

Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte d'Ivoire

Prévalence et pratiques à risque d'infection
par le VIH, les hépatites virales, et autres infections

YA
PAS
DRAP



«Y'a pas drap» signifie en Nouchi qu'il n'y a pas de problème, pas de souci. C'est dans cet esprit avec une forte implication des personnes usagères de drogue d'Abidjan qu'a pu se dérouler avec succès le travail présenté dans ce rapport.

Conception de l'enquête, et préparation du rapport

Dr Julie Bouscaillou, Jérôme Evanno, Dr Myrtille Prouté, Fofana Sékou, Dr Niklas Luhmann, Pascale Blanchetière et Dr Edgar Durand.

Étude cofinancée par

Médecins du Monde et le Fonds Mondial - Alliance Côte d'Ivoire.

Remerciements

Nous remercions en premier lieu les participants à l'enquête, les personnes usagères de drogue ayant contribué à l'analyse préalable et les personnes ayant facilité notre accès au terrain.

Nous remercions les enquêteurs, les infirmiers et tous les membres de l'équipe qui ont permis de collecter les données.

Nous remercions nos partenaires techniques : la Croix Bleue pour son accueil et son CDV, le CeDReS pour les analyses biologiques et le Centre Antituberculeux d'Adjamé pour les analyses liées à la tuberculose.

Nous remercions les organisations ayant participé au comité de réflexion de l'enquête: tous les membres du Programme National de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables (PLS-PHV) et plus particulièrement sa directrice-coordonnatrice, le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue (CILAD), le Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV), le Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue (CRFLD), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUDD, Alliance Côte d'Ivoire, la Croix Bleue, l'Espace Confiance, la Coordination Nationale des Organisations de lutte contre la Drogue de Côte d'Ivoire (CONADCI), ESTHER, les usagers de drogues et leurs représentants, le CDC-PEPFAR, la Ligue Ivoirienne de Lutte contre les Hépatites Virales (LILHV).

Nous remercions le Comité National d'Éthique et de la Recherche de Côte d'Ivoire pour ses remarques.

Nous remercions l'équipe MdM à Abidjan et toutes les autres personnes et partenaires ayant facilité ce travail.

Ce rapport a été rédigé en octobre 2014.

Conception graphique

Christophe Le Drean | <http://rouge-rose.net>

Table des matières

4 Liste des acronymes et définitions

4 Liste des tableaux et figures

5 Résumé

5 Introduction

5 Méthodes

5 Résultats

6 Conclusion et recommandations

7 Introduction

8 VIH, hépatites virales, tuberculose et syphilis

9 Moyens de prévention et prise en charge des usagers de drogue

10 Usage de drogue en Afrique Subsaharienne

10 Le cas de la Côte d'Ivoire

11 Approche de Médecins du Monde

12 Objectifs

13 Objectifs de recherche

13 Objectifs opérationnels

14 Méthodes

15 Phase préparatoire

15 *Cartographie de l'usage de drogue à Abidjan*

15 *Partenariats et constitution de l'équipe de l'enquête*

16 *Suivi par le comité de réflexion*

16 Enquête transversale RDS

16 *Échantillonnage guidé par les répondants (RDS)*

17 *Population*

17 *Données collectées par questionnaire*

17 *Données biologiques*

18 *Variables d'intérêt et définitions*

18 *Analyses statistiques*

19 *Considérations éthiques*

19 Estimation de la taille de la population

19 Réponse

20 Résultats

- 21 Phase préparatoire : cartographie de l'usage de drogue à Abidjan
- 21 *Consommations de drogue*
- 22 *Fumoirs et autres scènes de consommation*
- 22 *Profil sociodémographique*
- 23 *Problèmes de santé et accès aux soins*
- 23 *Perception de l'enquête et d'un futur projet*
- 23 Résultats de l'enquête transversale (RDS)
- 23 *Échantillon - description de la population*
- 29 *Sous-groupes de risque d'infection par le VIH dans l'échantillon*
- 30 *Infection par le VIH*
- 36 *Autres infections étudiées*
- 39 Estimation de la taille de la population

40 Volet « Action »

- 41 Mobilisation des acteurs institutionnels et de la communauté UD
- 42 Prévention, dépistage, vaccination au cours de l'enquête RDS

43 Discussion

- 44 Population et profils de consommation de drogue
- 45 Une prévalence élevée pour le VIH avec des sous-populations à haut risque de transmission sexuelle parmi les UD
- 46 Forte prévalence de la tuberculose et besoins en soins de santé primaires
- 47 Hépatites virales B et C, syphilis

48 Synthèse & recommandations

51 Références

53 Annexes

LISTE DES ACRONYMES ET DÉFINITIONS

ARV	Traitement antirétroviral
CDV	Centre de Conseil dépistage volontaire
CI	Côte d'Ivoire
FCFA	Franc CFA
FR	Facteur de risque
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
MdM	Médecins du Monde
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies pour le VIH/SIDA
PHV	Populations hautement vulnérables
PLS-PHV	Programme national de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables
PES	Programme d'échange de seringues
RdR	Réduction des risques
TB	Tuberculose
TS	Travailleur(se) du sexe
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UD	Usager de drogue
UDNI	Usager de drogue non injecteur
UDVI	Usager de drogue par voie injectable
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RDS	Respondent driven sampling

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Profil des graines de l'enquête
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques
Tableau 3	Usage de drogue
Tableau 4	Comportements sexuels
Tableau 5	Proportion des sous-groupes d'intérêt dans l'échantillon
Tableau 6	Dépistage, connaissances du VIH et sous populations d'intérêt
Tableau 7	Facteurs de risque d'infection par le VIH : analyses univariées
Tableau 8	Facteurs de risque d'infection par le VIH chez les hommes : analyses multivariées
Tableau 9	Taux de CD4 et facteurs associés
Tableau 10	Tuberculose et sous-populations d'intérêt
Tableau 11	Hépatites virales B et C et sous-populations d'intérêt
Tableau 12	Syphilis et sous-populations d'intérêt
Figure 1	Algorithme des analyses biologiques
Figure 2	Evolution de l'échantillon pour l'âge, le sexe et la prévalence du VIH en fonction de la vague de recrutement
Figure 3	Chaines de recrutement
Figure 4	Année de début de consommation pour les participants à l'enquête
Figure 5	Lieux de prise en charge pour les problèmes d'addiction rapportés par les participants à l'enquête
Figure 6	Dépistage et connaissance du statut VIH
Figure 7	Facteurs associés aux connaissances et au dépistage du VIH
Figure 8a	Prévalences du VIH par groupe de risque
Figure 8b	Prévalences du VIH par groupe de risque : évolution par classe d'âge
Figure 9	Distribution du taux de CD4 chez les personnes positives pour le VIH
Figure 10	Connaissances des modes de transmission du VHC

Résumé

Introduction

Les usagers de drogues (UD) comme les autres populations dites hautement vulnérables (PHV) restent disproportionnellement affectés par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales C et B (VHC, VHB), ainsi que par la tuberculose et la syphilis. Les efforts obtenus ces dernières années dans la lutte contre le VIH risquent ainsi d'être compromis si on ne s'attaque pas à l'épidémie parmi les PHV. Des moyens efficaces de prévention et de prise en charge du VIH et des autres infections dans cette population existent pourtant, mais sont peu disponibles dans le monde, en particulier dans les pays à ressources limitées.

En Afrique Subsaharienne, on observe un nombre croissant d'UD depuis une quinzaine d'années, avec d'inquiétantes prévalences pour le VIH lorsque des données ont pu être obtenues. Au-delà des questions de discrimination systématique et de criminalisation des UD, la mise en place de programmes efficaces et adaptés est largement entravée par la méconnaissance des populations usagères de drogue et de leurs besoins.

Avec 3,7% de prévalence en population générale, la Côte d'Ivoire (CI) connaît une des plus importantes épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest. Dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le VIH et contre les hépatites virales, les institutions de CI montrent une forte volonté de prendre en charge les PHV, et nécessitent des données fiables sur ces populations afin d'organiser leur réponse.

Le travail réalisé par Médecins du Monde avait pour objectif principal d'estimer la prévalence du VIH, du VHB, du VHC, de la tuberculose, et de la syphilis parmi les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack d'Abidjan.

Méthodes

Après une étape exploratoire de plusieurs mois, l'enquête a consisté en un échantillonnage guidé par les répondants (RDS) de personnes âgées de plus de 18 ans ayant consommé de l'héroïne et/ou de la cocaïne le mois précédent l'enquête, quel que soit le mode de consommation, et résidant à Abidjan de façon habituelle.

Les données collectées consistaient d'une part en un questionnaire socio-comportemental standardisé réalisé en face à face, et par le prélèvement

de sang veineux et de crachats pour des analyses biologiques. Le questionnaire concernait les données suivantes : informations sociodémographiques, usage de drogue, comportements sexuels, accès aux soins, incarcérations. Les analyses de sang veineux concernaient la recherche d'anticorps pour le VIH et pour le VHC, la recherche d'antigènes du VHB, la recherche de VDRL et TPHA pour le diagnostic de syphilis. Après un screening clinique conforme aux recommandations ivoiriennes, deux crachats étaient immédiatement prélevés aux personnes suspectes de tuberculose pulmonaire active pour la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants par coloration.

Après une analyse descriptive, les prévalences des infections considérées ont été estimées brutes puis pondérées pour prendre en compte la méthode d'échantillonnage. Les analyses ont été réalisées à l'aide de STATA et du logiciel RDS-AT pour le calcul des prévalences pondérées.

L'estimation du nombre d'UD à Abidjan a été réalisée par méthode de capture-recapture. La phase de capture a consisté en la distribution de T-Shirts à la population cible, dans les lieux de consommation repérés pendant la phase de cartographie. La capture a duré trois jours, au cours desquels un T-shirt a été distribué à chaque personne répondant aux critères d'inclusion rencontrée au moment du passage de l'équipe sur les 10 sites choisis au hasard parmi ceux initialement visités. L'échantillon de l'enquête RDS a été considéré comme échantillon de recapture.

Le protocole a été validé par le Comité National d'Éthique et de la Recherche de Côte d'Ivoire. Tous les participants étaient volontaires et ont signé un consentement éclairé avant leur inclusion dans l'enquête.

Résultats

L'enquête a recruté 450 UD Abidjanais entre le 8 et le 28 mai 2014, âgés en moyenne de 33.5 ans, et aux conditions de vie particulièrement précaires. La consommation majoritaire correspondait à un usage quotidien concomitant de crack et d'héroïne par voie inhalée. La consommation par injection était marginale, avec 12.7% (9.3% après pondération RDS) ayant déjà utilisé cette voie, et 3.6% (3.4% après pondération RDS) l'ayant utilisé au cours des 30 derniers jours. Par ailleurs, près de la moitié (47.8%) des UD rapportaient avoir

déjà été incarcérés, plus particulièrement ceux présentant des facteurs de précarité.

Une prévalence du VIH de 9.8% (9.5% après pondération RDS) était retrouvée sur l'ensemble de l'échantillon, principalement associée au sexe, au travail du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Les femmes qui représentent 10.9% de l'échantillon étaient infectées dans 26.5% des cas, les travailleuses et travailleurs du sexe (TS, 15.8% de l'échantillon) dans 22.5% des cas, et les HSH (9.1% de l'échantillon) dans 39% des cas. La consommation par injection, ancienne ou actuelle, n'était pas significativement associée au VIH dans l'enquête.

Les très bonnes connaissances et comportements rapportés (préservatif, dépistage) pour le VIH chez les HSH, et dans une moindre mesure chez les TS, témoignent d'une bonne diffusion des messages délivrés par les programmes ciblés. Néanmoins, 93.8% des HSH positifs pour le VIH ne connaissaient pas leur séropositivité avant l'enquête, et il semble que ces connaissances ne soient pas encore traduites par de réels changements de comportement. Les comportements et connaissances du VIH étaient plutôt faibles pour le reste des enquêtés.

La prévalence des tuberculoses pulmonaires actives apparaissait particulièrement importante (2.9% brute, 1.8% après pondération RDS) et principalement associée aux conditions de vie précaires.

L'enquête retrouvait des prévalences à 10.9% (11% après pondération RDS) pour le VHB, 2.4% (2.8% après pondération RDS) pour le VHC et 2.4% (1.1% après pondération RDS) pour la syphilis, sans facteur de risque évident.

Enfin, la capture-recapture estimait le nombre d'UD consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne à Abidjan à 3521 personnes, estimation qui paraît basse en comparaison à ce qui était attendu d'après la phase exploratoire (plutôt 6000 personnes).

Conclusion et recommandations

L'enquête révèle une population usagère de drogue relativement nombreuse à Abidjan, avec d'importants besoins en termes de santé.

Le mode spécifique de consommation de drogue peut bénéficier d'une intervention « classique » en termes de réduction des risques (substitution aux opiacés, distribution de matériel stérile, etc.) mais mérite également de réfléchir à des interventions spécifiques visant les usagers de crack, et qui

soient adaptées au contexte des scènes ouvertes de consommation d'Abidjan.

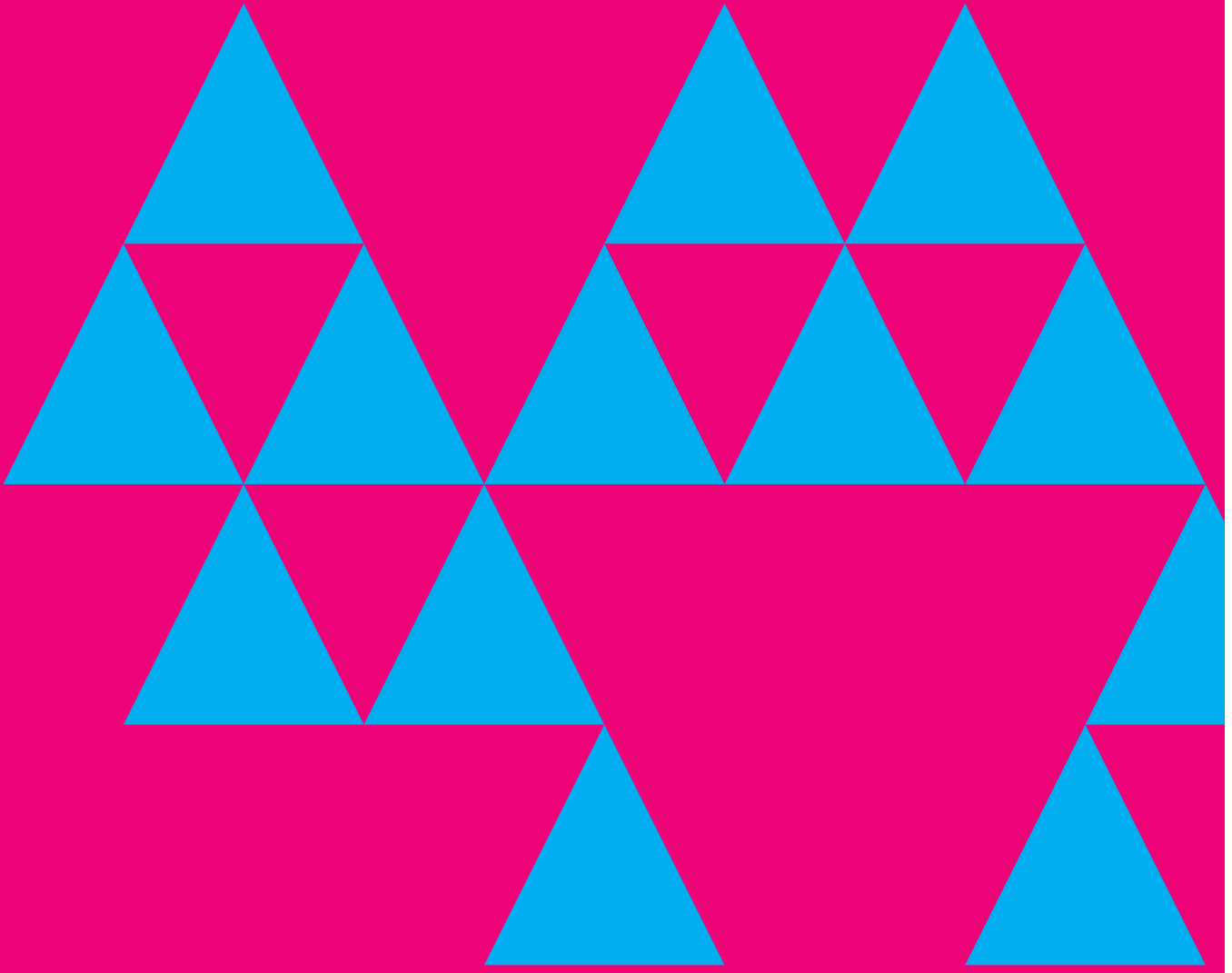
La tuberculose pulmonaire semble hors de contrôle chez les UD d'Abidjan et appelle à une réponse urgente. Plus généralement, la lutte contre les maladies liées à la pauvreté et les besoins en termes de soins de santé primaires apparaissent au premier plan dans cette population majoritairement issue des ghettos. Des interventions de proximité semblent appropriées dans cette situation.

Les UD d'Abidjan peuvent être considérés à haut risque de VIH, en lien avec une présence importante de sous-populations à haut risque de transmission sexuelle. Le développement de messages de prévention, et des solutions (proximité ou filières) pour permettre un dépistage régulier et l'orientation des femmes, des TS et des HSH usagers de drogue est souhaitable.

Les UD par voie injectable (UDVI) sont actuellement peu nombreux et relativement indemnes du VIH et de l'hépatite C. Il s'agit de ne pas perdre ce « coup d'avance » en surveillant l'arrivée de ce mode de consommation d'une part, et en travaillant dès maintenant avec les UDVI afin de prévenir l'émergence du VIH et de l'hépatite C dans cette population.

Près de la moitié des UD ont connu l'emprisonnement. Par ses conditions propices aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé mentale, et en alimentant le cercle vicieux de la pauvreté et de la stigmatisation, l'incarcération constitue un important risque social et sanitaire pour les UD. Les ressources consommées pour la criminalisation des UD pourraient bénéficier à des interventions de santé publique. En attendant, un travail en lien avec les services de santé en prison pourrait participer à améliorer la santé des UD. La lutte contre la pauvreté en milieu urbain et les conditions de vie qui y sont liées relève d'un processus complexe mêlant des questions politiques, économiques, d'urbanisation, etc. Dans ce processus, il est primordial que les communautés les plus pauvres et les plus stigmatisées s'organisent, identifient leurs besoins, et fassent entendre leur voix. Les groupes vulnérables méritent d'être impliqués dans les décisions politiques, y compris celles qui concernent leur santé.

Enfin, le VHB apparaît endémique en CI et non spécifique aux UD. Cette maladie transmise essentiellement chez le jeune enfant pourrait pourtant être facilement évitée par un large accès à la vaccination et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.



INTRODUCTION

VIH, hépatites virales, tuberculose et syphilis

Les usagers de drogue (UD) restent disproportionnellement affectés par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les virus des hépatites virales C et B (VHC, VHB), et par la tuberculose et la syphilis.

VIH En 2013, 35 millions de personnes vivaient avec le VIH, et on estimait à 1,5 millions le nombre de décès liés au SIDA¹. L'Afrique Subsaharienne reste la région la plus touchée avec 71% des cas de VIH. Si la lutte contre l'épidémie a connu des succès importants (diminution de 38% au niveau mondial du nombre de nouvelles transmissions entre 2001 et 2013), l'ONUSIDA met cependant en avant la nécessité de lutter contre les épidémies concentrées chez les populations hautement vulnérables (PHV)¹. Le commerce du sexe représente par exemple 10 à 30% des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest, tandis que les rapports sexuels entre hommes sont devenus le mode de transmission majoritaire dans de nombreux endroits¹. De même, on observe chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI) une incidence du virus 22 fois plus élevée qu'en population générale, et 3 des 16 millions d'UDVI dans le monde vivent avec le VIH². L'usage de drogue par voie injectée n'est cependant pas la seule pratique à risque d'acquisition du virus. Du fait de la prise de risque sexuel, mais aussi du partage et de l'utilisation de matériel blessant pour la préparation et la consommation de drogues fumées ou par voie intranasale, certaines études rapportent des prévalences d'infection par le VIH quasiment similaires à celles des UDVI chez les usagers de drogue non-injecteurs (UDNI)³. Pour des raisons de stigmatisation et de discrimination systématique, les usagers de drogue, plus encore que les autres PHV, voient leur accès au dépistage et au traitement particulièrement limité⁴.

Tuberculose Malgré l'important recul de l'incidence et du nombre annuel de décès, la tuberculose demeure une des maladies les plus meurtrières au monde alors que les traitements de première ligne sont largement disponibles. Un tiers de la population mondiale serait porteur d'une tuberculose latente⁵. En 2012, 8,3 millions de nouveaux cas et 1,2 millions de décès liés à la tuberculose ont été rapportés, dont plus de 50% en Afrique Subsaharienne et 25% dans le cadre d'une coinfection par le VIH⁵. La maladie touche particulièrement les adultes jeunes, faisant face à des conditions de vie précaires. Parmi eux, les UDVI et les UDNI sont depuis longtemps connus comme étant particulièrement à risque de tuberculose⁶. En plus des conditions de vies, un déficit immunitaire lié aux produits consommés, les consommations de tabac et la voie inhalée, ainsi que la fréquente coinfection par le VIH sont à

l'origine d'une plus forte prévalence (jusqu'à 59% de tuberculoses latentes chez les UD), d'une plus grande infectiosité, et d'un risque accru de mortalité⁶. Les nombreux passages en prison, lieu de prédilection pour la transmission de la tuberculose, représentent également un carburant de l'épidémie chez les UD⁷. Enfin, en lien avec la stigmatisation, le retard aux soins et les problèmes d'adhérence au traitement rendent les UD encore plus vulnérables à cette maladie⁶.

VHB L'infection par le VHB est une maladie relativement fréquente et hautement contagieuse. Un tiers de la population mondiale a déjà rencontré le virus, et la majorité des 378 millions de personnes souffrant d'une infection chronique (porteurs de l'antigène HBs) se trouvent en Asie et en Afrique Subsaharienne⁸. Ces personnes, le plus souvent infectées à la naissance ou dans l'enfance, développeront des complications mortelles dans près de 25% des cas⁸. Des traitements qui stabilisent l'évolution existent mais ne sont pas largement accessibles, et la vaccination à la naissance représente aujourd'hui la solution la plus cout-efficace pour lutter contre l'épidémie⁹. Les UDVI restent également plus vulnérables à cette maladie très facilement transmise par voie parentérale. La mise en œuvre de programmes de vaccination est particulièrement recommandée pour ce groupe à haut risque¹⁰, dont 1,2 million souffrent actuellement d'une infection chronique¹¹.

VHC On estime que 184 millions de personnes sont infectées par le VHC (3% de la population mondiale)¹². Du fait d'obstacles logistiques, techniques, et des coûts des moyens diagnostiques, l'épidémie reste néanmoins peu documentée dans de nombreux pays pauvres¹³. De transmission essentiellement parentérale, le virus s'est rapidement propagé au cours du siècle dernier par l'avènement de la voie injectable dans le domaine médical. Si la diffusion du virus semble aujourd'hui avoir diminué en population générale, le VHC continue d'être massivement transmis au sein de la population UDVI qui enregistre près de 90% des nouvelles infections dans les pays développés¹⁴. On estime ainsi que 10 des 16 millions d'UDVI de la planète sont infectés par le VHC¹¹. Les UDNI sont également plus affectés par le virus du fait du partage de matériel blessant pour la préparation et la consommation de drogue. Un risque trois fois plus important d'infection par le VHC est ainsi observé

chez les consommateurs de crack partageant leur matériel¹⁵. Il n'existe à ce jour aucun vaccin efficace contre le VHC et les traitements demeurent peu accessibles du fait de leurs coûts excessifs¹⁶⁻¹⁷, qu'il s'agisse des nouvelles molécules (antiviraux à action directe) ou de la bithérapie PegInterféron/Ribavirine utilisée depuis longtemps. Même dans les situations où les traitements sont accessibles, les UD sont moins à même de recevoir des soins pour le VHC¹⁸.

