



LES USAGERS DE DROGUES INJECTEURS (UDI)

Point focal : Modus Vivendi

L'analyse de situation pour le public UDI est à mettre en relation avec d'autres analyses de situations avec lesquelles elle partage des problématiques communes, en particulier pour les publics :

- Festif
- Personnes détenues

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour le public cible des UDI. Ces éléments sont complémentaires de ceux présentés dans le cahier général (cahier 0).

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- des données épidémiologiques et sociales relatives au VIH/Sida, aux autres IST et aux conditions de vie pour le public UDI ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ce public ;
- un rappel des objectifs opérationnels définis pour ce public cible pour la période 2007-2008 par le secteur de la prévention IST/Sida ;
- les sources bibliographiques qui ont permis la rédaction du cahier.

LA PROBLÉMATIQUE EN QUELQUES MOTS

Les usagers de drogues injecteurs (UDI) représentent un public précarisé sur le plan socio-économique et marginalisé, qui consomme des drogues illégales et qui cumule des prises de risque* liées à l'injection intraveineuse de drogues et aux rapports sexuels. La prévalence* du VIH mais surtout des hépatites B et C est élevée.

L'illégalité de l'usage de drogues renforce l'ensemble de la problématique. Elle rend difficile en particulier la mise en place de stratégies de réduction des risques (RDR) dans un contexte politique de répression des drogues.

* Les termes et expressions marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique commun se trouvant dans le cahier 0 et sur le site www.strategiesconcertees.be

Coordination du processus et appui méthodologique

Vladimir Martens (Observatoire du sida et des sexualités - FUSL)
Florence Parent (SIPES - ULB)
Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique

Rédaction

Vladimir Martens

Comité de lecture

Frédéric Arends
Cécile Béduvé
Alain Cherbonnier
Cécile Cheront
Jacqueline Colin
Ann Defraye
Geneviève Georges
Marielle Houbiers
Fabien Jacques
Maureen Louhenapessy
Thierry Martin
Florence Parent
Bénédicte Rusingizandekwe
Mary Stevens
André Sasse
Françoise Uurlings
Catherine Van Huyck

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.

Contact

Vladimir Martens
Observatoire du sida et des sexualités
martens@fusl.ac.be
02/ 211 79 10

Site

www.strategiesconcertees.be

Pour des raisons de temps, le point focal n'a pu réaliser une mise à jour avec l'ensemble de son réseau. C'est pourquoi ce cahier est plus court que la plupart des autres et le tableau exhaustif des acteurs n'y figure pas. Modus Vivendi a actualisé l'analyse de situation réalisée en 2005 en y intégrant des données récentes et en complétant certains constats. Une version plus complète réalisée de manière collective sera disponible sur le site www.strategiesconcertees.be dans les mois qui suivent cette édition.

PRÉCISION CONCERNANT LE PUBLIC CIBLE

Le public cible défini au départ des Stratégies concertées était constitué par les usagers de drogues injecteurs. La plupart des données disponibles pour la Communauté française proviennent des enquêtes Boule de Neige (BDN), réalisées par Modus Vivendi et ses partenaires de la réduction des risques, qui définissent le public injecteur comme les répondants qui ont injecté dans les douze mois. Certaines des personnes rencontrées dans le cadre de ces actions ont injecté dans le passé mais ont arrêté depuis plus d'un an, d'autres n'ont jamais injecté de drogues. Pour cette raison, Modus Vivendi privilégie de plus en plus l'appellation «usagers de rue», qui reflète mieux le public rencontré sur le terrain et dont les injecteurs constituent une partie.

6.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Infection au VIH en Belgique par injection de drogues en intraveineuse

Parmi l'ensemble des personnes diagnostiquées pour le VIH depuis les débuts de l'épidémie en Belgique (20565-21697), 670 ont probablement été infectées par injection de drogues en intraveineuse. Parmi celles-ci, 506 sont des hommes et 164 des femmes. 241 sont de nationalité belge et 389 d'une autre nationalité. Depuis une dizaine d'années, la proportion de personnes infectées par injection de drogues a été comprise entre un peu moins de 2 % et un peu plus de 4 %. Elle n'a pas dépassé les 2 % depuis 2005. Cette proportion est inférieure à celle enregistrée dans les premières années de l'épidémie, au cours desquelles elle a été comprise entre 7 et 13 % de 1985 à 1991 et entre 3,6 et 6 % de 1992 à 1997.

