



Protocole technique relatif aux maladies infectieuses liées aux drogues – enquêtes sur le VIH et les hépatites virales chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Mentions légales

Ni l'EUDA ni aucune autre personne agissant pour le compte de l'EUDA n'est responsable de l'utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans la présente publication.

© Agence de l'Union européenne sur les drogues, 2024

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Ce document a été élaboré par Ida Sperle-Heupel (Institut Robert Koch) et Ruth Zimmermann (Institut Robert Koch) dans le cadre du contrat EUDA CT.22.HEA.0108.1.0, coordonné par Thomas Seyler (EUDA) et Filippo Pericoli (EUDA), avec la précieuse contribution des membres du groupe de travail de l'EUDA: Vana Sypsa (Université nationale et capodistrienne d'Athènes), Sharon Hutchinson (Université calédonienne de Glasgow), Carole Devaux (Institut luxembourgeois de la santé), Martin Kåberg (Institut Karolinska), Marie Jauffret-Roustide (Inserm), Anda Țîvîte-Urtâne (Université Stradins de Riga), Erika Duffell (ECDC).

Cette publication doit être référencée comme suit: Agence de l'Union européenne sur les drogues (2024), *Protocole technique relatif aux maladies infectieuses liées aux drogues – enquêtes sur le VIH et les hépatites virales chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*, EUDA, Lisbonne.

Remarque: Cette version corrige certaines erreurs typographiques et de mise en forme et améliore l'accessibilité par rapport à l'original.



Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal
Tél.: +351 211210200

info@euda.europa.eu | www.euda.europa.eu | twitter.com/euda | facebook.com/euda

Table des matières

Abréviations	5
Introduction	6
Contexte	6
Comment utiliser ce protocole technique?	6
Mise à jour et diffusion du protocole technique	6
But et objectifs du protocole technique.....	7
Étapes de la planification et de la mise en œuvre d'une enquête	7
Points à prendre en considération lors de la planification d'une enquête	7
Évaluation des données disponibles et des besoins pour l'enquête	7
Définition d'objectifs clairs pour l'enquête	7
Identification de potentiels partenaires et parties prenantes	8
Réalisation de l'étude – de la définition de la population étudiée à la communication des résultats.....	9
Plans d'étude	12
Définition de la population étudiée	15
Échantillonnage, recrutement et sites d'étude	16
Calcul de la taille de l'échantillon	16
Méthodes d'échantillonnage et de recrutement.....	18
Motivation à participer	22
Sites de recrutement et d'étude	23
Prélèvement et analyse d'échantillons.....	26
Collecte, gestion et analyse des données.....	29
Collecte de données	29
Gestion des données	30
Analyse des données.....	30
Considérations éthiques et protection des données	42
Protection des données	42
Considérations éthiques et protection des données	42
Aspects logistiques.....	42
Financement et coûts.....	42
Équipe chargée de l'étude et formation.....	43
Calendrier	44
Communication des résultats, plans de diffusion	44
Références.....	46
Annexes	48

Figures

Figure 1: Étapes de la planification et de la mise en œuvre d'une étude10

Figure 2: Population cible et base de sondage dans le cadre de l'enquête sur échantillon ...18

Tableaux

Tableau 1: Potentiels partenaires et parties prenantes 8

Tableau 2: Plans d'étude pour les enquêtes auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse13

Tableau 3: Définition de la population à l'étude15

Tableau 4: Formules de calcul de la taille de l'échantillon17

Tableau 5: Méthodes d'échantillonnage probabilistes.....20

Tableau 6: Méthodes d'échantillonnage non probabilistes.....21

Tableau 7: Considérations relatives à la sélection des sites d'étude et de recrutement23

Tableau 8: Sites de recrutement et d'étude (conformément au rapport de l'EUDA dans FONTE)24

Tableau 9: Test de dépistage de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH sur des échantillons biologiques – tests disponibles par type d'échantillon (applicable aux usagers de drogues par voie intraveineuse dans les structures à bas seuil d'exigences, y compris les services de proximité)27

Tableau 10: Marqueurs du VHB minimaux, recommandés et facultatifs et interprétation.....28

Tableau 11: Marqueurs du VHC minimaux et recommandés et interprétation28

Tableau 12: Marqueurs VIH minimaux, recommandés et facultatifs et interprétation29

Tableau 13: Indicateurs de l'apparition des maladies, facteurs de risque et interventions chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.....32

Abréviations

CV	charge virale
DRID	maladies infectieuses liées aux drogues
EASL	Association européenne pour l'étude du foie
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EEE	Espace économique européen
EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
EUDA	Agence de l'Union européenne sur les drogues
IST	infections sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PEAS	programme d'échange d'aiguilles et de seringues
PrEP	prophylaxie avant exposition
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
PWID	usagers de drogues par voie intraveineuse
RDS	respondent-driven sampling (échantillonnage en fonction des personnes interrogées)
RVS	réponse virologique soutenue
TAO	traitement par agonistes opioïdes
TAR	traitement antirétroviral
UE	Union européenne
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Contexte

La consommation de drogues augmente le risque d'infections par le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC), et les maladies infectieuses liées aux drogues contribuent à une morbidité et à une mortalité élevées chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Degenhardt et al., 2016; 2017; 2023). De plus, dans de nombreux pays, l'insuffisance de la couverture des services de réduction des risques et les obstacles structurels existants continuent de limiter l'accès aux soins de santé pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, ce qui contribue à ce que cette population clé soit touchée de manière disproportionnée par le VIH et les hépatites virales (EMCDDA, 2021; WHO, 2022).

L'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) ⁽¹⁾ surveille les dommages liés à la drogue, y compris les maladies infectieuses liées aux drogues et les mesures préventives à l'égard des usagers de drogues par voie intraveineuse, dans l'Union européenne (UE). Dans le contexte de l'éradication de l'épidémie de VIH/SIDA et de l'élimination des hépatites virales en tant que menace pour la santé publique, les indicateurs épidémiologiques de base recueillis auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse présentent un intérêt dans le cadre du suivi des progrès accomplis. En outre, il est essentiel de suivre les interventions clés afin d'identifier les lacunes et les domaines dans lesquels une intensification des efforts est nécessaire afin de progresser vers la réalisation des objectifs de développement durable en matière de VIH et d'hépatites virales.

Comment utiliser ce protocole technique?

Ce protocole technique décrit les étapes clés à suivre et les éléments clés à prendre en considération pour décider si et comment mettre en place une enquête de suivi des maladies infectieuses liées aux drogues, des facteurs de risque connexes et des interventions préventives chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. La méthode d'enquête la plus appropriée dépendra du contexte spécifique, des besoins et des lacunes en matière de données dans un pays ou un cadre spécifique. Par conséquent, diverses options, ainsi que leurs avantages et inconvénients, sont présentées dans chacune des sections de ce protocole. En outre, des exemples de bonnes pratiques provenant de pays européens sont inclus pour servir d'exemples pratiques des différentes étapes de l'enquête. Dans chacune des sections, vous trouverez des liens vers des documents, protocoles et publications pertinents dans les encadrés «*Pour aller plus loin*», si vous souhaitez des informations plus détaillées.

Mise à jour et diffusion du protocole technique

Ce protocole est basé sur la boîte à outils DRID (EMCDDA, 2013). Il a été mis à jour grâce à une synthèse de méthodologies fondées sur des données probantes et à un effort collaboratif impliquant l'EUDA, deux consultants et un groupe d'experts européens spécialisés en épidémiologie et en études d'observation des usagers de drogues par voie

(1) L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies est devenu l'Agence de l'Union européenne sur les drogues en juillet 2024.

intraveineuse. Ce protocole sera disponible sur le site web de l'EUDA et partagé avec le réseau des maladies infectieuses liées aux drogues (réseau DRID) en vue d'une diffusion plus large. Grâce à la possibilité d'inclure de nouveaux exemples de bonnes pratiques issus d'enquêtes, ce protocole sera un document évolutif, garantissant l'intégration des méthodes les plus récentes issues d'enquêtes menées dans l'UE/EEE. Ce protocole technique sera mis à jour si nécessaire afin de tenir compte de l'évolution des éléments probants, des méthodes disponibles et des interventions.

But et objectifs du protocole technique

L'objectif principal de ce protocole est d'aider les États membres de l'UE/EEE à planifier et à élaborer des enquêtes en vue d'un suivi normalisé de la prévalence des maladies infectieuses liées aux drogues parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, ainsi que des facteurs de risque et des interventions préventives, aux niveaux local, régional ou national.

Étapes de la planification et de la mise en œuvre d'une enquête

En fonction des objectifs de l'enquête, de la population étudiée ainsi que des méthodes d'échantillonnage et de recrutement, les étapes à suivre lors de la mise en œuvre d'une enquête varieront. Le contexte et les besoins d'un pays ou d'un cadre donné détermineront l'approche la plus appropriée. Il est également important de noter que la faisabilité de la mise en œuvre des suggestions ou des exemples de bonnes pratiques dépendra du contexte.

Points à prendre en considération lors de la planification d'une enquête

Lors de la planification d'une enquête auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse, certains points doivent d'abord être pris en considération. Ces premiers éléments peuvent également définir le plan d'étude ainsi que les méthodes d'échantillonnage et de recrutement les plus appropriées.

Évaluation des données disponibles et des besoins pour l'enquête

Un examen des informations disponibles est nécessaire pour décider de l'objet et des objectifs de l'enquête. Parmi les sources d'information possibles figurent les rapports de surveillance (y compris les rapports du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), de l'EUDA et de l'OMS) et les publications disponibles au niveau national, régional ou local. En outre, il convient de prendre en considération la nécessité de déclarer les maladies infectieuses liées aux drogues à l'EUDA ⁽²⁾ ainsi que les lacunes qui peuvent être comblées grâce à la collecte de données dans le cadre de l'enquête.

Définition d'objectifs clairs pour l'enquête

En fonction des besoins en matière de santé publique, ainsi que des lacunes dans la recherche et des informations manquantes pour les actions de santé publique et les rapports

⁽²⁾ Les indicateurs à communiquer à l'EUDA figurent dans le tableau 13.

à l'EUDA, les objectifs et les questions de recherche doivent être clairement définis. Dans la même logique, tant les effets visés par la collecte et l'analyse des données que la population étudiée doivent être définis. Il peut s'agir, par exemple, des usagers de drogues par voie intraveineuse suivant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) ou fréquentant d'autres services de réduction des risques.

Voici quelques exemples d'objectifs d'une enquête menée auprès d'usagers de drogues par voie intraveineuse pour recueillir des données relatives aux maladies infectieuses liées aux drogues:

- estimer la prévalence des maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse;
- identifier les principaux facteurs de risque et comportements préventifs chez les usagers de drogues par voie intraveineuse;
- évaluer l'accès au dépistage et au traitement des maladies infectieuses liées aux drogues;
- recueillir des données sur les indicateurs de base pour l'établissement de rapports nationaux et internationaux.

Identification de potentiels partenaires et parties prenantes

Il est important de mettre en place des partenariats et de veiller à ce que l'enquête couvre les besoins des principales parties prenantes, en particulier de la population cible. La participation et l'inclusion des parties prenantes et des partenaires vont de la contribution et de l'expertise à la planification de l'enquête jusqu'à la communication des résultats. En fonction du pays et du contexte local, les parties prenantes et les partenaires les plus appropriés peuvent varier. Les partenaires potentiels et les idées relatives à leur rôle et à leur contribution sont présentés dans le [tableau 1](#).

Tableau 1: Potentiels partenaires et parties prenantes

Potentiels partenaires	Idées concernant leur rôle/contribution
Agences gouvernementales	Sensibilisation, contribution aux politiques et diffusion des résultats des enquêtes
Organisations non gouvernementales	Sensibilisation et contribution politique, échantillonnage, recrutement, site d'étude et diffusion des résultats de l'enquête
Structures à bas seuil d'exigences	Sensibilisation, échantillonnage, recrutement, site d'étude et diffusion des résultats de l'enquête
Pairs issus de la population cible (usagers de drogues par voie intraveineuse)	Sensibilisation, échantillonnage, recrutement et diffusion des résultats de l'enquête
Sites cliniques ou médicaux (par exemple, sites de TAO)	Sensibilisation, échantillonnage, recrutement, site d'étude et orientation vers les soins (traitement)
Universités et organismes/instituts de recherche	Sensibilisation, recrutement, soutien méthodologique et rédaction, ainsi que diffusion des résultats de l'enquête

Réalisation de l'étude – de la définition de la population étudiée à la communication des résultats

Les étapes de la planification et de la mise en œuvre d'une enquête, telles qu'illustrées dans la [figure 1](#), sont décrites dans les sections suivantes. Il est important de noter que le concept de *données pour l'action* doit être intégré à toutes les étapes du processus, de la planification à la mise en œuvre et à la communication des résultats.

Figure 1: Étapes de la planification et de la mise en œuvre d'une étude

Study design	Cross-sectional	Repeated cross-sectional	Cohort	Diagnostic/routine tests
Study population	People who have injected drugs in the last 30 days		People who have injected drugs in the last 12 months	
	People who have ever injected drugs			
Sampling frame (¹)	Registries, e.g. at low-threshold services			
Sampling methods	Probability-based		Non-probability-based	
	Simple random	Systematic	Simple snowball	Convenience
	Time-location	RDS (²)	Community-based outreach	
Sample size calculation (Schaeffer et al., 1990)	Will depend on different factors, e.g. expected prevalence and study design			
Study sites	Low-threshold services	Other	Drug treatment centres	
Recruitment	Outreach (preferably peer-to-peer)		Low-threshold services (preferably peer-to-peer)	
Specimen collection	Dried blood spots from capillary blood	Serum from venous blood	Capillary blood	Oral fluid
Laboratory testing	Central laboratory		Point of care	
Additional data collection	Demographics spots	Testing and treatment experience of DRID		
	Risk factors	Preventive behaviour (access to harm reduction services, e.g. OAT, NSP, naloxone), HBV vaccination, HIV-PrEP		
Data protection	Data collection tool (questionnaire, online, paper-based, phone)		Transfer of data (encryption)	Access to and storage of data
Ethical considerations	Ethical board approval			
Data analysis	Descriptive analysis of participants (time, place, person)		Measures of disease occurrence (incidence (incidence rate), prevalence)	
	Measures for association between disease and exposure (e.g. risk factors)			
Dissemination of results	Communication channel: online (social media), website, newsletter			
	Format: scientific manuscript/presentation, report, policy brief			
Study design		Plan d'étude		
Cross-sectional		Transversale		
Repeated cross-sectional		Transversale répétée		
Cohort		De cohorte		
Diagnostic/routine tests		Tests diagnostiques/de routine		

Protocole technique relatif aux maladies infectieuses liées aux drogues: enquêtes sur le VIH et les hépatites virales chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Study population People who have injected drugs in the last 30 days People who have injected drugs in the last 12 months People who have ever injected drugs	Population à l'étude Personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours Personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois Personnes ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse
Sampling frame ⁽¹⁾ Registries, e.g. at low-threshold services	Base de sondage ⁽¹⁾ Registres, par exemple des structures à bas seuil d'exigences
Sampling methods Probability-based Non-probability-based Community-based outreach Convenience Simple snowball Systematic Simple random RDS ⁽²⁾ Time-location	Méthodes d'échantillonnage Probabiliste Non probabiliste Sensibilisation au niveau local De commodité Boule de neige simple Systématique Aléatoire simple RDS ⁽²⁾ Temps-lieu
Sample size calculation (Schaeffer et al., 1990) Will depend on different factors, e.g. expected prevalence and study design	Calcul de la taille de l'échantillon (Schaeffer et al., 1990) Dépendra de différents facteurs, par exemple de la prévalence attendue et du plan d'étude
Study sites Low-threshold services Other Drug treatment centres	Sites d'étude Structures à bas seuil d'exigences Autres Centres de désintoxication
Recruitment Outreach (preferably peer-to-peer) Low-threshold services (preferably peer-to-peer)	Recrutement Sensibilisation (de préférence entre pairs) Structures à bas seuil d'exigences (de préférence entre pairs)
Specimen collection Dried blood spots from capillary blood Serum from venous blood Capillary blood Oral fluid	Collecte d'échantillons Taches de sang séché provenant de sang capillaire Sérum de sang veineux Sang capillaire Fluide oral
Laboratory testing Central laboratory Point of care	Tests de laboratoire Laboratoire central Lieu d'administration des soins
Additional data collection Demographics spots Testing and treatment experience of DRID Risk factors Preventive behaviour (access to harm reduction services, e.g. OAT, NSP, naloxone), HBV vaccination, HIV-PrEP	Collecte de données supplémentaires Lieux démographiques Expérience en matière de dépistage et de traitement des maladies infectieuses liées aux drogues Facteurs de risque Comportement préventif (accès aux services de réduction des risques, par exemple TAO, PEAS, naloxone), vaccination contre le VHB, PrEP au VIH
Data protection Data collection tool (questionnaire, online, paper-based, phone) Transfer of data (encryption) Access to and storage of data	Protection des données Outil de collecte de données (questionnaire, en ligne, sur support papier, par téléphone) Transfert des données (cryptage) Accès aux données et stockage des données
Ethical considerations Ethical board approval	Considérations éthiques Approbation du comité d'éthique
Data analysis Descriptive analysis of participants (time, place, person) Measures of disease occurrence (incidence (incidence rate), prevalence) Measures for association between disease and exposure (e.g. risk factors)	Analyse des données Analyse descriptive des participants (date, lieu, personne) Mesures de l'apparition des maladies [incidence (taux d'incidence), prévalence] Mesures d'association entre la maladie et l'exposition (par exemple, les facteurs de risque)
Dissemination of results Communication channel: online (social media), website, newsletter Format: scientific manuscript/presentation, report, policy brief	Diffusion des résultats Canal de communication: en ligne (réseaux sociaux), site web, bulletin d'information Format: manuscrit/présentation scientifique, rapport, note d'orientation

⁽¹⁾ Les bases de sondage (une liste incluant l'ensemble de la population cible; pour plus d'informations, voir le point Méthodes d'échantillonnage et de recrutement) ne sont souvent pas disponibles pour les usagers de drogue par voie intraveineuse.

⁽²⁾ Le RDS est basé sur un échantillonnage non probabiliste, mais des estimations probabilistes peuvent en être dérivées.

Plans d'étude

Il existe différents plans d'étude, et le choix du plan le plus approprié dépendra du but et des objectifs de l'enquête. Il dépendra également des ressources disponibles (temps et personnel), des structures existantes et des collaborations pour le recrutement, ainsi que des sites d'étude. Les différentes possibilités de plans d'étude, les indicateurs qui peuvent être collectés et les avantages et les inconvénients des divers plans d'étude sont présentés dans le [tableau 2](#).

La combinaison de sources de données, qu'il s'agisse de données d'enquête et de données administratives, ou de données entièrement basées sur des données administratives, est souvent appelée liaison d'enregistrements (McLeod et al., 2021; Yeung et al., 2022). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un plan d'étude en soi, il s'agit d'une approche de plus en plus rentable qui peut être intégrée à n'importe quel protocole d'étude. Cette approche consiste à relier des enregistrements de données provenant de différentes sources de données à l'aide d'un identifiant de données unique. Cette approche permet d'estimer la prévalence et de signaler les facteurs de risque et de prévention (si les données sont disponibles). Le défi de cette approche réside dans le fait qu'elle nécessite un accès sécurisé à des bases de données qui ne sont pas nécessairement sous le contrôle direct de l'équipe chargée de l'étude. En l'absence de financement pour une enquête de plus grande envergure, il s'agit d'une bonne option pour garantir la durabilité du suivi continu.

Tableau 2: Plans d'étude pour les enquêtes auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse

Plan d'étude	Description	Indicateurs	Observations (coûts, faisabilité)	Avantages	Inconvénients	Meilleures pratiques/ exemples
Étude transversale	Étude d'observation dans laquelle la maladie et d'autres variables d'intérêt sont mesurées à un seul moment.	Prévalence, facteurs de risque et de protection (rapport des cotes).	Peut être mise en place avec relativement peu de ressources.	Peu coûteuse, mesures effectuées à un seul moment.	Un aperçu de la situation actuelle, sans composante temporelle ni informations sur l'ordre des événements. Il existe un risque que les personnes souffrant de maladies infectieuses liées aux drogues ou les usagers de drogues par voie intraveineuse de longue durée soient surreprésentés par rapport à ceux de courte durée.	Allemagne: DRUCK 1, DRUCK 2.0
Étude transversale répétée	Identique à l'étude transversale, mais avec des mesures répétées à plus d'un moment si elles sont mises en place à l'aide de méthodes comparables. Diffère de l'étude de cohorte car elle n'implique pas nécessairement les mêmes participants.	Incidence, prévalence, facteurs de risque et comportements préventifs (rapport des cotes, risque relatif).	Peut être mise en place avec relativement peu de ressources.	Permet de découvrir des tendances (grâce à la répétition des mesures) et inclut donc la composante temporelle.	Il est nécessaire de mettre en place un système permettant d'identifier les personnes qui participent plus d'une fois, par exemple au moyen d'un identifiant unique.	Grèce: ARISTOTLE, ARISTOTLE HCV-HIV, ALEXANDROS Écosse: Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI)
Étude de cohorte	Une étude d'observation dans laquelle une cohorte est suivie sur une période donnée.	Incidence, prévalence, facteurs de risque et comportement préventif (risque relatif).	Généralement plus coûteuses que les enquêtes transversales, étant donné que la cohorte est suivie sur une période donnée.	Possibilité de collecter des données sur la continuité des soins, et comprend la composante temporelle.	Demande des ressources plus importantes (sur le plan financier et en termes de personnel et de temps). Il est également nécessaire de garantir une participation continue au sein de la cohorte et de réduire au minimum le taux d'abandon.	Suède: Prise en charge du VHC dans une clinique proposant un programme d'échange d'aiguilles et de seringues (PEAS) à Stockholm (étude de cohorte ouverte basée sur un registre).

Plan d'étude	Description	Indicateurs	Observations (coûts, faisabilité)	Avantages	Inconvénients	Meilleures pratiques/ exemples
Tests diagnostiques de routine	Tests d'observation diagnostiques de routine effectués dans des environnements cliniques, de TAO, carcéraux ou à bas seuil d'exigences.	Taux de positivité en tant qu'indicateur de la prévalence.	Peu coûteuse et données facilement disponibles. Si des ressources sont disponibles pour l'une des autres méthodes, les tests diagnostiques de routine ne sont pas recommandés pour estimer la prévalence. Pour être considérée comme une méthode d'estimation potentiellement valable de la prévalence, les exigences minimales sont les suivantes: 1) identification/suppression des doublons; 2) description de la population source (qui est testé? Pourquoi?).	Si aucun financement n'est disponible pour une enquête de plus grande envergure, c'est une bonne option. La durabilité pourrait être plus facile à garantir si un suivi continu à l'aide de ces données est mis en place. L'utilisation de tests diagnostiques à partir de données de dépistage de routine peut aussi idéalement être liée aux données de traitement et à d'autres données administratives.	Représentera une certaine sous-population qui fréquente ces structures, susceptible de présenter un risque plus ou moins élevé de maladies infectieuses liées aux drogues, selon les structures. Étant donné que cette approche ne repose sur aucune stratégie d'échantillonnage, il existe également un risque élevé de biais de sélection en fonction de la couverture du dépistage auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse dans les différents contextes, ainsi qu'un risque de doublons. Étant donné que les données déjà disponibles seront utilisées, il n'y a que peu ou pas de contrôle sur la collecte de données, y compris sur les indicateurs supplémentaires à recueillir au moyen, par exemple, d'un questionnaire.	Suède: Prise en charge du VHC dans une clinique proposant un programme d'échange d'aiguilles et de seringues (PEAS) à Stockholm.

Définition de la population étudiée

La population étudiée est une sous-population de la population cible de l'enquête. Lors de la sélection et de la définition de la population étudiée, il est important de revenir aux objectifs et de réfléchir aux fins auxquelles les résultats doivent être utilisés ainsi qu'à la population cible sur laquelle l'on souhaite établir un rapport. Dans le contexte du VHB, du VHC et du VIH, les personnes présentant le risque le plus élevé sont celles qui ont des antécédents plus récents de consommation de drogues par voie intraveineuse: celles qui ont déclaré avoir consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours ou au cours des 12 derniers mois.

Aux fins du suivi au niveau européen, l'EUDA utilise la définition suivante pour les usagers de drogues par voie intraveineuse: personnes ayant consommé par injection intraveineuse une ou plusieurs substances psychoactives sans prescription médicale ⁽³⁾ au cours des 12 derniers mois.

Il existe toutefois différentes options, et si une enquête ou une étude est déjà en cours ou a été mise en place, il peut être difficile de modifier la définition. Le [tableau 3](#) présente certaines options à prendre en considération.

Alors que la plupart des enquêtes et des études de surveillance se concentrent soit sur les personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois, soit sur celles ayant déjà consommé des drogues par intraveineuse, les besoins et le contexte locaux peuvent nécessiter de modifier la définition de la population étudiée. Vous pouvez cibler certaines sous-populations et ajouter des critères d'inclusion ou d'exclusion afin de restreindre la population à l'étude. Le cadre de recrutement peut également avoir une incidence sur la sous-population spécifique étudiée. Par exemple, si le recrutement a lieu dans des contextes spécifiques, tels que les services de TAO ou d'autres services de réduction des risques, les modes de consommation de drogues et de risques de la population incluse peuvent varier en conséquence.

Tableau 3: Définition de la population à l'étude

Définition	Observations
Recommandé	
Personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois (usagers récents de drogues par voie intraveineuse)	Cette définition inclut les usagers récents de drogues par voie intraveineuse et correspond à la définition de l'EUDA, à savoir les personnes présentant un risque plus élevé de nouvelles infections par rapport, par exemple, aux personnes ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse. Ces usagers récents peuvent également avoir un âge médian inférieur à celui des personnes ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse. Il convient de noter que les personnes ayant consommé des drogues par injection au cours des 30 derniers jours sont incluses dans ce groupe.

⁽³⁾ Par exemple, les patients qui s'injectent des médicaments en toute sécurité sur la base d'une prescription médicale ne sont pas inclus.

Autres options	
Personnes ayant déjà consommé des drogues par injection au cours de leur vie	Cette définition inclura toutes les personnes qui ont déjà consommé des drogues par voie intraveineuse et est susceptible d'inclure un sous-groupe dont l'âge médian est plus élevé et pour lequel le risque de maladies infectieuses liées aux drogues est plus faible, qui ne présente peut-être plus de risque accru de ces maladies. En outre, ce groupe pourrait inclure une proportion plus élevée de personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il convient de noter que les personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours sont incluses dans ce groupe.
Usagers de drogues par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours (usagers actuels de drogues par voie intraveineuse)	Cette définition inclura les personnes qui s'injectent actuellement des drogues et celles qui sont actuellement exposées à un risque élevé. Il s'agit d'un sous-groupe important pour les questions spécifiques sur les comportements actuels en matière de risques/de prévention.

Il peut également être nécessaire d'élargir la définition de la population étudiée dans le cas où une population spécifique serait particulièrement représentée dans une certaine zone ou sur un certain site d'étude. La stratification en fonction de l'usage de certaines substances, indépendamment du mode de transmission (par exemple, les consommateurs de crack ou les consommateurs d'opioïdes non injectables), peut également présenter un intérêt dans certains contextes.

La stratification des données peut fournir une vue d'ensemble de la situation parmi les sous-populations d'intérêt: par exemple, les personnes âgées de moins de 18 ou 25 ans, celles issues de l'immigration ou ayant connu le sans-abrisme, ou encore celles vivant dans certaines zones géographiques (ou zones urbaines par rapport aux zones rurales).

Échantillonnage, recrutement et sites d'étude

En ce qui concerne les enquêtes ciblant les usagers de drogues par voie intraveineuse, il existe souvent un chevauchement entre l'échantillonnage, le recrutement et les sites d'étude. En effet, une base de sondage n'est généralement pas disponible sous sa forme la plus pure, c'est-à-dire sous la forme d'une liste à partir de laquelle un échantillon peut être prélevé. Dans les sections ci-dessous, ces étapes sont décrites avec des exemples et des suggestions sur la manière de planifier et d'effectuer l'échantillonnage et le recrutement, ainsi que sur les sites d'étude qui seraient appropriés pour les enquêtes ciblant les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Calcul de la taille de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon intègre les exigences de précision statistique dans la planification de l'échantillonnage. Différents paramètres prédéfinis sont nécessaires à cet effet et reflètent généralement des hypothèses plausibles concernant l'état réel de la sous-population. Ces paramètres influencent à leur tour la taille de l'échantillon et la précision de vos estimations.

Si l'objectif de l'enquête est de mesurer la prévalence, alors la prévalence attendue est nécessaire pour le calcul de la taille de l'échantillon, entre autres paramètres. Cependant,

souvent, plusieurs maladies font l'objet d'une enquête, et la prévalence attendue des différentes maladies n'est généralement pas la même. À titre d'exemple, si vous examinez exclusivement la prévalence du VHC, vous pouvez inclure la prévalence attendue du VHC. Toutefois, si vous incluez simultanément le VHB, le VHC et le VIH dans votre enquête, le calcul de la taille de l'échantillon peut dépendre de la prévalence attendue des trois maladies. L'approche recommandée consiste à calculer la taille de l'échantillon requise pour chaque prévalence/maladie donnée, puis à fonder la planification ultérieure de l'enquête sur la taille maximale de l'ensemble des trois tailles d'échantillon calculées (si des ressources sont disponibles). Dans l'ensemble, une taille d'échantillon plus petite signifie une précision moindre.

La manière dont la taille de l'échantillon est calculée dépend également de l'objectif principal de l'étude. Si l'objectif est d'estimer la prévalence (proportion simple), la formule suivante doit être utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

Proportion simple:

- la taille de l'échantillon requise n
- l'effet du plan (d_{eff}) [pour tenir compte des erreurs liées à l'échantillonnage, un échantillonnage aléatoire simple aura un effet de plan moins important (si échantillon aléatoire: 1, pour RDS minimum 2, de préférence 3 ou 4)]
- la taille de la population N
- la proportion supposée p
- $q = 1 - p$
- la précision absolue souhaitée ou le niveau absolu de précision d

$$n = d_{\text{eff}} \times \frac{Npq}{\frac{d^2}{1,96^2}(N - 1) + pq}$$

Pour obtenir une estimation approximative et une idée de la taille de l'échantillon nécessaire à la planification ultérieure de l'enquête, il est possible d'utiliser la source ouverte «[OpenEpi](#)». La taille de l'échantillon peut également être calculée à l'aide d'un logiciel statistique. La commande/le code pour STATA et R sont indiqués dans le [tableau 4](#).

Tableau 4: Formules de calcul de la taille de l'échantillon

Commande STATA	Code R
power oneproportion .009 .018, p(.8) (si la prévalence attendue est de 0,9 %, l'IC supérieur est de 1,8 % et la puissance est de 80 %) ⁽¹⁾	<pre>required <- function(N=Inf, p=0.05, d=0.01, alpha=0.05, deff=1){ q = 1-p z = qnorm(1-alpha/2) if (is.infinite(N)){ n = deff * p*q/(d^2/z^2) }else{ n = deff * N*p*q/(d^2/z^2 * (N-1) + p*q) } return(ceiling(n)) }</pre>

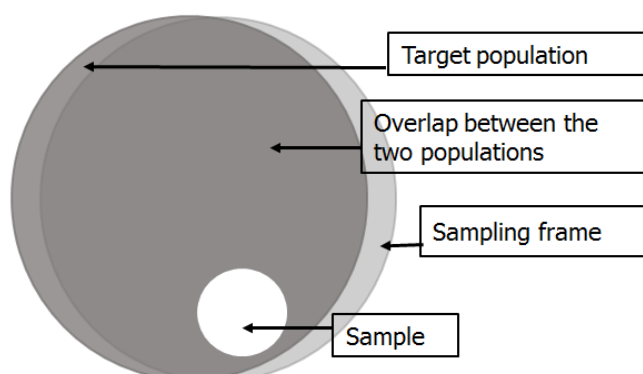
⁽¹⁾ Cette commande STATA ne comprend pas le nombre correspondant à la population de référence, mais les autres hypothèses sont incluses (et exécutées en arrière-plan).

Lors de la réalisation et de la planification de l'enquête, il convient de faire preuve d'une certaine prudence lorsque la taille de la population est faible. Dans de tels cas, la précision pourrait être moindre. De plus, si une stratification est prévue, par exemple entre les hommes et les femmes, la précision pourrait changer. Cela est particulièrement important pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, où la proportion d'hommes est souvent plus importante que celle des femmes.

Méthodes d'échantillonnage et de recrutement

Dans l'ensemble, deux principales méthodes d'échantillonnage sont utilisées dans les enquêtes: l'échantillonnage probabiliste et l'échantillonnage non probabiliste. Pour l'échantillonnage probabiliste, chaque membre de la population cible doit avoir une probabilité connue d'être sélectionné en tant que participant à l'étude. Les approches les plus courantes pour l'échantillonnage probabiliste comprennent l'échantillonnage aléatoire simple, l'échantillonnage systématique, l'échantillonnage stratifié et l'échantillonnage groupé. Pour générer un échantillon probabiliste, une base de sondage est nécessaire, c'est-à-dire une liste qui inclut l'ensemble de la population cible à partir de laquelle l'échantillon sera prélevé (figure 2). La base de sondage doit être bien définie et accessible pour le prélèvement de l'échantillon.

Figure 2: Population cible et base de sondage dans le cadre de l'enquête sur échantillon



Target population

Overlap between the two populations

Sampling frame

Sample

Population cible

Chevauchement entre les deux populations

Base de sondage

Échantillon

Source: <http://www.theanalysisfactor.com/target-population-sampling-frame/>

Pour les enquêtes incluant des usagers de drogues par voie intraveineuse, un registre dans lequel l'ensemble de la population cible est répertorié n'est généralement pas disponible, et d'autres bases de sondage doivent être définies. Il peut s'agir, par exemple, des structures à bas seuil d'exigences par l'intermédiaire desquelles les usagers de drogues par voie intraveineuse sont invités à participer lorsqu'ils fréquentent ces structures. Toutefois, s'il existe un registre disponible dans la structure à bas seuil (ou dans d'autres institutions), celui-ci peut servir de base de sondage et il est possible de prélever un échantillon de façon aléatoire ou systématique à partir de ce registre et d'inviter ces personnes à participer, en gardant à l'esprit que les résultats ne concernent que les personnes fréquentant ce service.

Toutefois, bien que les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent un groupe diversifié, ils partagent certaines caractéristiques qui peuvent rendre difficile l'échantillonnage et le recrutement de ces personnes pour les enquêtes. Il s'agit, par exemple, de la méfiance à l'égard des systèmes et des chercheurs qui collectent des données, ainsi que des problèmes d'inclusion (non pris en compte dans les statistiques officielles ou peut-être sans abri/rarement chez soi) (Collier et al., 2017; Léon et al., 2016). Par conséquent, d'autres méthodes d'échantillonnage et de recrutement, principalement fondées sur des services de réduction des risques, y compris la sensibilisation et l'échantillonnage et le recrutement entre pairs, sont souvent plus adaptées aux usagers de drogues par voie intraveineuse ([tableaux 5 et 6](#)).