Syphilis Parmi les adultes, 36,4 millions sont infectés par la syphilis et l'on décompte près de 10,6 millions de nouveaux cas par an, dont un tiers surviennent en Afrique Subsaharienne¹⁹. La

maladie non traitée et sa transmission au fœtus sont source de complications graves. Aussi, la syphilis a été identifiée comme facteur de risque d'acquisition et de transmission du VIH²⁰. Cette infection sexuellement transmissible (IST) reste le plus souvent incontrôlée au sein de réseaux ayant des pratiques sexuelles à haut risque, comme dans le cadre du commerce du sexe ou chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)²¹. En relation avec des comportements sexuels à risque, les UD consommant ou non par injection peuvent également montrer des prévalences importantes d'infection par la syphilis (4% chez les hommes, et 19.9% chez les femmes UD des pays à faibles et moyens revenus)²².

Moyens de prévention et prise en charge des usagers de drogue

Bien que peu accessibles, des moyens efficaces de prévention et de prise en charge des UD existent pourtant.

La réduction des risques (RdR) s'intéresse à la prévention des dommages causés par la consommation d'un produit, plutôt qu'à la prévention de l'utilisation du produit lui-même chez les personnes qui persistent à consommer. La RdR est complémentaire avec les approches visant à réduire la consommation de drogue, mais part du constat que de nombreuses personnes continuent à consommer malgré les mesures de prévention et de répression. Cette approche s'est développée lorsque la menace de propagation du VIH chez les UD a émergé, et concerne aussi bien les UDVI que les UDNI.

Des interventions de santé publique scientifiquement validées (programmes d'échange de seringues (PSE), traitement de substitution aux opiacés (TSO) et éducation à la santé) ont prouvé leur efficacité pour diminuer de plus de 50% la transmission du VIH et des hépatites virales chez les UDVI, si elles sont largement disponibles²³⁻²⁷. D'autres outils de RdR validés existent pour les autres modes de consommation (kits à crack). Par ailleurs, la prise en charge du VIH, des hépatites virales, des IST et de la tuberculose est aussi efficace chez les UD qu'en population générale, à condition d'avoir une démarche adaptée.

Depuis 2009, les Nations Unies (OMS, ONUSIDA et ONUDC) recommandent en fonction du contexte la mise en place de 9 interventions de RdR pour les UDVI²⁸ (depuis juillet 2014, l'OMS invite à inclure les UDNI dans les recommandations pour la prévention et la prise en charge du VIH chez les populations clés²⁹):

- la distribution de matériel stérile (y compris seringues),
- le traitement de la dépendance (dont la substitution aux opiacés);
- le dépistage du VIH et l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV);
- la prévention et le traitement des IST;
- la distribution de préservatifs, l'Information-Education-Communication (IEC) ciblées sur les UD et leurs partenaires sexuels;
- les vaccination-diagnostic-traitement des hépatites virales;
- et les prévention-diagnostic-traitement de la tuberculose (TB).

En 2012, seuls 97 pays soutenaient l'approche de RdR (dont 86 avaient mis en place des PSE et 77 rendu les TSO disponibles), et rares étaient ceux à avoir pu mettre en place une réelle démarche intégrée de prise en charge des UD pour le VIH, les hépatites virales B et C et la tuberculose. La Côte d'Ivoire n'en faisait pas partie³⁰. Comme la « global commission on drug policy » nous en alerte: en empêchant la reconnaissance de l'usage de drogue comme un problème de santé publique, en détournant des ressources qui pourraient être utilisées pour de la prévention, en criminalisant des interventions de santé publique efficaces et en entretenant la stigmatisation et les incarcérations des UD, la guerre à la drogue et les lois punitives représentent un obstacle majeur à la lutte contre les différentes épidémies³¹⁻³².

Usage de drogue en Afrique Subsaharienne

En Afrique Subsaharienne : le nombre d'UD est croissant, mais la réponse tarde à s'organiser.

L'usage de drogue est décrit depuis plusieurs années dans certains pays d'Afrique tels que le Kenya, la Tanzanie, Zanzibar, le Sénégal, le Nigeria ou l'Afrique du sud. Il semble cependant beaucoup plus récent et bien moins connu en Afrique de l'Ouest, où il est parfois occulté. L'Afrique est devenue une terre de transit privilégiée pour le trafic d'héroïne et de cocaïne depuis quelques années, et le transport intérieur en développement a permis l'émergence de marchés locaux³³. Avec les crises, l'urbanisation croissante, et les changements de mode de vie, une augmentation du nombre d'UD semble s'observer. En 2008, on estimait à 1,78 millions le nombre d'UDVI en Afrique sub-saharienne (prévalence de l'usage de drogues par voie intraveineuse entre 3,8 et 12,5% selon le pays)². Dans son rapport mondial sur les drogues de 2012, l'ONUDC alertait sur l'augmentation inquiétante de l'usage de cocaïne en Afrique de l'Ouest, en comparaison à la moyenne mondiale³³. Au-delà des questions de discrimination systématique et de criminalisation des UD, la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge du VIH et autres infections efficaces

et adaptés est largement entravée par la méconnaissance des populations usagères de drogue et de leurs besoins. Pourtant, des prévalences du VIH bien supérieures à celles de la population générale sont observées chez les UDVI lorsqu'une estimation a pu être obtenue (4,2% au Nigeria, 18,3% au Kenya, 42% en Tanzanie et 19,4% en Afrique du Sud, 9,4% au Sénégal pour les UDVI)³⁰. De même, en 2011, une méta-analyse estimait en Afrique Subsaharienne le nombre d'UDVI infectés par l'hépatite C à 800 000 personnes, et à 100 000 personnes pour l'hépatite B¹¹.

Les efforts indéniables des programmes de lutte contre le VIH ont permis de stabiliser l'épidémie sur le continent. L'accès au dépistage et aux ARV, même si il s'améliore globalement, reste très hétérogène avec des insuffisances envers les groupes les plus vulnérables, dont les UD. Il en est de même pour l'accès aux soins en général. Des services de RdR adaptés sont quasiment absents du continent en dehors de l'île Maurice, de la Tanzanie, du Kenya, et du Sénégal où des programmes pilotes ont été mis en place récemment³⁰.

Le cas de la Côte d'Ivoire

La prévalence du VIH y est la plus importante de la région, et les autorités de santé se montrent très volontaires pour s'attaquer à l'épidémie chez les populations vulnérables.

En Côte d'Ivoire (CI), d'une manière générale, les indicateurs de santé sont faibles. On note en particulier une prévalence du VIH estimée à 3,7% au sein de la population générale adulte, la plus élevée d'Afrique de l'Ouest, avec de fortes disparités inter-régionales (5,1% à Abidjan contre 3,1% en milieu rural)³⁴. L'accès aux services de dépistage et de prise en charge du VIH s'est considérablement amélioré au cours des dernières années pour la population générale, notamment au travers du dispositif des sites Conseil Dépistage Volontaire (CDV), et la gratuité de l'accès aux traitements ARV. En 2010, la CI était considérée comme l'un des 15 pays au monde avec la plus forte incidence de tuberculose, et montrait une prévalence supérieure à celle des autres pays de la région africaine, avec 747 cas de tubercu-

lose active pour 100 000 habitants³⁵. Les plans nationaux de lutte contre la tuberculose mis en œuvre successivement permettent aujourd'hui un large accès au diagnostic et au traitement (gratuit), par le biais d'un réseau de personnel qualifié et équipé. La CI fait par ailleurs partie des pays à haute endémicité pour le VHB avec près de 13% de porteurs de l'antigène HBs dans la population générale adulte, avec un taux de vaccination très faible (3%)³⁶. L'épidémie de VHC demeure peu étudiée, une prévalence entre de 1 et 3% d'anticorps anti VHC ayant été rapportée par des études menées il y a plus de 10 ans³⁷⁻³⁸. L'accès à la prévention et la prise en charge des hépatites virales B et C est pour l'instant limité, bien qu'il représente une préoccupation croissante des autorités de santé ivoiriennes.

Dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le VIH et contre les hépatites virales, les institutions de CI montrent en particulier une forte volonté de prendre en charge les PHV (Travailleur(se)s du sexe (TS), HSH, UD, personnes incarcérées, et hommes en uniforme), et ont une demande importante de données fiables sur ces populations afin d'organiser leur réponse. Le Programme de Lutte contre le SIDA chez les PHV (PLS-PHV) créé en 2008 a ainsi pour vocation de coordonner toutes les activités de lutte contre le sida chez les PHV en CI, dont la conduite d'actions de recherche. Des études chez les TS et HSH ont ainsi été menées récemment, avec des prévalences du VIH estimées à 26,6% chez les TS femmes³⁹, de 50% chez les TS hommes⁴⁰ et de 18% chez les HSH⁴¹.

Le PLS-PHV a défini comme priorité l'organisation d'une étude de prévalence auprès des UD dans son plan d'action, lors de la conférence régionale sur la prise en charge des PHV, coordonnée par l'OMS en mai 2013 à Abidjan. En 2014, une analyse situationnelle avait déjà permis de dresser un premier profil des UD (y compris usagers de cannabis) à Abidjan. L'échantillon pragmatique de 1416 UD obtenu dans le cadre de ce travail comportait 8,5% de femmes et avait 28 ans en moyenne. L'usage de cannabis était très majoritaire (82,7% des personnes interrogées), suivi de la consommation d'héroïne (13,7%) puis de celle de cocaïne (7,6%). L'enquête retrouvait 1,6% d'UDVI⁴².

Approche de Médecins du Monde

Médecins du Monde (MdM) est une ONG internationale qui mène depuis 30 ans des programmes médicaux en direction des populations les plus vulnérables. Plus particulièrement, elle mène depuis plusieurs décennies des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA auprès de populations marginalisées en Europe, Asie et Afrique. Ainsi, l'association a une longue histoire et une grande expertise dans le domaine de la RdR auprès des UD en France et à l'international. En France, MdM a été à l'origine de l'un des premiers programmes en 1989, et a largement contribué à la reconnaissance officielle de la RdR par l'État français. A l'international, MdM a ouvert son premier programme de RdR en 1997 en Russie et est à l'origine du premier programme de ce type en Afrique Subsaharienne continentale (Tanzanie). Aujourd'hui, MdM mène des projets auprès des UD en France, en Géorgie, en Birmanie, au Vietnam, en Tanzanie et au Kenya, et est reconnu comme un acteur clé de la RdR à l'international.

Sa stratégie d'action repose sur plusieurs principes. D'un point de vue interventionnel, il s'agit d'introduire des programmes modèles de RdR adaptés au contexte d'intervention, et d'encourager leur généralisation au niveau national et régional. Ce développement se fait au travers de la formation des acteurs clés (UD, société civile, professionnels de santé, police, autorités) et d'un travail de plaidoyer pour l'intégration de la RdR dans les politiques de santé. L'implication des pairs est centrale pour MdM, qui travaille spécifiquement à l'organisation d'une réponse communautaire. L'association travaille sur l'em-

powerment des bénéficiaires dans l'objectif de développer des réponses adaptées et acceptables et de combattre la stigmatisation, l'exclusion et la criminalisation qui représentent des barrières à l'accès aux soins. Ainsi, sur tous ses projets de RdR, MdM s'appuie sur des éducateurs pairs pour mener les activités d'information et de prise en charge, et soutient la structuration de groupes d'auto-support.

Enfin, MdM mène des projets de recherche opérationnelle en lien avec la RdR, afin de valider les modes d'intervention et concepts développés d'une part, et de documenter les besoins en termes de prise en charge dans les contextes où peu d'informations sont disponibles d'autre part.



OBJECTIFS

Objectifs de recherche

L'objectif principal était d'estimer la séroprévalence du VIH, du VHB, du VHC, de la tuberculose pulmonaire active, et de la syphilis parmi les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack d'Abidjan.

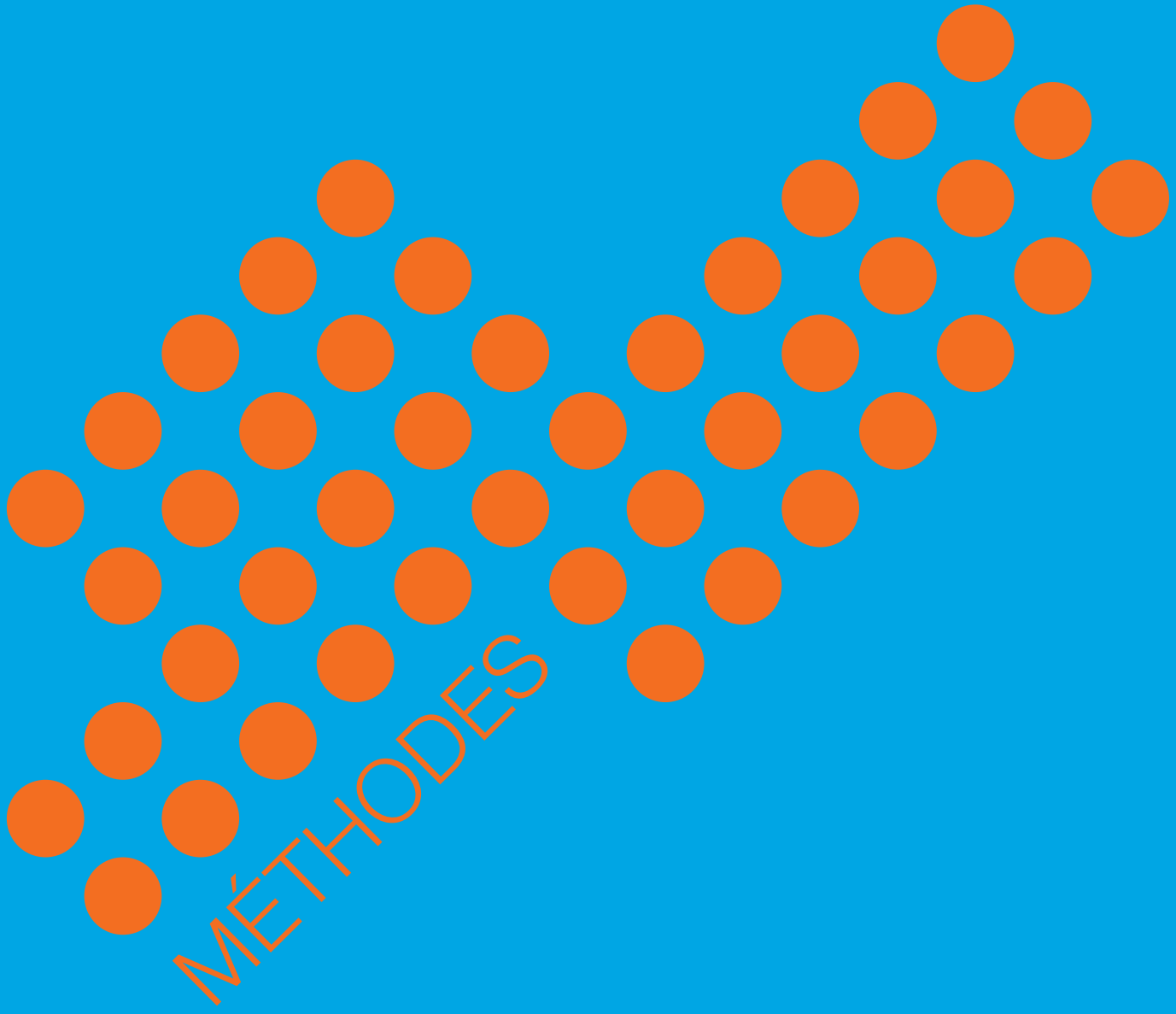
Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Définir le profil sociodémographique et les consommations des UD d'Abidjan;
- Identifier les besoins en termes de santé des usagers, notamment en matière de prévention et de prise en charge du VIH et des hépatites virales;
- Evaluer les principaux comportements à risque de transmission;
- Evaluer l'accès au dépistage et à la prise en charge;
- Estimer la taille de la population d'UD à Abidjan.

Objectifs opérationnels

L'étude vise à documenter les besoins chez les UD d'Abidjan en vue d'aider les institutions de CI à organiser une réponse adaptée en termes de prévention et de prise en charge sanitaire de cette population à haut risque et fortement stigmatisée. Les résultats de l'étude serviront également de base à l'ouverture d'un programme de RdR à destination des UD par MdM.

Par ailleurs, le présent travail s'inscrit dans l'idée d'une recherche action, avec comme objectif de mobiliser et sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés par la problématique : les institutions et acteurs de santé mais surtout la communauté usagère de drogues elle-même.



Phase préparatoire

À l'origine, il existait peu de personnes directement impliquées et peu d'informations concernant les UD à Abidjan. Un travail exploratoire était donc nécessaire à la définition des objectifs et de la méthode d'une part, et pour tisser des liens avec la communauté des UD et les différents partenaires d'autre part.

Les objectifs de cette étape étaient plus précisément les suivants :

- Avoir une première idée du nombre, des consommations, du profil sociodémographique et des besoins des UD abidjanais afin de préciser les critères d'inclusion et le questionnaire d'enquête.
- Évaluer l'acceptabilité de l'enquête et définir un ou des site(s), une méthode de recrutement, et un profil d'équipe qui soient les plus pertinents possibles compte tenu de la population ciblée. Fixer le montant des compensations pour les participants à l'enquête.
- Sensibiliser la communauté à l'enquête.
- Identifier des UD potentiels pour recruter les participants à l'enquête («graines»).
- Constituer l'équipe de l'enquête en incluant au maximum des personnes issues de la communauté des UD, et identifier les autres partenaires (laboratoire pour les analyses médicales, structures de soins pour les personnes dépistées positives au cours de l'enquête, etc.).
- Évaluer les risques sécuritaires, et trouver une entente avec les forces de l'ordre.

Cartographie de l'usage de drogue à Abidjan

La cartographie de l'usage de drogue s'est déroulée sur une période de deux mois. Elle a été menée par deux personnes et s'est appuyée sur la création d'un réseau de personnes usagères de drogue et autres personnes fréquentant la communauté. Pour avoir une idée la plus représentative de la population UD à Abidjan, les sources de renseignement ont été diversifiées : bibliographie scientifique, littérature grise, presse, rapports institutionnels, entretiens avec les UD et entretiens avec des professionnels en lien avec les UD. Plusieurs méthodes ont été utilisées au cours des visites sur les lieux de consommation : l'observation globale, l'observation dirigée vers les consommations de drogue et les pratiques à risque, les entretiens informels et les entretiens approfondis, en s'appuyant sur des grilles prédéfinies.

Partenariats et constitution de l'équipe de l'enquête

La phase préparatoire a permis d'identifier les partenaires et de constituer l'équipe de l'enquête. L'enquête a ainsi pu être réalisée dans les locaux de l'association Croix Bleue, spécialisée dans les addictions. Le site, central à Abidjan, tourné vers les personnes ayant des problèmes d'addiction et sans connotation officielle était approprié pour mener un travail de ce type. Le Centre Antituberculeux d'Adjamé s'est chargé gratuitement des tests pour la tuberculose. Enfin, le Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida (CeDReS) a réalisé les tests biologiques. En plus des deux infirmiers et de la personne en charge du dépistage rapide qui venaient de la Croix Bleue, l'équipe qui a réalisé l'enquête (agents d'accueil, agents de sécurité, enquêteurs) était constituée de personnes issues des communautés vulnérables d'Abidjan (UD, ex-UD, HSH, etc.).

L'ensemble de l'équipe a reçu une formation de deux jours sur les sujets suivants :

- Présentation de Médecins du Monde et de ses valeurs,
- Présentation de l'étude et de son contexte,
- VIH, hépatites, IST, tuberculose, risques liés à l'usage de drogue et principes de la RdR
- Principes de la méthode d'échantillonnage par RDS,
- Ethique, confidentialité et respect des participants,
- Utilisation du questionnaire et différentes étapes de l'enquête (consentement, inclusion, questionnaire, prélèvements, réponse).

Suivi par le comité de réflexion

L'ensemble du projet a été suivi par un comité de réflexion indépendant, constitué des principales institutions concernées par la problématique en CI et de personnes ressources. Le comité de réflexion s'est réuni trois fois : en début de projet, à la fin de la phase préparatoire pour valider le protocole, et après la collecte des données par RDS afin de valider les analyses et l'organisation du retour des résultats.

Enquête transversale RDS

Échantillonnage guidé par les répondants (RDS)

Depuis de nombreuses années, les enquêtes auprès des populations cachées font l'objet de réflexions dans la communauté scientifique⁴³. L'absence de base de sondage et de connaissance de la population totale, la difficulté d'identification des membres de la population d'intérêt et leur stigmatisation due à leurs pratiques illicites rendent les enquêtes auprès des UD à l'aide de méthodes d'échantillonnage traditionnelles difficiles. Pour répondre à ces difficultés, la méthode d'échantillonnage guidé par les répondants, dite RDS (pour Respondent Driven Sampling en anglais), a été introduite par Heckathorn en 1997 dans le cadre d'une recherche-action ayant pour but la prévention du SIDA auprès des UDVI⁴⁴. Brièvement, la méthode d'échantillonnage par RDS consiste en un échantillonnage en « boule de neige » (où on part d'un certain nombre de personnes faisant partie de la population recherchée, les « graines », et on enquête ceux qu'ils désignent, qui eux-mêmes en désignent d'autres, etc.) avec un modèle mathématique qui pondère les analyses pour compenser le caractère non aléatoire de l'échantillonnage. L'efficacité de la méthode repose sur plusieurs principes :

- À l'exception des premiers (les graines), *les participants sont recrutés directement par leurs pairs* : les personnes recrutées ont alors la liberté d'accepter ou de refuser (elles ne sont pas « dénoncées » au chercheur comme dans le cas de la méthode boule de neige classique, ce qui est un avantage dans le cas de populations stigmatisées ou ayant des pratiques illicites).
- *Chaque participant à l'enquête reçoit une double compensation financière* (une pour participer, et une pour chacune des personnes qu'il recrute). Il a été montré, sur la base de nombreuses enquêtes auprès d'UD, que lorsque le montant de la compensation

EN PRATIQUE

- **Graines** : Le nombre et le profil des graines ont été choisis de façon pragmatique, afin de représenter la diversité des UD rencontrés au cours de la cartographie et les différents quartiers d'Abidjan. 9 graines ont été choisies pour l'enquête, leur profil et statut sérologique sont décrits dans la section résultats.
- **Coupons** : Chaque graine a reçu trois coupons pour recruter au maximum trois pairs dans l'étude. La première vague de participants a été recrutée par les graines. Chaque nouveau participant à l'étude a reçu à son tour trois coupons, et ainsi de suite. Les coupons consistent en deux parties qui peuvent être facilement séparées, et comportent le même numéro d'identification unique. Une partie du coupon sert de « coupon de recrutement » que le recruteur donne à ses pairs qui souhaitent participer à l'étude. Seules les personnes présentant ce « coupon de recrutement » peuvent être incluses dans l'enquête. L'autre partie du coupon est gardée par le recruteur pour recevoir sa compensation financière pour avoir recruté un pair.
- **Compensation financière** : Les compensations financières étaient de 5000 FCFA pour la participation à l'étude et de 3000 FCFA pour chaque personne recrutée. Les participants étaient en plus dédommés pour leur transport jusqu'au site de l'étude. Le montant des compensations a été évalué auprès des différentes parties prenantes à l'enquête, dont les UD rencontrés lors de l'étape de cartographie, pour que la participation à l'étude ne se fasse pas par pression financière.
- **Contrôle du flux de participants, atteinte de la taille de l'échantillon et fin du recrutement** : Les dates limites de participation étaient inscrites sur les coupons de recrutement. Pour contrôler les flux sur le site de l'enquête, les graines ont été incluses progressivement (quatre la première semaine, quatre la deuxième semaine et une plus tard), et l'arrêt de distribution des coupons s'est fait graduellement. Plus aucun coupon n'a été distribué une fois la taille de l'échantillon atteinte. Le site de l'enquête est resté ouvert pendant la période annoncée, afin d'accueillir les dernières personnes ayant reçu des coupons : il leur était expliqué que la participation à l'enquête n'était plus possible, mais qu'ils pouvaient bénéficier du dépistage et de l'entretien de prévention.

financière est correctement évalué, ce paiement permet de montrer du respect pour le temps passé à répondre à l'enquête et les efforts de recrutement des pairs. L'incitation à participer relève aussi du contrôle intérieur au groupe, contrôle dont l'existence et le fonctionnement conditionnent la réussite de la méthode : une personne ne participe pas seulement pour elle-même, mais aussi pour le bien d'autres personnes de sa communauté (celle qui l'a recrutée, et celles qu'elle recrutera).

