

Changements de comportements et infection à VIH parmi les usagers de drogues

Nathalie Beltzer

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (Paris)

**Risk
behaviour
change and
HIV infection
among
injection drug
users in
Montreal**
Brogly S.B.,
Bruneau J.,
Vincelette J.,
Lamothe F.,
Franco E.L.
AIDS, 2000,
14, 2575-25

En adoptant une approche "micro-comportementale" qui modélise au niveau individuel la prise de risque, cette étude menée à Montréal montre une réduction à court terme des pratiques à risques.

De nombreuses études rapportent l'efficacité, en termes d'usage de drogues et de comportements sexuels, des programmes de prévention à l'égard des usagers de drogues injectables (UDI) : un moindre partage de seringues, une réduction du nombre de partenaires avec lesquels a lieu ce partage, une diminution des rapports sexuels sans préservatif. Les évaluations économiques des programmes d'échange de seringues conduisent ainsi généralement à conclure à leur efficacité. Le traitement sous méthadone est également une intervention préventive efficace pour réduire l'incidence du VIH.

Toutefois, cette même littérature¹ souligne parallèlement la

persistance d'un taux de prévalence du VIH et le maintien des pratiques à risque à des taux encore trop élevés.

Ce constat a conduit les auteurs de cet étude à s'interroger sur les véritables liens entre changement de comportements et risque de contamination par le VIH. Ils posent l'hypothèse que les descriptions proposées des changements de comportements à risque ne sont pas un bon reflet de la pratique des UDI au niveau individuel. Les caractéristiques particulières de la population étudiée, notamment les discontinuités ou les ruptures dans les modes de vie des UDI, les fluctuations entre l'usage de drogues, l'abstinence et leur adhésion à des cohortes d'études rendent difficiles l'estimation, à travers un indicateur global, des changements dans les comportements à risque au niveau de l'individu.

C'est pourquoi, sur la base d'une cohorte d'UDI recrutée et suivie à Montréal entre janvier 1992 et juin 1998, il est proposé une analyse plus fine de l'association entre le changement des comportements à risque et la séroconversion au VIH de ces UDI canadiens.

Au cours de cette période, 833 UDI séronégatifs âgés de plus de 14 ans ont ainsi été régulièrement interrogés (au moment du recrutement, à trois mois, puis ensuite tous les 6 mois) sur leurs caractéristiques socio-démographiques et leurs pratiques sexuelles et d'usage de drogues. Un test de dépistage a également été effectué à chaque rencontre, révélant 53 séroconversions en six ans et demi.

Le suivi d'une telle cohorte de consommateurs de drogues permet de mesurer le changement des comportements à risque par la comparaison des déclarations recueillies dans les questionnaires remplis à chaque rencontre. Ainsi, un comportement à risque déclaré lors de deux périodes successives (t-2) et (t-1) sera défini comme un comportement *régulièrement* à risque. Un comportement à risque déclaré seulement en (t-2) ou en (t-1) sera qualifié de comportement *irrégulièrement à risque*, le comportement de référence étant défini par l'absence de pratiques à risque lors des deux périodes consécutives.

Il s'est agi ensuite, sur la base d'une régression multiple de Cox, d'analyser le lien entre les changements déclarés dans les pratiques régulièrement et irrégulièrement à risque et l'infection à VIH. On retrouve que, parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, l'infection à VIH est largement dépendante de l'adoption de comportements à risque, la régularité de ces comportements à risque rendant plus probable l'infection à VIH. Ainsi, le risque d'infection s'avère plus élevé pour les UDI partageant régulièrement leur matériel d'injection ou bien leurs seringues avec une personne séropositive, que pour ceux qui les partagent plus irrégulièrement. De même, les UDI déclarant être régulièrement sans domicile fixe ont un risque

plus élevé d'être contaminés par le VIH que les autres. Les indicateurs de comportements à risque d'infection à VIH mis en évidence par la régression sont en fait ceux habituellement discutés dans la littérature, le comportement sexuel n'étant ici pas intégré dans l'analyse.

Une seconde régression, dans laquelle sont différenciés les UDI qui déclarent un comportement à risque en (t-1) et non en (t-2) de ceux qui déclarent une pratique à risque en (t-2) et non en (t-1), démontre que le risque d'infection est d'autant plus élevé que la pratique à risque est récente. Comme les individus de la cohorte sont testés tous les trimestres, ceux qui se révéleront séropositifs au VIH seront ceux qui auront déclaré un comportement à risque au cours des 3 derniers mois.

Au delà de la simple étude causale des liens entre pratiques régulières ou irrégulières des risques et le taux d'infection à VIH, le suivi de cette cohorte permet de souligner que, malgré une réapparition des comportements régulièrement à risque à long terme, les épisodes de rechute restent plus fréquents à court terme que le maintien des pratiques à risque. Ces résultats convergent avec ceux d'autres études ayant observé une réduction à court terme des comportements à risque.

Les auteurs s'interrogent également sur l'impact des spécificités socioculturelles de Montréal qui pourraient engendrer cette fréquence élevée des épisodes de rechute. Ainsi, bien que les UDI puissent se procurer facilement du matériel d'injection stérile auprès des officines de pharmacie, cette offre s'avère insuffisante face à la demande, créant une pénurie de seringues saines et contribuant donc aux partages de seringues. Ensuite, les programmes d'échange de seringues, supports avérés de la prévention du VIH à l'égard des UDI, sont, on le sait aujourd'hui², davantage fréquentés par une population ayant un profil de risque très élevé : faible revenu, plus grand partage du matériel d'injection avec leurs partenaires, connaissance plus fréquente de personnes séropositives... rendant plus aléatoire l'adoption durable de comportements à faible risque de contamination.

Même si cet article ne présente pas clairement les véritables liens au niveau individuel entre les changements de comportement et le risque de contamination par le VIH, il a le mérite de souligner que les limites de certaines actions de prévention peuvent s'expliquer en partie par le contexte socioculturel local, tel que le rationnement existant dans le système de soins (inadéquation entre l'offre et la demande de matériels stériles).

Cet étude révèle enfin l'intérêt des approches de type "micro-comportemental" qui, en modélisant à un niveau individuel la prise de risque, permettraient d'appréhender les

motivations des UDI dans le choix ou non des comportements à risque. Ces UDI ne poursuivent a priori pas les mêmes objectifs de prévention que la collectivité dans son ensemble.

1 - Van Ameijden EJ, Coutinho RA

" Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users "

AIDS, 1998, 12, 6, 325-33

2 - Lamothe F, Bruneau J, Franco E et al.

" New sharing partners encounter places among needle exchange attenders "

Int Conf AIDS 1998, 12, 378 (abstract 23187)