communications*, Vol. 62, pp. 75-108.
- Costes, J.M. (2009) Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - Estimations 2006. Saint-Denis : OFDT.
- Ehrenberg, A. (2007) 'Epistemology, sociology, public health: how to clarify?', *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Vol. 55, pp. 450-455.
- Emmanuelli, J., Desenclos, J.C. (2005) 'Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003', *Addiction*, Vol. 100, pp. 690-700.
- Fontaine, A., Fontana, C. (2003) Drogues, activité professionnelle et vie privée, Saint-Denis : OFDT.
- Gadel, G., Nunes, C. (1998) « Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996 », *Études et Résultats*, No 1, pp. 1-6.
- Hagan, H. (1998) 'Hepatitis C virus transmission dynamics in injection drug users', *Subst Use Misuse*, Vol. 33, pp. 1197-212.
- Heckathorn, D.D. (2002) 'Respondent-driven sampling II: Deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations', *Social Problems*, Vol. 49, pp. 11-34.
- Heckathorn, D.D., Semaan, S., Broadhead, R.S., Hughes, J.J. (2002) 'Extensions of Respondent-driven sampling: A new approach to the study of injection drug users aged 18-25', *AIDS Behav*, Vol. 6, pp. 55-67.
- Heckathorn, D.D. (2007) 'Extensions of respondent-driven sampling : Analyzing continuous variables and controlling for differential recruitment', *Sociological Methodology*, Vol. 27.
- Heintges, T., Wands, J.R. (1997) Hepatitis C virus: epidemiology and transmission', *Hepatology*, Vol. 26, pp. 521-6.
- IREP (1996) Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face aux risques de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Paris : IREP.
- Jauffret, M. (2000) « La réduction des risques: enjeux autour d'une mobilisation collective », *MANA*, Vol. 8, pp. 161-188.
- Jauffret-Roustide, M., Emmanuelli, J., Quaglia, M., Barin, F., Arduin, P., Laporte, A. et Desenclos, J.C. (2006) 'Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users:

recent French data--the ANRS-Coquelicot Study', *Subst Use Misuse*, Vol. 41, No.10-12, pp. 1603-1621.

Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M., Razafindratsima, N., Emmanuelli, J., Guibert, G., Barin, F., et Desenclos, J.C. (2009) 'A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design', *BMC Infect Dis*, Vol. 9, p.113.

Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., Kudawu, Y., Le Strat, Y., Couturier, E., Emmanuelli, J. et Desenclos, J.C. (2008) 'Life trajectory and risk-taking among women drug users', *Med Sci (Paris)*, Vol. 24, No. 2 (special issue), pp. 111-121.

Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review* 2009;18:159-72.

Kovess, V. (1996) *Epidémiologie et santé mentale*. Paris : Médecine-Science, Flammarion.

Lovell, A.M. (2001) 'Ordonner les risques: l'individu et le pharmaco-sociatif face à la réduction des dommages dans l'injection de drogues', in *Les cultures de la santé publique*, pp. 309-341. Paris.

McCoy, C.B., Metsch, L.R., 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', *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, Vol. 18, Suppl. 1, pp. S25-S29.

Palle, C., Tellier, S. (2000) « Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997 », *Études et Résultats*, No. 59, pp.1-8.

Reynaud-Maurupt, C., Akola, S., (2004) *Usages détournés de la kétamine en France*. Saint-Denis : OFDT.

Reynaud-Maurupt, C. et Verchère, C. (2003) *Les nouveaux usages de l'héroïne*. Saint-Denis : OFDT.

Roy, K., Hay, G., Andragetti, R., Taylor, A., Goldberg, D. et Wiessing, L. (2002) 'Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature', *Epidemiol Infect*, Vol. 129, pp. 577-85.