- *Chaque participant peut recruter un nombre limité de personnes*, ce qui évite les phénomènes de recruteurs professionnels, et permet de ne pas surreprésenter les personnes faisant partie d'un grand réseau.
- *Les analyses sont pondérées* pour prendre en compte la taille des réseaux des participants (une personne ayant plus de chance d'être recrutée si elle connaît beaucoup d'autres pairs) et les effets cluster (tendance à avoir des caractéristiques analogues pour les personnes qui se connaissent).
- Après un certain nombre de vagues de recrutement, l'échantillon atteint l'«équilibre». L'équilibre signifie que les caractéristiques de l'échantillon (pour les variables étudiées) ne changent plus, même si l'on inclut de nouvelles personnes. Ainsi, *le choix initial des graines n'influe pas sur l'échantillon final*.

Population

L'étude cible les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack de la ville d'Abidjan.

EN PRATIQUE

Une personne était dédiée à l'accueil des participants et la vérification des critères d'éligibilité. Cette personne, proche de la communauté des UD avait mis en place une série de questions pour s'assurer de l'appartenance du participant potentiel à la population cible. Après vérification, seules les personnes ayant des coupons de recrutement valides et n'ayant pas déjà répondu à l'enquête étaient envoyées vers l'enquêteur. L'enquêteur vérifiait une nouvelle fois les critères d'éligibilité avant la signature du consentement. En tout, une dizaine de personnes non usagères de drogues se sont présentées pour participer à l'enquête et n'ont pas été incluses. Les personnes ne répondant pas aux critères d'inclusions (y compris UD sans coupons) ont pu bénéficier de matériel de prévention et du dépistage du VIH s'ils le souhaitaient.

Critères d'inclusion

- Avoir consommé de l'héroïne ou de la cocaïne/crack au cours du dernier mois, quel que soit le mode de consommation ;
- Résider depuis au moins 3 mois à Abidjan ;
- Avoir reçu un coupon de recrutement, sauf pour les UD initialement recrutés par l'équipe du projet (graines).

Critères d'exclusion

- Mineur de moins de 18 ans ;
- Incapacité à accorder son consentement éclairé à la participation à l'étude ;
- Incapacité à prouver son appartenance à la population cible de l'étude après passage du test d'inclusion ;
- Avoir déjà participé à l'enquête.

Données collectées par questionnaire

Le questionnaire a été développé à partir d'outils validés et de questionnaires utilisés dans les enquêtes antérieures de MdM. Une première version a été développée en français, puis revue par les experts techniques de MdM et l'équipe qui a réalisé la cartographie pour l'adapter aux spécificités locales. La version finale a été obtenue suite aux résultats d'un pré-test conduit auprès d'une dizaine de personnes avant l'enquête. Le questionnaire a été conçu pour durer une trentaine de minutes.

Le questionnaire a permis de collecter les données suivantes (Voir annexe 1) :

- Informations socio-démographiques (âge, sexe, éducation, activité, mode de vie, revenus) ;
- Informations relatives aux consommations de drogue (produit, fréquence, mode de consommation, dépenses, partage de matériel) ;
- Pratiques sexuelles (nombre de partenaires, préservatif, commerce du sexe, rapports sexuels avec une personne de même sexe) ;
- VIH et hépatites virales : connaissances, accès au dépistage, accès aux soins ;
- Incarcérations et usage de drogue en prison ;
- Questions relatives à la méthode d'échantillonnage : taille du réseau, relations avec le recruteur.

Données biologiques

Les prélèvements biologiques étaient réalisés par des infirmiers qualifiés. Trois tubes de sang veineux ont été prélevés aux participants. Les analyses biologiques ont été réalisées selon l'algorithme (voir page suivante).

Après un screening clinique conforme aux recommandations nationales en termes de tuberculose (voir paragraphe variables d'intérêt et définitions), deux crachats étaient immédiatement prélevés aux personnes suspectes de

tuberculose pulmonaire active. La recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants par coloration était réalisée dans les 72h.

Variables d'intérêt et définitions

Les variables d'intérêt pour l'enquête étaient les suivantes :

- VIH : présence d'anticorps anti-VIH1 ou VIH2 ;
- Tuberculose pulmonaire active confirmée : tuberculose suspecte avec au moins un crachat positif à l'examen direct ;
- Tuberculose pulmonaire suspecte :
 - Personnes présentant une toux depuis plus de trois semaines ;
 - ET/OU Personnes présentant des sueurs nocturnes + un amaigrissement + une fièvre vespérale depuis plus de trois semaines, + récemment en contact avec une personne porteuse d'une tuberculose pulmonaire active.
- VHC : présence d'anticorps anti-VHC ;
- VHB : présence d'antigènes HBs ;
- Syphilis actuelle : VDRL et TPHA positifs ;
- Syphilis actuelle ou ancienne : TPHA positif ;

Parmi les UD, plusieurs sous-groupes de risque ont été étudiés :

- Les femmes (à noter que les transsexuelles qui étaient à l'origine des hommes ont été classées avec les hommes pour les analyses)
- Les travailleurs et travailleuses du sexe (TS) ont été définis comme les personnes qui déclaraient avoir reçu de l'argent ou des avantages autres contre des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois.
- Les personnes déclarant avoir donné de l'argent ou des avantages autres en échange de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ont été définies comme clients de TS.
- Les hommes qui rapportaient avoir déjà eu des rapports sexuels avec une personne de même

sexe étaient définis comme hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

- Les UDVI étaient définis comme ceux ayant déjà consommé des drogues par injection, et les UDVI actuels comme ceux ayant consommé par injection au cours du mois précédent.
- Enfin, les hommes non injecteurs et n'appartenant pas aux autres catégories à risque de transmission sexuelle ont également été étudiés. Par commodité, ce groupe a été appelé « hommes sans facteur de risque (FR) de VIH » dans les résultats, même si il est clair qu'ils peuvent présenter des facteurs de risques autres que ceux ayant servi à définir les sous-groupes.

Analyses statistiques

Taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon a été calculée pour obtenir une estimation de précision raisonnable de la prévalence du VIH, du VHC et du VHB avec les paramètres suivants : (1) taille de la population d'intérêt inconnue (2) prévalence attendue du VIH de 10%, du VHB de 15% et du VHC de 15% (3) précision voulue des prévalences de 5% (4) effet d'échantillonnage de 2. La taille de l'échantillon est évaluée à 450 personnes.

Analyses descriptives. Les variables catégorielles ont été décrites par leurs effectifs et en pourcentage. Les variables continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type, la médiane et les premier et troisième quartiles. Les comparaisons entre groupes ont été faites par test du chi² ou test exact de Fisher en fonction de l'effectif pour les variables catégorielles, et par test de Student ou de Kruskal Wallis en fonction de l'effectif et de la distribution pour les variables continues.

Pondérations RDS pour les calculs de prévalence. Les prévalences globales des infections considérées par l'enquête, et les proportions des sous-populations à risque parmi la popula-



Figure 1 Algorithme des analyses biologiques

tion de l'enquête ont été estimées brutes, puis pondérées pour prendre en compte la méthode d'échantillonnage.

Étude des facteurs de risques d'infections et des déterminants de l'accès aux soins et aux connaissances. Les facteurs de risque des infections concernées et les déterminants de l'accès aux soins ont été étudiés par modèles linéaires généralisés (régression binomiale).

Les facteurs de risque d'intérêt concernaient les caractéristiques sociodémographiques, l'incarcération, les comportements sexuels (sauf pour la tuberculose), le partage de matériel pour fumer, l'injection. Les associations avec l'appartenance à une des différentes sous-populations de l'enquête ont également été étudiées pour toutes les infections concernées. L'influence du statut VIH et du niveau de CD4 a été étudiée pour les hépatites virales, la syphilis et la tuberculose.

Pour les connaissances et le dépistage du VIH, les déterminants étudiés concernaient les facteurs

sociodémographiques et les sous-populations d'intérêt.

En plus de l'âge et du sexe, les variables associées avec une significativité <0.15 lors des analyses univariées ont été incluses dans les modèles multivariées. Les femmes et les hommes ont été étudiés séparément en cas d'interactions avec les facteurs de risque étudiés.

Les tests réalisés ont été considérés comme significatifs pour un p inférieur ou égal à 5% dans le cadre d'une hypothèse bilatérale. Les analyses ont été réalisées à l'aide de STATA et du logiciel RDS-AT pour le calcul des prévalences pondérées.

Considérations éthiques

Le protocole a été validé par le Comité National d'Éthique et de la Recherche de Côte d'Ivoire le 5 mai 2014 (Annexe 2). Tous les participants étaient volontaires et ont signé un consentement éclairé avant leur participation à l'enquête.

Estimation de la taille de la population

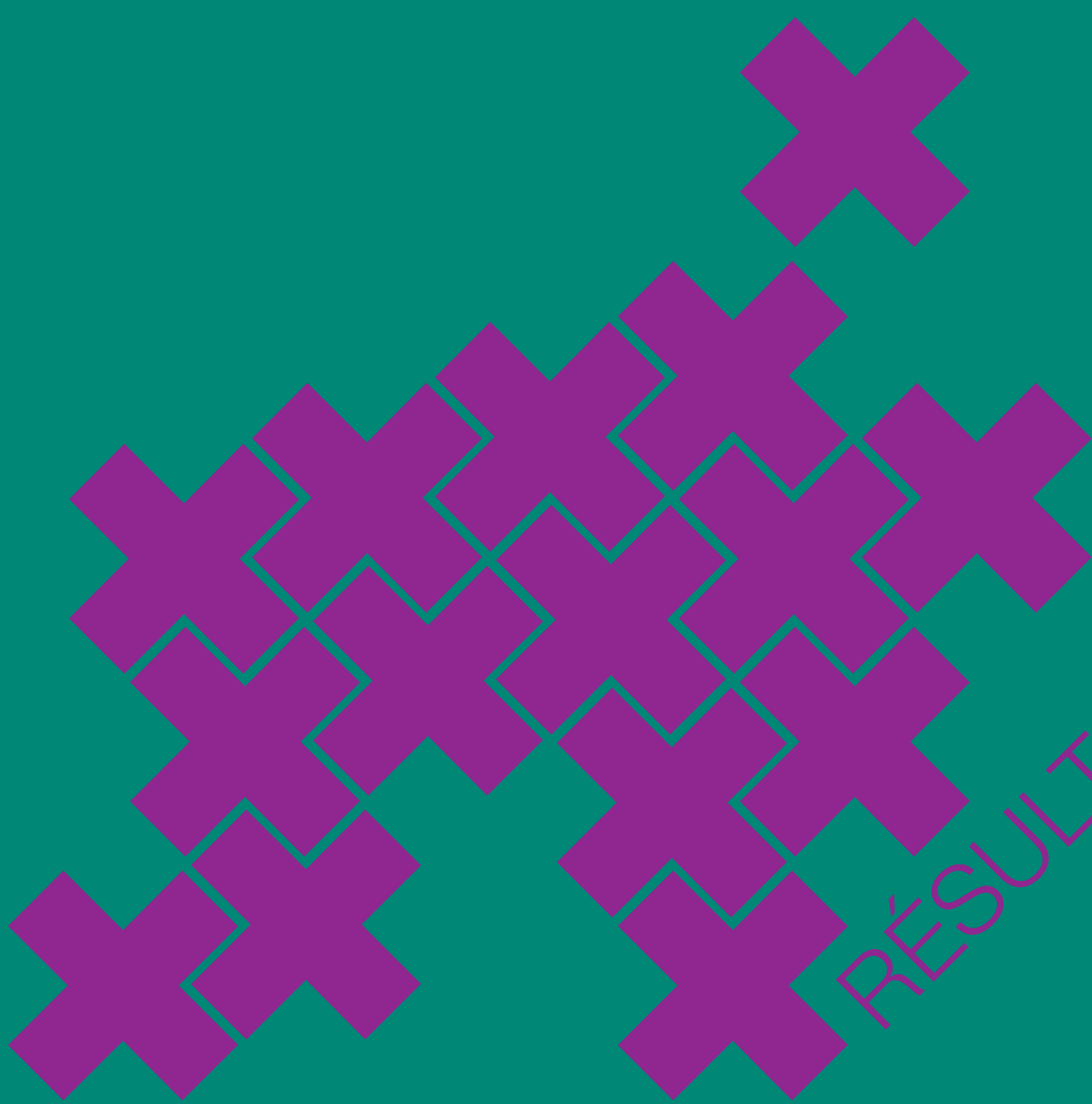
En plus de l'estimation faite au cours de la cartographie, l'estimation du nombre d'UD à Abidjan a été réalisée par méthode de capture recapture. Cette méthode issue de l'écologie servait initialement à compter le nombre d'individus d'une espèce animale d'un territoire donné. Une partie de la population d'intérêt est capturée, « marquée » puis relâchée. Dans un second temps, une autre partie de la population est capturée (« recapture »). Si les deux échantillons sont bien indépendants, la proportion d'individus « marqués » dans l'échantillon de recapture est la même que dans la population totale. Le nombre total d'individus peut ainsi être déduit⁴⁵. La phase de capture a consisté en la distribution de T-Shirts à la population cible, dans les lieux de consommation repérés pendant la phase de cartographie. La capture a duré trois

jours, au cours desquels un T-shirt a été distribué à chaque personne répondant aux critères d'inclusion rencontrée au moment du passage de l'équipe sur 10 sites choisis au hasard parmi ceux initialement visités. L'échantillon de l'enquête RDS a été considéré comme échantillon de recapture. Le nombre d'UDVI actuels à Abidjan a été estimé à partir du nombre total d'UD, d'une part en utilisant le pourcentage pondéré-RDS d'UDVI trouvé dans l'échantillon, et d'autre part par la méthode du Network Scale-up. Cette méthode suppose que le réseau personnel d'un individu est en moyenne représentatif de la population. Elle déduit la taille d'une population donnée en fonction du nombre moyen de personnes appartenant à cette population dans les réseaux personnels d'un échantillon d'individus⁴⁶.

Réponse

Une intervention de prévention et un dépistage rapide du VIH étaient offerts aux participants sur le site de l'étude. Les participants pouvaient venir récupérer leurs résultats dans un second temps. Dans ce cas, leur transport était pris en charge. Les personnes positives pour la syphilis pouvaient

être traitées sur place, et une vaccination contre le VHB était proposée à celles qui pouvaient en bénéficier. Les personnes positives pour la tuberculose ou le VIH étaient orientées pour une prise en charge. La réponse offerte aux participants est détaillée plus loin.



RÉSULTATS



Phase préparatoire : cartographie de l'usage de drogue à Abidjan

Consommations de drogue

Différents types d'usage de drogue semblent exister à Abidjan :

- un usage extrêmement répandu de cannabis par voie inhalée dans tous les milieux (nous ne nous sommes pas intéressés aux personnes consommant uniquement du cannabis) ;
- un usage important de crack et d'héroïne par voie inhalée par des personnes précaires fréquentant des « fumoirs » ;
- un usage de cocaïne sniffée, d'héroïne et d'amphétamines dans les milieux aisés ;
- une consommation d'héroïne par injection qui apparaît rare, très dissimulée, et pratiquée par des personnes ayant la plupart du temps vécu ou voyagé à l'étranger

Consommation de cocaïne et d'héroïne par les populations précaires. La majorité des UD rencontrés consomment le crack via des pipes. Le crack se fait généralement avec du bicarbonate. La pratique du sniff est plus rare et semble très stigmatisée. « *Le sniff n'est plus à la mode, c'est plus pour les anciens* ». L'héroïne est majoritairement consommée dans un joint, mélangée avec de la marijuana. On nous a rapporté une consommation d'héroïne via « *chasser le dragon* » mais cette pratique paraît plus rare. Le crack et l'héroïne (Pao) se procurent facilement dans les fumoirs : 1 dose de crack coûte 2000, 1 Pao (dose d'héroïne) coûte 1000 FCFA.



Figure 1 Zeb, pipe de fabrication artisanale pour la consommation de crack.

Pratiques à risque liées à la consommation de crack et d'héroïne inhalés. La majorité des UD rencontrés échangent leur matériel pour fumer. Très peu d'usagers ont leur pipe (Zeb) personnelle, « *il y a trois pipes pour une trentaine de personnes* » et « *les pipes prêtées ne sont pas nettoyées* ». Une personne est en charge de fournir les matériels de consommation. Le fournisseur de pipe est appelé le « zébier ». Tous les fumoirs ont le même type de pipes fabriquées à base d'anciennes antennes de voitures et de scotch (voir photo). Le partage de cailloux de crack se fait avec une lame de rasoir directement sur la peau, dans la main.

Question de l'injection. Cette pratique semble très minoritaire et stigmatisée par rapport aux autres modes de consommation, au sein même de la communauté des UD. Tous les fumoirs visités ont répondu négativement à la question « *Y a-t-il une présence d'UDVI dans ce fumoir ?* ». Les seules personnes qui injecteraient dans les fumoirs visités seraient des personnes d'origine libanaise et des européens mais aussi des « *européens d'origine ivoirienne* ». « *Il faut 3 pao (doses) pour te faire une injection* ». « *C'est pour les personnes qui ont de l'argent* ». Les personnes présentant des marques d'injections sont considérées comme des « junkies » par les forces de l'ordre. L'ensemble des UDVI rencontrés ont d'autres modes de consommation en parallèle de l'injection (fumer/sniffer). A la marge, le travail de terrain a permis de rencontrer des transexuelles UD qui s'injectent des hormones.

Pratiques à risques liées à l'injection. L'accès aux seringues ne semble pas un frein, il paraît facile de s'en procurer « *avec les diabétiques, en pharmacie, chez les vendeuses de médicaments* ». C'est plutôt le coût, mais aussi le fait de pouvoir aller en prison si la police vous trouve avec une seringue qui ne faciliterait pas l'emploi de seringue individuelle et unique. « *Si jamais tu me sors un paquet d'héroïne là maintenant, vu que je voudrais me faire « soro », vu que je n'ai pas de seringue, si tu n'en as qu'une, on la prend pour tous les deux* ».

Fumoirs et autres scènes de consommation

À chaque visite, avant de nous rendre dans un fumoir, nous devons rencontrer le responsable (ou son bras-droit) afin de lui expliquer les objectifs de la mission et de l'étude. Nous ne pouvions pas rentrer sans son aval. La très grande majorité ont répondu positivement à nos demandes, certains ont préféré nous rappeler plus tard et d'autres ne nous ont pas recontacté. La majorité des fumoirs nous ont soupçonnés d'avoir des caméras. Il y a eu certains moments de tension.

Les scènes ouvertes de consommation sont appelées «fumoirs» par les UD, mais aussi par une grande partie des intervenants du champ des addictions et de la population ivoirienne en générale. Dans cette cartographie, nous avons volontairement exclu les fumoirs où ne circulent que des usagers de cannabis.

Au cours de cette phase, une soixantaine de fumoirs ont été identifiés, dont une vingtaine qui ont pu être visités à l'aide de personnes ressources et de leaders communautaires. Nous estimons qu'il en existe une centaine sur la commune d'Abidjan, fréquentés par environ 6000 UD précaires dont 100 à 200 seraient UDVI.

Au sein de ghettos, sous les ponts, dans des logements informels, les fumoirs sont des zones souvent fermées et peu ventilées avec des conditions d'hygiène très précaires et pas d'accès à l'eau. Les conditions sont propices à la propagation de nombreuses maladies. Ils peuvent être de taille variable, fréquentés par une dizaine jusqu'à plusieurs centaines d'UD.

Il existe un véritable système hiérarchique, communautaire et solidaire au sein des fumoirs. Chaque fumoir est dirigé par un chef, le Babatché, et son équipe (bras-droit, shoofeurs, soldats, sécurité, etc.). La cocaïne et l'héroïne sont vendues sur place, un «zebier» loue des pipes de sa fabrication aux consommateurs. Les responsables peuvent s'occuper d'emmener les personnes en mauvaise santé auprès de structures de prise en charge, mais aussi au centre anti-tuberculeux, voir dans les centres de dépistage volontaire. Il leur arrive de payer les médicaments. «*Ils s'occupent bien de nous*». Régulièrement, il nous a été signalé la distribution de nourriture. La réputation d'un fumoir et donc sa fréquentation (et la vente de drogue) se fait aussi en fonction de la «gentillesse» du responsable.

Il existe une facilité pour les usagers de se rendre d'un fumoir à l'autre. Il existe une réelle interconnexion entre les usagers et les différents fumoirs. Les Babatchés rencontrés se connaissent aussi. Certains d'entre eux ont sous leur responsabilité plusieurs fumoirs. Il nous a été

signalé des conflits de territoires entre fumoirs, et des conflits armés entre les responsables et les forces de l'ordre, avec parfois des morts.

D'autres types de scènes de consommation ont pu être visités. Certains lieux de nuit (bars, discothèques) disposent d'endroits privés, qui permettent la consommation de drogue de manière très discrète. Il est difficile de rentrer en contact avec des usagers fréquentant ces bars et issus de catégories socioprofessionnelles supérieures.

Profil sociodémographique

Sexe. Au moins 85% d'hommes ont été repérés dans les fumoirs visités. D'après un responsable, sur 100 personnes il y a 3 femmes qui fréquentent un fumoir. La présence de travesties et de transsexuelles a été signalée sur plusieurs fumoirs. Il semblerait qu'elles ne restent pas sur place, elles viendraient seulement se procurer du produit. Il ne semble pas y avoir de discrimination majeure à leur rencontre, «*un client est un client*». D'après nos sources, beaucoup des femmes et des travesties qui fréquentent les fumoirs ont des échanges économique-sexuels.

Âge. La population qui fréquente les fumoirs pourrait être découpée de la façon suivante: un tiers des personnes ont entre 16 et 25 ans, un tiers entre 25 et 35 ans et un tiers ont plus de 35 ans. Certains fumoirs sont «interdits» aux enfants, alors que d'autres n'ont pas ces règles. Nous avons pu discuter avec des enfants mineurs lors de nos visites. La majorité ne connaissent pas leur âge, consomment et ont déjà des problèmes d'addiction. D'après nous, les plus jeunes qui sont souvent des enfants des rues ont un semblant de sécurité/sociabilité en fréquentant les fumoirs qui fonctionnent comme un clan, une famille.

Emploi et niveau de scolarité. Globalement, les UD rencontrés comprennent et parlent bien français. Le Nouchi est la langue majoritairement usitée par les personnes fréquentant les fumoirs et les ghettos. Beaucoup des personnes rencontrées n'ont pas été longtemps à l'école. La majorité est sans emploi ou pratique une activité informelle. Nous avons remarqué la présence de militaires non immatriculés. La quasi-totalité des femmes rencontrées dans les fumoirs ont des échanges économique sexuels et/ou pratiquent le vol. Néanmoins, la population peut être assez variée, et l'on trouve quelques UD avec un niveau d'étude supérieur ou un emploi stable (fonction publique, entreprise privée).

Incarcération. Une grande majorité des UD rencontrés a déjà été incarcérée.

Problèmes de santé et accès aux soins

Une bonne partie des pathologies liées à la consommation de substances psychoactives et à la précarité sont présentes dans les fumeurs. De nombreux UD toussent et se plaignent de douleurs pulmonaires. De nombreux cas de tuberculose, dont des décès, nous ont été signalés. Des infections oculaires, des plaies labiales et des coupures diverses ont été repérées. Certaines plaies mal cicatrisées nous ont été montrées, celles-ci sont liées à des coups de machettes, ou des blessures mal soignées. Des problèmes de peau, et d'abcès nous ont été signalés chez les UDVI. Une majorité des personnes interrogées ont connu une période d'abstinence (volontaire ou pas), certaines ont personnellement subi une overdose. A chaque fois que nous allions visiter les fumeurs la majorité des demandes de soins de santé étaient liées à l'arrêt de la consommation de drogue. Une demande de médicaments, en général, mais surtout pour se sevrer a été exprimée par de nombreux UD. Des prises de risque sexuel nous ont été rapportées : échanges économique-sexuels chez les

femmes, et chez les transsexuelles UD qui seraient « plus prêtes à avoir des relations sans préservatif », rapports sexuels entre hommes, utilisation non systématique du préservatif.

Les responsables de fumeurs peuvent prendre en charge certains UD dont la pathologie nécessite des soins en urgence. Ils peuvent aussi payer des médicaments. L'accès aux traitements de la tuberculose et du VIH n'est pas perçu comme discriminant. D'après les UD, une seule association spirituelle se rend directement sur place mais n'est pas perçue très positivement par la communauté.

Perception de l'enquête et d'un futur projet

L'enquête et le futur projet ont été accueillis très favorablement. Les « responsables » des fumeurs souhaitent tout mettre en œuvre pour nous faciliter la tâche. Ils ont conscience de l'intérêt pour la communauté de l'étude et de nos interventions futures. L'ensemble des personnes rencontrées est favorable à la mise à disposition d'outils de RdR au sein des fumeurs.

Résultats de l'enquête transversale (RDS)

Échantillon - description de la population

Graines, chaîne de recrutement et atteinte de l'équilibre

Entre le 8 et le 28 mai 2014, 451 personnes ont été incluses dans l'enquête. Une personne est partie avant d'être prélevée et a été exclue des analyses. Les caractéristiques des 9 graines choisies pour l'enquête sont décrites dans le tableau 1 (ci-dessous).

Les participants ont été recrutés en 11 vagues au maximum, 90% de l'échantillon était constitué passée la 7^e vague. L'équilibre était atteint dès la 4^e vague pour les principales variables d'intérêt.

	Sexe	Age	HSH	TS	UDVI	VIH	VHB	VHC	Syphilis	TB
1	Homme	32	Non	Non	Non	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
2	Homme	48	Non	Non	Non	Pos (connu)	Neg	Neg	Neg	Neg
3	Femme	30		Oui	Non	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
4	Homme	38	Non	Non	Non	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
5	Femme	38		Non	Non	Pos (non connu)	Neg	Neg	Neg	Neg
6	Homme	34	Non	Non	Non	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
7	Homme	42	Oui	Oui	Non	Pos (connu)	Neg	Neg	Neg	Neg
8	Homme	50	Non	Non	Oui	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
9	Homme	26	Non	Non	Oui	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Total	22% F	37,5	14%	22%	22%	33%	0%	0%	0%	11%

Tableau 1 Profil des graines de l'enquête

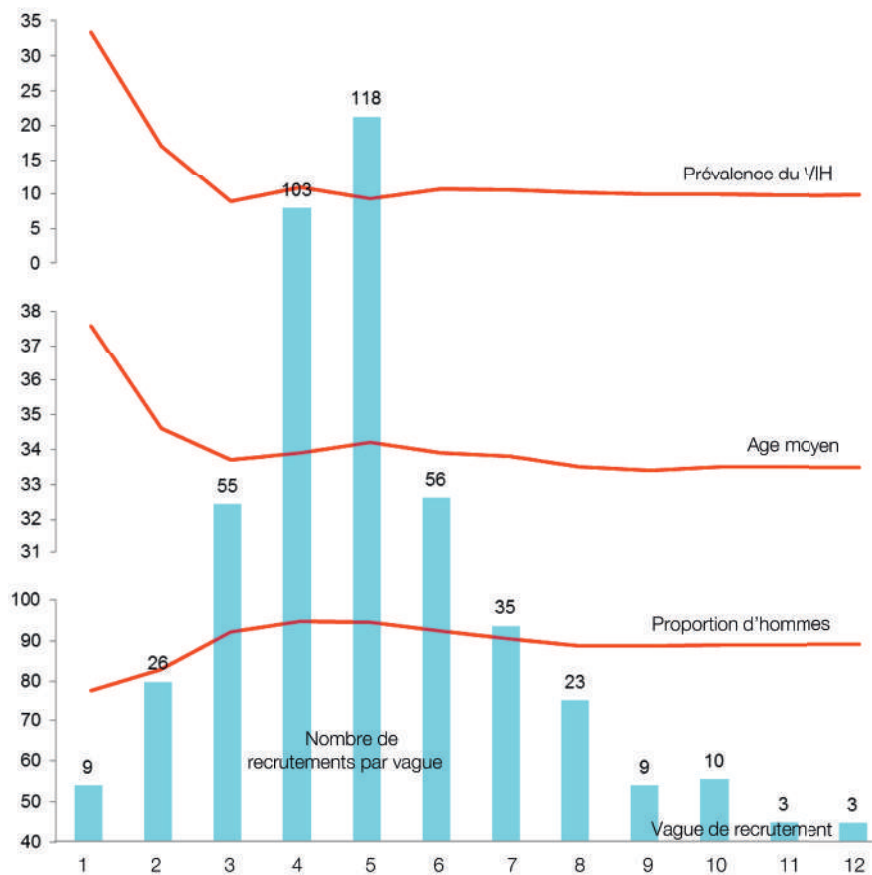


Figure 2 *Évolution de l'échantillon pour l'âge, le sexe et la prévalence du VIH en fonction de la vague de recrutement.* Les lignes rouges représentent pour chaque vague de recrutement la valeur de la variable concernée sur l'échantillon constitué jusqu'alors. Lorsque la valeur de la variable ne varie presque plus d'une vague à la suivante, on peut dire que l'échantillon a atteint un équilibre, et qu'il n'est plus influencé par les graines choisies à l'origine. La prévalence du VIH et la proportion d'hommes sont exprimés en pourcentage, l'âge moyen en valeur absolue. Leur axe de référence se trouve à gauche. Les barres bleues et le nombre associé donnent le nombre de personnes recrutées à chaque vague.

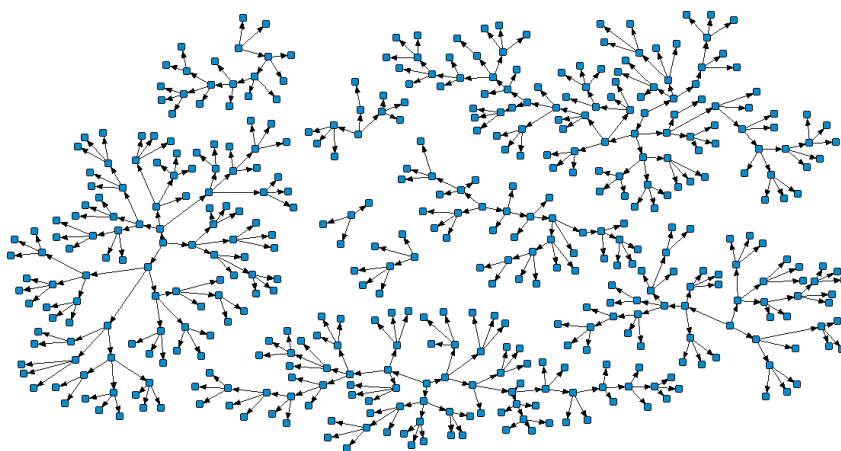


Figure 3 *Chaines de recrutement* Chaque carré bleu représente un participant à l'enquête. Les flèches vont du recruteur au recruté. Ainsi, on peut identifier les graines car ce sont les seules à n'avoir que des flèches qui partent d'elles et aucune qui n'arrive. On voit que la plus petite chaîne de recrutement n'est constituée que d'une seule vague (3 recrutés + la graine) et que les autres ont été plus ou moins productives, allant jusqu'à 11 vagues de recrutement.

Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon était constitué de 10,9% de femmes (n=49) et avait une moyenne d'âge de 33,5 ans. Parmi les participants, 23,8% se déclaraient mariés ou en couple, 34,7% sans activité, et 40,2% n'avaient pas été à l'école ou avaient un niveau d'étude correspondant à l'école primaire. Un logement à soi était rapporté par 33,8% des personnes, tandis que 51,8% étaient hébergées par des amis ou de la famille et 14,4% étaient sans domicile fixe. Les caractéristiques socio-démographiques sont décrites dans le tableau 2 (ci-dessous).

Usage de drogue

Données générales. Une consommation d'héroïne, en immense majorité par voie fumée/inhalée, était rapportée par 98,2% des participants, tandis que 82,2% déclaraient consommer de la

cocaïne. La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne concernait 80,4% des participants. Parmi les usagers de cocaïne, la voie fumée – sous forme de crack – était également prédominante avec 96,5% des cas, suivi de la voie intranasale, ou « snif » – sous forme de poudre – dans 4,6% des cas. Une consommation associée de cannabis et de tabac était rapportée respectivement dans 89,6% et 88,9%. Une consommation au moins quotidienne était rapportée par 92,8% des consommateurs d'héroïne contre 68% des consommateurs de cocaïne. La consommation de cocaïne apparaît un peu moins régulière que l'héroïne qui est consommée quotidiennement ou plus dans plus de 90% des cas. L'entrée dans la consommation d'héroïne semble avoir augmenté durant les années 90 et s'être stabilisée depuis. L'entrée dans la consommation de cocaïne semble avoir connu un pic autour de 1995 puis en 2005 et être stable depuis (cf. figure 4, page suivante).

	Total	Femmes (n=49)	Hommes (n=401)	p
Age	33,5; 8,6 (28-32,5-38)	29,3; 7,4 (23-30-33)	34,0; 8,6 (28-33-39)	< 0,001
< 25	13,3%	28,6%	11,5%	0,001
25-34	47,8%	53,1%	47,1%	
35-44	28,0%	14,3%	29,7%	
45 et +	10,9%	4,1%	11,7%	
Situation familiale				
En couple / marié	23,8%	38,8%	22,0%	0,009
Au moins un enfant	57,8%	59,2%	57,6%	0,833
Activité				
Sans activité	34,7%	46,9%	33,2%	0,072
Travail informel / instable	54,0%	49,0%	54,6%	
Etudiant	4,7%	4,1%	4,7%	
Employé	6,7%	0,0%	7,5%	
Education				
Secondaire ou plus	59,8%	46,9%	61,4%	0,052
Logement				
Rue/fumoir/sans domicile	14,4%	12,2%	14,7%	0,847
Hébergé par famille / ami	51,8%	51,0%	51,9%	
Logement personnel	33,8%	36,7%	33,4%	
Budget hebdomadaire				
< 10 000 FCFA	13,2%	16,3%	12,9%	0,574
10 000 - 25 000 FCFA	35,9%	28,6%	36,8%	
25 000 - 50 000 FCFA	26,0%	24,5%	26,2%	
> 50 000 FCFA	24,9%	30,6%	24,2%	

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques

Mise à part la première ligne de l'âge qui donne la moyenne ; l'écart type (premier quartile – médiane – troisième quartile), les variables sont décrites par leur pourcentage. Mise à part le budget hebdomadaire connu pour 446 personnes seulement, les autres données concernent l'intégralité de l'échantillon. Les tests significatifs sont marqués par un p en gras.

Injection. Parmi les participants, 57 (12,7%) déclaraient avoir déjà consommé des drogues par injection, dont 16 (3,6%) au cours du mois précédent. Ces derniers déclaraient se procurer des seringues et aiguilles auprès de vendeurs de rue à 50%, en pharmacie à 41,7%, et plus rarement auprès d'autres usagers (8,3%). Une réutilisation des seringues était rapportée par 27,3% et une seule personne rapportait avoir partagé une seringue au cours des 30 derniers jours.

Overdose. Une perte de conscience à la suite d'une prise de drogue au cours des 12 derniers mois était rapportée par 15,3% des participants.

Recours aux soins et accès aux soins d'addictologie. Sur les 450 participants à l'enquête, 316 (70,2%) déclaraient chercher des soins auprès d'une structure « moderne » (hôpital, centre de santé, dispensaire, clinique) en cas de problème de santé. Concernant les problèmes d'addiction plus spécifiquement, 90 personnes (20%) rapportaient avoir déjà reçu des soins (principalement à l'hôpital ou auprès de structures religieuses), et 191 (57,6%) ne connaissaient pas de structure de prise en charge pour ce type de problème. Les lieux cités pour la prise en charge des problèmes d'addiction sont décrits dans la figure 5 (ci-dessous), avec en tête les centres et associations religieuses.

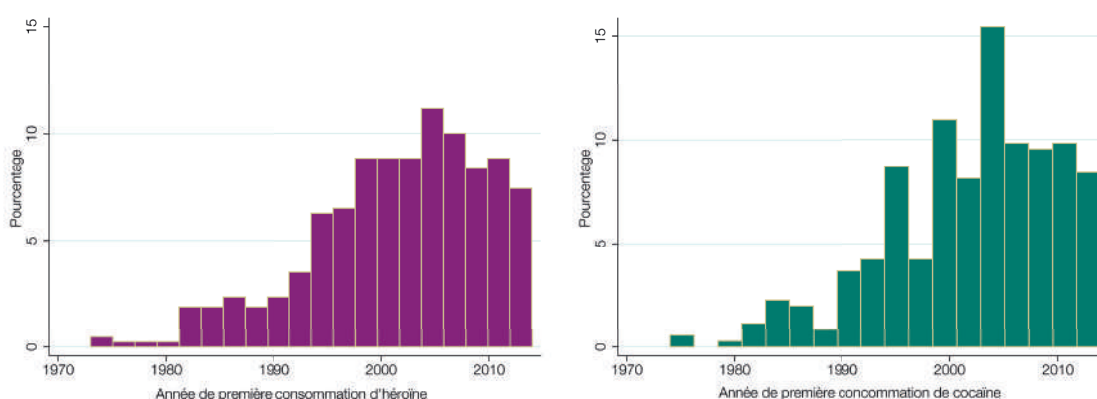


Figure 4 Année de début de consommation pour les participants à l'enquête.

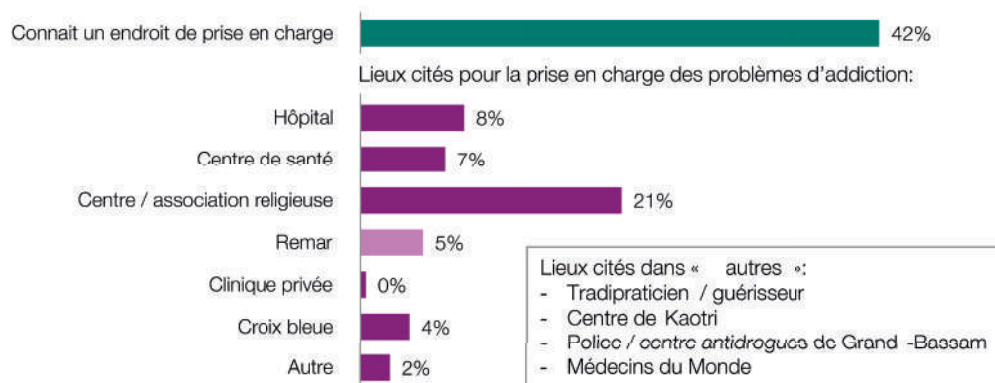


Figure 5 Lieux de prise en charge pour les problèmes d'addiction rapportés par les participants à l'enquête
Remar est une organisation chrétienne d'accueil et de réhabilitation des « marginaux », voir [www.remarcotedivoire.org/index2.php?module=remar&page=presn].

	Total	Femmes (n=49)	Hommes (n=401)	p
Héroïne	98,2%	98,0%	98,3%	0,605
<i>Chez les consommateurs d'héroïne</i>				
Voie				
Fumée / inhalée	98%	97,2%	98,0%	1
par injection	0,7%	0%	0,8%	1
Fréquence				
>1 fois par jour	92,8%	91,8%	92,8%	0,894
> 1 fois par semaine	4,9%	6,1%	4,7%	
<1 fois par semaine	2,4%	2,0%	2,5%	
Age à la première prise	21,0; 5,8 (17-20-24)	20,5; 5,9 (17-20-24,5)	21,0; 5,8 (17-20-24)	0,857
Dépenses hebdomadaires (x1000 FCFA)	32,8; 27,9 (15-28-40)	31,4; 17,9 (20-30-40)	33,0; 28,9 (15-28-40)	0,339
Cocaine/crack	82,2%	67,4%	84,0%	0,004
<i>Chez les consommateurs de cocaïne</i>				
Voie				
Fumée / inhalée	96,5%	100,0%	96,2%	0,616
Sniffée	4,6%	3,0%	5,0%	1
par injection	1,6%	3,0%	1,5%	0,431
Fréquence				
>1 fois par jour	68%	59,2%	69,1%	0,119
> 1 fois par semaine	10,7%	8,2%	11,0%	
<1 fois par semaine	21,3%	32,7%	20,0%	
Age à la première prise	21,9; 5,8 (17-20-26)	21,9; 5,8 (17-20-26)	21,3; 5,5 (18-20-24)	0,868
Dépenses hebdomadaires (x1000 FCFA)	65,9; 44,6 (30-52-100)	70,4; 37,2 (40-52-100)	65,3; 46 (30-52-97,5)	0,563
Consommations associées				
Cannabis	89,6%	89,8%	89,5%	0,954
Cannabis quotidien	81,8%	83,7%	81,6%	0,716
Alcool	42,9%	38,8%	43,4%	0,538
Alcool quotidien	11,8%	8,2%	12,2%	0,406
Tabac	88,9%	87,8%	89,0%	0,789
Tabac quotidien	82,4%	79,6%	82,8%	0,578
Médicaments	16,4%	8,2%	17,5%	0,106
Médicaments quotidiens	6,2%	0%	7%	0,059
Injection				
Au moins une fois dans la vie	12,7%	8,2%	13,2%	0,494
Au cours du mois précédent	3,6%	4,1%	3,5%	0,689
Partage de zeb				
Partage systématique (vs. non systématique ou n'utilise pas de zeb)	66,7%	51,0%	68,6%	0,014
Overdose				
Overdose au cours des 12 derniers mois	15,3%	14,3%	15,5%	0,829

Tableau 3 Usage de drogue

Les données relatives aux produits consommés concernent le dernier mois. L'âge à la première prise et les dépenses hebdomadaires (variables continues) sont donnés en moyenne ; écart-type (premier quartile – médiane – troisième quartile). Chez les consommateurs d'héroïne le total des pourcentages n'arrive pas à 100 pour les voies de consommation du fait des non réponses. Les tests significatifs sont marqués par un p en gras.

Comportements sexuels

Des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois étaient rapportés par 72,7% des participants. Parmi ces derniers, 56,0% déclaraient au moins deux partenaires sexuels au cours de la dernière année (moyenne 3,9). Près de la moitié (50,5%) des participants sexuellement actifs déclaraient avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, et 34,9% avoir systématiquement utilisé un préservatif au cours de l'année précédente.

Au cours des 12 derniers mois, la perception d'argent ou d'avantages en échange de rapports sexuels concernait 15,8% des participants (32,7% des femmes versus 13,7% des hommes, $p < 0,001$) tandis que 17,8% (20,0% des hommes et aucune femme) déclaraient avoir donné de l'argent ou des avantages en échange de rapports sexuels. Enfin, 9,1% des hommes ($n=41$) indiquaient avoir déjà eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe.

Incarcérations

Presque la moitié des UD de l'échantillon (47,8%) rapportait avoir déjà été en prison, en particulier les hommes (49,6% contre 32,7% des femmes, $p 0,025$) et les plus âgés, avec jusqu'à 61,5% d'antécédents d'incarcération chez les hommes de plus de 35 ans.

Les antécédents d'incarcérations n'étaient pas significativement associés à d'autres comportements stigmatisés (pas plus d'incarcérations chez les TS ou les HSH), mais plutôt à des facteurs de précarité : faible niveau d'éducation (56,9% chez les personnes ayant un niveau primaire ou moins contre 41,6% chez les autres, $p 0,001$), personnes sans hébergement stable (63,1% des personnes vivant dans la rue, dans un fumoir ou déclarées sans domicile fixe ont déjà été incarcérées contre 45,2% pour les autres, $p 0,028$), et dans une moindre mesure, personnes sans activité (52,6% contre 45,2%, $p 0,139$). Les personnes ayant déjà consommé par injection rapportaient également

	Total	Femmes (n=49)	Hommes (n=401)	p
A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	72,7%	85,7%	71,1%	0,030
Echanges económico-sexuels au cours des 12 derniers mois				
Perception d'argent/d'avantages	15,8%	32,7%	13,7%	0,001
Remise d'argent/d'avantages	17,8%	0%	20,0%	0,001
HSH	9,1%	-	10,2%	-
<i>Chez les personnes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois</i>				
Nombre de partenaires sexuels	3,9; 5,9 (1-2-4)	4,8; 7,7 (1-1-5)	3,7; 5,5 (1-2-4)	0,402
1	44,0%	54,8%	42,5%	0,134
2 ou plus	56,0%	45,2%	57,5%	
Préservatif				
Usage du préservatif der. rapport	50,5%	45,2%	51,2%	0,469
Usage du préservatif 12 der. mois				
Jamais	30,6%	35,7%	29,8%	0,464
Inconsistant	34,6%	26,2%	35,8%	
Systématique	34,9%	38,1%	34,4%	

Tableau 4 Comportements sexuels

Le nombre de partenaires sexuels est donné en moyenne ; écart type (premier quartile – médiane – troisième quartile) et par classe (partenaire unique / 2 partenaires ou plus). La deuxième partie du tableau (après HSH) ne concerne que les personnes ayant rapporté des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Les tests significatifs sont marqués par un p en gras.

plus souvent avoir été incarcérées, sans que cela ne soit significatif (56,1% contre 46,6%, p 0.176). Une majorité (58,6%) des personnes ayant été incarcérées déclaraient avoir poursuivi leur consommation de drogue en prison. Cela concernait le plus souvent le cannabis (dans 76,2% des cas), mais il pouvait également s'agir d'héroïne (dans 24,6% des cas), de cocaïne (dans 14,3%) ou de médicaments (13,5% des cas). En revanche, aucun participant ne rapportait avoir pratiqué l'injection en cours d'incarcération.

Sous-groupes de risque d'infection par le VIH dans l'échantillon

Les femmes UD représentent environ 10.9% de l'échantillon (10,4% après pondération RDS). Les femmes étaient significativement plus jeunes et plus souvent en couple. Elles étaient plus souvent sans activité et moins nombreuses à avoir fait des études secondaires ou supérieures sans atteindre le seuil de significativité. Elles ne différaient pas des hommes pour les autres caractéristiques sociodémographiques. De même, mise à part une moindre consommation de cocaïne (67,4% chez les femmes versus 84,0% chez les hommes, p 0,004), leur usage de drogue était peu différent de celui des hommes. Les femmes rapportaient plus fréquemment des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et étaient significativement plus nombreuses à déclarer avoir reçu de l'argent ou des avantages en échange de rapports sexuels au cours de l'année écoulée (32,7% des femmes UD rapportent être TS). En revanche, les femmes sexuellement actives n'étaient pas différentes des hommes en termes d'usage du préservatif.

Parmi les 71 TS UD de l'échantillon, 16 étaient des femmes (22,5% des TS) et 19 étaient HSH (26,8% de HSH parmi l'ensemble des TS UD). L'âge moyen était de 30,7 ans. Les TS n'étaient pas significativement différents des autres participants pour les caractéristiques sociodémographiques. Concernant les comportements sexuels, les TS étaient plus à même d'avoir également donné de l'argent ou des avantages (26,8% contre 5,9%, p 0,001) en l'échange de rapports sexuels. Les TS déclaraient un nombre plus élevé de partenaires différents au cours de l'année passée (7,7 contre 2,8 en moyenne, p<0,001 en cas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois), et un usage du préservatif au cours des 12 derniers mois significativement meilleur que les autres participants (43,7% contre 32,4%, p 0,017 d'utilisation systématique). Enfin, les TS étaient 18,3% à avoir déjà consommé par injection au cours de leur vie (différence non significative avec les autres participants).