Les patients les plus touchés par ce mode de transmission se situent dans les tranches d'âge 25-34 ans et 35-49 ans (2005-2007). En 2007, la région la plus touchée était la Flandre (2,9 %), suivie de la Wallonie (2 %) (Sasse et al., 2008).

Evolution de l'infection au VIH par injection de drogues en Europe

Au niveau européen, dans les pays de l'Union/EFTA¹, une diminution de 30 % des nouveaux cas par injection de drogues a été observée ces dernières années, passant de 2763 cas pour l'année 2003 à 1928 pour l'année 2007 (ECDC/WHO, 2008).

1 Il s'agit des Etats membres de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2007 (27 pays), auxquels s'ajoutent trois pays de la European Free Trade Association (Norvège, Islande, Suisse).

Infections aux hépatites B et C en Belgique par injection de drogues

Plusieurs types de recueil de données apportent des informations concernant l'incidence* et la prévalence* du VIH et des hépatites B et C parmi les usagers de drogues injecteurs (voir tableau 1). Ces données sont recueillies auprès de populations et selon des méthodes différentes, mais elles montrent toutes que les UDI sont nettement plus touchés que la population générale².

Tableau 1

Prévalence* du VIH et des hépatites B et C parmi les usagers de drogues injecteurs en Région flamande, wallonne et en Communauté française (Lamkadden et Roelands, 2008)

Nom du dispositif	Mesure	Population	Année	n	Prévalence (%)
De Sleutel (Flandre), institution flamande regroupant plusieurs centres de traitements ambulatoires ou résidentiels	Tests biologiques	Usagers suivis médicalement dans des institutions spécialisées pour un traitement de substitution ou autre.	2007	54	VIH : 3,7 %
				28	Hép B : 25 %
				53	Hép C : 34 %
EUROTOX (Région wallonne), données TDI (Treatment Demand Indicator)	Auto-déclarations	Consommateurs de drogues ayant introduit une nouvelle demande de traitement auprès des centres spécialisés en toxicomanie (résidentiels et ambulatoires) et certains centres de santé mentale.	2007	114	VIH : 5,2 %
				107	Hép B : 23,3 %
				116	Hép C : 51,7 %
Enquêtes Boules de Neige (Communauté française)	Auto-déclarations	Usagers rencontrés et interrogés par questionnaire.	2007	236	VIH : 4,2 %
				244	Hép B : 29,5 %
				244	Hép C : 59,4 %

Données concernant les conditions de vie des usagers de drogues injecteurs

Beaucoup d'UDI vivent dans la précarité : en 2007, les usagers rencontrés dans le cadre des enquêtes Boule de Neige étaient des SDF pour 31 % d'entre eux. Vingt et un pour cent n'avaient pas de couverture soins de santé et 68 % étaient sans travail rémunéré. La moitié des usagers de drogues rencontrés ont séjourné au moins une fois en prison. Les populations migrantes semblent subir une exclusion sociale accrue (renvoi au pays pour les garçons, exclusion familiale pour les filles). Les personnes précarisées sont surtout des hommes injecteurs âgés de moins de trente ans. En 2007, une personne rencontrée sur cinq dans le cadre des actions Boule de Neige était soit séropositive pour le VIH soit porteuse d'une hépatite B.

Les usagers de drogues injecteurs sont un groupe particulièrement stigmatisé par la société en général et par certains acteurs comme les professionnels du secteur psycho-médico-social. Ils souffrent également d'une perception très négative de la part des autres usagers de drogues non injecteurs. Cette stigmatisation, conjuguée au caractère illégal de la consommation, les rend de moins en moins visibles et accessibles par les intervenants de la RDR. De plus, dans les zones rurales, ils ont un moindre accès aux services d'information et de prise en charge parce qu'ils ne bénéficient pas de l'anonymat des grands centres urbains.