Tableau 5: Méthodes d'échantillonnage probabilistes

Méthode d'échantillonnage	Description	Avantages	Inconvénients
Échantillonnage sur site/structure	Il s'agit d'une approche pragmatique qui consiste à utiliser les structures existantes destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse, tels que les PEAS, les TAO et autres lieux, pour effectuer des prélèvements. Celles-ci sont accessibles aux usagers de drogues par voie intraveineuse et permettent une couverture élevée. Cette méthode peut fournir un échantillon probabiliste si une approche systématique est utilisée, par exemple en incluant chaque dixième visiteur.	Logistiquement simple, car des structures existantes sont utilisées. Peut être réalisée à faible coût, ce qui contribuera à garantir la durabilité.	L'échantillon peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse, étant donné que ceux qui fréquentent ces structures peuvent être différents de ceux qui ne les fréquentent pas. La question de savoir si cette méthode est considérée ou non comme représentative dépend de la manière dont la population étudiée est définie (Échantillonnage, recrutement et sites d'étude). Si les services et les structures ne permettent pas une couverture suffisante et ne sont pas bien acceptés, l'étude peut se révéler inefficace. Il peut être difficile d'enregistrer les absences de réponse.
Échantillonnage temps-lieu	Cette approche est parfois appelée «échantillonnage temps-lieu» et repose sur les mêmes principes que les méthodes ci-dessus, mais elle est définie de manière plus aléatoire afin d'atteindre les individus dans les lieux et aux moments où ils se rassemblent. Si une cartographie complète des temps/lieux est effectuée pour servir de base de sondage, un échantillon probabiliste peut être obtenu.	Si les hypothèses de cette méthode sont satisfaites, il s'agit de la méthode la plus efficace pour obtenir un échantillon probabiliste des usagers de drogues par voie intraveineuse qui peuvent être localisés dans des lieux donnés.	Il existe un risque de biais si des sites importants ne sont pas inclus, ou si des sous-populations ne fréquentent pas les sites, ou en raison d'une réticence (disqualification due à l'intoxication) à fréquenter les lieux. Des difficultés dans l'identification des membres du groupe cible à approcher. Difficultés liées aux entretiens, aux tests ou au prélèvement d'échantillons biologiques en dehors d'un site d'étude; il peut y avoir des problèmes potentiels de sécurité. Les conditions météorologiques sont également un facteur à prendre en considération. Réticence à divulguer des informations sensibles dans des espaces publics. Les usagers de drogues par voie intraveineuse qui ne se rassemblent pas ou ne se réunissent pas en public passent généralement inaperçus.
Échantillonnage en fonction des personnes interrogées (RDS) ⁽¹⁾	Il s'agit d'une méthode de recrutement en chaîne modifiée, similaire à l'échantillonnage en boule de neige, mais qui repose sur un ensemble d'hypothèses et fonctionne avec des incitations. Si les	Conditions contrôlées sur le site d'étude. Efficace. Potentiel pour atteindre les populations les moins visibles et pénétrer plus profondément dans le réseau grâce à des relais bien connectés et spécialisés. Au fur et à mesure de la répétition des	Coût plus élevé (incitations, coûts liés à la location du lieu de recrutement – si celui-ci est effectué via un nouveau site et non dans une structure déjà existante – demande un personnel nombreux). Biais résultant du non-respect des hypothèses du RDS.

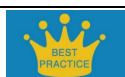
Méthode d'échantillonnage	Description	Avantages	Inconvénients
	hypothèses sont respectées, il s'agit d'une méthode d'échantillonnage probabiliste qui garantira une estimation non biaisée.	cycles de RDS, il peut être possible d'augmenter le nombre de participants. Offre un moyen de corriger les biais d'échantillonnage en réseau et de générer des estimations impartiales des caractéristiques de la population.	Les sous-groupes déconnectés peuvent être oubliés, et les membres de la population recrutée doit être bien connectés entre eux en tant que membres de la population cible. Effet de plan important (minimum 2, de préférence 3 ou 4), ce qui conduira à un échantillon de plus grande taille.

(¹) Le RDS est basé sur un échantillonnage non probabiliste, mais des estimations probabilistes peuvent en être dérivées.

Tableau 6: Méthodes d'échantillonnage non probabilistes

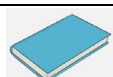
Méthode d'échantillonnage	Description	Avantages	Inconvénients
Échantillonnage en boule de neige	Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste par laquelle les usagers de drogue par voie intraveineuse qui participent à l'enquête sont invités à prélever des échantillons et à recruter d'autres participants par l'intermédiaire de leur réseau. Pas très stigmatisant.	Efficace. Possibilité d'atteindre les sous-populations non visibles sans stigmatisation.	Il existe un risque de biais de sélection (le recrutement dépend des réseaux personnels des pairs, ce qui peut entraîner une surreprésentation ou une sous-représentation de certains groupes ou caractéristiques dans l'échantillon). Les personnes les plus susceptibles de participer et désireuses de le faire seront surreprésentées.
Échantillonnage de proximité à l'échelle de la communauté (échantillonnage de commodité)	Il s'agit d'une méthode non probabiliste, mais d'un bon moyen d'échantillonner la population cible lorsqu'elle a recours à l'échantillonnage/au recrutement entre pairs.	Grâce à cette approche, vous pouvez atteindre le groupe le moins visible d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Des groupes marginalisés spécifiques peuvent être ciblés (davantage qu'avec l'échantillonnage en boule de neige).	Il s'agit d'une approche d'échantillonnage non probabiliste et il existe un risque de biais de sélection qui ne peut être estimé ni ajusté dans l'analyse. L'absence de réponse ne peut pas être enregistrée.

La stratégie d'échantillonnage et de recrutement la plus acceptable dépendra de la population cible, du contexte général et du pays ou de la ville dans lequel l'enquête est réalisée. Au cours de cette étape, les contributions des parties prenantes locales et des représentants de la population cible sur le lieu et les modalités d'échantillonnage et de recrutement de la population cible seront très utiles. Une façon de recueillir ces informations avant de commencer l'enquête est de mener des recherches formatives, y compris des discussions avec les groupes cibles et des entretiens.



Exemple de bonne pratique: Échantillonnage en fonction des personnes interrogées en plusieurs séries, Grèce

Le RDS en plusieurs cycles vous permettra d'atteindre plus en profondeur le réseau et elle encourage également les inscriptions, permettant d'atteindre une plus grande proportion de la population cible. Il permet également d'évaluer les changements ou les tendances au fil du temps, d'estimer l'incidence et facilite la mise en relation avec les soins liés au VIH/VHC (lire l'exemple complet de la Grèce [ici](#)).



Pour aller plus loin:

Schaeffer, R., Mendenhall, W. et Ott, L. *Elementary survey sampling, fourth edition*, Belmont, California (1990).

Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour la Méditerranée orientale, *Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted surveillance. (Introduction à la surveillance du VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles.) Module 4: Introduction to respondent-driven sampling (Introduction à l'échantillonnage en fonction des personnes interrogées)* (2013).

Motivation à participer

Des incitations peuvent être utiles pour accroître la motivation à participer. Les incitations matérielles peuvent inclure des paiements en espèces, des bons d'achat, des petits cadeaux et la prise en charge des frais de déplacement. Le fait de fournir aux participants les résultats des tests de laboratoire et de les orienter vers des soins cliniques peut également encourager la participation. Pour l'échantillonnage en boule de neige, une incitation peut être fournie par participant recruté. Dans le cadre du RDS, les incitations destinées tant aux participants qu'aux recruteurs font partie intégrante de la méthode. De plus, le recrutement par l'intermédiaire de pairs peut être un moyen efficace d'atteindre et de recruter les usagers de drogues par voie intraveineuse. Cela peut se faire par RDS, dans le cadre duquel les recruteurs de la population cible recrutent des membres de leur réseau de pairs. Cela pourrait permettre à l'étude de toucher la communauté plus en profondeur, en atteignant les membres les plus isolés de la population cible (Collier et al., 2017). Il est conseillé de choisir des recruteurs initiaux («relais») présentant des caractéristiques diverses (par exemple, sexe, âge, statut sérologique, comportements à risque, etc.) (WHO, 2013).



Exemple de bonne pratique: Échantillonnage en fonction des personnes interrogées et incitations, DRUCK, Allemagne

Le RDS est efficace, mais il est généralement associé à une charge de travail et à des coûts plus élevés. En Allemagne (DRUCK 1), les usagers de drogues par voie intraveineuse se sont vu offrir 10 EUR pour leur participation et 5 EUR supplémentaires par participant recruté. Pour DRUCK 2.0, un échantillonnage de commodité a été utilisé, avec une incitation

à la participation de 10 EUR. L'échantillon RDS et l'échantillon de commodité se sont révélés globalement similaires, avec peu de différences entre eux. Par conséquent, pour les futures enquêtes de surveillance, un échantillonnage de commodité sera utilisé (lire les exemples complets de DRUCK 1 et DRUCK 2.0 d'Allemagne [ici](#)).

Sites de recrutement et d'étude

Il existe plusieurs options pour les sites d'étude pouvant être utilisés pour la collecte de données et d'échantillons. La sélection du site d'étude le plus approprié pour l'enquête dépendra du contexte local et du plan global de l'étude, y compris les méthodes d'échantillonnage et de recrutement retenues. En outre, cela dépend des sites disponibles au niveau local ou national, de leur capacité et de leur volonté de participer à une enquête, ainsi que de l'existence ou non d'une bonne relation de travail.

Les sites d'étude peuvent être utilisés comme base de sondage, mais aussi pour le recrutement de la population étudiée (décrit plus en détail dans la section Méthodes d'échantillonnage et de recrutement). L'échantillonnage et le recrutement, qui, pour les enquêtes auprès de la population générale, sont pour la plupart séparés (ECDC, 2020), constituent souvent une étape et utilisent le même cadre que les enquêtes auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse. Les différentes options de sites de recrutement et d'étude présentent des avantages et des inconvénients différents. Il est important de prendre en considération ce choix et son impact sur la population étudiée, car, par exemple, les caractéristiques d'un sous-groupe de la population étudiée fréquentant un centre de traitement de la toxicomanie (si celui-ci est choisi comme site de recrutement) peuvent différer de celles d'un sous-groupe fréquentant des salles de consommation de drogues. Le site d'étude le plus approprié dépendra souvent également de la population visée par l'étude.

Un certain nombre d'aspects généraux à prendre en considération avant de sélectionner les sites de recrutement et d'étude sont présentés dans le [tableau 7](#).

Tableau 7: Considérations relatives à la sélection des sites d'étude et de recrutement

Aspects à prendre en considération	
Salle(s)/espace disponible(s) sur site	Un nombre suffisant de salles doit être disponible sur le site de l'étude (pour l'attente et la collecte d'échantillons biologiques, la réalisation du questionnaire, le stockage des échantillons biologiques), en particulier lors de la mise en place d'une étude avec des heures de participation fixes.
Accessibilité	Tenez compte de l'accessibilité des sites de recrutement et d'étude en termes d'heures d'ouverture, de proximité, de facilité de recherche et d'accès aux transports publics.
Acceptabilité	Les sites d'étude et de recrutement doivent être des lieux bien acceptés par la population étudiée. Cela implique qu'ils soient sensibles aux différentes cultures et langues, mais aussi qu'ils offrent un espace sûr en termes de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation.
Clients participants et fréquentant le service	Il peut s'agir de sous-populations spécifiques, par exemple des patients suivant un TAO ou des usagers de drogues par voie intraveineuse utilisant le PEAS (voir également le tableau 8).
Ressources disponibles	Y compris le personnel, les connaissances et la capacité de recrutement et d'inclusion des participants.

Tableau 8: Sites de recrutement et d'étude (conformément au rapport de l'EUDA dans FONTE)

Sites d'étude	Avantages	Inconvénients
Centres de traitement de la toxicomanie (en milieu hospitalier et ambulatoire)	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Ne pourra recruter qu'un sous-échantillon d'usagers de drogues par voie intraveineuse; les personnes qui fréquentent les centres de traitement de la toxicomanie ne seront peut-être pas celles exposées au risque le plus élevé de maladies infectieuses liées aux drogues.
Centres de traitement de la toxicomanie (TAO)	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Ne pourra recruter qu'un sous-échantillon d'usagers de drogues par voie intraveineuse; les personnes qui fréquentent les centres de traitement de la toxicomanie ne seront peut-être pas celles exposées au risque le plus élevé de maladies infectieuses liées aux drogues.
Centres de traitement de la toxicomanie (non spécifiés)	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Seul un sous-échantillon d'usagers de drogues par voie intraveineuse pourra être recruté, car les personnes fréquentant les centres de traitement de la toxicomanie ne sont peut-être pas celles qui présentent le risque le plus élevé de maladies infectieuses liées aux drogues.
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (y compris sensibilisation)	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement.	Comprendra un sous-échantillon spécifique de la population cible des usagers actifs de drogues par voie intraveineuse, et donc à plus haut risque et peut-être à plus forte prévalence. D'autre part, ils consomment probablement principalement des drogues dans le cadre de PEAS.
Salles de consommation de drogue	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement.	Comprendra un sous-échantillon spécifique de la population cible des usagers actifs de drogues par voie intraveineuse, et donc à plus haut risque et peut-être à plus forte prévalence. Cependant, les usagers de drogues par voie intraveineuse qui fréquentent ce service consomment des drogues dans un environnement plus sûr que dans la rue, où le matériel d'injection peut être non stérile ou partagé.
Autres structures à bas seuil d'exigences (y compris les services de proximité)	Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont déjà en contact avec une structure, ce qui facilite la prise de contact et le recrutement.	Comprendra un sous-échantillon spécifique de la population cible des usagers actifs de drogues par voie intraveineuse, et donc à plus haut risque et peut-être à plus forte prévalence. Cependant, les usagers de drogues par voie intraveineuse qui fréquentent ces services sont susceptibles de consommer des drogues dans un environnement plus sûr que dans la rue.

Sites d'étude	Avantages	Inconvénients
Cliniques spécialisées dans les IST	Une bonne infrastructure pour le dépistage des maladies infectieuses liées aux drogues. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Inclura une plus grande proportion de personnes qui ne consomment pas de drogues et, si le recrutement est effectué dans ce contexte, il peut être plus difficile d'atteindre la taille de l'échantillon. En fonction du contexte, il peut être plus difficile pour les participants de partager ouvertement des informations sur la consommation passée ou actuelle de drogues.
Centres de conseil et de dépistage volontaires (CCDV)	Une bonne infrastructure pour le dépistage des maladies infectieuses liées aux drogues.	Inclura une plus grande proportion de personnes qui ne consomment pas de drogues et, si le recrutement est effectué dans ce contexte, il peut être plus difficile d'atteindre la taille de l'échantillon. En fonction du contexte, il peut être plus difficile pour les participants de partager ouvertement des informations sur la consommation passée ou actuelle de drogues.
Médecins généralistes	Étude de type base de données électronique (lorsqu'il est possible d'identifier les consommateurs de drogues dans les registres et de les relier à d'autres informations). Une bonne occasion d'accroître l'importance et la notoriété des maladies infectieuses liées aux drogues auprès des médecins généralistes. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Inclura une plus grande proportion de personnes qui ne consomment pas de drogues et, si le recrutement est effectué dans ce contexte, il peut être plus difficile d'atteindre la taille de l'échantillon. En fonction du contexte, il peut être plus difficile pour les participants de partager ouvertement des informations sur la consommation passée ou actuelle de drogues.
Services d'urgence dans les hôpitaux	Une bonne infrastructure pour le dépistage des maladies infectieuses liées aux drogues. Une équipe médicale est disponible pour des services de conseil et des procédures invasives (prélèvement de sang veineux).	Inclura une plus grande proportion de personnes qui ne consomment pas de drogues et, si le recrutement est effectué dans ce contexte, il peut être plus difficile d'atteindre la taille de l'échantillon. En fonction du contexte, il peut être plus difficile pour les participants de partager ouvertement des informations sur la consommation passée ou actuelle de drogues.
Prisons	Un environnement fermé avec un taux de participation probablement élevé, car dans de nombreux pays, il existe un chevauchement important entre la consommation actuelle ou passée de drogues et l'incarcération. Bonnes options pour l'orientation vers les soins et le maintien dans le traitement.	Inclura un sous-échantillon spécifique de la population susceptible d'être exposé à un risque plus élevé de maladies infectieuses liées aux drogues.
Recrutement dans la rue	Le recrutement entre pairs dans la rue peut se traduire par une participation et une acceptation accrues.	Si RDS, cela peut être fastidieux et difficile à ajuster dans les analyses ultérieures, et une meilleure organisation du questionnaire et de la collecte des données est nécessaire s'il n'y a pas de site d'étude physique.

Sites d'étude	Avantages	Inconvénients
Sites ouverts aux fins de l'étude	La mise en place de sites spécifiquement dédiés à l'étude permet une flexibilité totale et peut être organisée et ajustée en fonction des besoins de l'étude (espace, heures d'ouverture, etc.).	Il pourrait y avoir un problème de durabilité après la fin du financement d'une enquête. Il y aura désormais des informations déjà connues sur les personnes susceptibles d'être contactées pour l'enquête. Il n'y aura aucune confiance préalable ni aucune connaissance de l'existence du site.

Prélèvement et analyse d'échantillons

Il existe différentes méthodes de dépistage du VIH et de l'hépatite virale, et celle qui sera la plus appropriée dépendra du contexte, du site d'étude et de la population cible. Plus important encore, vous devez tenir compte des coûts et des informations nécessaires à la surveillance. Dans le cas du VHC, un test sérologique positif nécessitera des tests supplémentaires pour détecter une infection virémique. Toutefois, si l'enquête est menée auprès d'une population présentant une prévalence virémique attendue élevée (> 70 %), seul le dépistage de l'ARN du VHC peut être justifié, ou de l'antigène de base du VHC, en fonction des ressources financières disponibles pour l'enquête. Si aucun financement n'est disponible pour le dépistage de l'ARN du VHC, les échantillons pourraient être conservés afin de permettre un dépistage rétrospectif de l'ARN du VHC à un moment ultérieur, lorsque (ou si) un financement sera disponible.

Les types de tests disponibles, leur utilisation et leur interprétation, ainsi que leurs avantages et inconvénients sont présentés dans le [tableau 9](#). L'Association européenne pour l'étude du foie (EASL) et l'OMS fournissent des recommandations détaillées concernant le dépistage du VHB et du VHC, notamment le type de test et les procédures de laboratoire (voir l'encadré *Pour aller plus loin*).

Les marqueurs et la manière de les interpréter sont présentés dans les tableaux [10](#), [11](#) et [12](#).

Tableau 9: Test de dépistage de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH sur des échantillons biologiques – tests disponibles par type d'échantillon (applicable aux usagers de drogues par voie intraveineuse dans les structures à bas seuil d'exigences, y compris les services de proximité)

Matériel biologique	Tests disponibles	Avantages	Inconvénients
Sérum/plasma (provenant d'une ponction veineuse), envoyé à un laboratoire pour analyse	Tous les tests sérologiques et moléculaires visant à détecter la présence du VHB, du VHC et du VIH	Bonne sensibilité Tous les tests et marqueurs possibles Pas de problème de quantité insuffisante d'échantillons pour tous les tests Le sérum résiduel peut être conservé pour des études ultérieures	Peut être plus difficile que les taches de sang séché (TSS) si les veines sont endommagées. Dans certains pays, du personnel médical est nécessaire pour prélever des échantillons de sang. Procédure plus invasive que les TSS
Taches de sang séché (provenant de sang capillaire), envoyées à un laboratoire pour analyse	Tous les tests sérologiques et moléculaires visant à détecter la présence du VHB, du VHC et du VIH Pour déterminer le statut vaccinal contre le VHB, la sensibilité des anti-HBs des TSS peut être réduite (en fonction de la validation en laboratoire).	Facile à utiliser «sur le terrain» et ne nécessite pas de personnel spécifique. Après la formation et la pratique, cela fonctionne bien. Si l'accès veineux est difficile en raison de la consommation de drogues, les piqûres au doigt peuvent être une bonne alternative.	Si davantage de marqueurs doivent être testés, de nombreux prélèvements peuvent être nécessaires, ce qui peut poser un problème (pour obtenir suffisamment de sang à partir des doigts). Les tests à partir de TSS ne sont pas validés par les fabricants pour les tests diagnostiques.
Sang total (prélevé par ponction veineuse ou sang capillaire prélevé au bout du doigt) pour analyse sur le site de l'étude	Tests rapides Antigène HBs; Anti-VHC, Anticorps/antigènes VHC, anti-VIH, Anticorps anti-VIH/antigène p24 PCR sur le site de soins pour le VHC, le VIH	Résultat rapide Peut être réalisé sur le lieu de soins afin d'améliorer l'accès aux tests et aux traitements	Peut être moins sensible (nécessité de respecter des normes minimales de performance) Pour le VHC, un test PCR de confirmation est nécessaire afin de déterminer s'il s'agit d'une infection virémique. Le test PCR sur le lieu de soins est coûteux.
Fluide oral à tester sur un site d'étude	VHB Test de dépistage de l'antigène HBs (également avec la salive) VHC Tests rapides de détection d'anticorps contre le VHC Test de dépistage du VHC en laboratoire (également à partir de la salive) VIH Test rapide d'anticorps contre le VIH, tests de dépistage en laboratoire Western blot en laboratoire	Une méthode non invasive facile à utiliser dans n'importe quel contexte	Sensibilité inférieure à celle d'autres échantillons En fonction de l'hygiène bucco-dentaire, cette méthode peut être moins bien acceptée par la population cible que le prélèvement sanguin. La fenêtre de détection peut être plus courte et, dans certains pays, les tests salivaires ne sont pas reconnus comme des tests diagnostiques en raison de leur sensibilité plus faible

Pour le VHB, les marqueurs sont souvent testés simultanément, et le résultat du test permettra de déterminer si l'infection est aiguë ou chronique, à quel stade de la maladie se trouve la personne et quel traitement lui sera nécessaire et bénéfique (WHO, 2017).

Tableau 10: Marqueurs du VHB minimaux, recommandés et facultatifs et interprétation

	Marqueur du VHB		Interprétation
Minimale	HBsAg	HBsAg positif	Infection virémique (aiguë ou chronique)
Recommandé	HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	HBsAg positif, Anti-HBs négatif, Anti-HBc positif	Infection chronique
Facultatif	HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	HBsAg négatif, Anti-HBs positif, Anti-HBc positif	Infection antérieure par le VHB
Facultatif	HBsAg Anti-HBc Anti-HBs (1)	HBsAg négatif, anti-HBs positif, anti-HBc négatif	Vacciné contre le VHB
Facultatif	ADN du VHB	Présence d'ADN du VHB (CV pour déterminer l'indication thérapeutique)	Infection virémique

(1) L'anti-HBs n'est recommandé que comme marqueur à tester dans les échantillons de sang veineux. Cela s'explique par 1) le seuil élevé de détection lors des tests à partir d'échantillons de TSS en raison de l'étape de dilution et 2) la diminution de l'immunité, en particulier après la vaccination infantile. Les anti-HBs provenant des échantillons de TSS pourraient conduire à une sous-estimation de la proportion de personnes vaccinées.

Tableau 11: Marqueurs du VHC minimaux et recommandés et interprétation

	Marqueur du VHC	Interprétation
Exigence minimale	ARN du VHC (VHCcAg) positif	Infection virémique
Recommandé	Anti-VHC positif, ARN du VHC (ou VHCcAg) positif	Indicateur de l'infection chronique (2)
Recommandé	Anti-VHC négatif, ARN du VHC (ou VHCcAg) positif	Infection virémique récente
Recommandé	Anti-VHC positif (à confirmer par blot) (1), ARN du VHC (ou HCVcAg) négatif	Infection passée (éradiquée)

(1) Un résultat positif au test de dépistage réactif de l'anti-VHC (par exemple, ELISA, PoCT) doit être confirmé par un deuxième test en raison des résultats faussement positifs (spécificité réduite). Si un test ARN/cAg est négatif, il convient d'appliquer un immunoblot anti-VHC.

(2) Organisation mondiale de la santé (2018), *Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination* (Lignes directrices consolidées en matière d'information stratégique sur l'hépatite virale: planification et suivi des progrès vers l'élimination), Organisation mondiale de la santé, Genève.

Tableau 12: Marqueurs VIH minimaux, recommandés et facultatifs et interprétation

	Marqueur du VIH	Interprétation
Minimale	Anti-VIH ⁽¹⁾	Séropositif, nécessite un test de confirmation
Recommandé	ARN du VIH par PCR	Séropositif et charge virale (indétectable si sous traitement antiviral)
Facultatif	Anti-VIH suivi d'un immunoblot si l'anti-VIH est positif	Séropositif

⁽¹⁾ Si un test de dépistage du VIH de 4^{ème} génération est utilisé, il fournira des résultats pour le VIH1, le VIH2 et l'antigène p24, ce qui réduit la fenêtre de diagnostic de 3 mois à 6 semaines.



Pour aller plus loin:

- ECDC, [Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA \(Recommandations de santé publique relatives au dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C dans l'UE/EEE\)](#) (2018).
- OMS, [Consolidated guidelines on HIV testing services \(Lignes directrices consolidées sur les services de dépistage du VIH\)](#) (2015).
- OMS, [Guidelines on hepatitis B and C testing \(Lignes directrices sur le dépistage de l'hépatite B et C\)](#) (2017).
- OMS, [Updated recommendations on simplified service delivery and diagnostics for hepatitis C infection \(Recommandations actualisées sur la simplification de la prestation des services et du diagnostic de l'infection par l'hépatite C\)](#) (2022).

Collecte, gestion et analyse des données

Collecte de données

Un questionnaire devrait être utilisé pour recueillir des informations supplémentaires auprès des participants à l'enquête. Les informations sociodémographiques de base, telles que le sexe ou le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut migratoire et les conditions de vie, devraient toujours être recueillies. Des informations supplémentaires sur les usagers de drogues par voie intraveineuse relatives aux risques (par exemple, consommation de drogues, partage des accessoires de consommation de drogues, rapports sexuels non protégés, détention), aux mesures préventives [par exemple, mise à disposition d'équipements stériles pour la consommation de drogues, accès au TAO, à la naloxone, prophylaxie avant exposition au VIH (PrEP) et vaccination], aux antécédents de dépistage des maladies infectieuses et aux antécédents de traitement doivent être recueillies, de préférence conformément aux indicateurs de base de l'EUDA [voir la liste des indicateurs dans le [tableau 13](#) et les modèles de questionnaires (versions courtes et étendues)]. Le contenu spécifique du questionnaire doit être lié à l'objectif de l'enquête et rester court afin d'augmenter le taux de réponse. Si nécessaire, le questionnaire doit également être mis à disposition dans un langage simple et éventuellement traduit dans d'autres langues pertinentes pour la population cible.

Il est judicieux de valider et de tester préalablement le questionnaire, ainsi que de demander à un représentant de la population cible de relire le questionnaire afin de s'assurer que le contenu est bien compris, afin d'en améliorer la validité. Il est important de noter que si le questionnaire est traduit, le texte doit être relu par une personne dont la langue maternelle est la langue cible afin de vérifier la traduction et de s'assurer qu'elle a le même sens que le texte original. Les questions les plus importantes doivent être posées au début du questionnaire.

Le questionnaire peut être sur papier ou en ligne (à remplir, par exemple, sur une tablette) et peut être rempli de manière autonome ou avec l'aide d'enquêteurs ou de personnel de la structure. Si des enquêteurs ou du personnel de la structure sont impliqués, ils doivent être formés à cette tâche, en particulier si le questionnaire comprend des questions sensibles. Il est important de s'assurer que les réponses au questionnaire et les résultats des tests diagnostiques de chaque participant puissent être reliés entre eux.

Gestion des données

Pour la gestion des données, des programmes de saisie et de vérification des données doivent être élaborés, par exemple à l'aide du logiciel EpiData (Christiansen and Lauritsen, 2010). Deux bases de données doivent être créées, l'une pour les données de laboratoire et l'autre pour les données comportementales recueillies à l'aide du questionnaire. Si le questionnaire est rempli sur papier et ensuite saisi dans une base de données, la double saisie des données est considérée comme une bonne pratique et devrait, dans la mesure du possible, être mise en œuvre pour vérifier qu'il n'y a pas d'erreur. Le jeu de données final peut alors être produit. Les données peuvent être saisies directement dans une base de données si elles sont collectées électroniquement au moment de l'entretien. Un questionnaire électronique permet des sauts et des vérifications logiques qui améliorent la qualité des données. À la fin de la collecte des données, les deux bases de données doivent être fusionnées en utilisant l'identifiant du participant (un identifiant unique du participant). Les données peuvent ensuite être importées dans un logiciel statistique.

Analyse des données

Il est important d'utiliser les analyses appropriées en tenant compte du plan et des méthodes d'échantillonnage et de recrutement utilisées dans l'enquête. Les pondérations d'enquête peuvent être utilisées pour tenir compte des probabilités inégales de sélection dans l'échantillon en se concentrant sur les variables clés. À titre d'exemple, si un plus grand nombre de personnes plus jeunes étaient incluses dans l'échantillon par rapport à la répartition initiale dans la population cible, les usagers de drogues par voie intraveineuse plus âgés peuvent se voir accorder plus de poids dans l'analyse.

Généralement, dans les enquêtes épidémiologiques relatives aux usagers de drogues par voie intraveineuse, les estimations suivantes des maladies infectieuses liées aux drogues comprennent:

- différentes mesures concernant la fréquence des maladies (incidence et prévalence)
- différentes mesures d'association entre la maladie et l'exposition (facteurs de risque ou de prévention)

De plus, les usagers de drogues par voie intraveineuse sont souvent exposés à divers environnements à risque tels que la détention, le sans-abrisme ou le travail du sexe, qui

peuvent tous augmenter le risque d'exposition aux virus à diffusion hématogène. En outre, l'âge, le sexe et les types de drogues consommées peuvent avoir une incidence sur l'exposition à l'environnement à risque et ses effets (Degenhardt et al., 2017; 2023). Par conséquent, il s'agit également d'informations précieuses à collecter lors de la réalisation d'une enquête auprès d'usagers de drogues par voie intraveineuse, pouvant être utilisées pour stratifier l'analyse des données afin de produire des données détaillées pour agir et de permettre une réponse ciblée.

Les indicateurs essentiels, recommandés et facultatifs sont présentés dans le [tableau 13](#).

Tableau 13: Indicateurs de l'apparition des maladies, facteurs de risque et interventions chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Elément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
Charge et incidence	Prévalence de HBsAg	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant obtenu un résultat HBsAg positif	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant obtenu un résultat HBsAg positif	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés dans le cadre de l'étude (population totale)	Étude transversale ou de cohorte avec échantillon biologique
	Prévalence de l'infection virémique par le VHC	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse présentant une infection virémique au VHC (résultat positif à l'ARN du VHC ou positif au VHC-Ag)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant obtenu un résultat positif à l'ARN du VHC ou au VHC-Ag	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés dans le cadre de l'étude (population totale)	
	Prévalence de l'anti-VHC (infection antérieure par le VHC)	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant obtenu un résultat anti-VHC positif	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été testés positifs à l'anti-VHC	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés dans le cadre de l'étude (population totale)	
	Prévalence de l'infection virémique par le VHC chez les personnes ayant déjà été infectées	Facultatif	Proportion d'infection virémique au VHC par rapport aux personnes ayant déjà été infectées	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant obtenu un résultat positif à l'ARN du VHC ou au VHC-Ag	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été testés positifs à l'anti-VHC	
	Prévalence d'une infection récente par le VHC	Facultatif	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse négatifs à l'anti-VHC et positifs à l'ARN du VHC/VHC-Ag	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse négatifs à l'anti-VHC et positifs à l'ARN/cAg du VHC	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés dans le cadre de l'étude (population totale)	
	Prévalence de l'infection par le VIH	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse vivant avec une infection par le VIH	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été testés positifs au VIH (confirmés)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés dans le cadre de l'étude (population totale)	

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Incidence de l'infection par le VHC	Facultatif	Taux d'incidence des nouvelles infections par le VHC (ARN du VHC/cAg+)	Nombre total de nouvelles infections par le VHC (ARN du VHC/cAg+) au cours d'une période donnée	Population totale moins les personnes atteintes d'hépatite C (ARN/cAg+ du VHC) (temps-personne à risque)	
	Incidence de la réinfection par le VHC	Facultatif	Taux d'incidence des réinfections par le VHC (ARN/cAg du VHC)	Nombre total de nouvelles infections par le VHC (ARN/cAg+ du VHC) chez les personnes ayant éliminé l'infection à la suite d'un traitement par AAD au cours d'une période donnée	Personnes ayant éliminé l'infection à la suite d'un traitement par AAD (temps-personne à risque)	Étude transversale ou de cohorte avec échantillon biologique
	Incidence de l'infection par le VIH	Facultatif	Taux d'incidence des nouvelles infections par le VIH	Nombre total de nouvelles infections par le VIH (séroconversion) au cours d'une période donnée	Population totale moins les personnes vivant avec le VIH (temps-personne à risque)	Étude transversale (avec modélisation) ou étude de cohorte avec échantillon biologique
Facteurs de risque	Prévalence de l'injection avec des aiguilles/seringues déjà utilisées par d'autres personnes	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant utilisé des aiguilles/seringues usagées au cours des 30 derniers jours	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse déclarant avoir utilisé des aiguilles/seringues usagées au cours des 30 derniers jours	Nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur l'utilisation d'aiguilles/seringues usagées	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
	Prévalence de l'utilisation de matériel déjà utilisé par d'autres personnes	Recommandé	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse ayant partagé au cours des 30 derniers jours du matériel d'injection autre que des aiguilles/seringues (consommation en groupe, réception ou transmission de matériel)	Nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse déclarant avoir partagé au cours des 30 derniers jours du matériel d'injection autre que des aiguilles/seringues (consommation en groupe, réception ou transmission de matériel)	Nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le partage de matériel d'injection utilisé	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Fréquence des injections au cours des 30 derniers jours	Recommandé	Le nombre moyen/médian d'injections au cours des 30 derniers jours est calculé en multipliant le nombre moyen/médian de jours de consommation de drogues par injection au cours des 30 derniers jours par le nombre moyen/médian d'injections par jour de consommation au cours des 30 derniers jours.	Nombre de jours de consommation de drogues par injection au cours des 30 derniers jours Nombre d'injections en moyenne par jour de consommation au cours des 30 derniers jours	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant déclaré s'être injecté des drogues au cours des 30 derniers jours et ayant répondu aux deux questions concernant le nombre de jours de consommation de drogues par injection et le nombre d'injections	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
	Proportion de nouveaux usagers de drogues par injection	Recommandé	Proportion d'usagers ayant commencé à consommer de la drogue par voie intraveineuse au cours des deux dernières années – il s'agit d'une catégorie du nombre d'années depuis la première injection. Ce nombre est calculé en soustrayant l'âge à la première injection de l'âge actuel	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant commencé à s'injecter des drogues au cours des deux dernières années	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant répondu à la question sur l'âge [années] au moment de l'étude et l'âge [années] à la première injection	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Prévalence de l'usage de drogues par voie intraveineuse, par substance	Recommandé	Proportion d'usagers ayant consommé de la drogue par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours, par substance (héroïne, méthadone, buprénorphine, fentanyl et dérivés, opioïdes à base de benzimidazole, morphine, oxycodone, tramadol, cocaïne en poudre, crack, amphétamine, méthamphétamine, cathinones de synthèse, benzodiazépines, MDMA et dérivés, GHB/GBL, kétamine, autres)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse s'étant injecté des drogues au cours des 30 derniers jours, par substance	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur les substances injectées	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
	Prévalence des incarcérations passées	Recommandé	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse qui déclarent avoir déjà été incarcérés	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant des antécédents d'incarcération	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur les incarcérations passées	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
	Prévalence du sans-abrisme au cours des 12 derniers mois ou actuellement	Recommandé	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse qui ont vécu sans domicile fixe, dans la rue ou temporairement dans un foyer ou un refuge, à un moment donné au cours des 12 derniers mois	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse qui ont été victimes de discrimination au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude qui ont répondu à la question sur le sans-abrisme	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Expérience de discrimination en matière d'accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois ⁽²⁾	Recommandé	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse qui ont été victimes de discrimination en matière d'accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant déclaré avoir subi une discrimination en matière d'accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur la discrimination en matière d'accès aux soins de santé	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
Prévention	Distribution d'aiguilles/de seringues	Essentiel	Nombre moyen d'aiguilles/de seringues stériles reçues par usager de drogue par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	Nombre d'aiguilles/seringues stériles reçues dans le cadre de PEAS par usager de drogue par voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	s.o. Pour cet indicateur, nous calculons une moyenne sur l'ensemble des réponses et la multiplions par 12 pour obtenir une estimation annuelle	Données transversales ou de cohorte (questionnaire) ⁽³⁾
	Couverture TAO	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse consommant des opioïdes qui reçoivent actuellement un TAO prescrit par un médecin	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse recevant un TAO au moment de l'étude	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse consommant des opioïdes ou suivant un TAO inclus dans l'étude et ayant répondu à la question sur le TAO	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Couverture vaccinale contre le VHB ⁽⁴⁾	Recommandé	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant déclaré être vaccinés contre le VHB	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant reçu un vaccin contre l'hépatite B	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude avec des informations sur la vaccination contre le VHB	Données transversales ou de cohorte (échantillon de sang, questionnaire ou liaison d'enregistrements) (données provenant de bases de données ou de registres)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Usage du préservatif	Recommandé	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse signalant l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse signalant l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur l'usage du préservatif	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
	Usage de la PrEP	Recommandé	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant utilisé la PrEP au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant reçu une PrEP au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur la PrEP	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Couverture de la naloxone	Recommandé	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse possédant de la naloxone	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse possédant de la naloxone au moment de l'étude	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur la naloxone	Données transversales ou de cohorte (questionnaire)
Continuité des soins liés au VIH	Dépistage (VIH)	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été dépistés pour le VIH au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude et à l'exclusion des personnes dont le diagnostic séropositif au VIH est <u>connu</u>)	Nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse ayant été dépistés pour le VIH au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude et à l'exclusion des personnes dont le diagnostic séropositif au VIH est <u>connu</u>)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le dépistage du VIH (à l'exclusion de ceux présentant un diagnostic <u>connu</u> du VIH)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Diagnostic (VIH)	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés positifs au VIH dans l'étude qui étaient conscients de leur séropositivité	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse séropositifs inclus dans l'étude qui ont répondu à la question sur leur statut sérologique	Données transversales ou de cohorte (échantillon sanguin et questionnaire ou liaison d'enregistrements)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Traitement (VIH)	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse diagnostiqués séropositifs et recevant un traitement antirétroviral (TAR)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont (déjà) été diagnostiqués positifs au VIH et qui reçoivent actuellement un TAR	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude qui avaient (déjà) reçu un diagnostic de VIH et pour lesquels des informations sur le TAR étaient disponibles	Données transversales ou de cohorte (échantillon sanguin et questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Suppression virale (VIH)	Recommandé	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse vivant avec le VIH, et qui suivent un traitement, atteignant la suppression de la charge virale	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui reçoivent TAR et dont la charge virale est actuellement supprimée	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont (déjà) reçu un diagnostic de VIH et qui suivent un TAR	Données transversales ou de cohorte (échantillon sanguin et questionnaire ou liaison d'enregistrements)
Prise en charge du VHB ⁽⁵⁾	Dépistage (VHB)	Recommandé	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse ayant été dépistés pour le VHB au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude et à l'exclusion des personnes dont le diagnostic de VHB est connu)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été dépistés pour le VHB au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude et à l'exclusion des personnes dont le diagnostic positif au VHB est connu)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le dépistage du VHB (à l'exclusion de ceux dont le diagnostic de VHB est connu)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Dépistage (VHD)	Facultatif	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant fait l'objet d'un dépistage positif du VHB qui ont également fait l'objet d'un dépistage du VHD au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant signalé un test de dépistage du VHD au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude) et à l'exclusion de ceux présentant un résultat négatif au VHB	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le dépistage du VHD (à l'exclusion de ceux présentant un résultat négatif au VHB)	

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Diagnostic (VHB)	Facultatif	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse atteints d'une infection virémique par le VHB et ayant reçu un diagnostic de VHB (qui avaient connaissance de leur infection)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été testés HBsAg+ et pour lesquels une infection par le VHB a été diagnostiquée (autodéclaration ou avec des antécédents de diagnostic)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse HBsAg+ inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le statut sérologique pour le VHB	
	Traitement (VHB)	Facultatif	Proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse ayant reçu un diagnostic d'infection active par le VHB et recevant un traitement contre le VHB	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse testés HBsAg+ qui reçoivent actuellement un traitement (autodéclaration ou selon les dossiers médicaux)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude qui avaient (déjà) reçu un diagnostic d'infection par le VHB et pour lesquels des informations sur le traitement du VHB étaient disponibles	
	Suppression virale (VHB)	Facultatif	Proportion de patients infectés par le VHB sous traitement chez lesquels la charge virale (CV) du VHB est supprimée	Nombre de patients infectés par le VHB sous traitement qui présentent une CV supprimée (ADN du VHB indétectable), d'après les mesures de la CV effectuées au cours des 12 derniers mois	Nombre de patients atteints d'une infection par le VHB sous traitement et ayant fait l'objet d'une évaluation de la CV au cours des 12 derniers mois	
Soins liés au VHC ⁽⁶⁾	Dépistage (VHC)	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant été dépistés pour le VHC au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant déclaré avoir été dépistés pour le VHC au cours des 12 derniers mois (sans tenir compte des dépistages effectués dans le cadre de l'étude)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le dépistage du VHC	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Diagnostic (VHC) – déjà diagnostiqué	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ chez qui une infection virémique par le VHC a déjà été diagnostiquée	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ ayant déjà reçu un diagnostic d'infection virémique par le VHC (autodéclaration ou antécédents de diagnostic)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ inclus dans l'étude ayant répondu à la question sur le diagnostic d'infection active par le VHC (déjà diagnostiqué) (ou avec les dossiers disponibles)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Diagnostic (VHC) – au cours des 12 derniers mois	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ chez lesquels une infection virémique par le VHC a été diagnostiquée au cours des 12 derniers mois	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ ayant reçu un diagnostic d'infection virémique par le VHC au cours des 12 derniers mois (autodéclaration ou antécédent de diagnostic au cours des 12 derniers mois)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ inclus dans l'étude qui ont répondu à la question sur le diagnostic d'infection active par le VHC (ou pour lesquels des données sont disponibles)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Traitement (VHC) – déjà reçu	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ qui ont déjà reçu un traitement antiviral contre le VHC	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ ayant déjà reçu un traitement antiviral contre le VHC (autodéclaration ou selon les dossiers médicaux)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ inclus dans l'étude qui ont répondu à la question sur le traitement antiviral contre le VHC (ou pour lesquels des données sont disponibles)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)

Élément constitutif	Indicateur ⁽¹⁾	Essentiel/ recommandé/ facultatif	Définition	Numérateur	Dénominateur	Plan d'étude (source des données)
	Traitement (VHC) – 12 derniers mois	Essentiel	Proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ qui ont entamé un traitement antiviral contre le VHC au cours des 12 derniers mois	ombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ qui ont entamé un traitement antiviral contre le VHC au cours des 12 derniers mois (autodéclaration ou avec un historique de l'instauration du traitement au cours des 12 derniers mois)	Nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse anti-VHC+ et/ou ARN du VHC+ inclus dans l'étude qui ont répondu à la question sur le traitement antiviral contre le VHC (ou pour lesquels des données sont disponibles)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements)
	Réponse virologique soutenue (VHC)	Recommandé	Proportion de patients atteints d'hépatite C guéris parmi ceux ayant terminé leur traitement	Nombre de patients ayant terminé leur traitement contre l'hépatite C et ayant obtenu une réponse virologique soutenue (RVS) sur la base d'une mesure de la charge virale 12 à 24 semaines après la fin du traitement (au cours des 12 derniers mois)	Nombre de patients ayant terminé un traitement contre l'hépatite C et évalués pour la RVS 12 à 24 semaines après la fin du traitement (au cours des 12 derniers mois)	Données transversales ou de cohorte (questionnaire ou liaison d'enregistrements ou échantillon sanguin)

- ⁽¹⁾ Certains de ces indicateurs doivent être stratifiés par âge, sexe et exposition à des facteurs de risque/de protection, selon les besoins et comme indiqué dans l'outil de collecte de données de l'EUDA.
- ⁽²⁾ La discrimination est incluse en tant que nouvel indicateur. Bien que l'accent soit mis sur la discrimination subie en matière d'accès aux soins de santé, le champ d'application de la stigmatisation et de la discrimination subies par les usagers de drogues par voie intraveineuse est beaucoup plus large. Une suggestion sur la manière de collecter les données relatives à cet indicateur figure dans l'exemple de questionnaire.
- ⁽³⁾ Une enquête transversale (répétée) sur les services de distribution de drogues est une autre méthode permettant d'évaluer le type et la quantité d'accessoires liés à la consommation de drogues distribués, ainsi que le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse approvisionnés (Hommes et al., 2023).
- ⁽⁴⁾ Il convient d'utiliser les données autodéclarées (oui/non, et non le nombre de doses). Les anti-HBs ne doivent être mesurés dans le sang que si des échantillons de sang veineux sont prélevés.
- ⁽⁵⁾ Compte tenu de la nature des études observationnelles, ces indicateurs fournissent des mesures d'approximation pour certaines des étapes du continuum de soins, mais pas pour le continuum complet tel que défini par l'OMS.
- ⁽⁶⁾ Compte tenu de la nature des études observationnelles, ces indicateurs fournissent des approximations pour certaines des étapes du continuum de soins, mais pas pour le continuum complet tel que défini par l'OMS.

Considérations éthiques et protection des données

Les questions relatives à l'approbation éthique et à la protection des données doivent être résolues avant de procéder à la collecte des données. Il est important d'entamer ces étapes à un stade précoce, car il peut s'agir de processus longs, et il peut être nécessaire de modifier les documents d'enquête en fonction des retours d'information reçus.

Protection des données

Toutes les enquêtes menées dans l'UE/EEE doivent respecter le [règlement général sur la protection des données](#). La première étape consiste à obtenir l'accord de la commission ou du responsable de la protection des données compétent. Cet aspect est important, car il couvre des questions telles que la question de savoir qui a accès aux données d'enquête, y compris les informations personnelles et sensibles collectées au moyen du questionnaire ou des échantillons biologiques. Le stockage, l'enregistrement (c'est-à-dire l'utilisation d'identifiants uniques personnels) et l'accès aux informations sont des questions clés qu'il convient de traiter. Si des données sont transférées, veillez à ce qu'un serveur crypté et sécurisé soit utilisé et à ce qu'aucune information à caractère personnel (ou toute autre information permettant d'identifier une personne) ne soit partagée par courrier électronique.

Considérations éthiques et protection des données

L'enquête doit respecter les règles et législations nationales en vigueur, et une approbation éthique doit être obtenue avant de commencer la collecte des données. Les points importants à prendre en considération pour garantir un niveau éthique élevé de l'enquête sont les suivants:

- le recueil du consentement écrit éclairé de tous les participants avant leur participation;
- la participation volontaire (et la possibilité de retirer la participation sans conséquences négatives);
- la garantie de la protection des données et de la confidentialité;
- l'importance de fournir les résultats des tests aux participants et la manière dont le lien avec les soins est assuré pour les personnes testées positives (avantages de l'enquête pour la santé individuelle et publique);
- dans le cadre d'une enquête anonyme de dépistage non liée, les résultats des tests ne peuvent pas être fournis aux individus; dans ce cas, les participants devraient recevoir des informations sur l'accès libre et régulier aux tests de dépistage de virus à diffusion hémato-gène.

Aspects logistiques

Financement et coûts

Les décisions concernant le plan d'étude, la taille de l'échantillon, les méthodes d'échantillonnage et de recrutement et la taille de l'équipe chargée de l'étude auront toutes une incidence sur les coûts de l'enquête et le financement nécessaire. Le recours aux tests

anonymes dans le cadre d'une enquête permet de réaliser des économies de coûts, car il n'y a pas de tests diagnostiques et les besoins en personnel sont plus faibles. Pour obtenir une vue d'ensemble, il convient d'élaborer un budget au cours de la phase de planification en tenant compte des éléments suivants:

- la planification et la préparation
- l'échantillonnage et le recrutement des participants
- le site d'étude
- la durée de l'étude (taille de l'équipe et formation requise)
- la collecte d'échantillons/de données
- le stockage et le transport
- l'analyse en laboratoire
- la saisie et le nettoyage des données
- sensibilité
- la communication/diffusion des résultats de l'enquête

Il peut s'avérer difficile de maintenir la surveillance, et la durabilité du financement est un obstacle important à la surveillance continue des usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est donc important de plaider en faveur de la nécessité et de l'utilisation des données pour cibler les services, et, en fin de compte, de suivre un modèle efficace au regard des coûts afin de garantir tant la volonté politique que le financement.

Équipe chargée de l'étude et formation

Afin de garantir le bon déroulement de l'enquête, il est important de nommer un coordinateur général du projet, qui sera également chargé de veiller à ce que toutes les mesures nécessaires soient prises pour mettre en œuvre l'enquête (par exemple en matière de protection des données, approbation éthique, etc.).

Lors de la réalisation d'une enquête auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse, et en fonction des méthodes d'échantillonnage et de recrutement et du site d'étude, il est nécessaire de disposer d'une personne sur place chargée de coordonner l'enquête et de rapporter au responsable de l'enquête tout problème potentiel ou les enseignements tirés. Il est essentiel d'impliquer les membres de la communauté. Il est fortement recommandé de procéder à l'échantillonnage et au recrutement dans des lieux fréquentés par la population cible, et d'inclure et d'impliquer dans ce processus des pairs qui connaissent la population cible. Voici quelques membres de l'équipe chargée de l'enquête/tâches à prendre en considération (souvent, une personne est chargée de plusieurs tâches):

- un coordinateur (global et sur place)
- des personnes responsables du recrutement (de préférence des pairs et des personnes représentant la population cible)
- du personnel de santé (infirmiers ou médecins en fonction du type de test et de l'obtention des résultats)
- un biostatisticien ou un épidémiologiste (pour la gestion et l'analyse des données)

Il est important que tous les membres du personnel inclus dans l'enquête soient bien formés. Toutes les tâches liées à l'enquête et les personnes chargées de les exécuter doivent être clairement définies et décrites en détail dans des procédures opérationnelles normalisées. En fonction de la taille de l'enquête et du nombre de membres du personnel concernés et de

leurs rôles, vous pouvez envisager une seule session de formation pour tous ou des sessions distinctes axées sur une tâche spécifique.

Calendrier

Quel que soit le type d'enquête et le nombre de participants, il est toujours conseillé de prévoir suffisamment de temps pour la mener à bien. La préparation et l'approbation de la protection des données et de l'éthique peuvent prendre beaucoup de temps, et les partenaires collaborateurs et les parties prenantes ont besoin de suffisamment de temps pour préparer le site d'étude pour l'enquête. Le personnel doit être recruté et formé avant le début de la collecte des données. De plus, lors de la planification de l'enquête, en fonction des méthodes d'échantillonnage et de recrutement, le moment choisi pour mener l'enquête est important. Si l'enquête est réalisée à l'extérieur, il serait avantageux d'éviter l'hiver. Il est également recommandé de vérifier les jours fériés afin de s'assurer que les structures sont ouvertes (et ceux-ci peuvent varier d'une ville à l'autre dans un même pays). Il convient également de tenir compte de la phase postérieure à la collecte des données, en laissant le temps nécessaire à l'analyse des données et à la communication et à la diffusion des résultats.

Communication des résultats, plans de diffusion

La manière de communiquer les résultats ainsi que la façon dont ils doivent être diffusés constituent un élément important de l'enquête. Il peut s'agir de la rédaction des résultats dans un manuscrit à soumettre à une revue évaluée par des pairs, d'un rapport au ministère de la santé ou à d'autres parties prenantes, ou d'une présentation lors d'une conférence ou d'une réunion avec les partenaires et parties prenantes intéressés. Il est également essentiel de fournir des informations sur les résultats et les implications aux partenaires collaborateurs et à la population cible, sous une forme facilement lisible et par le biais de canaux de communication appropriés.

Les données permettant d'agir devraient être un élément clé de la planification et de la mise en œuvre d'une enquête. En utilisant une méthodologie normalisée pour la surveillance des maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, l'harmonisation des données de surveillance chez ces derniers sera utile pour la comparaison, le suivi des progrès accomplis sur la voie de l'élimination et le partage des expériences et des enseignements tirés. Il est donc essentiel de veiller à ce que les données fiables déjà disponibles dans de nombreuses situations soient communiquées à l'EUDA par l'intermédiaire de FONTE afin de pouvoir surveiller et rendre compte des maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse au niveau européen.

Outre la communication des données, il est nécessaire de mettre en place un plan de diffusion. Qui sont les principales parties prenantes à informer? (Voir également [tableau 1.](#)) Auprès de qui et où les résultats peuvent-ils avoir une incidence? Le canal de communication utilisé est également important; celui-ci dépendra du destinataire. Vous pouvez envisager les moyens électroniques, tels que les sites web, les lettres d'information ou les réseaux sociaux, mais aussi des moyens plus scientifiques, tels que les résumés et les manuscrits évalués par des pairs, ou encore les réunions et les journées ou soirées d'information. Le calendrier de diffusion des rapports est également important: afin de

garantir la valeur des données en tant que données pour agir, la diffusion devrait avoir lieu dès que possible après la fin de la collecte des données.

Références

- Christiansen, T. and Lauritsen, J. (2010), 'EpiData - Comprehensive data management and basic statistical analysis system', EpiData Association, Odense, Denmark, <http://www.epidata.dk>.
- Collier, M. G., Garfein, R. S., Cuevas-Mota, J. and Teshale, E. H. (2017), 'Comparison of three popular methods for recruiting young persons who inject drugs for interventional studies', *Journal of Urban Health* 94(4), pp. 587-591, <https://www.doi.org/10.1007/s11524-017-0158-x>.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Stanaway, J., Larney, S., Alexander, L. T., Hickman, M., Cowie, B., Hall, W. D., et al. (2016), 'Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013', *Lancet Infectious Diseases* 16(12), pp. 1385-1398, [https://www.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30325-5](https://www.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30325-5).
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., et al. (2017), 'Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review', *Lancet Global Health* 5(12), pp. e1192-e1207, [https://www.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://www.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3).
- Degenhardt, L., Webb, P., Colledge-Frisby, S., Ireland, J., Wheeler, A., Ottaviano, S., Willing, A., Kairouz, A., et al. (2023), 'Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review', *Lancet Global Health* 11(5), pp. e659-e672, [https://www.doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00057-8](https://www.doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00057-8).
- ECDC (2020), *Technical protocol for hepatitis C prevalence surveys in the general population*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, doi:10.2900/30190.
- EMCDDA (2013), 'DRID guidance module: Methods of bio-behavioural surveys on HIV and viral hepatitis in people who inject drugs — a short overview', European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, https://www.euda.europa.eu/publications/manuals-and-guidelines/drid-toolkit_en.
- EMCDDA (2021), *Increasing access to hepatitis C testing and care for people who inject drugs*, Identifying barriers to and opportunities for supporting hepatitis C testing and care in drug services: a participatory diagnostic process, Publications Office of the European Union, Luxembourg, https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/manual-increasing-access-hepatitis-c-testing-and-care-people-who-inject-drugs_en.
- Hommes, F., Krings, A., Dorre, A., Neumeier, E., Schaffer, D. and Zimmermann, R. (2023), 'International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021', *Harm Reduction Journal* 20(1), p. 137, <https://www.doi.org/10.1186/s12954-023-00870-2>.
- Léon, L., Des Jarlais, D., Jauffret-Roustide, M. and Le Strat, Y. (2016), 'Update on respondent-driven sampling: Theory and practical considerations for studies of persons who inject drugs', *Methodological Innovations* 9, <https://www.doi.org/10.1177/2059799116672878>.
- McLeod, A., Hutchinson, S. J., Smith, S., Leen, C., Clifford, S., McAuley, A., Wallace, L. A., Barclay, S. T., et al. (2021), 'Increased case-finding and uptake of direct-acting antiviral treatment essential for micro-elimination of hepatitis C among people living with HIV: a

national record linkage study', *HIV Medicine* 22(5), pp. 334-345, <https://www.doi.org/10.1111/hiv.13032>.

Schaeffer, R., Mendenhall, W. and Ott, L. (1990), *Elementary survey sampling, fourth edition*, Belmont, California.

WHO (2017), *WHO guidelines on hepatitis B and C testing*, World Health Organization, Geneva, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1080581/retrieve>.

WHO (2022), *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>.

WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean (2013), *Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance. Module 4: Introduction to respondent-driven sampling*, World Health Organization, <https://iris.who.int/handle/10665/116864>.

Yeung, A., Palmateer, N. E., Dillon, J. F., McDonald, S. A., Smith, S., Barclay, S., Hayes, P. C., Gunson, R. N., et al. (2022), 'Population-level estimates of hepatitis C reinfection post scale-up of direct-acting antivirals among people who inject drugs', *Journal of Hepatology* 76(3), pp. 549-557, <https://www.doi.org/10.1016/j.jhep.2021.09.038>.

Annexes

Annexe 1: Informations et sources disponibles sur la méthodologie de surveillance et d'enquête auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse

Pour aller plus loin:

ECDC et EMCDDA, [Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs – 2023 update](#) (Prévention et contrôle des maladies infectieuses chez les usagers de drogues par voie intraveineuse – mise à jour 2023 (2023)).

ECDC, [Hepatitis B – Annual epidemiological report for 2021](#) (Hépatite B – Rapport épidémiologique annuel pour 2021) (2022).

ECDC, [Hepatitis C – Annual epidemiological report for 2021](#) (Hépatite C – Rapport épidémiologique annuel pour 2021) (2022).

ECDC, [Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States](#) (Surveillance des réponses aux épidémies d'hépatite B et C dans les États membres de l'UE/EEE) (2019).

ECDC, [Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Europe and Central Asia – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2022 progress report](#) (Prophylaxie avant exposition pour la prévention du VIH en Europe et en Asie centrale – Suivi de la mise en œuvre de la déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/SIDA en Europe et en Asie centrale – Rapport d'étape 2022) (2023).

ECDC/OMS Europe, [HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 \(2021 data\)](#) [Surveillance du VIH/sida en Europe 2022 (données de 2021)] (2022).

EMCDDA, [Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications](#) (Trouver un équilibre entre l'accès aux traitements de substitution aux opioïdes et la prévention du détournement des médicaments de substitution aux opioïdes en Europe: défis et implications) (2021).

EMCDDA, [Drug-related infectious diseases \(DRID\) toolkit](#) (Boîte à outils sur les maladies infectieuses liées aux drogues) (2013).

EMCDDA, [Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network](#) (Maladies infectieuses liées aux drogues en Europe: mise à jour du réseau d'experts de l'EMCDDA) (2020).

EMCDDA, [Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe](#) (Suivi de l'élimination de l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en Europe) (2019).

OMS, [Consolidated guidelines on person-centred viral hepatitis strategic information: using data to support country scale-up of hepatitis prevention, diagnosis and treatment services](#) (Lignes directrices consolidées sur les informations stratégiques relatives à l'hépatite virale

centrées sur la personne: utilisation des données pour soutenir le renforcement des services de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite à l'échelle nationale) (2024).

OMS, Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis planning and tracking progress towards elimination: guidelines (Lignes directrices consolidées en matière d'information stratégique pour la planification et le suivi des progrès accomplis vers l'élimination de l'hépatite virale: lignes directrices) (2019).

OMS, Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés (2022).

OMS, Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C : recommended indicators and framework (Suivi et évaluation des hépatites virales B et C : indicateurs et cadre recommandés) (2016).

OMS, Nouvelle recommandation sur le dépistage et le traitement du virus de l'hépatite C chez les personnes exposées à un risque permanent d'infection – *Note d'orientation* (2022).

ONUSIDA, Suivi mondial de la lutte contre le sida (2023).