Les participants étaient 17,8% à déclarer avoir donné de l'argent en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (15,8% après pondération RDS), il s'agissait exclusivement d'hommes. En comparaison aux autres hommes, les clients de TS étaient moins nombreux à être sans activité (21,3% contre 36,1%, p 0,013). Ils étaient significativement plus nombreux à déclarer avoir également reçu de l'argent ou des avantages en l'échange de relations sexuelles (33,8% contre 8,7%, p<0,001). Les clients de TS déclaraient significativement plus de partenaires différents au cours des 12 derniers mois (4,3 en moyenne contre 2,3 pour les autres hommes sexuellement actifs, p<0,001), mais ne différaient pas des autres hommes en termes d'usage du préservatif au

	N	Proportion brute	Proportion pondérée - RDS
Femmes	49	10,9% [IC95 8,0% - 13,8%]	10,4%
Travailleur(se) du sexe (TS) 12 derniers mois	71	15,8% [IC95 12,4% - 19,2%]	10,2%
Personne ayant fréquenté un(e) TS 12 derniers mois	80	17,8% [IC95 14,2% - 21,3%]	15,8%
Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	41	9,1% [IC95 9,1% - 11,8%]	9,6%
Usager de drogue par injection au moins une fois (UDVI)	57	12,7% [IC95 9,6% - 15,8%]	9,3%

Tableau 5 Proportion des sous-groupes d'intérêt dans l'échantillon
IC95 : intervalle de confiance à 95%

dernier rapport ou sur l'année. Enfin, 18,8% des clients de TS déclaraient avoir déjà consommé par injection.

En comparaison aux autres hommes de l'échantillon, **les 41 HSH (9,1% des participants, 9,6% après pondération RDS)** étaient significativement plus jeunes (30,3 ans contre 34,4 ans en moyenne, $p < 0,005$) et moins souvent en couple ou mariés (4,9% contre 25,7%, $p < 0,003$). Ils différaient peu pour les autres caractéristiques sociodémographiques. Ils étaient en revanche significativement plus nombreux à déclarer avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, rapportaient un nombre plus élevé de partenaires (9,3 contre 2,8 en moyenne, $p < 0,001$ en cas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois), et étaient plus nombreux à avoir reçu de l'argent ou des avantages en échange de relations sexuelles (46,3% contre 12,7%, $p < 0,001$). Les HSH déclaraient par ailleurs un meilleur usage du préservatif au cours de l'année passée (61,0% contre 29,9% chez les autres hommes déclaraient un usage systématique, $p < 0,001$), mais pas au cours du dernier rapport sexuel. Concernant l'injection chez les HSH, 22,0% d'entre eux déclaraient avoir déjà utilisé cette voie au cours de leur vie (12,2% pour les autres hommes, $p < 0,081$), et 7,3% au cours des 12 derniers mois (3,1% pour les autres hommes, $p < 0,159$).

Les 57 UDVI (12,7% des participants, 9,3% après pondération) étaient significativement plus âgés (19,3% avaient plus de 45 ans contre 9,7%, $p < 0,017$) et plus souvent en couple (35,7% contre 22,1%, $p < 0,013$) que les non injecteurs. Ils rapportaient un budget de vie hebdomadaire bien supérieur à celui des autres participants (53 544 contre 32 762 FCFA en moyenne, $p < 0,019$). Ils étaient plus nombreux à déclarer des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (86,0% contre 70,7%, $p < 0,016$), mais ne différaient pas significativement pour les autres comportements sexuels, quoique présentaient une proportion plus importante de HSH (15,8% contre 8,1% chez les non injecteurs, $p < 0,061$).

Les 16 UDVI actuels montraient les mêmes tendances sans différences en termes d'âge. Chez ces derniers, la consommation par injection n'étaient pas isolée : 87,5% rapportaient également une consommation d'héroïne ou de cocaïne par voie fumée, et 18,8% une consommation de cocaïne par voie sniffée.

Enfin, les hommes non injecteurs et n'appartenant pas aux autres catégories à risque de transmission sexuelle représentaient un peu plus de la moitié de l'échantillon (54,4%). Ils étaient plus âgés que les autres (34,4 ans contre 32,3 ans en moyenne, $p < 0,003$) et rapportaient un budget hebdomadaire inférieur (31 806 FCFA contre 39 718 FCFA, $p < 0,013$) mais n'apparaissent

pas significativement différents pour les autres caractéristiques sociodémographiques. Ils s'agissaient le plus souvent de fumeurs d'héroïne (100% contre 96,1%, $p < 0,002$) et un peu moins souvent de consommateurs de cocaïne (79,2% contre 85,9% pour les autres, $p < 0,065$). Ces derniers consommaient la cocaïne presque exclusivement sous forme de crack. Près de la moitié (44,5%) rapportaient n'avoir eu aucune relation sexuelle au cours des 12 derniers mois.

Le tableau descriptif des sous-groupes d'intérêt se trouve en annexe 3.

Infection par le VIH

Dépistage, connaissances, accès aux soins VIH

Les connaissances du VIH étaient moyennes dans l'échantillon avec entre 64% (VIH non transmis par le moustique) et 94% (protection par l'usage du préservatif) de bonnes réponses aux questions prises individuellement. Au total, 48,7% des UD interrogés étaient capables de donner 6 bonnes réponses pour les 6 questions posées, et près de deux tiers connaissaient un endroit pour se faire dépister pour le VIH. Sur les 450 personnes de l'échantillon, 212 (47,1%) avaient déjà réalisé un test pour le VIH, dont 99 (22,2% de l'échantillon) au cours des 12 derniers mois, et 3 personnes seulement connaissaient déjà leur séropositivité (voir figure 6).

Ces trois personnes étaient suivies et bénéficiaient d'un traitement par ARV. Au final, 93,2% des UD infectés par le VIH ne connaissaient pas leur séropositivité avant l'enquête, dont 7 personnes (6 HSH) qui déclaraient un test de dépistage négatif au cours des 12 derniers mois.

Les facteurs associés à un score de connaissance du VIH de 6 sur 6, à la connaissance de lieux de dépistage, et au fait d'avoir été dépisté au cours des 12 derniers mois sont donnés dans la figure 7. Les HSH montraient des particulièrement bons résultats.

Prévalence du VIH

L'étude retrouve 44 cas de VIH dans l'échantillon, correspondant à une **prévalence globale brute de 9,8% parmi la population usagère de drogue d'Abidjan; intervalle de confiance à 95% (IC95) 7% - 12,5%** (prévalence pondérée pour prendre en compte la méthode d'échantillonnage : 9,5%). Les hommes n'appartenant pas à un groupe à risque (i.e. hommes non injecteurs, non HSH, non TS et ne fréquentant pas de TS) présentaient une prévalence de 3,5%; IC95 1,3% - 5,8%. Les prévalences chez les différents sous-groupes sont données dans la figure 8.

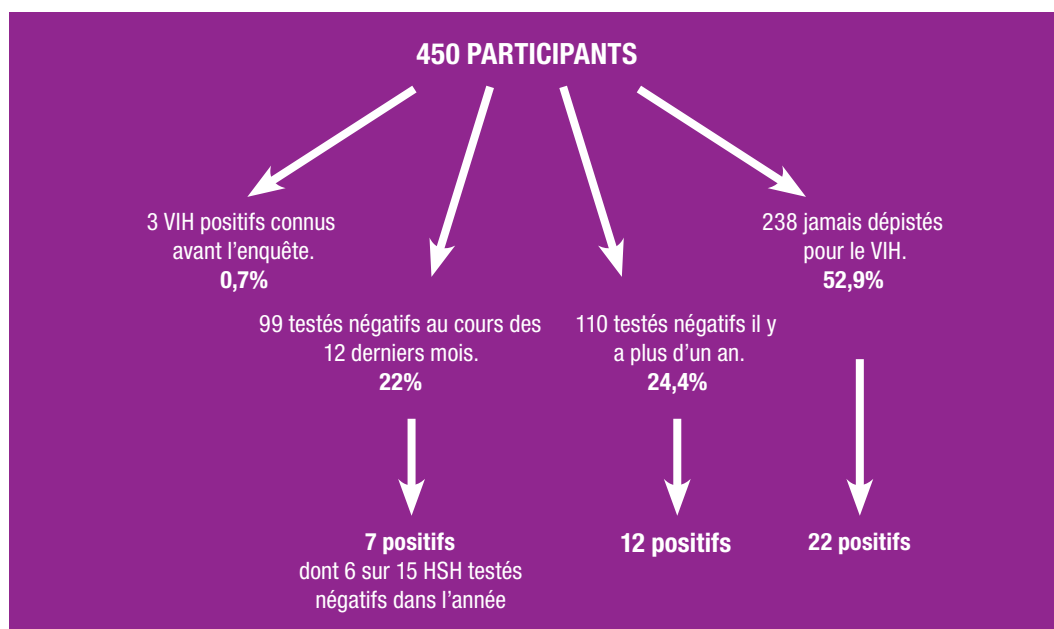


Figure 6 Dépistage et connaissance du statut VIH

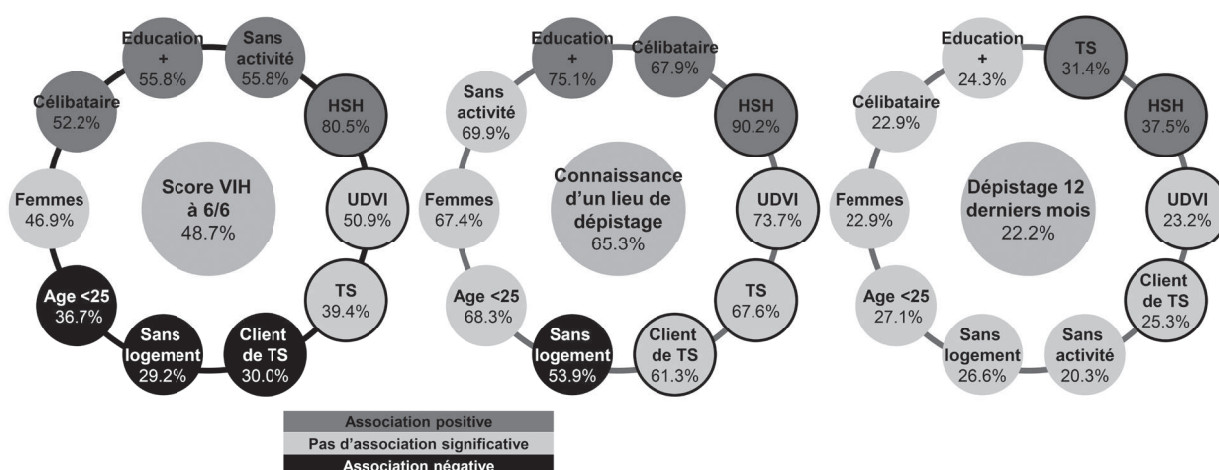


Figure 7 Facteurs associés aux connaissances et au dépistage du VIH (Analyses univariées)

Pour le dépistage au cours des 12 derniers mois, les résultats n'incluent pas les 3 personnes déjà connues positives

	Connaissances VIH (6/6)	Connaissance d'un lieu de dépistage	Dépistage du VIH 12 derniers mois
TOTAL	48,7%	65,3%	22,2%
Hommes sans FR de VIH	51,8%	63,3%	19,6%
Femmes	46,9%	67,4%	22,9%
TS	39,4%	67,6%	31,4%
Client de TS	30%	61,3%	25,3%
HSH	80,5%	90,2%	37,5%
UDVI	50,9%	73,7%	23,2%

Tableau 6 Dépistage, connaissances du VIH et sous populations d'intérêt

Pour le dépistage au cours des 12 derniers mois, les résultats n'incluent pas les 3 personnes déjà connues positives

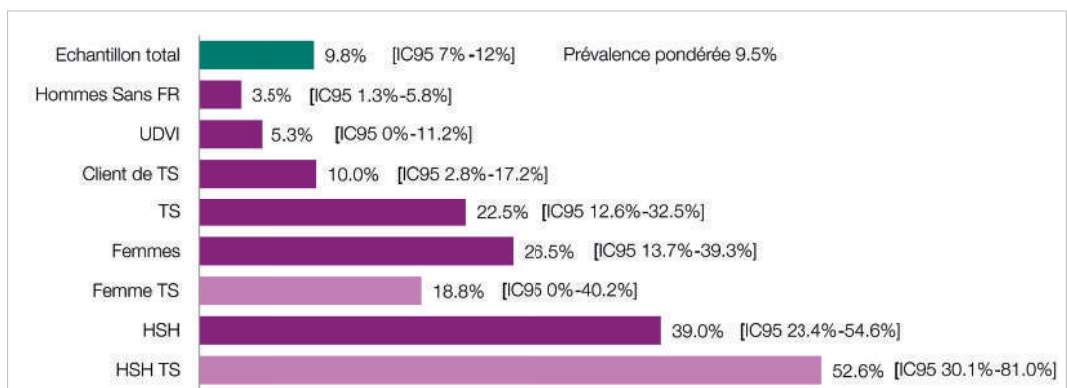


Figure 8a Prévalences du VIH par groupe de risque
Les prévalences sont données assorties de leur intervalle de confiance à 95%.

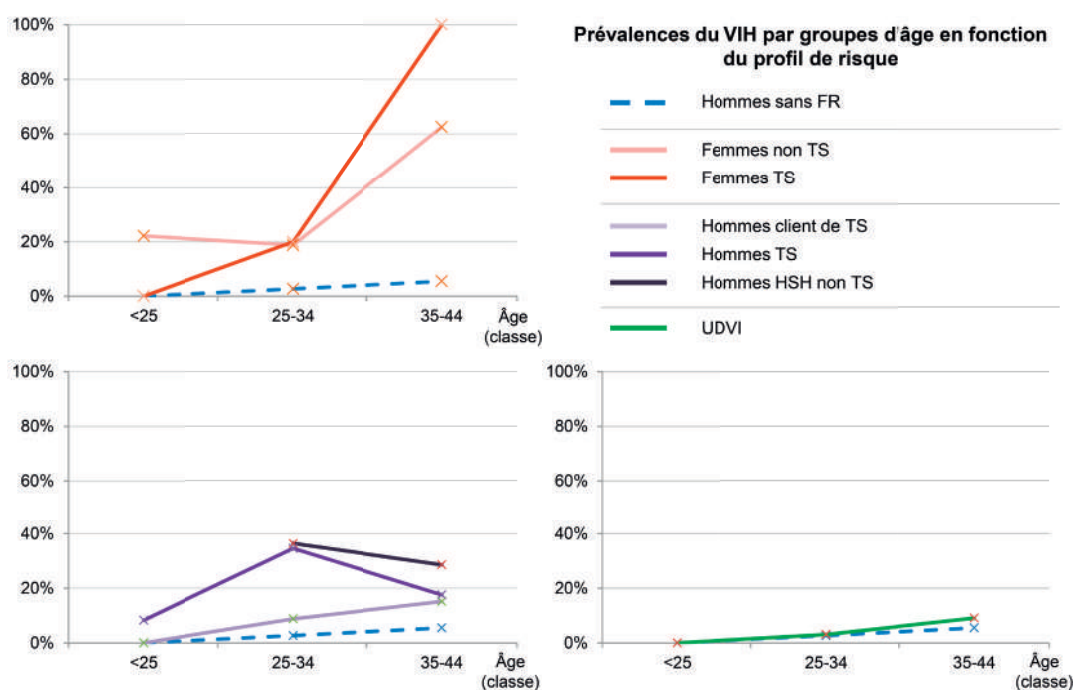


Figure 8b Prévalences du VIH par groupe de risque : évolution par classe d'âge
L'évolution des prévalences par âge permet de donner une idée de l'incidence du VIH (reflétée par la progression de la proportion de personnes infectées lorsque l'âge augmente) en gardant en tête que les âges les plus élevés sont impactés par la mortalité liée au VIH.

Facteurs de risque d'infection par le VIH

Analyses univariées

Lors des analyses univariées, l'infection par le VIH était significativement associée au sexe (femmes) et à l'emploi (personnes sans activité). Les personnes avec un niveau d'éducation primaire ou moins étaient également plus nombreuses à être infectées par le VIH, sans que le seuil de significativité ne soit atteint (12,7% contre 7,8%, $p = 0,086$). Les autres caractéristiques sociodémographiques n'étaient pas associées au statut VIH, tout comme l'injection, le partage de matériel pour fumer, ainsi que les antécédents d'incarcération. Concernant les comportements sexuels, l'infection par le VIH était significativement associée au nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois (rho

de Spearman 0,15, $p = 0,001$), au travail du sexe, au fait d'être HSH, et au fait de déclarer avoir systématiquement utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois. Enfin, un score de connaissance à 6/6 était significativement associé à l'infection par VIH, même après retrait des individus positifs qui connaissaient déjà leur statut (à noter que les deux dernières associations évoquées disparaissent après ajustement).

L'étude des facteurs de risque chez les hommes retrouvait des résultats proches de ceux de l'échantillon dans son ensemble. L'étude chez les femmes retrouvait uniquement une association de l'infection par le VIH avec un âge croissant.

		Proportion VIH+ Total	p	Chez les femmes	p	Chez les hommes	p
Sexe	Femme	26,5%; 14,0% - 39,1%	<0,001	-	-	-	-
	Homme	7,7%; 5,1% - 10,4%		-	-	-	-
Age	<25	5%; 0% - 10,6%	0,351	14,3%	0,018	2,2%	0,325
	25-34	9,8%; 5,8% - 13,8%		19,2%		8,5%	
	35+	11,4%; 6,7% - 16,2%		66,7%		8,4%	
Situation familiale	Célibataire/Séparé/veuf	10,2%; 7% - 13,4%	0,586	33,3%	0,205	8,0%	0,717
	Marié/En couple	8,4%; 3,1% - 13,7%		15,8%		6,8%	
Education	Primaire ou moins	12,7%; 7,8% - 17,6%	0,086	26,9%	0,947	10,3%	0,123
	Secondaire ou plus	7,8%; 4,6% - 11,0%		26,1%		6,1%	
Activité	Sans activité	15,4%; 9,7% - 21,1%	0,004	30,4%	0,56	12,8%	0,008
	Activité	6,8%; 3,9% - 9,7%		23,1%		5,2%	
Logement	Rue / Fumoir / Sans domicile	7,7%; 1,1% - 14,2%	0,374	33,3%	0,906	5,1%	0,323
	Hébergé par famille / ami	8,6%; 5,0% - 12,2%		24,0%		6,7%	
	Logement personnel	12,5%; 7,2% - 17,8%		27,8%		10,5%	
Budget hebdomadaire	<10 000 FCFA	10,2%; 2,4% - 18,0%	0,751	25,0%	0,528	7,8%	0,416
	10 000 - 25 000 FCFA	10,6%; 5,8% - 15,4%		35,7%		8,2%	
	25 000 - 50 000 FCFA	6,9%; 2,3% - 11,5%		33,3%		3,9%	
	>50 000 FCFA	9,9%; 4,3% - 15,5%		13,3%		9,4%	
Nombre de partenaires <12 mois		Rho spearman 0,15	0,001	Rho spearman -0,02	0,906	Rho spearman 0,18	<0,001
	0	5,7%; 1,6% - 9,8%	0,094	42,9%	0,334	3,5%	0,067
	1	9,0%; 4,3% - 13,7%		17,4%		7,4%	
	2 ou plus	13,1%; 8,2% - 18,0%		31,6%		11,0%	
TS	Non	7,4%; 4,7% - 10,0%	<0,001	30,3%	0,502	5,2%	<0,001
	Oui	22,5%; 12,7% - 32,4%		18,8%		23,6%	
Client de TS	Non	9,7%; 6,7% - 12,8%	0,941	-	-	7,2%	0,396
	Oui	10,0%; 3,4% - 16,6%		-		10,0%	
HSH	Non	6,8%; 4,4% - 9,3%	<0,001	-	-	4,2%	<0,001
	Oui	39,0%; 23,9% - 54,2%		-		39,0%	
Préservatif (personnes sexuellement actives)	Préservatif der. rapport		0,293	21,7%	0,732	6,5%	0,25
	Non	8,6%; 4,3% - 13,0%		28,6%		10,1%	
	Oui	12,1%; 7,5% - 16,6%	0,023	26,7%	0,483	7,1%	0,05
	Préservatif 12 der. mois			9,1%		5,9%	
	Jamais	10,0%; 4,1% - 15,9%		31,3%		15,3%	
	Inconsistant	6,2%; 1,7% - 10,7%					
	Systématique	17,5%; 10,5% - 24,6%					
UDVI	Non	10,4%; 7,4% - 13,5%	0,219	28,9%	0,562	8,1%	0,783
	Oui	5,2%; 0% - 11,1%		0,0%		5,7%	
Partage de zeb	Ne fume pas/jamais/rarement	12,7 %; 7,3% - 18,1%	0,145	33,3%	0,291	8,7%	0,612
	Partage systématique	8,3%; 5,2% - 11,5%		20,0%		7,3%	
Incarcération	Non	11,1%; 7,0% - 15,1%	0,337	21,2%	0,226	9,4%	0,206
	Oui	8,4%; 4,7% - 12,1%		37,5%		6,1%	
Test de dépistage <12 derniers mois	Non	10,0%; 6,9% - 13,2%	0,739	29,7%	0,474	7,7%	0,957
	Oui	8,9%; 3,3% - 14,5%		16,7%		7,8%	
Connaissances VIH	Moins de 5 bonnes réponses	6,9%; 3,6% - 10,2%	0,036	23,1%	0,747	4,9%	0,029
	6 bonnes réponses	12,8%; 8,3% - 17,2%		30,4%		10,7%	

Tableau 7 Facteurs de risque d'infection par le VIH: analyses univariées (ci-dessous et page suivante)

Pour la première colonne (prévalence en fonction des variables concernées), la prévalence du VIH est donnée assortie de son intervalle de confiance à 95%. Le p est obtenu par test du chi2 ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs par classe. Il concerne également le coefficient de corrélation de Spearman (corrélation entre statut VIH O/1 et nombre de partenaires sexuels) pour la première ligne de la variable « Nombre de partenaires <12 mois ». Les prévalences du VIH ne sont comparées que pour les personnes sexuellement actives pour les variables « Préservatif ». Les tests significatifs sont marqués par un p en gras.

Analyses multivariées

Du fait des interactions entre le sexe et plusieurs autres covariables étudiées, les analyses ajustées définitives ont été réalisées chez les hommes seulement. Chez les femmes, le VIH était uniquement associé à un âge croissant. Chez les hommes, le travail du sexe et les rapports sexuels entre hommes étaient associés au VIH après ajustement, avec pour odd ratios respectifs 3,17; IC95 1,12 – 9,01 (p 0,030) et 9,84; IC95 3,43 – 28,20 (p <0,001). L'activité restait également significativement associée, avec un risque plus élevé de VIH chez les hommes sans emploi. Enfin, l'âge (croissant) et le faible niveau d'éducation montraient un surrisque de VIH, sans atteindre le seuil de significativité. Les résultats chez les hommes sont décrits dans le tableau 8.

Taux de CD4 chez les participants positifs pour le VIH

Les 44 personnes positives au VIH montraient un taux de CD4 évoluant de 110 à 964 par mm³, avec une moyenne à 401,5 et une médiane à 323,5 (moyenne à 390, médiane à 310 en ne tenant compte que des 41 personnes nouvellement diagnostiquées par l'enquête).

Chez les personnes nouvellement diagnostiquées, le taux de CD4 était associé à un âge croissant mais pas au sexe, aux caractéristiques sociodémographiques, ni aux différents profils de risque de l'échantillon.

Le taux de CD4 n'était pas significativement supérieur chez les personnes déclarant avoir réalisé un test de dépistage (négatif) au cours des 12 derniers mois. Les personnes déclarant avoir déjà réalisé un test de dépistage (négatif) au cours de leur vie montraient des taux de CD4 plus faibles que les autres.

Pour les personnes nouvellement diagnostiquées pour le VIH, un traitement par ARV était indiqué dans :

- 58,4% des cas pour un seuil de traitement choisi à 500 CD4 (et/ou tuberculose, VHC ou VHB positif) ;
- 75,6% des cas pour un seuil de traitement choisi à 350 CD4 (et/ou tuberculose, VHC ou VHB positif).

	Taux de CD4 par mm ³	p
Sexe		
Femmes	412,2; 160,0 (291-344-626)	0,699
Hommes	397,0; 232,8 (203-307-573)	
Age	Rho Spearman 0,32	0,042
<25	356,3; 254,4 (141-291-637)	0,119
25-34	380,7; 229,9 (255-303-451)	
35+	430,1; 194,2 (281-376-599,5)	
Test de dépistage réalisé au cours des 12 derniers mois		
Non	406,7; 212,3 (268-337-573)	0,782
Oui	381,2; 223,0 (235-310-637)	
Test de dépistage au cours de la vie		
Non	463,2; 213,6 (292-376-626)	0,034
Oui	339,7; 196,3 (155-305-420)	

Tableau 9 Taux de CD4 et facteurs associés

Sauf mention contraire, les résultats donnés sont sous le format suivant : moyenne; écart-type (premier quartile-médiane-troisième quartile)

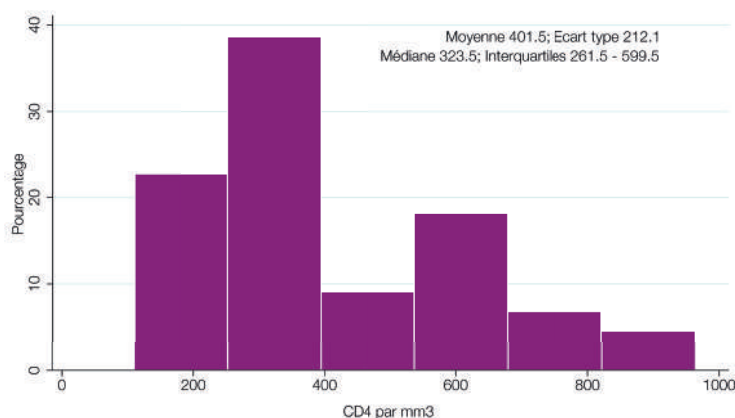


Figure 9 Distribution du taux de CD4 chez les personnes positives pour le VIH

	Odd Ratio (OR) brut	p	OR ajusté	p
Age				
<25	-		-	
25-34	4,16; 0,54 - 32,22	0.172	3.29; 0.38 - 28.59	0.280
35+	4,14; 0,53 - 32,38	0.175	6.24; 0.71 - 54.91	0.099
Situation familiale				
Célibataire/Séparé/veuf	-			
Marié/En couple	0,84; 0,33 - 2,12	0.717		
Education				
Primaire ou moins	-		-	
Secondaire ou plus	0,56; 0,27 - 1,17	0.124	0.52 ; 0.22 - 1.25	0.147
Activité				
Sans activité	-		-	
Activité	0,37; 0,18 - 0,79	0.010	0.41; 0.18 - 0.97	0.043
Logement				
Rue / Fumoir / Sans domicile	-			
Hébergé par famille / ami	1,35; 0,37 - 4,85	0.649		
Logement personnel	2,18; 0,60 - 7,89	0.236		
Budget hebdomadaire				
<10 000 FCFA	-			
10 000 - 25 000 FCFA	1,05; 0,32 - 3,42	0.933		
25 000 - 50 000 FCFA	0,47; 0,11 - 1,96	0.3		
>50 000 FCFA	1,21; 0,36 - 4,16	0.756		
Nombre de partenaires <12 mois				
0	-		-	
1	2,25; 0,67 - 7,52	0.188	1.65; 0.45 - 6.06	0.446
2 ou plus	3,45; 1,14 - 10,49	0.029	1.37; 0.35 - 5.34	0.652
TS				
Non	-		-	
Oui	5,64	<0.001	3.17; 1.12 - 9.01	0.030
Client de TS				
Non	-			
Oui	1,43; 0,62 - 3,35	0.398		
HSH				
Non	-		-	
Oui	14,7; 6,53 - 33,19	<0.001	9.84; 3.43 - 28.20	<0.001
UDVI				
Non	-			
Oui	0,69; 0,20 - 2,34	0.547		
Partage de zeb				
Ne fume pas/jamais/rarement	-			
Partage systématique	0,82 ; 0,38 - 1,77	0.612		
Incarcérations				
Non	-			
Oui	0,61; 0,06 - 0,17	0.209		
Test de dépistage <12 derniers mois				
Non	-			
Oui	1,02; 0,43 - 2,46	0.957		
Connaissances VIH				
Moins de 5 bonnes réponses	-		-	
6 bonnes réponses	2,34; 1,07 - 5,11	0.033	1.57; 0.60 - 4.09	0.355

Tableau 8 Facteurs de risque d'infection par le VIH chez les hommes : analyses multivariées

Les Odd Ratios (OR) sont donnés assortis de leur intervalle de confiance à 95%. Les classes de référence sont indiquées par un tiret. Les tests significatifs sont marqués par un p en gras.

Autres infections étudiées

Tuberculose

Prévalence de la tuberculose

L'étude retrouvait 101 cas suspects et 13 cas confirmés de tuberculose pulmonaire active, correspondant aux prévalences de 22,4% ; IC95 18,6% - 26,3% (22,8% après pondération RDS) et 2,9% ; IC95 1,3% - 4,4% (1,8% après pondération RDS) respectivement. De plus, 54 personnes (12% ; IC95 9,0% - 15,0%, 12,3% après pondération RDS) déclaraient avoir déjà été traitées pour la tuberculose.

Facteurs de risque de tuberculose

Seules les conditions de logement étaient significativement associées aux cas de tuberculose pulmonaire confirmés, avec près de 9 fois plus de cas chez les personnes n'ayant pas de logement stable par rapport à celles ayant leur propre logement. Cette association persistait après ajustement sur l'âge et le sexe, avec un OR de 0,10 ; IC95 0,01 - 0,88 p 0,033 pour les personnes possédant leur propre logement, en comparaison à celles sans logement stable. Le partage de pipe à crack, l'incarcération et le statut VIH n'étaient pas retrouvés comme facteurs de risque de tuberculose confirmée, ni l'appartenance aux sous populations d'intérêt.

Seul le sexe (féminin) était significativement associé aux cas suspects de tuberculose, et seul l'âge était associé aux antécédents de tuberculose. Sans que cela n'atteigne le seuil de significativité, 25% des personnes VIH positive avec un taux de CD4 inférieur à 350 rapportaient des antécédents de tuberculose contre 11,6% des personnes négatives pour le VIH (OR 2,59 ; IC95 0,94 - 7,15, p 0,067 après ajustement).

Le détail des associations entre la tuberculose et les différents facteurs se trouve en annexe 4.

	Tuberculose confirmée	Tuberculose suspecte	Antécédent de tuberculose
TOTAL	2,9% ; 1,3% - 4,4%	22,4% ; 18,6% - 26,3%	12% ; 9,0% - 15,0%
Hommes sans FR de VIH	4,1% ; 1,6% - 6,6%	20,8% ; 15,7% - 25,9%	12,7% ; 8,5% - 16,8%
Femmes	6,1% ; 0% - 13,1%	44,9% ; 30,5% - 59,3%	10,2% ; 1,4% - 19,0%
TS	1,4% ; 0% - 4,2%	23,9% ; 13,8% - 34,1%	9,8% ; 2,8% - 17,0%
Client de TS	0%	15% ; 7,0% - 23,0%	12,5% ; 5,1% - 19,9%
HSH	0%	9,8% ; 0,3% - 19,2%	7,3% ; 0% - 15,6%
UDVI	1,8% ; 0% - 5,3%	31,6% ; 19,1% - 44,0%	17,5% ; 7,4% - 27,7%
Coinfection TB/VIH	0,2% ; 0% - 0,6%	2,7% ; 1,2% - 4,2%	1,6% ; 0,4% - 2,7%

Tableau 10 Tuberculose et sous-populations d'intérêt

Les prévalences sont données brutes assorties de leur intervalle de confiance à 95%

Infection par les virus des hépatites B et C

Prévalences des hépatites virales B et C

L'enquête retrouvait 49 cas de VHB (porteurs de l'antigène HBs) et 11 cas de VHC (porteurs de l'anticorps anti-VHC), correspondant respectivement à des prévalences de 10,9% ; IC95 8,0% - 13,8% (11% après pondération RDS) et 2,4% ; IC95 1,0% - 3,9% (2,8% après pondération RDS).

Facteurs de risque d'hépatites virales B et C

VHB. Les caractéristiques sociodémographiques, l'infection par le VIH, de même que l'appartenance aux sous-populations d'intérêt pour l'enquête n'étaient pas associées à l'infection par le VHB. Chez les personnes sexuellement actives, l'usage du préservatif semblait significativement associé à une prévalence réduite de VHB (prévalence du VHB 6,5% chez les personnes ayant utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel contre 14,8% chez ceux n'en ayant pas utilisé, p 0,010 – prévalence 4,4% chez les personnes déclarant avoir utilisé systématiquement un préservatif au cours des 12 derniers mois contre 16% chez ceux n'en ayant jamais utilisé, p 0,012). Les associations avec l'usage du préservatif persistaient après ajustement sur l'âge et le sexe.

VHC. Les caractéristiques sociodémographiques, l'infection par le VIH, les comportements sexuels, de même que l'appartenance aux sous-populations d'intérêt pour l'enquête (y compris l'injection) n'étaient pas associées à l'infection par le VHC.

Le détail des associations entre les hépatites virales B et C et les différents facteurs se trouve en annexe 5.

VHB : dépistage, vaccination, proportion d'UD ayant déjà rencontré le virus

Parmi les UD de l'échantillon, 10 personnes (2,2%) rapportaient avoir déjà réalisé un test de dépistage pour le VHB (pas de différence en fonction du sexe ou de l'âge), et 14 (3,1%) avoir déjà été vaccinées (pas de différence par sexe, vaccination déclarée plus fréquemment par les jeunes : 8,3% pour les moins de 25 ans, 1,9% pour les 25-35 ans, et 2,9% pour les plus de 35 ans, p 0,044). En cas de négativité pour l'antigène HBs, une recherche d'anticorps anti-HBs était proposée aux participants venus récupérer leurs résultats biologiques et intéressés par la vaccination (154 personnes). L'anticorps anti-HBs a été retrouvé chez 26,6% des personnes négatives pour l'antigène. Parmi la population usagère de drogue d'Abidjan, on peut ainsi déduire que près de 34,7% (soit 10,9% des personnes infectées de façon chronique + 26,6% des 89,4% restants) des personnes ont rencontré le VHB au cours de leur vie.

VHC : dépistage, connaissances, niveau de fibrose chez les personnes positives

Concernant le VHC, 93 personnes (20,7%) déclaraient avoir déjà entendu parler de la maladie, et seules 4 personnes (0,9%) rapportaient avoir déjà réalisé un test de dépistage. Les connaissances des modes de transmission du VHC sont décrites dans la figure 10. Chez les personnes ayant des anticorps anti-VHC, le score APRI de fibrose hépatique évoluait de 0,09 à 3,36, avec une médiane à 0,67 (interquartile 0,46 – 0,89). Une seule présentait une fibrose hépatique significative selon le score APRI (>1,5 – équivalent F3 ou plus).

	VHB	VHC
TOTAL	10,9%; 8,0% - 13,8%	2,4%; 1,0% - 3,9%
Hommes sans FR de VIH	11,8%; 7,8% - 15,9%	2,4%; 0,5% - 4,4%
Femmes	12,2%; 2,7% - 21,8%	2,0%; 0% - 6,1%
TS	11,3%; 3,7% - 18,8%	2,8%; 0% - 6,8%
Client de TS	15%; 7,0% - 23,0%	0%
HSH	4,9%; 0% - 11,8%	4,9%; 0% - 11,8%
UDVI	10,5%; 2,3% - 18,7%	1,8%; 0% - 5,3%
Coinfection hépatite/VIH	0,9%; 0% - 1,8%	0,4%; 0% - 1,1%

Tableau 11 Hépatites virales B et C et sous-populations d'intérêt

Les prévalences sont données brutes assorties de leur intervalle de confiance à 95 %.

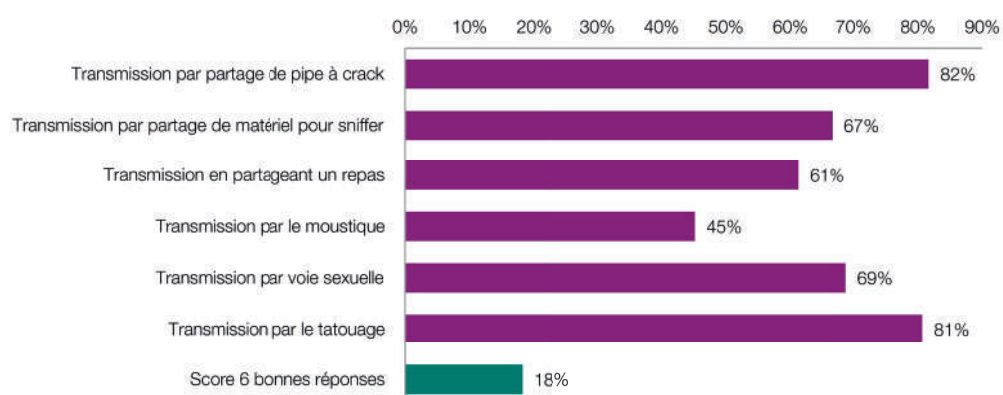


Figure 10 Connaissances des modes de transmission du VHC chez les 93 personnes ayant déjà entendu parler de la maladie (% de bonne réponse pour chaque mode de transmission évoqué).

Syphilis

L'enquête retrouvait 11 cas de syphilis (TPHA+ / VDRL+) correspondant à une prévalence de 2,4% ; IC95 1,0% - 3,9% (1,1% après pondération RDS).

La recherche de facteurs de risque ne retrouvait pas de facteurs associés à la syphilis actuelle ou au TPHA positifs, ni pour les caractéristiques sociodémographiques, ni pour les comportements sexuels, ni pour les sous-populations d'intérêt de l'étude.

Le détail des associations entre la syphilis et les différents facteurs se trouve en annexe 5

	Syphilis actuelle	Syphilis actuelle OU ancienne (TPHA+)
TOTAL	2,4%; 1,0% - 3,9%	11,3%; 8,4% - 14,3%
Hommes sans FR de VIH	3,3%; 1,0% - 5,5%	12,7%; 8,5% - 16,8%
Femmes	0%	6,1% ; 0% - 13,1%
TS	2,8%; 0% - 6,8%	7,0%; 0,9% - 13,1%
Client de TS	3,8%; 0% - 8,0%	15,0% ; 7,0% - 23,0%
HSH	0%	2,4%; 0% - 7,4%
UDVI	0%	8,8%; 1,2% - 16,3%
Coinfection hépatite/VIH	0,2% ; 0% - 0,7%	0,7% ; 0% - 1,4%

Tableau 12 Syphilis et sous-populations d'intérêt

Les prévalences sont données assorties de leur intervalle de confiance à 95%

Estimation de la taille de la population

Nombre d'UD à Abidjan

La capture avait permis la distribution de 1025 T-Shirt. Dans l'échantillon RDS, 131 personnes déclaraient avoir reçu le T-Shirt en question. Ainsi, **on peut estimer à 3521; IC95 3049 – 3993 le nombre d'UD consommateurs d'héroïne et/ou cocaïne à Abidjan.**

Nombre d'UDVI actuels à Abidjan

Considérant un nombre de 3521 UD, on peut estimer le nombre d'UDVI à Abidjan à :
119.7 ; IC95 35.2 – 239.4 personnes à partir de la proportion pondérée de 3.4% d'UDVI actuels parmi les UD d'Abidjan
135.1; IC95 97.9 – 253.7 personnes à partir de la méthode du network scale-up.

VOLET « ACTION »



Mobilisation des acteurs institutionnels et de la communauté UD

La question de la santé et du VIH chez les UD étant à l'agenda de plusieurs institutions nationales et internationales intervenant en CI, les différents acteurs de ce domaine étaient en phase de structuration pendant la période de l'enquête. La constitution du groupe de réflexion autour du projet d'une part, et l'organisation de rencontres et de réunions d'information d'autre part ont pu contribuer à cette structuration. Pour exemple, le projet a participé à faire avancer les réflexions et à renforcer les liens en mettant autour d'une même table des personnes des forces de l'ordre, gendarmes et police, des UD et ex-UD, et des professionnels de santé qui ont pu aborder des

sujets aussi sensibles que la criminalisation des UD. En plus des différentes présentations de l'approche RdR, une partie de ces acteurs institutionnels ont pu profiter de la formation de quelques jours délivrée par l'équipe d'enquête.

Parallèlement, la phase de cartographie des scènes de consommation a permis de réaliser un travail de mobilisation similaire auprès des personnes UD et des communautés adjacentes. L'implication de personnes ressources à toutes les phases du travail était simplement nécessaire à la bonne réalisation de l'enquête. Les personnes rencontrées tout au long du projet, chefs de ghetto, UD et anciens UD, ont toutes témoigné de besoins importants en termes de prise en charge, mais surtout d'une forte volonté de s'investir dans l'amélioration de la santé des personnes UD. Les discussions avec l'équipe de MdM lors de ses passages dans les fumoirs ont été très appréciées, d'autant qu'il semble exceptionnel que des organisations non religieuses se rapprochent autant pour aborder les questions de santé et de prévention. Le développement d'outils (dépliant en Nouchi sur l'usage du préservatif, embouts à pipes, tracts pour réduire les risques liés aux différentes consommations) et l'organisation d'interventions spécifiques sur les fumoirs pendant la phase préparatoire (messages de prévention et soins infirmiers de base à l'occasion de la journée du 8 mars, distribution des T-shirts pour la capture, etc.) grâce à l'investissement de personnes ressources a ébauché un processus d'auto-support. Au final, une équipe fonctionnelle d'une quinzaine de personnes constituée de professionnels de santé et de personnes ressources a été formée à la RdR et a bénéficié d'une première expérience pratique grâce à l'enquête.



Ci-contre mode d'emploi du préservatif en Nouchi développé au cours de la cartographie.

Prévention, dépistage, vaccination au cours de l'enquête RDS

Dans le cadre de l'enquête, une intervention de prévention (messages et pochette de prévention) et un dépistage rapide du VIH réalisé immédiatement étaient offerts aux participants. La pochette de prévention incluait les éléments suivants : des documents d'information sur les infections concernées et lieux de prise en charge à Abidjan, un document d'information sur les addictions, le mode d'emploi du préservatif en Nouchi, des préservatifs masculins, des préservatifs féminins, des embouts à pipe pour prévenir les méfaits liés au partage du zeb (adaptés aux pratiques locales et validés par les UD), et des stickers et badges comportant des messages de RdR.

Les participants pouvaient dans un délai de un mois revenir chercher leurs résultats biologiques, ils étaient dans ce cas dédommagés pour le coût du transport. Les personnes positives pour le VIH ou la tuberculose étaient orientées pour une prise en charge gratuite. Les personnes positives pour le VHB ou le VHC recevaient une information concernant les maladies, et les prises en charge possibles à Abidjan. Les participants souffrant d'une syphilis recevaient un traitement sur place. Enfin, les personnes négatives pour l'antigène HBs se voyaient proposer une recherche d'anti-corps anti-HBs et une vaccination contre le VHB (gratuite) si besoin.

L'intérêt pour le dépistage du VIH et le bilan médical était avancé en premier lieu comme raison de la participation à l'enquête (57.6%), juste avant l'utilité de l'enquête (43.8%), et bien avant la rémunération (8%). Au cours de l'enquête, nombreuses personnes UD se sont rendues sur les lieux sans avoir reçu de coupon de recrutement avec l'idée d'être reçues gratuitement par un soignant « *je ne veux pas l'argent, je veux voir le médecin, je veux faire le test* ». Au cours de l'enquête, 55% des participants ont accepté le dépistage rapide sur les lieux. Au décours, 61.8% sont revenus chercher leurs résultats. Ainsi, on peut constater que lorsque le déplacement vers le lieu de dépistage ne pose pas problème, que les barrières financières sont levées et que l'équipe soignante jouit d'une bonne réputation auprès des UD, ceux-ci sont volontaires pour être testés pour le VIH et recevoir des soins.



DISCUSSION

Population et profils de consommation de drogue

Comme généralement observé dans les autres contextes, une immense majorité d'hommes assez jeunes constitue la population usagère d'héroïne et de cocaïne d'Abidjan. Une certaine hétérogénéité sociale est retrouvée par l'enquête, avec d'importants écarts en termes de budget, d'éducation et de conditions de vie. On retrouve ainsi parmi les UD interrogés des étudiants, des salariés, des journalistes, des militaires, etc. Néanmoins, **l'importante majorité sont dans une situation plutôt précaire** : près de la moitié sont hébergés par l'entourage et 15% vivent dans la rue. Trois quart n'ont pas de conjoint de vie, et plus d'un tiers n'ont pas d'activité génératrice de revenus, même informelle. Ces résultats correspondent à ce qui avait pu être observé au cours des visites des fumoirs avant l'enquête : différents types de personnes peuvent être rencontrés dans ces lieux, une partie sont seulement de passage pour l'achat des produits, la plupart consomment et passent la majorité de leur temps sur place.

Près de la moitié (47.8%) des UD rapporte par ailleurs avoir déjà été incarcérée, plus particulièrement ceux présentant des facteurs de précarité (plus faible niveau d'éducation, personnes sans hébergement stable, absence d'activité). L'étude des conséquences de l'incarcération sur la santé des UD pour les maladies étudiées n'était néanmoins pas permise du fait du design transversal de l'enquête.

Pour les UD interrogés, **la consommation prédominante d'héroïne par voie fumée** correspond à ce qui peut être observé dans les pays d'Afrique de l'Ouest ayant mené des enquêtes analogues⁴⁷⁻⁴⁸. En particulier, l'administration d'héroïne dans une cigarette de tabac ou de cannabis apparaît similaire à ce qui a été décrit

chez les UD de Dakar dans l'étude UDSSEN⁴⁷. Cette étude, comme la nôtre, rapportait comme marginal le fait de « chasser le dragon » (plus répandu dans le reste du monde) ou d'utiliser l'injection pour consommer cette substance. **La consommation par injection est ainsi très stigmatisée**. Sans que l'on comprenne bien les barrières à cette pratique, il semble que les UD ivoiriens ayant déjà expérimenté l'injection l'on fait rarement, soit à Abidjan dans les années 80 avant même que l'épidémie de VIH ne sévisse, soit à l'étranger (Afrique anglophone, Europe), soit plus récemment au contact d'amis ou de clients (pour les TS) blancs et libanais. **La consommation importante de cocaïne, majoritairement sous forme de crack « caillou » fumé** par pipe à air de fabrication artisanale est également proche de ce qui a été constaté au Sénégal. L'augmentation du transit par l'Afrique de l'Ouest de la cocaïne à destination de l'Europe depuis une quinzaine d'année explique en partie l'émergence de ce mode de consommation³³ habituellement retrouvé chez les UD urbains précaires d'Europe, d'Amérique du Nord, et des zones proches de la production (Amérique latine, Caraïbes). La cocaïne sous forme de poudre est plus rarement consommée snifée dans des contextes plus festifs, au contact de milieux aisés.

Si ce type de consommation peut paraître « inhabituel », il n'en semble pas moins délétère que l'injection. **Les overdoses sont fréquentes** (15.3% au cours de la dernière année), et une **très forte demande de prise en charge pour les problèmes d'addiction** a été émise par les UD rencontrés au cours du projet. Moins de la moitié des participants étaient en mesure de citer des lieux de prise en charge et seuls 20% déclaraient avoir reçu des soins pour l'addiction, principalement dans des structures religieuses.

L'analyse situationnelle PLS-PHV/Croix Bleue réalisée en 2014 dénombrait pourtant 16 organisations proposant des interventions en direction des UD sur le district d'Abidjan. Toutes menaient des activités de sensibilisation sur les méfaits de la drogue et la moitié d'entre elles offraient des « désintoxications ». Des activités de prévention du VIH plus ou moins développées étaient également proposées par un certain nombre⁴². Ainsi, malgré la forte demande, **aucune offre de réduction des risques telle que définie par le cadre des Nation Unies** (substitution aux opiacés, distribution de matériel stérile, mais également prévention et prise en charge du VIH et de la tuberculose adaptées aux UD) ne semble proposée à Abidjan au moment de l'enquête.

Les données concernant le budget hebdomadaire disponible pour vivre et celui utilisé pour acheter des drogues semblent discordantes (budget

« drogues » le plus souvent supérieur au budget « vie »). On peut imaginer que les participants à l'enquête qui ont répondu à ces questions cloisonnent ces deux budgets dans leur esprit. Cette ambiguïté n'avait pas été prévue, et l'on a évité de comparer ces deux variables dans les analyses.

Enfin, **l'estimation du nombre d'UD par la capture-recapture** (3521 personnes) paraît basse en comparaison à celle de la cartographie (autour de 6000 personnes). Cette différence peut s'expliquer par la dépendance partielle des échantillons de capture et de recapture⁴⁹, puisque les distributions de T-Shirts, comme le recrutement des premiers participants (graines) pour le RDS se sont fait dans des fumoirs pour lesquels une approbation avait été obtenue auprès des responsables. Par ailleurs, on peut penser que la méthode est passée à côté d'un certain nombre d'UD passant moins de temps dans les fumoirs.

Une prévalence élevée pour le VIH avec des sous-populations à haut risque de transmission sexuelle parmi les UD

La prévalence du VIH chez les UD d'Abidjan apparaît bien supérieure à celle observée en population générale : 5,9% chez les femmes et 4,1% chez les hommes d'Abidjan selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS) 2011-12³⁴, contre **26,5% chez les femmes et 7,7% chez les hommes UD de l'enquête**. Le fait d'être une femme, le travail du sexe et le fait d'être HSH apparaissent comme les principaux facteurs de risque associés à l'infection, suggérant une **transmission principalement voire exclusivement sexuelle du virus chez les UD**.

Chez les femmes, qui représentent un peu plus de 10% des UD, la prévalence du VIH est près de cinq fois plus importante que chez les abidjanaises de l'EDS³⁴. Les femmes de l'enquête apparaissent plus souvent sexuellement actives, mais ne diffèrent pas des hommes en termes de nombre de partenaires sexuels ou d'usage du préservatif en cas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. De même, les femmes ne présentent pas de différence significative avec les hommes concernant les connaissances et les comportements de dépistage du VIH, qui semblent par ailleurs un peu meilleurs que ceux

rapportés pour les femmes abidjanaises de l'EDS 2011-12 (53,1% de femmes UD déjà dépistées pour le VIH contre 49,8% dans l'EDS, et 24,5% au cours des 12 derniers mois contre 19,5% dans l'EDS)³⁴.

De façon surprenante, le travail du sexe au cours des 12 derniers mois rapporté par près d'un tiers des usagères de drogue ne se trouvait pas associé au VIH chez les femmes. Si le nombre de femmes (49) dans l'échantillon ne permet pas des analyses très puissantes, on peut également expliquer ce résultat par l'existence d'échanges économique-sexuels très informels et non rapportés par les participantes. La cartographie préalable à l'enquête avait constaté ce type d'échange chez beaucoup de femmes UD. La prévalence constatée dans notre échantillon apparaît par ailleurs proche des 26,6% d'infections observées dans une autre enquête chez les TS ivoirienne³⁹.

Les HSH représentent également près de 10% des UD. Dans cette population, la prévalence du VIH apparaît particulièrement importante, et bien supérieure à celle rapportée par le Conseil National de Lutte contre le Sida en 2014 (39% dans l'enquête contre 18,8%⁴¹). Cette prévalence

alarmante est en partie en lien avec la proportion élevée de TS dans cette sous-population (la moitié des HSH UD de l'enquête). Les HSH-TS sont ainsi infectés par le VIH dans 52,6% des cas, un résultat proche des 50,0% retrouvés chez les TS hommes en CI dans une étude de 2010⁴⁰. Avec 27,3% de personnes positives pour le VIH, les HSH qui ne déclarent pas de travail du sexe au cours des 12 derniers mois restent également plus infectés que ce que l'on pourrait attendre. Ce résultat peut s'expliquer par une sous déclaration du travail du sexe comme on le suppose chez les femmes, ou par des comportements sexuels bien plus risqués chez les HSH qui consomment des drogues. Les excellents résultats rapportés par le questionnaire en termes de connaissances du VIH (6/6 bonnes réponses dans 80,5% des cas), de connaissances des lieux de dépistage (dans 65,3% des cas), de comportements de dépistage au cours des 12 derniers mois (déclaré par 37,5% des HSH non séropositifs connus), et d'utilisation du préservatif (usage systématique rapporté par 61,0% des HSH) témoignent de l'existence de programmes ciblés et d'une très bonne diffusion des messages de prévention au sein de la communauté HSH. Néanmoins, 93,2% des HSH UD positifs pour le VIH n'avaient pas connaissance de leur statut avant l'enquête, dont 6 qui rapportaient un test négatif au cours des 12 derniers mois, et l'on peut s'interroger sur la traduction des connaissances en changements réels de comportements. Les niveaux de CD4 observés chez les personnes qui rapportaient un test négatif au cours des 12 derniers mois laisse par ailleurs

douter de la réalité des déclarations concernant les antécédents de dépistage.

Même sous-déclaré, **le travail du sexe** apparaît assez répandu (près de 15% des UD) chez les femmes comme chez les hommes UD, qu'ils soient HSH ou non, avec une prévalence globale du VIH multipliée par 3 par rapport au reste des UD.

Peu de transmissions semblent directement liées à l'usage de drogue. Le partage de matériel pour consommer du crack n'apparaît pas comme facteur de risque. De même, les rares injecteurs ne semblent pas plus à risque d'infection. Comme vu précédemment, cela peut s'expliquer par une expérience de consommation par injection soit très ancienne (avant même l'explosion du VIH), soit au contact de personnes plus riches ayant accès à du matériel stérile.

Enfin, **la précarité semble dans une certaine mesure augmenter les risques d'infection par le VIH.** On observait ainsi une prévalence de 12,7% chez les personnes n'ayant pas reçu d'éducation ou ayant une éducation de niveau primaire, contre 7,8% chez les autres (non significatif), et de 15,4% chez les personnes sans activité, contre 6,8% chez les personnes ayant une activité (significatif même après ajustement sur les autres facteurs étudiés). Aussi, les connaissances du VIH et des lieux de dépistage étaient associées au niveau d'éducation et d'hébergement.

Forte prévalence de la tuberculose et besoins en soins de santé primaires

Il avait été observé au cours de la cartographie une forte demande en soins de santé primaires, pour des toux, des infections, des plaies en tout genre. Des cas et des décès liés à la tuberculose avaient été rapportés par les personnes rencontrées. Les conditions de vies sur les fumoirs, et dans les ghettos plus généralement nous avaient parues particulièrement propices à la diffusion de cette infection.

Avec 13 cas de tuberculose pulmonaire active confirmés (2,9%, 1,8% après pondérations RDS), les résultats de l'enquête confortent ces obser-

vements. En effet, **cette prévalence correspond à près de 10 fois celle rapportée par l'OMS pour la Côte d'Ivoire**⁵⁰ (pour des tuberculoses quelle que soit la localisation), et celles rapportées par d'autres études portant sur des recherches actives de cas dans la population générale urbaine en Afrique de l'Ouest⁵¹. Compte tenu du mode de diagnostic (recherche de bacilles acido-alcool résistants à l'observation directe uniquement) et des difficultés de prélèvement au cours de l'étude (15 cas suspects n'ont pas de résultat), on peut de plus s'attendre à ce que ce résultat soit sous-estimé. La proportion impor-

tante de personnes ayant déjà reçu un traitement pour la tuberculose laisse supposer l'existence de services de diagnostic et de prise en charge acceptables pour les UD, mais vraisemblablement pas utilisés de façon optimale par cette population.

Seules les conditions de logement étaient significativement associées aux cas de tuberculose pulmonaire confirmés, avec près de 9 fois plus de cas chez les personnes n'ayant pas de logement stable par rapport à celles ayant leur propre logement. Le VIH, la prison, ou les modes de consommation n'étaient pas retrouvés

comme facteurs de risque. Les conditions de vie sur les fumoirs et dans les ghettos sont donc particulièrement nocives pour la santé des UD, d'autant que cette importante prévalence de la tuberculose n'est qu'un indice de l'existence de nombreuses autres pathologies liées à la précarité. Ainsi, près de 20% de l'échantillon déclarait des toux chroniques et autres symptômes suspects qui n'étaient pas en lien avec la tuberculose pulmonaire.

Hépatites virales B et C, syphilis

La prévalence de l'hépatite B retrouvée chez les UD de l'enquête (10,9%, 11% après pondération RDS) est proche des différentes estimations faites au niveau national³⁶⁻³⁸. La prévalence élevée d'anticorps anti-HBs ainsi que l'absence de facteurs de risque sociodémographiques suggèrent une **exposition assez universelle au virus de l'hépatite B en CI**. Si l'on en croit le *ratio infections chroniques / personnes ayant déjà rencontré le virus* proche d'un tiers, la rencontre du virus se fait généralement **avant l'âge de 5 ans**⁸. Les comportements liés à l'usage de drogue ne sont pas retrouvés associés à l'infection. Enfin, si l'association avec l'usage du préservatif est plausible d'un point de vue physiopathologique, elle semble hasardeuse compte tenu des observations précédentes. La très faible proportion de personnes vaccinées (3%) est par ailleurs similaire à celle retrouvée au niveau national³⁶.

La prévalence des anticorps anti-VHC (2,4%, 2,8% après pondération RDS) chez les UD d'Abidjan est modérée, et proche de celle généralement observée dans la région^{12,37-38}. Aucun facteur de risque, y compris les comportements liés à l'usage de drogue, n'est par ailleurs retrouvé dans notre échantillon.

Les résultats concernant les infections par la syphilis sont très surprenants. S'ils correspondent globalement aux prévalences rapportées pour la région, on aurait pu s'attendre à ce qu'ils soient sujets aux mêmes facteurs de risque que l'infection par VIH. Le faible nombre de cas ne permettait néanmoins pas des analyses très puissantes, et il paraîtrait pertinent d'approfondir ces résultats sur des échantillons plus importants de HSH et de TS.



SYNTHÈSE &
RECOMMANDATIONS

L'enquête révèle une population relativement nombreuse à Abidjan, et qui semble augmenter si l'on en croit le dernier rapport sur les drogues de l'UNODC³³, avec d'importants besoins en termes de santé. Ces besoins pourraient être pris en compte dans le cadre d'une intervention de RdR qui nécessite néanmoins d'être adaptée au contexte spécifique de la Côte d'Ivoire.

Le mode spécifique de consommation de drogue peut bénéficier d'une intervention «classique» en termes de soins d'addictologie et de substitution aux opiacés puisque la consommation d'héroïne est importante et génératrice de nombreuses overdoses. En revanche, les interventions en réponse à la consommation de crack et aux comportements qui y sont liés (préparation et partage de matériel pour fumer qui sont des facteurs de risque de VIH et de VHC dans la littérature) sont moins consensuelles, et peu développées pour les contextes de pays à faible ressources.

Déployer des services de RdR «classiques» offrant des traitements de substitution aux opiacés et la prévention des overdoses.

Développer des interventions spécifiques visant les usagers de crack, qui soient adaptées au contexte des scènes ouvertes de consommation d'Abidjan.

La tuberculose pulmonaire semble hors de contrôle chez les UD d'Abidjan et appelle à une réponse urgente. Plus généralement, la lutte contre les maladies liées à la pauvreté et les besoins en termes de soins de santé primaires apparaissent au premier plan dans cette population majoritairement issue des ghettos. Ces besoins ont fait l'objet d'une demande claire au cours de la phase préparatoire, et les UD inclus dans l'enquête se sont montrés volontaires pour réaliser les tests de dépistage et être orientés vers des soins. Aussi, les interventions de prévention et de soins de base menées au cours de la cartographie ont été particulièrement appréciées par les UD. En ce qui concerne la tuberculose, le dispositif existant semble plutôt connu et accepté par les UD (les Centres Antituberculeux sont même cités plusieurs fois parmi les structures de santé qui s'occupent des UD), mais très insuffisant pour contrôler l'épidémie.

Pour la tuberculose en particulier, une intervention de proximité est requise urgemment, comprenant sensibilisation, dépistage et prise en charge

Pour les soins de santé primaires en général, des programmes de proximité et plus adaptés aux populations des ghettos seraient bénéfiques.

Les UD d'Abidjan peuvent être considérés à haut risque de VIH, en lien avec une présence importante de sous-populations à haut risque de transmission sexuelle. Les femmes, les HSH et les TS représentent ainsi plus d'un quart des UD, ont des prévalences alarmantes pour le VIH, et semblent présenter un surrisque du fait de consommer de la drogue. D'après les résultats de l'enquête, on peut estimer qu'entre 350 et 600 UD devraient au moment de l'enquête bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi pour le VIH. Les messages de prévention ont été diffusés de façon efficace au sein de la communauté HSH, mais ne se sont pas encore traduits par des changements de comportement. Concernant la cascade de prise en charge du VIH (i.e. différentes étapes depuis le diagnostic jusqu'à un traitement efficace), l'obstacle principal se situe pour le moment au niveau du dépistage qui ne semble pas assez régulier. L'immense majorité des UD infectés par le VIH ne connaissent pas leur statut et ne sont donc pas traités. Comme pour la tuberculose, le dépistage était très bien accepté lorsque proposé au cours de l'enquête.

Étudier l'origine du surrisque de VIH, et développer des messages de prévention adaptés aux femmes, aux TS et aux HSH UD d'Abidjan. S'inspirer des interventions menées auprès des HSH pour assurer la diffusion de ces messages et s'assurer de l'environnement favorable à ces changements de comportement.

Développer des solutions (proximité ou filières adaptées) pour permettre un dépistage régulier des femmes, des TS et des HSH UD. Le lien vers un dispositif de prise en charge adapté à ces populations doit être imaginé en amont.

La rareté de la consommation par injection doit appeler à la plus grande vigilance. Le développement rapide de cette pratique fortement stigmatisée a souvent été observé avec l'augmentation du trafic d'héroïne par des zones en forte urbanisation. Les injecteurs sont actuellement peu nombreux et relativement indemnes du VIH et de l'hépatite C dont les traitements tendent à s'améliorer. Il s'agit de ne pas perdre ce « coup d'avance ».

Surveiller et prévenir le passage à la consommation par injection

Travailler dès maintenant avec les UDVI afin de prévenir l'émergence du VIH et de l'hépatite C dans cette population

Près de la moitié des UD ont connu l'emprisonnement. Néanmoins, par ses conditions propices aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé mentale, et en alimentant le cercle vicieux de la pauvreté et de la stigmatisation l'incarcération constitue un important risque social et sanitaire pour les UD.

Éviter de consommer les ressources de la lutte contre la drogue pour la criminalisation des usagers

En attendant, travailler en lien avec les services de santé en prison pour améliorer la santé des UD (dépistage, vaccination VHB, traitement de la tuberculose)

La lutte contre la pauvreté en milieu urbain et les conditions de vie qui y sont liées soulèvent des enjeux sanitaires, politiques, économiques, d'urbanisation, etc. Dans ce processus complexe, il est primordial que les communautés les plus pauvres et les plus stigmatisées s'organisent, identifient leurs besoins, et fassent entendre leur voix.

Impliquer les populations des ghettos, et des scènes ouvertes de consommation dans les décisions politiques, y compris celles impliquant leur santé.

Enfin, le VHB apparaît endémique en CI et non spécifique aux UD. Cette maladie transmise essentiellement chez le jeune enfant pourrait pourtant être facilement évitée.

Développer en CI un large accès à la vaccination et à la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant.

Références

1. UNAIDS. Gap report. 2013.
2. Mathers, B. M. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008 Nov 15;372(9651):1733-45.
3. Strathdee, S. A. & Stockman, J. K. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 May;7(2):99-106.
4. Wolfe, D. et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010 Jul 31;376(9738):355-66
5. WHO. Global tuberculosis report. 2013
6. Deiss, R. G. et al. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009 Jan 1;48(1)
7. Getahun, H et al. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Bull World Health Organ*. 2013 Feb 1;91(2):154-156
8. Cainelli, F. Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries. *World J Hepatol*. 2012 Mar 27;4(3):74-80
9. Wiersma, S. T. et al. Treatment of chronic hepatitis B virus infection in resource-constrained settings: expert panel consensus. *Liver Int*. Jul;31(6):755-761
10. WHO. Vaccine position paper on hepatitis B. 2009 Oct
11. Nelson, P. K. et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011 Aug 13;378(9791):571-583
12. Mohd Hanafiah, K. et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology*. 2013 Apr; 57(4):1333-42.
13. WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. April 2014
14. Hellard, M. et al. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clin. Infect. Dis*. 2009 Aug 15;49(4):561-73
15. Macías, J. et al. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int*. 2008 Jul;28(6):781-6.
16. Ford, N. et al. Expanding access to treatment for hepatitis C in resources limited settings: Lessons from HIV/AIDS. *Clin Infect Dis*. 2012 May;54(10):1465-72
17. Hill, A. & Cooke, G. Hepatitis C can be cured globally, but at what cost? *Science*. 2014 Jul 11;345(6193):141-2.
18. Stoové, M.A. et al. The impact of injecting drug use status on hepatitis C-related referral and treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Jan 7;77(1):81-6.
19. WHO. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. 2008
20. Hayes, R.J. et al. Treatment of sexually transmitted infections for HIV prevention: end of the road of new beginning? *AIDS*. 2010 Oct; 24 Suppl 4:S15-26.

21. WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance. 2013
22. Coffin, L.S. et al. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *Int J Drug Policy*. 2010 Jan; 21(1): 20–27.
23. Aspinall, E. J. et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):235-48.
24. Van Den Berg, C. et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007 Sep;102(9):1454-62.
25. Wodak, A. & Cooney, A. Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):777-813.
26. Turner, K.M.E. et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 Nov;106(11):1978-88.
27. Hagan, H. et al. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis*. 2011 Jul 1;204(1):74-83.
28. WHO UNODC UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2012
29. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis treatment and care for key populations. July 2014
30. Harm Reduction International. The global state of harm reduction. Toward and integrated response. 2012
31. Global Commission on Drug Policy. The war on drugs and HIV/AIDS. How the criminalization of drug use fuels the global pandemic. 2012
32. Global Commission on Drug Policy. The negative impact of the war on drugs on public health: the hidden hepatitis C epidemic. 2013
33. UNODC. Rapport mondial sur les drogues. 2012
34. DHS. Côte d'Ivoire DHS, 2011-12. 2013
35. WHO. Maladies transmissibles, profil épidémiologique. Côte d'Ivoire. 2010
36. Assi, C. et al. Vaccination coverage against hepatitis B and prevalence of HBsAg: a cross-sectional study involving 592 persons attending public screening in Abidjan. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2011 Jun;35(6-7):506-7.
37. Rouet, F. et al. HBV and HCV prevalence and viraemia in HIV-positive and HIV-negative pregnant women in Abidjan, Côte d'Ivoire: the ANRS 1236 study. *J Med Virol*. 2004 Sep;74(1):34-40.
38. Combe, P. et al. Hepatitis B and C infections, human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among women of childbearing age in Côte d'Ivoire, West Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2001 Sep-Oct;95(5):493-6.
39. Vuylsteke, B. et al. HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire: why targeted prevention programs should be continued and strengthened. *PLoS One*. 2012;7(3):e32627
40. Vuylsteke, B. et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: need for services tailored to their needs. *Sex Transm Infect*. 2012 Jun;88(4):288-93.
41. Conseil national de lutte contre le SIDA - République de Côte d'Ivoire. Rapport National. 2012
42. PLS-PHV, Croix Bleue. Analyse situationnelle. 2014
43. Johnston, L. G. & Sabin, K. Échantillonnage déterminé selon les répondants pour les populations difficiles à joindre. *Methodological innovations Online*. 2010; 5(2) 38-48
44. Heckathorn, D. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social problems*. 1997 May; 44(2) 174-99
45. Chaos, A. et al. The applications of capture-recapture models to epidemiological data. *Stat Med*. 2001 Oct 30;20(20):3123-57.
46. Bernard, H.R. & al. Counting hard-to-count populations: the network scale-up method for public health. *Sex Transm Infect*. 2010 Dec;86 Suppl 2:ii11-5.
47. Leprêtre, A. & Ba, I. Etude ANRS 12243, Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal). 2014
48. Ekouevi, D. et al. Séroprévalence chez les usagers de drogues au Togo. *Santé Publique*, 2013; 4 Vol. 25, 491-498.
49. Brenner, H. Use and limitations of the capture-recapture method in disease monitoring with two dependent sources. *Epidemiology*. 1995 Jan;6(1):42-8.
50. WHO Côte d'Ivoire - Profil de tuberculose. 2014
51. Bjerregaard-Andersen, M. et al. Tuberculosis burden in an urban population: a cross sectional tuberculosis survey from Guinea Bissau. *BMC Infect Dis*. 2010 Apr 16;10:96.

Annexes

Questionnaire d'enquête

Cochez une seule réponse par question sauf si l'inverse est mentionné.

SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE

Commençons par quelques questions sur votre situation sociodémographique.

1. Notez le sexe du répondant		2. Quel âge avez-vous ? ____ ans	3. Combien d'enfants avez-vous ? __
<input type="checkbox"/> ₁ Homme <input type="checkbox"/> ₂ Femme <input type="checkbox"/> ₃ Autre		<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
4. Depuis combien de temps vivez-vous à Abidjan ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Moins d'un an <input type="checkbox"/> ₂ Une année ou plus <input type="checkbox"/> ₃ Depuis toujours (depuis la naissance)			
Si une année ou plus, depuis quelle année ? : _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
5. Quelle est votre type d'activité professionnelle aujourd'hui ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Employé <input type="checkbox"/> ₂ Travail informel <input type="checkbox"/> ₃ Elève / Etudiant			
<input type="checkbox"/> ₄ Commerçant ambulant <input type="checkbox"/> ₅ Sans activité <input type="checkbox"/> ₆ Impossibilité de travailler pour raison de santé			
<input type="checkbox"/> ₇ Homme en uniforme <input type="checkbox"/> ₈ Transporteur ou assimilé <input type="checkbox"/> ₉ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
6. Quelle est votre situation familiale ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Célibataire (jamais marié) <input type="checkbox"/> ₂ Marié <input type="checkbox"/> ₃ En couple (concubinage)			
<input type="checkbox"/> ₄ Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> ₅ Divorcé(e)/Séparé(e) <input type="checkbox"/> ₆ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
7. Avez-vous été à l'école ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non			
Si oui, quel est votre plus haut niveau d'instruction ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Primaire <input type="checkbox"/> ₂ Secondaire <input type="checkbox"/> ₃ Supérieur <input type="checkbox"/> ₄ Formation professionnelle			
<input type="checkbox"/> ₅ Ecole religieuse <input type="checkbox"/> ₆ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
8. Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un article de journal en français ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Très facilement <input type="checkbox"/> ₂ Facilement <input type="checkbox"/> ₃ Avec difficultés <input type="checkbox"/> ₄ Pas du tout			
<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
9. Où vivez-vous ?			
<input type="checkbox"/> ₁ Chez vous <input type="checkbox"/> ₂ Chez votre famille <input type="checkbox"/> ₃ Chez un ami			
<input type="checkbox"/> ₄ Dortoir/Institution <input type="checkbox"/> ₅ Sans domicile fixe <input type="checkbox"/> ₆ Dans la rue			
<input type="checkbox"/> ₇ Dans un fumoir <input type="checkbox"/> ₈ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
10. Dans votre logement actuel avez-vous :			
L'eau du réseau (SODECI) ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
L'électricité ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
11. De combien d'argent disposez-vous pour vivre par semaine environ ? _____ FCFA <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			

USAGES DE DROGUES

Abordons maintenant des questions sur vos pratiques de consommation de drogues.