² La prévalence* de l'hépatite C est estimée à 1 % en population générale (Beutels et al., 1997, cités dans Lamkadden et Roelands, 2007).

6.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 6.1, le diagnostic comportemental a été construit en identifiant les comportements du public cible d'une part et ceux des acteurs, services et milieux de vie généralistes et spécifiques en lien avec ce public cible d'autre part. Les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels de ces différents comportements ont ensuite été recherchés et classés. La synthèse ci-dessous reprend les éléments-clés de cette analyse en tentant de mettre en évidence les principaux acteurs et leurs interactions.

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Pour réaliser une analyse de situation, les participants, lors de la construction du diagnostic comportemental, formulent les comportements des acteurs sous forme de problèmes, c'est-à-dire de manière négative, et avec un certain degré de généralité. Cette approche critique répond à une nécessité méthodologique : il s'agit à cette étape d'identifier les manquements et aspects à améliorer. Au moment de la formulation des objectifs opérationnels, ces comportements formulés négativement seront traduits de manière positive comme résultats à atteindre et comme activités à mettre en œuvre.

L'injection de drogues est en soi une pratique qui expose les usagers aux risques de transmission du VIH et des hépatites. De plus, près de la moitié (46 %) des **UDI** rencontrés dans le cadre des projets Boule de Neige partagent des seringues et une majorité (62 %) partagent le reste du matériel (cuillère, coton, garrot, paille) (Lamkaddem et Roelands, 2007). La consommation d'héroïne s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'un poly-usage : 82 % des usagers d'héroïne (injecteurs ou non) suivis par un médecin généraliste du réseau ALTO³ en 2001 étaient polytoxicomanes en début de traitement (consommation problématique d'au moins un autre produit que l'héroïne). Il s'agissait par ordre décroissant du cannabis (57 %), de la cocaïne (47 %), des benzodiazépines (41 %), de l'alcool (40 %), des amphétamines ou de l'ecstasy (17 %), des barbituriques (13 %) et du LSD (8 %) (Denis et al., 2001).

Comportement rarement pris en compte par les professionnels, l'utilisation du préservatif est pourtant insuffisante. La plupart des personnes rencontrées lors des opérations Boule de Neige (47 % en 2007) ont eu un seul partenaire au cours des six derniers mois, 19 % aucun partenaire et 33 % plusieurs partenaires. Parmi ces derniers, deux personnes sur trois déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leurs relations sexuelles. De plus, les usagers font rarement le lien entre les risques liés à l'injection et les risques liés aux pratiques sexuelles.

Les UDI recourent insuffisamment au dépistage du VIH (58,9 % ont fait au moins un test au cours de leur vie, et parmi eux 22,4 % dans l'année précédente) et des hépatites (39 %

ont fait le test de l'hépatite B et 61 % celui de l'hépatite C). Ils sont également insuffisamment vaccinés contre l'hépatite B : en 2007, seuls 7,9 % de l'ensemble des UDI et 1,1 % des UDI récents rencontrés dans le cadre du projet Boule de Neige étaient vaccinés (Lamkaddem et Roelands, 2007).

Plusieurs situations augmentent les prises de risque* et diminuent les comportements favorables à la santé, comme la vaccination ou le dépistage : le fait d'être un injecteur récent, le fait d'avoir séjourné en prison, l'absence de soutien social et familial. La diminution de la vigilance et du contrôle, provoquée par les effets des produits consommés, favorise également les prises de risque*. De plus, les mesures de réduction des risques adoptées par les usagers peuvent être inadéquates en raison de certaines conceptions erronées sur les produits et leurs effets.

Les **intervenants qui assurent la prise en charge des usagers** dans le cadre des traitements de substitution et ceux qui mettent en place des actions de réduction des risques perçoivent parfois leurs approches respectives comme contradictoires. Les premiers ne diffusent pas toujours le matériel d'injection stérile, y voyant un incitant pour les usagers en situation d'abstinence et sous-estimant les possibilités de rechutes. Parfois, ils ne disposent simplement pas des moyens nécessaires pour financer l'achat de préservatifs et de seringues. Par ailleurs, ils privilégient les aspects psychologiques et relationnels au détriment des dimensions somatiques. Les **acteurs de la réduction des risques**, quant à eux, ont parfois du mal à articuler leur travail avec celui des professionnels de la prise en charge.

3 Réseau d'environ 600 médecins généralistes prenant en charge des usagers de drogues en Communauté française de Belgique.

Les **acteurs psycho-médico-sociaux généralistes** stigmatisent parfois les usagers de drogues. Une étude a montré, par exemple, que le risque d'avoir un contact conflictuel avec le personnel des services d'urgence est dix fois supérieur pour des usagers de drogues par rapport à des patients non usagers (Denis et al., 2008). Par ailleurs, les intervenants constatent que beaucoup de médecins généralistes ont tendance à ne pas prendre en charge les usagers et à les référer vers des structures spécialisées, ce qui diminue la diversité de l'offre de soins.

La **police** applique les lois relatives à l'usage de drogues (Loi de 1921, MB 06/03/1921) de manière variable selon les cas et les régions, tantôt de manière laxiste, tantôt de manière répressive voire agressive. Elle entrave parfois l'accès au matériel de réduction des risques. Dans le milieu scolaire, elle met en place des activités de prévention de manière inadéquate (Eurotox, 2008).

Sur le plan **institutionnel**, les intervenants de la réduction des risques considèrent que les politiques en matière de drogues sont paradoxales. La prohibition est légitimée par

des arguments de santé publique alors qu'elle a des effets néfastes sur la santé : elle empêche en effet les interventions qui visent à contrôler la qualité des produits, elle rend difficiles les interventions de réduction des risques et elle occulte les phénomènes de consommation et les consommateurs. Elle contribue aussi au renforcement de l'image négative véhiculée au sujet des usagers dans l'**opinion publique**, notamment via les **médias**.

Au niveau international, divers documents de référence formulent des recommandations pour la prévention du VIH/Sida parmi les usagers de drogues injecteurs (WHO, 2005). Pour la plupart des pays, les mesures les plus utiles sont les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et d'autres traitements de la dépendance, le conseil, le dépistage, la prise en charge et les soins VIH, y compris le traitement antirétroviral (OMS, ONUSIDA, Unicef, 2007). Une approche globale devrait inclure l'ensemble de ces interventions.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LE PUBLIC CIBLE UDI DANS LE CADRE DES STRATÉGIES CONCERTÉES 2007-2008

Ces objectifs ont été définis au cours de l'année 2006 (Martens, Parent et al., 2006). Ils n'ont pas été actualisés à ce jour, la priorité étant la mise à jour des analyses de situations présentées dans ces cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés ici à titre de rappel. Ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

- 1) Améliorer le bien-être des usagers de drogues injecteurs sur les plans physique, mental et social.
- 2) Réduire les pratiques d'injection parmi les usagers de drogues injecteurs.
- 3) Réduire les pratiques de partage des seringues et de l'ensemble du matériel d'injection parmi le public des usagers de drogues injecteurs.
- 4) Augmenter l'utilisation du préservatif parmi les usagers de drogues injecteurs.
- 5) Améliorer le recours adéquat au dépistage* du VIH, du HBV, du HCV et des autres IST dans le public des usagers de drogues injecteurs.
- 6) Augmenter la couverture vaccinale (hépatite A et B, tétanos, etc.) dans le public des injecteurs.
- 7) Améliorer la qualité des interventions de réduction des risques.
- 8) Promouvoir des politiques judiciaires en adéquation avec la promotion de la santé des usagers de drogues injecteurs et la réduction des risques.

SOURCES

Seules les sources ayant permis la rédaction de ce chapitre sont citées ci-dessous. Pour l'ensemble des sources ayant permis la construction de l'analyse de situation, voir le site www.strategiesconcertees.be

Denis B., Dedobbeleer M., Benabderrazik A., Bizimungu D., Sciera V. Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *La Revue de la Médecine Générale* n°258, Bruxelles, 2008.

Denis B., Van Woensel G., Lejeune D., Lafontaine J-B. EVALUMET-Evaluation des Traitements de Substitution (Méthadone) menés par les Médecins Généralistes en Communauté française de Belgique. ALTO – SSMG, Bruxelles, Janvier 2001.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)/WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2008.

Eurotox. Usages de drogues en Communauté française. Quoi de neuf depuis 2006 ? Bruxelles, Mai 2008.

Lamkadden B., Roelands M. Belgian National Report on Drugs 2007. New developments, trends and in-depth information on selected issues. Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, Brussels, October 2007.

Lamkadden B., Roelands M. Belgian National Report on Drugs 2008. New developments, trends and in-depth information on selected issues. Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, Brussels, October 2008.

Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes (MB 06/03/1921).

Martens V, Parent F et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2006.

Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Wanyama S. Epidémiologie du Sida et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2007. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2008. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2008/037)

World Health Organization (WHO). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Genève, 2005.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ONUSIDA, Unicef. Vers un accès universel : Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/Sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation. OMS, Genève, Avril 2007.

Sites Internet

Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org>

Treatment demand indicator :
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>

L'analyse de situation systémique complète et la liste des sources utilisées pour cette analyse de situation sont accessibles sur le site www.strategiesconcertees.be moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Une présentation du processus et des éléments méthodologiques, ainsi que diverses informations en lien avec les Stratégies concertées sont également disponibles en accès libre sur le site.

Ce document fait partie d'une série de onze cahiers réunis dans un dossier présentant une synthèse des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention des IST/Sida en Communauté française :

- Cahier 0 Une analyse commune pour l'action : présentation et transversalités
- Cahier 1 La population générale
- Cahier 2 Les enfants et les jeunes
- Cahier 3 Les personnes séropositives
- Cahier 4 Les migrants
- Cahier 5 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier 6 Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier 7 Les prostituées féminines
- Cahier 8 Les prostitués masculins
- Cahier 9 Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier 10 Le public festif

Ces documents sont également disponibles sur le site Internet www.strategiesconcertees.be

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



LES ORGANISMES CONTRIBUANT AUX STRATÉGIES CONCERTÉES

Points focaux

- Plate-Forme Prévention Sida (population générale)
- Coordination Sida Assuétudes Namur, Plate-Forme Prévention Sida, Sid'action Pays de Liège (enfants et jeunes)
- Siréas (migrants)
- Ex æquo (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Modus Vivendi (usagers de drogues injecteurs et public des milieux festifs)
- Espace P (prostituées féminines)
- Service Education pour la Santé (détenus)

Partenaires du processus

De nouveaux acteurs rejoignent régulièrement le processus. Cette liste est donc évolutive.

Aide Info Sida
Alias asbl
Caw Mozaiek Adzon
Centre de prise en charge hôpital Saint-Luc
Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi
Centre de Référence Sida du CHU de Liège
CLAJ
CLPS Brabant Wallon
CLPS Bruxelles
CLPS Hainaut Occidental
CLPS Huy-Waremme
CLPS Luxembourg
CLPS Mons
Communauté française – DG Santé
Conseil supérieur de promotion de la santé
Département de Médecine Générale ULB
Dune
Echos séropos d'ici et d'ailleurs
Ecole de Santé Publique ULB
Entre 2 asbl
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial
Hôpital Saint-Pierre, Centre de Référence Sida
Hôpital Saint Pierre, service gynécologie

Hôpital Saint-Pierre, service pédiatrie
Icar
Institut Scientifique de Santé Publique
Libiki
Magenta
Maison Médicale de Bomel
Maison provinciale du mieux-être de Gembloux
Ministère de la Justice
Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)
MSF
Planning familial de Tamines
Planning familial des FPS de Namur
Projet Matongé
Projet Rousseau
Question Santé
Sensoa
Service de prévention de la ville de Mons
Service PSE de Bruxelles
Sida-IST Charleroi-Mons
SIPES-ULB
SIPES
Tels Quels
Université de Mons-Hainaut

Editeur responsable

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis – Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles.

Mise en page

Nathalie da Costa Maya
Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

Dépôt légal

D/2009/10646/1



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique