

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

Marie Jauffret-Roustide, Yann Le Strat  
Institut de Veille Sanitaire

Collaboration scientifique : INED - CNR VIH Tours - CESAMES  
Soutien scientifique et financier : ANRS

# Présentation de l'enquête

# Définir la population d'étude

**Population cible de l'enquête Coquelicot** : Usagers de drogues (hors cannabis) exposés aux risques de transmission du VIH, VHC et VHB

## **Une population cible difficile à définir et à atteindre**

Population aux profils sociaux et aux rapports à l'usage de drogues diversifiés,  
Population **stigmatisée**, car l'usage de drogues constitue une pratique illicite en France  
La pratique étant cachée, la population des UD donc **souvent difficile à atteindre**.

La population des UD la plus visible est celle qui fréquente les dispositifs spécialisés et qui représente une frange des UD particulière : ayant un « rapport problématique aux drogues » et plutôt socialement précaire.

## **Manque de visibilité d'une partie de la population des UD :**

Les UD ayant un usage « régulé » des drogues et les plus socialement insérés, et de manière plus marginale, les « plus précaires des précaires », les plus jeunes et les femmes.

**Population d'étude** : La question centrale de Coquelicot étant de documenter les modalités de transmission du VIH, VHC et VHB, la population est restreinte aux **UD ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie**.

# Contexte méthodologique

Limites méthodologiques des enquêtes réalisées sur les UD et risques infectieux en France jusqu'en 2004 :

- Prévalences VIH et VHC estimées à partir de **données déclaratives (non biologiques)**,
- **Échantillons « de convenance »** (non aléatoires, portant sur une partie restreinte du dispositif spécialisé, le dispositif bas seuil ou haut seuil),
- Passation des questionnaires par des enquêteurs non professionnels, souvent des intervenants en toxicomanie

# Enquête Coquelicot, InVS (2004-2007)

- Enquête de séroprévalence

**Multivilles** : Lille, Strasbourg, Paris, Marseille, Bordeaux

**Multisites** : Echantillon aléatoire recruté dans la quasi-totalité du dispositif spécialisé (**haut et bas-seuil**) et chez **médecins généralistes** (MG) prescripteurs Traitements de Substitution aux Opiacés (méthadone, buprénorphine)

101 structures et 37 MG

## Recueil de données épidémiologiques et biologiques

75% Taux participation étude et 81% pour l'acceptation du test sanguin

1462 questionnaires et tests sanguins durant 3ème et 4ème trim 2004

- **Volet socio anthropologique**

(99 entretiens semi directifs + observations ethnographiques) 2005-2007

# Objectifs

- Estimer la séroprévalence du VIH et du VHC chez les UD
- Caractériser la population UD du point de vue sociodémographique
- Décrire les situations à risque liées à la consommation de produits psychoactifs et à la sexualité
- Explorer certains déterminants psychosociaux de la prise de risques (représentations des risques, dynamiques liées à la prise de risques, contexte social, politique et relationnel, rapports sociaux de sexe...)

**Contribuer à l'évaluation de la politique de réduction des risques**

# Comment capter cette population ?

**Pas de base de sondage fiable**, ce qui impliquait de réduire l'enquête aux utilisateurs de services spécialisés.

**Inventaire** exhaustif des dispositifs spécialisés pour UD sur les 5 villes

**Lieux de recrutement** reflètent l'offre de politiques publiques / drogues en France :

- Mise en place de dispositifs spécialisés de prise en charge de la toxicomanie (à partir de 1970) : CSST, appartements thérapeutiques, ...

- **Politique de réduction des risques (RDR)** pour limiter transmission risques infectieux (VIH et VHC) chez UD (à partir de 1986) incluant :

Programmes d'Echange de Seringues (fixes et mobiles),

Dispensation de Traitements de Substitution aux Opiacés dans des centres et chez les médecins généralistes (MG)

Lieux d'accueil bas seuil de jour (Boutiques) et de nuit (Sleep-in)

Equipes de rue

**Permet d'atteindre les UD fréquentant les dispositifs bas seuil et haut seuil et une partie des UD difficiles à atteindre dans les enquêtes.**

# Défis organisationnels et méthodologiques

- **Echantillonnage** : Faire accepter le **recueil des données d'inventaire** par les structures pour la constitution de la base de sondage  
Regard « évaluateur » vis-à-vis de leur activité
- **Validité** : Obtenir des données de séroprévalence par **auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard sans restitution des résultats**  
Sensibiliser les structures à l'acceptation du test
- **Fiabilité** : Organiser la collecte **d'informations anonymes et confidentielles** auprès des UD **portant sur des pratiques stigmatisées** (usage de drogues, deal, pratiques à risque) par des enquêteurs professionnels extérieurs aux structures  
Favoriser l'accueil des enquêteurs dans les structures tout en limitant l'intervention des intervenants de terrain /choix des UD

Ce travail a été réalisé avec la collaboration experte de l'INED



# Originalité de l'étude Coquelicot (1)

- Appliquer la **Méthode Généralisée du Partage des Poids (MGPP)**
- Adapter cette méthodologie développée par l'INSEE/INED dans l'enquête SDF à la population des UD

*Ardilly P, Le Blanc D. 2001. Sampling and weighting a survey of of homeless persons: A French example. Survey Methodology, 27 : 109-118*

*M Jauffret-Roustide, Y Le Strat, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: Epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious Diseases 2009 (in press)*

## Originalité de l'étude Coquelicot (2)

- Comparer les données de **prévalence biologiques** et déclaratives
- Concilier **l'approche épidémiologique** avec une **démarche socio anthropologique**
- Recruter les UD dans **l'ensemble de la chaîne thérapeutique** (haut et bas seuil) et MG, reflétant la **trajectoire de prise en charge** des UD et la **diversité de l'offre** politiques publiques sur les drogues en France

# Echantillonnage

# Les services

# Base de sondage - services

Pour chaque ville :

- 1) inventaire des services avec notamment le recueil :
  - des horaires d'ouverture
  - de la file active déclarée
  
- 2) constitution d'une base de sondage des services par demi-journée d'ouverture.

## Base de sondage

Service 1 mardi matin

Service 1 mardi PM

Service 2 jeudi matin

Service 3 lundi matin

Service 3 mardi matin

etc.

# Constitution d'un calendrier de visites des services

Bordeaux

27	28	29	30	31
■				
		■	■	
■		■	■	
■				
			■	
		■		
				■
			■	
■		■		

4	5	6	7	8
■				
				■
■	■	■	■	
			■	
		■		
				■

11	12	13	14	15
	■			
				■
	■	■		
		■		
■				
	■			■
	■			
■		■		
	■	■		

18	19	20	21	22
			■	
	■		■	
		■		■
	■			
				■
	■			
		■		
■		■		
				■
■			■	

B1	Matin AM
B2	Matin AM
B3	Matin AM
B4	Matin AM
B5	Matin AM
B6	Matin AM
B7a	Matin AM
B7b	Matin AM
B7c	Matin AM
B8	Matin AM
B9	Matin AM
B10	Matin AM

# Tirage au sort - usagers

Dans chaque unité primaire  $i$  (service\*demi-journée), tirage aléatoire de  $n_i$  usagers selon un critère aléatoire.

Une liste d'usagers n'étant pas disponible en début de journée (sauf hébergements), on ne pouvait pas estimer un pas de sondage et réaliser un tirage systématique

Recueil de la file active de la demi-journée ( $N_i$ ).

Assimilable à un sondage aléatoire simple : probabilité d'inclusion d'un usager =  $n_i/N_i$

# Tirage au sort - usagers

Mais un usager qui fréquente beaucoup de services a une probabilité plus grande d'être tiré au sort.

Prendre en compte l'hétérogénéité des fréquentations des usagers (en nombre de fréquentations et diversité des structures)

Statistiquement, cela revient à calculer pour chaque usager, une moyenne pondérée des poids de sondages.



# Nouveaux poids

Nouveau poids (MGPP)

Poids de sondage de l'utilisateur  $i$

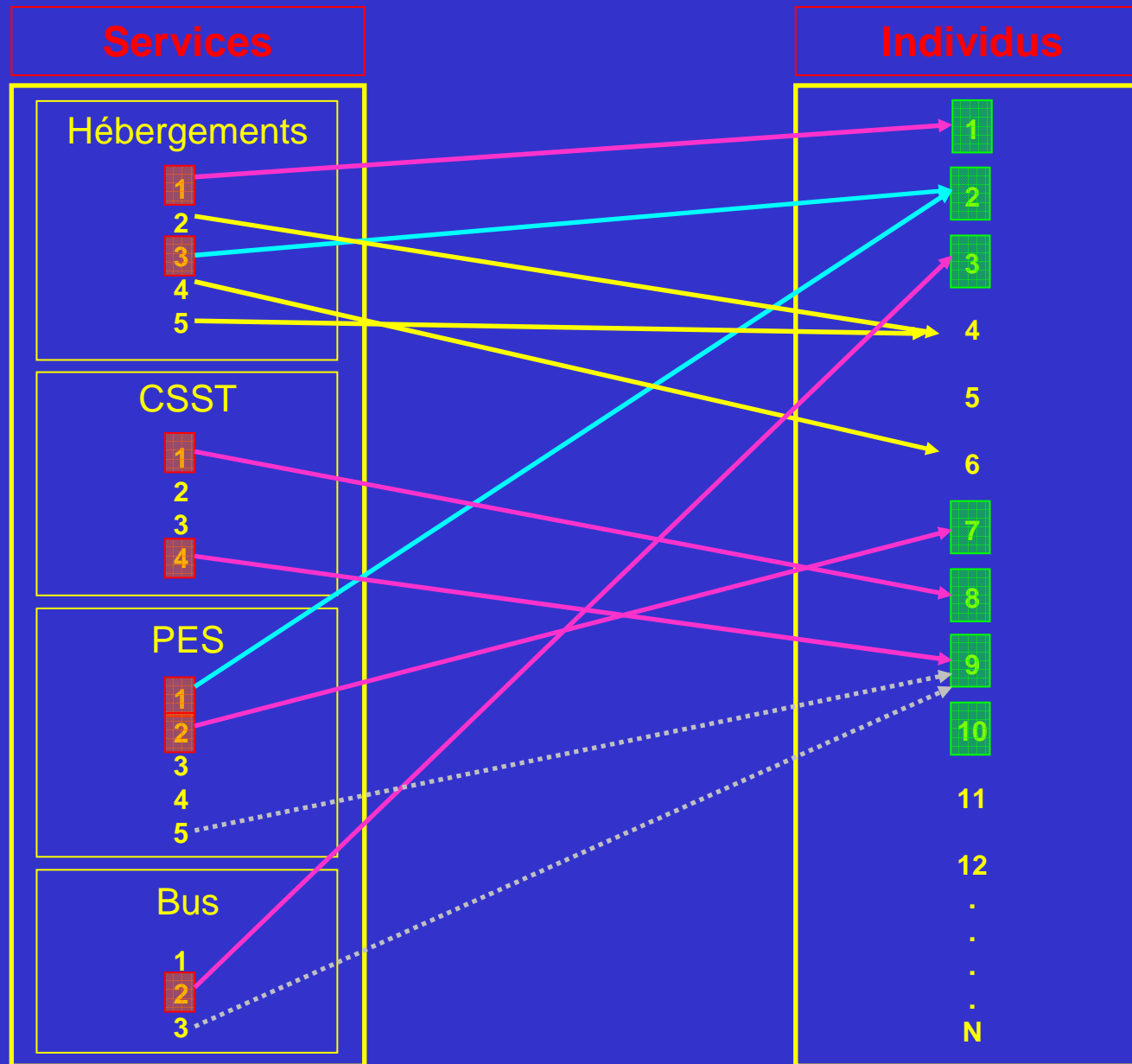
Nombre de fois où l'utilisateur  $i$  a fréquenté le service  $k$ .

$$\tilde{w}_i = \frac{1}{r_i} \cdot \sum_{k \in S} w_i \cdot r_{ik}$$

Nombre de services fréquentés par l'utilisateur  $i$

The diagram illustrates the formula for the new weight (MGPP) for user  $i$ . The formula is  $\tilde{w}_i = \frac{1}{r_i} \cdot \sum_{k \in S} w_i \cdot r_{ik}$ . The variables are defined as follows:  $\tilde{w}_i$  is the new weight (MGPP),  $w_i$  is the survey weight of user  $i$ ,  $r_{ik}$  is the number of times user  $i$  used service  $k$ , and  $r_i$  is the number of services used by user  $i$ .

# Deux univers



Exemple de nouveaux poids

$$\tilde{w}_1 = w_1$$

$$\tilde{w}_2 = \frac{1}{2} (w_{3/hebgt} + w_{1/PES})$$

$$\tilde{w}_9 = \frac{1}{3} w_{4/CSST}$$

# Les questions permettant de calculer le nombre de liens

**C1** : Aujourd'hui, en plus de ce service, lequel (ou lesquels) de ce(s) service(s) avez-vous fréquenté ou allez-vous fréquenter ?

**C2** : Dans le dernier mois, combien de fois en moyenne avez-vous fréquenté le service où nous nous trouvons maintenant (en comptant cette fois-là) ?

(1 fois / de 2 à 4 fois / plus de 4 fois)

**C3** : Hier (ou vendredi si l'enquête se déroule un lundi), avez-vous fréquenté une ou plusieurs des structures notées sur cette carte ? Et si oui, combien de fois ?

# Les médecins

# Plan de sondage - médecins

- Sondage aléatoire stratifié à deux degrés.
- Stratification sur la ville
- 1er degré : sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs avec stratification sur le volume de prescription de TSO (gros/moyen prescripteurs)
- 2ème degré : on enquête tous les usagers (grappe).

# Apports du volet socio anthropologique

# Apports du volet socio anthropologique

- Objectifs

**En amont**, préparer la phase de recueil épidémiologique (analyse des politiques publiques, des enjeux professionnels, ...)

**En aval**, Accéder à et identifier des populations d'UD « cachées »

Approfondir et interroger certains résultats épidémiologiques

- Méthode

99 entretiens semi-directifs

Observations ethnographiques sur lieux de consommation et de deal

Analyse qualitative des données (Logiciel Nvivo)

# Accéder à des populations d'UD « invisibles »

- Volet épidémiologique : Plan de sondage → Inférence envisageable dans la population des UD pris en charge  
Défaut de couverture : population des UD non captée par dispositifs/MG
- Volet socio anthropologique : Identification d'une population d'UD non captée dans le volet épidémiologique, « invisible » dans les dispositifs  
Population UD hors institution dite « cachée » recrutée selon méthode « boule de neige »

1) Usage occasionnel ou « régulé » des produits / pas recours aux dispositifs

2) Usage « problématique », mais sans identification identitaire

- UD socialement très insérés : crainte de dévoilement du stigmat

- Jeunes, milieu festif techno : refus d'identification à la figure du « junkie »

- Femmes : crainte de se voir retirer la garde de leur enfant, dispositifs majoritairement fréquentés par les hommes UD et refus des rapports sexuels.

3) Une partie des UD désocialisés : Offre de soins et de RDR non adaptée

→ Intrication forte de certains de ces sous groupes de populations d'UD



# Approfondir et interroger les données épidémiologiques

1) Collecte de **données « instantanées »** dans le volet épidémiologique car enquête transversale, durée du recueil : 30 à 40 mn (données biologiques et épidémiologiques)

2) Volet socio anthropologique : **Contextualiser et interroger épidémiologie**

- **Reconstituer les trajectoires biographiques** et repérer ruptures de vie propices à prise risque

- **Réinscrire les pratiques dans le contexte social** et les réseaux d'interdépendance

- Repérer les **logiques d'action** mises en œuvre par les UD dans des situations définies comme « objectivement » à risque par l'épidémiologiste

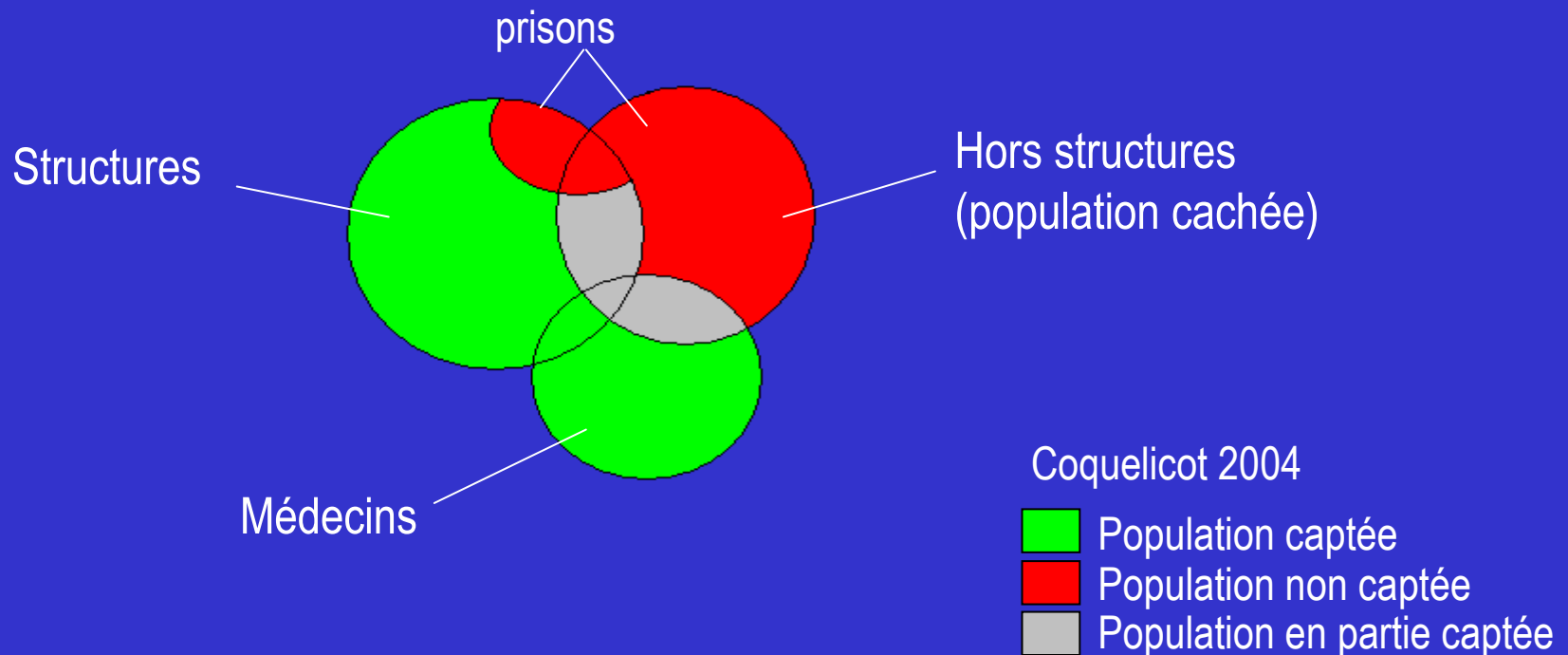
- Analyser le **sens** donné par les UD à la prise de risque / **hiérarchisation des risques** pour les UD (infectieux vs relationnel ou affectif), la capacité de négociation, et les stratégies de préservation de soi

# Discussion

- Pour la première fois, en France, l'étude Coquelicot a permis d'obtenir des estimations de la prévalence du VIH et VHC dans la population des UD pris en charge dans dispositifs de soin et de réduction des risques (**stratégie d'échantillonnage**)
  - Volet qualitatif a permis de **faire émerger des réseaux d'UD « invisibles »**, soit des **populations d'UD** non captées par les dispositifs spécialisés et l'enquête épidémiologique
  - Volet qualitatif a permis de mieux comprendre les raisons d'une prévalence VHC élevée (contexte de l'initiation à l'injection, contexte de la prise de risques, partage au sein du couple) et d'émettre des **recommandations de santé publique précises**
- Nécessité d'améliorer la prochaine édition **Coquelicot 2009-2010 (contenu du questionnaire et stratégie d'échantillonnage)**
- Contrat d'initiation ANRS pour travailler sur la méthodologie
  - En cours de réflexion : RDS ? Boule de neige ?
  - Contrainte : Faire un échantillon aléatoire et tenir compte de cet aléa.

# Perspectives

- Inclusion de 8 villes : Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille, **Rennes, Lyon, Toulouse**
- **Réduire le défaut de couverture** de la population fréquentant le dispositif : en incluant les dispositifs spécialisés en milieu pénitentiaire
- **Agrandir la population d'intérêt** en incluant dans le volet épidémiologique les « populations cachées » d'UD ne fréquentant aucune structure et repérées dans le volet socio-anthropologique.



# Contributeurs

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

**CNR VIH Tours** : F. Barin, F. Dubois

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

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

## Enquêteurs :

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

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

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

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

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

# Remerciements (1)

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

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

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

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

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

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

# Remerciements (2)

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

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

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

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

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