12. Avez-vous déjà injecté de la drogue au cours de votre vie ?		<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Si oui, quel âge aviez-vous la première fois que avez injecté des drogues ?		_____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

13. Quelles drogues avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Héroïne (Pao) <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Cocaïne <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Crack <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Cannabis <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Alcool <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Tabac <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Médicaments (Bleue bleue, Rivo...) <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Autre <input type="checkbox"/> ₁ Oui : <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	Autre <input type="checkbox"/> ₁ Oui : <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
a. Fréquence des prises au cours des 30 derniers jours									
Une ou plusieurs fois par jour	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Plusieurs fois par mois mais pas toutes les semaines	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP
Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
b. Mode(s) d'utilisation au cours des 30 derniers jours (Plusieurs réponses possibles)									
Orale	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Injection	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Sniffé (voie nasale)	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Inhalé/fumé	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP
Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
c. Age de la première prise									
	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP
	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
d. Somme dépensée la dernière semaine pour cette drogue									
	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP
	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

Posez les questions 14 à 19 si le participant a injecté de la drogue dans les 30 derniers jours (voir tableau) :

14. Quand avez-vous injecté des drogues pour la dernière fois ? <input type="checkbox"/> ₁ Aujourd'hui <input type="checkbox"/> ₂ Dans les 7 derniers jours (cette semaine) <input type="checkbox"/> ₃ Dans les 30 derniers jours (ce mois-ci) <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
15. Où vous procurez-vous les seringues ? <input type="checkbox"/> ₁ Pharmacie <input type="checkbox"/> ₂ Vendeur(se) de rue <input type="checkbox"/> ₃ Autre usager <input type="checkbox"/> ₄ Autre : _____ <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
16. Avez-vous réutilisé votre propre seringue au cours des 30 derniers jours ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
17. Avez-vous partagé des seringues avec d'autres personnes au cours des 30 derniers jours ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
18. Si vous avez partagé ou réutilisé des seringues au cours des 30 derniers jours, les désinfectez-vous en général ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non Si oui, quel(s) produit(s) utilisez-vous ? <input type="checkbox"/> ₁ Eau <input type="checkbox"/> ₂ Eau de javel <input type="checkbox"/> ₃ Ebullition <input type="checkbox"/> ₄ Produits désinfectants <input type="checkbox"/> ₅ Autre : _____ <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
19. La seringue et l'aiguille que vous avez utilisées lors de votre dernière injection étaient : <input type="checkbox"/> ₁ Déjà utilisées <input type="checkbox"/> ₂ Neuves et stériles <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus

Posez la question 20 si le participant a fumé du crack ou de l'héroïne au cours des 30 derniers jours (voir tableau) :

20. Vous arrive-t-il de partager votre pipe (zeb) avec d'autres personnes ? <input type="checkbox"/> ₁ Toujours <input type="checkbox"/> ₂ Parfois <input type="checkbox"/> ₃ Jamais <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus

Posez la question 21 si le participant a sniffé des drogues au cours des 30 derniers jours (voir tableau) :

21. Vous arrive-t-il de partager votre matériel pour sniffer avec d'autres personnes ? <input type="checkbox"/> ₁ Toujours <input type="checkbox"/> ₂ Parfois <input type="checkbox"/> ₃ Jamais <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
--

22. Avez-vous eu une overdose (perte de conscience suite à la prise de drogues) dans les 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus

PRATIQUES SEXUELLES

Changeons un peu le sujet des questions et abordons vos pratiques sexuelles. Certaines questions peuvent être intimes, répondez cependant de nouveau de la façon la plus exacte.

23. Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non Si oui, combien avez-vous eu de partenaires différents au cours des 12 derniers mois ? ___ partenaires <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus

Posez les questions 24 à 29 si le participant a eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :

24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé au moins une fois un préservatif lors d'un rapport sexuel ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
Si oui, à quelle fréquence avez-vous utilisé le préservatif au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> ₁ Toujours <input type="checkbox"/> ₂ Souvent <input type="checkbox"/> ₃ De temps en temps <input type="checkbox"/> ₃ Rarement <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
Si oui, où vous êtes-vous procuré un préservatif lors de la dernière utilisation ? <input type="checkbox"/> ₁ Donnée par une association <input type="checkbox"/> ₂ En pharmacie <input type="checkbox"/> ₃ En boutique <input type="checkbox"/> ₃ Autre : _____ <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
25. Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus
Si non, pour quelle raison principalement ? <input type="checkbox"/> ₁ Pas disponible <input type="checkbox"/> ₂ Trop cher <input type="checkbox"/> ₃ Objection du partenaire <input type="checkbox"/> ₄ Ne les aime pas <input type="checkbox"/> ₅ Utilise un autre contraceptif <input type="checkbox"/> ₆ N'a pas pensé que c'était nécessaire <input type="checkbox"/> ₇ N'y a pas pensé <input type="checkbox"/> ₈ Autre raison : _____ <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus

<p>26. Avez-vous reçu de l'argent en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>Si oui, est-ce que le travail du sexe est votre principale source de revenu ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>Si oui, avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel avec un client ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
<p>27. Avez-vous reçu de la drogue ou autre avantage en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
<p>28. Avez-vous offert de l'argent en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
<p>29. Avez-vous offert de la drogue ou autre avantage en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
<p>30. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un partenaire du même sexe ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>Si oui, avez-vous des rapports sexuels avec un partenaire du même sexe dans les 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>

VIH ET HEPATITE VIRALES

Merci pour ces réponses, passons à des questions sur le VIH/SIDA et les hépatites virales.

<p>31. Pensez-vous que les affirmations suivantes sur le VIH/SIDA sont vraies ou fausses ? Avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) par le VIH réduit le risque de transmission du VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>L'usage du préservatif réduit le risque de transmission du VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>Une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut être contaminée par le VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>On peut se contaminer par le VIH en partageant un repas avec une personne infectée par le VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>La piqûre de moustique peut transmettre le VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>La pratique religieuse peut protéger de l'infection par le VIH <input type="checkbox"/>₁ Vrai <input type="checkbox"/>₂ Faux <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
--

<p>32. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée hépatite C ? <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₈₈ NSP <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> <p>Si oui, pensez-vous qu'elle peut être transmise d'une personne à une autre par les voies suivantes ?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Par le partage de pipe à crack <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>Par piqûre de moustique <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>Par le partage de paille pour sniffer <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> <td> <p>Par voie sexuelle <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>Par le partage d'un repas <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> <td> <p>Par scarification / tatouage <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p> </td> </tr> </table>	<p>Par le partage de pipe à crack <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par piqûre de moustique <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par le partage de paille pour sniffer <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par voie sexuelle <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par le partage d'un repas <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par scarification / tatouage <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>
<p>Par le partage de pipe à crack <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par piqûre de moustique <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>					
<p>Par le partage de paille pour sniffer <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par voie sexuelle <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>					
<p>Par le partage d'un repas <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>	<p>Par scarification / tatouage <input type="checkbox"/>₁ Oui <input type="checkbox"/>₂ Non <input type="checkbox"/>₃ Ne sait pas <input type="checkbox"/>₉₉ Refus</p>					

33. Connaissez-vous des lieux pour vous faire dépister pour le VIH ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Si oui, où ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>)		
<input type="checkbox"/> ₁ Centre de dépistage volontaire	<input type="checkbox"/> ₂ Associations	<input type="checkbox"/> ₃ Hôpital
<input type="checkbox"/> ₄ Laboratoire d'analyse	<input type="checkbox"/> ₅ Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
34. Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du VIH ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
a) Si oui, avez-vous réalisé le dernier au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
b) Si vous avez déjà réalisé un test, quel était le résultat du dernier test réalisé ?	<input type="checkbox"/> ₁ Positif <input type="checkbox"/> ₂ Négatif <input type="checkbox"/> ₃ Inconnu	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
c) Si positif, en quelle année avez-vous découvert votre séropositivité au VIH ? _____		<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
d) Si positif, avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
e) Si le résultat était positif, recevez-vous un traitement contre le VIH/SIDA ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
35. Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage de l'hépatite C ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
a) Si oui, avez-vous réalisé le dernier au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
b) Si vous avez déjà réalisé un test, quel était le résultat du dernier test réalisé ?	<input type="checkbox"/> ₁ Positif <input type="checkbox"/> ₂ Négatif <input type="checkbox"/> ₃ Inconnu	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
36. Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
37. Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage de l'hépatite B ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
a) Si oui, avez-vous réalisé le dernier au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
b) Si vous avez déjà réalisé un test, quel était le résultat du dernier test réalisé ?	<input type="checkbox"/> ₁ Hépatite B chronique <input type="checkbox"/> ₂ Protégé contre l'hépatite B <input type="checkbox"/> ₃ Négatif <input type="checkbox"/> ₄ Inconnu	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

ACCES AUX SOINS

Continuons avec des questions sur votre accès aux soins.

38. Où allez-vous généralement lorsque vous avez un problème de santé ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>)		
<input type="checkbox"/> ₁ Hôpital / Clinique publique	<input type="checkbox"/> ₂ Clinique privée	<input type="checkbox"/> ₃ Guérisseur
<input type="checkbox"/> ₄ Dispensaire religieux	<input type="checkbox"/> ₅ Dispensaire associatif	<input type="checkbox"/> ₆ Ne cherche pas de soins
<input type="checkbox"/> ₇ Autre : _____		<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
39. Connaissez-vous des structures pour les problèmes de drogues ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Si oui, lesquelles ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>)		
<input type="checkbox"/> ₁ Hôpital	<input type="checkbox"/> ₂ Centre de santé	<input type="checkbox"/> ₃ Dispensaire religieux
<input type="checkbox"/> ₄ Clinique privée	<input type="checkbox"/> ₅ Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
40. Avez-vous déjà reçu des soins pour des problèmes de drogues ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Si oui, pour quelle(s) substance(s) ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>)		
<input type="checkbox"/> ₁ Héroïne	<input type="checkbox"/> ₂ Cocaïne/crack	<input type="checkbox"/> ₃ Médicaments
<input type="checkbox"/> ₄ Autre(s) : _____		<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Si oui, où avez-vous reçu des soins la dernière fois ? _____		
41. Avez-vous déjà été traité contre la tuberculose ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

INCARCERATIONS

Abordons maintenant des questions sur la prison.

42. Avez-vous déjà été en prison au cours de votre vie ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	
a) Si oui, avez-vous consommé des drogues en prison ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
b) Si oui, lesquelles ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>			<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
<input type="checkbox"/> ₁ Héroïne	<input type="checkbox"/> ₂ Cocaïne/crack	<input type="checkbox"/> ₃ Médicaments psychoactifs	<input type="checkbox"/> ₄ Autre(s) : _____
c) Si consommation, avez-vous injecté des drogues en prison ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
d) Si injection, avez-vous partagé des seringues avec une autre personne ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

METHODOLOGIE

Pour le bon déroulement de l'enquête nous avons besoin de recueillir quelques informations sur votre réseau social, vos liens avec la personne qui vous a recruté(e).

43. Combien de personnes connaissez-vous qui ont 18 ans ou plus et qui résident à Abidjan ? _____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Parmi ces personnes, combien ont utilisé de l'héroïne et/ou de la cocaïne/crack au cours du dernier mois ?	
_____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
Parmi ces personnes, combien injectent des drogues ? _____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
44. Combien de personnes actuellement en prison à Abidjan connaissez-vous ? _____	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

Les questions 46 à 48 ne doivent pas être posées aux participants « graines ».

45. Auriez-vous recruté la personne qui vous a donné un coupon si elle n'avait pas déjà participé à l'étude ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus			
46. A quelle fréquence voyez-vous la personne qui vous a donné un coupon ?	<input type="checkbox"/> ₁ Tous les jours	<input type="checkbox"/> ₂ Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> ₃ Une fois par mois	<input type="checkbox"/> ₄ Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus	
47. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté le coupon et participé à cette enquête ? <i>(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)</i>						<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
<input type="checkbox"/> ₁ Pour la compensation financière			<input type="checkbox"/> ₂ L'intérêt / l'utilité de l'étude			
<input type="checkbox"/> ₃ Pour les tests de dépistage / conseils de prévention			<input type="checkbox"/> ₄ Pour passer le temps			
<input type="checkbox"/> ₅ Influence des autres personnes comme moi			<input type="checkbox"/> ₆ Autre raison : _____			
48. Avez-vous répondu à questionnaire sur l'usage de drogue dans un fumoir au mois de septembre 2013 ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non				<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus
49. Avez-vous reçu à la fin du mois d'avril un T-shirt de la part d'un membre de l'équipe de Médecins du Monde ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non				<input type="checkbox"/> ₈₈ NSP <input type="checkbox"/> ₉₉ Refus

Merci pour votre participation à cette enquête, vos réponses sont précieuses et nous permettront d'améliorer l'accès à la santé des usagers de drogues.

Entretien infirmier



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Le Président

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE ET
DE LA RECHERCHE (CNER)
N° 30/MSLS/CNER-dkn

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

Abidjan, le 05 MAI 2014

Au
MEDECINS DU MONDE
ABIDJAN

OBJET: Autorisation de mise en œuvre du projet de recherche intitulé *«Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire: Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales.»*

Docteur,

Au cours de la session du mercredi 23 avril 2014, le Comité National d'Ethique et de la Recherche (CNER) a examiné votre demande d'autorisation de mise en œuvre du projet cité en objet.

Sous cette perspective, il a été émis un avis favorable sous réserve de la prise en compte des observations du comité à l'utilisation de ce protocole.

Par conséquent, je donne un avis favorable **sous réserve des observations à prendre en compte.**

Toutefois, il faut noter que la validité de cette autorisation est **d'un (1) an à compter de la date de signature.**

Par ailleurs, vous saurai-je gré de bien vouloir transmettre au CNER une copie du rapport de cette étude.

Je vous prie d'agréer, **Docteur**, l'expression de mes salutations distinguées.



Cner-----Tél : +225 58 45 69 25 ----- fax : + 225 22 48 53 05

Annexe 3 Description des sous-groupes d'intérêt

	Echantillon total	Femmes	TS	Clients de TS	HSH	UDVI	Hommes sans FR
Age moyen	33,5	29,3	30,7	33,5	30,3	35,1	34,4
Femmes	10,9%		22,5%	0,0%		7,0%	
En couple / marié	23,8%	38,8%	22,5%	17,5%	4,9%	35,1%	22,0%
En activité	65,3%	53,1%	64,8%	78,8%	56,1%	73,7%	64,9%
Education secondaire ou plus	59,8%	46,9%	56,3%	63,8%	65,9%	59,7%	60,8%
<i>Logement</i>							
Rue / fumoir / sans dom.	14,4%	12,2%	14,1%	15,0%	4,9%	10,5%	15,1%
Hébergé	51,8%	51,0%	45,1%	50,0%	48,8%	57,9%	53,1%
Logement personnel	33,8%	36,7%	40,9%	35,0%	46,3%	31,6%	31,8%
Budget hebdomadaire moyen	35372,0	38734,7	36553,6	37758,2	33775,0	53544,0	31806,1
Consommation d'héroïne	98,2%	98,0%	93,0%	95,0%	85,4%	96,5%	100,0%
Consommation de cocaïne	82,2%	67,4%	91,6%	88,8%	92,7%	93,0%	79,2%
<i>A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois</i>	72,7%	85,7%	100,0%	100,0%	100,0%	86,0%	55,5%
<i>Si oui :</i>							
Nombre de partenaires <12 mois (moyenne)	3,9	4,8	7,7	4,3	9,3	4,3	2,3
Préservatif dernier rapport	55,1%	47,7%	59,2%	56,3%	58,5%	53,9%	53,6%
Préservatif systématique 12 derniers mois	34,9%	38,1%	43,7%	31,3%	61,0%	42,9%	27,2%
TS	15,8%	32,7%		33,8%	46,3%	22,8%	
Clients de TS	17,8%	0,0%	38,0%		31,7%	26,3%	
HSH	41,0%		26,8%	16,3%		15,8%	
UDVI	12,7%	8,2%	18,3%	18,8%	22,0%		
UDVI actuels	3,6%	4,1%	2,8%	3,8%	7,3%		

Le tableau donne les pourcentages de chaque classe de la colonne de gauche parmi le sous-groupe donné.

Annexe 4 Facteurs associés à la tuberculose (analyses univariées)

	Tuberculose confirmée	p	Tuberculose suspecte	p	Antécédent de tuberculose	p
Caractéristiques sociodémographiques						
Sexe						
Femme	6,1%	0,159	44,9%	<0,001	10,2%	0,682
Homme	2,5%		19,7%		12,2%	
Age						
<25	3,3%	0,792	18,3%	0,194	3,3%	0,015
25-34	3,3%		20,0%		10,7%	
35+	2,3%		26,9%		16,6%	
Situation familiale						
Célibataire/Séparé/veuf	3,2%	0,742	21,3%	0,29	12,0%	0,957
Marié/En couple	1,9%		26,2%		12,1%	
Education						
Primaire ou moins	3,9%	0,309	23,7%	0,584	12,2%	0,934
Secondaire ou plus	2,2%		21,6%		11,9%	
Activité						
Sans activité	3,9%	0,377	24,4%	0,478	12,8%	0,696
Activité	2,4%		21,4%		11,6%	
Habitat						
Rue / Fumoir / Sans domicile	6,2%	0,033	32,3%	0,1	15,4%	0,369
Hébergé par famille / ami	2,4%		19,7%		12,9%	
Propre logement	0,7%		22,4%		9,2%	
Budget hebdomadaire						
<10 000 FCFA	3,4%	0,9	15,3%	0,316	8,5%	0,427
10 000 - 25 000 FCFA	2,5%		26,3%		15,0%	
25 000 - 50 000 FCFA	2,6%		22,4%		9,5%	
>50 000 FCFA	3,6%		19,8%		11,7%	

	Tuberculose confirmée	p	Tuberculose suspecte	p	Antécédent de tuberculose	p
Facteurs de risques d'intérêts pour la tuberculose						
<i>Partage pipe à crack (Zeb)</i>						
Ne fume pas / Ne partage pas ou seulement parfois	2,7%	1	20,0%	0,379	11,3%	0,758
Partage systématique	3,0%		23,7%		12,3%	
<i>Incarcération</i>						
Non	2,6%	0,657	20,0%	0,194	9,8%	0,131
Oui	3,3%		25,1%		14,4%	
<i>VIH</i>						
Négatif	2,9%	1	21,9%	0,419	11,6%	0,401
Positif	2,9%		27,3%		15,9%	
<i>VIH - niveau de CD4</i>						
Négatif	2,9%	0,539	21,9*%	0,385	11,6%	0,098
Positif - CD4 > 350	5,0%		35,0%		5,0%	
Positif - CD4 < 350	0,0%		20,8%		25,0%	
Tuberculose chez les sous-groupes d'intérêt pour l'étude						
<i>TS</i>						
Non	3,2%	0,602	22,2%	0,741	12,4%	0,545
Oui	1,4%		23,9%		9,9%	
<i>Client de TS</i>						
Non	3,5%	0,138	24,1%	0,078	11,9%	0,879
Oui	0,0%		15,0%		12,5%	
<i>HSH</i>						
Non	3,2%	0,619	23,7%	0,048	12,5%	0,453
Oui	0,0%		9,7%		7,3%	
<i>UDVI</i>						
Non	3,1%	1	21,1%	0,077	11,2%	0,168
Oui	1,8%		31,6%		17,5%	

Les pourcentages concernent la prévalence de la tuberculose dans chaque classe donnée.

Annexe 5 Facteurs associés au VHB, au VHC et à la syphilis (analyses univariées)

	VHB	p	VHC	p	Syphilis actuelle	p	Syphilis actuelle ou ancienne	p	
Sexe									
Femme	12.2%	0.747	2.0%	1	0.0%	0.618	6.1%	0.337	
Homme	10.7%		2.5%		2.7%		12.0%		
Age									
<25	11.7%	0.977	1.7%	0.583	1.7%	0.218	11.7%	0.132	
25-34	10.7%		1.9%		1.4%		8.4%		
35+	10.9%		3.4%		4.0%		14.9%		
Situation familiale									
Célibataire/Séparé/veuf	10.5%	0.632	2.6%	1	2.6%	1	12.0%	0.458	
Marié/En couple	12.1%		1.9%		1.9%		9.4%		
Education									
Primaire ou moins	12.2%	0.48	1.7%	0.537	2.2%	1	12.2%	0.652	
Secondaire ou plus	10.0%		3.0%		2.6%		10.8%		
Activité									
Sans activité	10.2%	0.754	3.2%	0.525	2.6%	1	10.3%	0.6	
Activité	11.2%		2.0%		2.4%		11.9%		
Habitat									
Rue / Fumoir / Sans domicile	13.9%	0.708	1.5%	1	1.5%	1	10.8%	0.892	
Hébergé par famille / ami	10.3%		2.6%		2.6%		12.0%		
Propre logement	10.5%		2.6%		2.6%		10.5%		
Budget hebdomadaire									
<10 000 FCFA	8.5%	0.765	3.4%	0.426	6.8%	0.146	11.9%	0.651	
10 000 - 25 000 FCFA	10.0%		3.8%		2.5%		13.8%		
25 000 - 50 000 FCFA	11.2%		1.7%		0.9%		10.3%		
>50 000 FCFA	13.5%		0.9%		1.8%		9.0%		
Nombre de partenaires <12 mois									
0	11.4%	0.958	1.6%	0.316	4.1%	0.401	14.6%	0.350	
1	11.1%		4.2%		1.4%		11.1%		
2 ou plus	10.4%		1.6%		2.2%		9.3%		

	VHB	p	VHC	p	Syphilis actuelle	p	Syphilis actuelle ou ancienne	p
<i>Préservatif (personnes sexuellement actives)</i>								
<i>Usage du préservatif der. rapport</i>		0.010						
Non	14.8%		2.5%	1	1.9%	1	10.5%	0.890
Oui	6.5%		2.5%		1.5%		10.1%	
<i>Usage du préservatif 12 der. mois</i>		0.012						
Jamais	16.0%		3.0%	0.768	1.0%	0.333	11.0%	0.623
Inconsistant	12.4%		1.8%		3.5%		11.5%	
Systématique	4.4%		3.5%		0.9%		7.9%	
<i>TS</i>								
Non	10.8%	0.911	2.4%	0.687	2.4%	0.687	12.1%	0.214
Oui	11.3%		2.8%		2.8%		7.0%	
<i>Client de TS</i>								
Non	10.0%	0.193	3.0%	0.226	2.2%	0.421	10.5%	0.254
Oui	15.0%		0.0%		3.8%		15.0%	
<i>HSH</i>								
Non	11.5%	0.292	2.2%	0.264	2.7%	0.61	12.2%	0.069
Oui	4.9%		4.9%		0.0%		2.4%	
<i>UDVI</i>								
Non	10.9%	0.925	2.5%	1	2.8%	0.373	11.7%	0.514
Oui	10.5%		1.8%		0.0%		8.8%	
<i>Partage pipe à crack (Zeb)</i>								
Ne fume pas / Ne partage pas ou seulement parfois	9.3%	0.454	3.3%	0.518	2.7%	1	10.7%	0.752
Partage systématique	11.7%		2.0%		2.3%		11.7%	
<i>Incarcération</i>								
Non	11.5%	0.669	2.1%	0.764	2.1%	0.764	11.1%	0.850
Oui	10.2		2.8%		2.8%		11.6%	
<i>VIH</i>								
Négatif	11.1%	0.792	2.2%	0.186	2.5%	0.470	11.8%	0.635
Positif>350 CD4	5.0%		0.0%		5.0%		10.0%	
Positif<350 CD4	12.5%		8.0%		0.0%		4.2%	

Les pourcentages concernent la prévalence des hépatites ou de la syphilis dans chaque classe donnée.

Contact

Julie Bouscaillou

*MD, MPH, Référent épidémiologie/Epidemiology Advisor
Service d'Analyse Appui et Plaidoyer
Julie.bouscaillou@medecinsdumonde.net
+33 (0) 1 44 92 14 88*

Médecins du Monde France

62 Rue Marcadet 75018 Paris
www.medecinsdumonde.org

Médecins du Monde Côte d'Ivoire

Deux plateaux, St Jacques
10 BP 3065 ABIDJAN 18
genco.cotedivoire@medecinsdumonde.net



Le Fonds mondial
De lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme