

«USAGE DE DROGUES ET RISQUES: SURVOL EPIDEMIOLOGIQUE (1999)»

Dr Fabienne Hariga
Modus Vivendi asbl

Les données épidémiologiques concernant les groupes de population usagers de drogues sont très fragmentaires, et, concernent uniquement les usagers de drogues i.v. (UDI).

En ce qui concerne l'infection à VIH, tant dans la population générale que dans la population des usagers de drogues i.v., la Belgique se place à un niveau relativement bas par rapport aux autres pays européens. L'importance du problème des toxicomanes séropositifs pour le VIH est cependant plus importante à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre. En ce qui concerne les hépatites B et C, les taux observés parmi les toxicomanes en Belgique sont très élevés et similaires à ceux observés dans les autres populations européennes.

Aucune donnée fiable n'existe concernant les usagers de drogues non i.v.

Aucune donnée fiable n'existe concernant les autres causes de morbidité ou de mortalité dans la population des toxicomanes.

MORTALITE DES USAGERS DE DROGUES¹:

Il n'existe en Belgique aucune donnée précise concernant la mortalité des usagers de drogues.

- On estime que les usagers de drogues i.v. ont un taux de mortalité 20 à 30 fois plus élevé que les non usagers du même âge. En moyenne 1 à 2% décèdent chaque année d'overdose, d'accidents, de suicides ou de maladies en relation avec l'usage de drogues.
- La mortalité des usagers de drogues qui n'injectent pas est de loin inférieure à celle des usagers i.v., à condition que les cocktails à base de différentes substances (dont l'alcool et les médicaments psychotropes) soient évités.

MORBIDITE DES USAGERS DE DROGUES:

B.1. VIH :

→ Prévalences et facteurs de risques:

- La séroprévalence de l'infection à VIH dans les milieux des usagers de drogues i.v. est estimée entre 3 à 11%, en fonction des enquêtes.², soit de 20 à 50 fois plus élevée que dans la population générale.
- Dans la population belge, environ 6% des nouveaux cas d'infection à VIH sont des usagers de drogues i.v.³
- Sur l'ensemble des séropositifs pour le VIH diagnostiqués, les UDI représentent 7% à Bruxelles et 8% en Wallonie⁴ (et 3% en Flandre). En

¹EMCDDA. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union- 1997.

² BEGHIN D., PREVOST M., de ROUBAIX J., LEQUARRE F.. Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Agence de Prévention du SIDA. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique. Avril 1997.

³ SASSE A., VAN DER HEYDEN J., STROOBANT A. Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1996. Institut Scientifique de la Santé Publique – Louis Pasteur (ISP), décembre 1997.

⁴ SASSE A., VAN DER HEYDEN J., STROOBANT A. Op. Cit.

outre, 1% des personnes diagnostiquées VIH+ sont à la fois homo ou bisexuelles et usagers de drogues par voie intraveineuse.

L'âge :

- Dans le groupe des jeunes séropositifs, (17-24 ans) pour le VIH, la proportion de toxicomanes i.v. est de 17%, et, l'âge moyen des UDI dépistés VIH+ est de 29,6 ans, donc bien inférieure à la moyenne d'âge des séropositifs pour le VIH de la population générale qui est de 37,4 ans.

Le sexe:

- L'injection de drogue est en valeur absolue plus importante chez les hommes que chez les femmes.
- L'injection de drogue est relativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est responsable de 11% des cas de séropositivité pour le VIH chez les femmes et de 5% des cas parmi les hommes.

L'origine

- Parmi les non belges séropositifs pour le VIH, 3,4 % des nouveaux cas diagnostiqués en 1996 sont des UDI
- La toxicomanie est proportionnellement plus importante à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre. Sur l'ensemble des non-belges résidant en Belgique et diagnostiqués VIH+, à Bruxelles 10% sont des UDI, et 8% en Wallonie.

Les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose

- La séoprévalence pour les infections à VIH dans la population des patients atteints d'une maladie sexuellement transmissible (MST) est de 3,8%, soit 20 fois plus élevée que dans la population générale.
- Quatre pour cent (4%) des nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués en 1995 sont séropositifs pour le VIH.⁵

Modes de transmission et comportements à risque chez les usagers de drogues:

Deux modes de transmission principaux sont à retenir :

Transmission sanguine :

- Le partage de seringues infectées constitue le principal risque de transmission du VIH parmi les usagers de drogues i.v. D'après une enquête « Boule-de-neige » effectuée en 1997, 50% des usagers de drogues i.v. rapportent le partage, prêt ou emprunt, de leurs seringues.⁶

Transmission sexuelle :

- Les usagers de drogues constituent un groupe particulièrement à risque pour la transmission sexuelle du fait de certains comportements directement liés à leur consommation.

L'altération des niveaux de conscience provoquée par la plupart des substances peut entraîner une diminution de la perception des risques et donc une augmentation de la prise de risques au cours de relations sexuelles non

⁵ibidem

⁶ Hariga F. Analyse des données Boule de neige 1997 ; Modus Vivendi - Carnets de Risque N° 3

protégées. Les consommateurs d'ecstasy (XTC) ou « pilule d'amour » semblent particulièrement vulnérables, lorsqu'ils sont sous l'emprise de la substance.

Partenaires multiples et prostitution:

- L'analyse des données Boule-de-neige 1995, montre que près de la moitié des répondants (45%) UDI rapportent avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois, et plus de 70% d'entre eux sans utiliser de préservatifs.⁷
- Environ un tiers des consommateurs de drogues « dures », UDI ou non-UDI, reconnaissent se prostituer soit pour acquérir leur drogue soit l'argent qui leur permettra d'acheter la drogue.⁸

Risques pour les partenaires sexuels :

- Environ 10% des femmes malades du Sida et de nationalité belge, ont été contaminées par relations sexuelles avec un partenaire usager de drogues i.v.⁹.
- Au niveau européen, 31%, soit la part la plus importante, des femmes contaminées lors d'un rapport sexuel, ont été contaminées lors d'un rapport avec un UDI.¹⁰

Cumul des risques sexuels liés à l'usage de drogues:

- 19% des malades du Sida résidants en Belgique rapportent à la fois l'usage de drogues i.v. et des contacts homosexuels ou hétérosexuels à risque.¹¹
- L'usage d'XTC se retrouve également dans certains groupes d'usagers homosexuels liés à la fois aux deux cultures, gay et techno.

Transmission mère-enfant :

- 16% des enfants infectés et pour lesquels on connaît le mode d'infection de la mère, sont nés de mère UDI.¹²

B.2. HEPATITES B :

→ **Prévalence :**

- La séroprévalence pour les hépatites B dans la population des usagers de drogues i.v. varie de 16 à 32% en fonction des études.¹³

⁷ MODUS VIVENDI. Analyse des données Boule-de-neige 1995 - Rapport d'activité 1995-1996. Pp.88

⁸ ibidem

⁹ SASSE A., VAN DER HEYDEN J., STROOBANT A. Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1995. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, novembre 1996.

¹⁰ Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida. Rapport trimestriel N°53. , 31 mars 1997.

¹¹ SASSE A., VAN DER HEYDEN J., STROOBANT A. Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1996. Institut Scientifique de la Santé Publique – Louis Pasteur (ISP), décembre 1997.

¹² ibidem

¹³ DENIS B., LEFEBVRE V. Hépatites C et toxicomanie. Revue de la médecine générale Novembre 1996 ; 137 :28-39

- Aux USA, la moitié des cas d'hépatites B sont dus à une contamination sexuelle, 41 % suite à un comportement hétérosexuel à risque et 9% suite à des relations homosexuelles.¹⁴

→ **Modes de transmission principaux et comportements à risque chez les usagers de drogues :**

- **Transmission parentérale** : le partage de l'ensemble du matériel d'injection, c'est-à-dire seringues, filtres et cuillères, semble responsable de la haute transmission des hépatites parmi les UDI.
- **Transmission sexuelle** : les mécanismes de transmission sont similaires à ceux observés pour le Sida.

B.3. HEPATITES C :

→ **Prévalences :**

- La séroprévalence pour les hépatites C dans la population des usagers de drogues i.v. est estimée à 82%.¹⁵
- Plus de 70% des UDI sont contaminés après une année de « carrière d'injecteur », et 50 % après 1 à 10 injections seulement.¹⁶
- Un tiers des cas d'hépatites C surviennent chez des usagers de drogues i.v. ou par voie nasale (sniff).¹⁷

→ **Modes de transmission principaux et comportements à risque chez les usagers de drogues :**

Transmission parentérale :

- Le partage de l'ensemble du matériel d'injection, c'est-à-dire seringues, filtres et cuillères, semble responsable de la haute transmission des hépatites parmi les UDI.
- Le partage de matériel de tatouage et piercing pourrait également être responsable de la transmission des hépatites C chez les UD
- Le partage des pailles utilisées pour « sniffer » la cocaïne et parfois l'héroïne pourraient également être un mode de transmission.
- Le partage de l'ensemble du matériel qui pourrait être en contact avec du sang (ex.: rasoir), pourrait être responsable de ce mode de transmission.

Transmission sexuelle :

- Ce mode de transmission joue probablement un rôle moins important que dans le cas des hépatites B et du Sida.

¹⁴ Source : CDC Sentinel counties study of viral hepatitis ; 1992 - 1993

¹⁵ DENIS B., HAYANI A , JAMOULLE M. et al. Toxicomanie et virus de l'hépatite C, B et HIV. Bulletin de la Société Clinique de l'Hôpital Civil de Charleroi. 1993 ; 44(4) : 208-13

¹⁶ ibidem

¹⁷ ADLER M. Dépistage de l'hépatite C et indication du traitement. Hépatites C- Séminaire national du 10 octobre 1997. Actes du congrès pp.111-113

B.4. AUTRES RISQUES SANITAIRES :

Les données épidémiologiques concernant les autres problèmes sanitaires sont pour ainsi dire inexistantes.

- ***Les Overdoses :***

En 1995, 48 décès par overdoses ont été rapportés en Belgique. Ce chiffre est probablement sous-estimé¹⁸. D'après le Comité de Concertation sur l'Alcool et les Drogues (CCAD), on dénombrerait en Communauté française une centaine d'overdoses mortelles par an. Dans la seule ville de Genève, on dénombre 25 décès par overdoses par an.¹⁹

- ***Les accidents domestiques:***

Il n'existe pas de données concernant les accidents domestiques et la consommation de psychotropes. Deux types d'accidents nous semblent cependant importants : premièrement les ingestions accidentelles de méthadone ou d'autres substances psychotropes par les enfants d'usagers, et deuxièmement les risques d'incendie.

- ***Les accidents de circulation:***

Il n'existe aucune donnée disponible sur les accidents de circulation encourus ou provoqués par les personnes sous l'influence des drogues.

- ***Les infections bactériennes locales, régionales et systémiques***

Les UDI courent des risques d'infections bactériennes, allant de l'abcès aux endocardites et septicémies. Aucune donnée n'est disponible²⁰.

- ***Les maladies rénales, vasculaires, cardiaques, pulmonaires, hépatiques*** liées à la toxicité des substances²¹

- ***Problèmes psychiatriques et le suicide:***

L'usage de certaines drogues, même de type ludique, tel que l'XTC ou les amphétamines, le LSD, peuvent donner lieu à un cortège de syndromes psychiatriques, tel que des psychoses paranoïdes par exemple, et mener certaines personnes jusqu'au suicide.

- ***Hyperthermies malignes***

Généralement accompagnée de déshydratation s'observent chez les consommateurs d'ecstasy.

¹⁸EMCDDA. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union- 1997.

¹⁹ MUSSET T. Overdoses et premiers secours. Huitième conférence internationale sur la réduction des risques. Paris. Février 1997.

²⁰Fièvres, "Poussières", septicémies. Pathologies somatiques liées à la toxicomanie. Office fédéral de la santé publique. Juin 1995.pp. 4-5

²¹Pathologies systémiques et rénales. Pathologies somatiques liées à la toxicomanie. Office fédéral de la santé publique. juin 1995.pp. 8-9

PREVALENCE DE L'USAGE DE DROGUES

Le caractère illégal et donc clandestin de la consommation de drogues ne permet qu'une quantification approximative des consommateurs. Les modes de consommation sont en outre hétérogènes, de l'usage de drogue de manière occasionnel et « ludique » à la dépendance. Enfin, de nombreux consommateurs de drogues sont « poly-usagers », où utilisateurs d'une variété de substances différentes, illégales, légales ou médicamenteuses.

CANNABIS:

Le Cannabis est la substance la plus consommée, et semble en augmentation. En 1994, 19% des jeunes scolarisés, déclarent avoir consommé au moins une fois une drogue illégale, et 10% déclarent avoir consommé au cours du mois précédent. Parmi eux 83% citent le cannabis²². Si isolée, cette consommation est le plus souvent occasionnelle et rarement source de dépendance. Dans une enquête effectuée parmi les usagers de drogues au festival de Dour en 1997, 99% déclarent consommer du cannabis²³. La plupart des poly-usagers de drogue consomment entre autre le cannabis.

Profil des usagers:

On distingue deux groupes d'usagers, les utilisateurs occasionnels et les poly-usagers qui quasiment tous citent le cannabis comme une des substances consommées. Les usagers occasionnels sont généralement des personnes jeunes, bien intégrées, et que l'on retrouve dans la plupart des couches de la société.

Risques potentiels liés à la consommation de cannabis:

Les principaux risques sanitaires encourus par l'usage de cannabis sont limités et liés à un usage excessif. Parmi ceux-ci on note, les risques sexuels liés à l'altération de l'état de conscience, et les risques d'accidents de circulation et risques de syndromes dépressifs.

COCAÏNE :

Il n'existe pas de données fiables concernant le nombre total de consommateurs de cocaïne. Une enquête effectuée en 1995 en Flandre montre que 1% des adolescents scolarisés ont déjà consommé au moins une fois de la cocaïne et 0,5% de l'ensemble des adultes.²⁴

Dans l'enquête Boule-de-neige effectuée en 1996, 54% de l'ensemble des personnes rencontrées déclarent consommer de la cocaïne, 45% des non-UDI et 70% des UDI actuels.

Profil des usagers:

Il existe de nombreux profils différents d'usagers de cocaïne.

- les usagers occasionnels :

Ce groupe fait un usage de type ludique, occasionnel par des personnes bien intégrées, et consomment par voie nasale ou en fumettes

²²PIETTE D., PREVOST M., BOUTSEN M., DE SMET P., LEVEQUE A., BARETTE M. Vers la santé des jeunes en l'an 2000?. Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. ULB-Promes. 1997.

²³HARIGA F., VAN HUYCK C. Rapport de recherche action Dour 1997. Carnet du risque Modus Vivendi N°...

²⁴ EMCDDA. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union- 1997.

- les usagers réguliers :
usage de type régulier, généralement par voie nasale ou en fumettes. Dans une enquête effectuée en 1996, 14% des usagers exclusifs de cocaïne rapportent une consommation i.v., 85% en sniff et 71% en fumette.²⁵ En 1997, 31% des consommateurs exclusifs de cocaïne rapportent une consommation i.v.
- les usagers réguliers i.v. :
il s'agit généralement de poly-usagers de drogues qui consomment d'autres substances également par voie i.v. Parmi ceux-ci, 65% des consommateurs de cocaïne rapportent l'usage en i.v.
Parmi les UDI de cocaïne semblent se retrouver un certain nombre de personnes suivant un traitement à la méthadone.

Les UDI réguliers de cocaïne, principalement i.v. sont relativement marginalisés. La cocaïne est un produit cher qui absorbe des ressources financières importantes. L'usage de cocaïne en i.v. demande un nombre d'injections élevé, jusqu'à 20 injections ou plus par jour. Ceci entraîne une dégradation rapide du réseau veineux et des risques infectieux liés à ces injections particulièrement élevés.

Risques potentiels liés à la consommation de cocaïne:

- Risques de transmission sexuelle du VIH, hépatites B et autres maladies sexuellement transmissibles
- Risques de transmission par voie nasale des hépatites principalement
- Risques de transmission parentérale des VIH et hépatites
- Risques infectieux locaux et loco-régionaux : abcès, phlébites, néphropathies, endocardites
- Risques circulatoires locaux : nécroses et gangrènes
- Risques cardiovasculaires : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques

HEROÏNE ET AUTRES OPIACES

D'après une enquête effectuée en Communauté flamande en 1994, les consommateurs d'héroïne sont estimés à 0,7% de la population.²⁶ Le nombre maximum de consommateurs pour la Belgique serait donc estimé à 70,000. Il n'existe pas de données spécifiques à la Communauté française concernant le nombre total d'usagers d'opiacés.

Profil des usagers:

On distingue deux types principaux d'usagers, les usagers i.v. et les usagers en "fumette" et dans une moindre proportion en "sniff". Dans l'enquête Boule-de-neige effectuée en 1996, parmi les usagers d'héroïne exclusifs, 56% déclarent consommer en injection, 78% en fumettes et 15% en sniff.²⁷

En Communauté française, le nombre d'usagers d'héroïne i.v. est estimé entre 10.000 et 15.000²⁸. La plupart des consommateurs d'héroïne sont des "poly-usagers". Les autres substances les plus consommées sont la cocaïne, le cannabis et le Rohypnol®.

²⁵ MODUS VIVENDI. Analyse des données Boule de neige 1996 - Rapport d'activité 1996-1997..

²⁶ EMCDDA. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union- 1997.

²⁷MODUS VIVENDI. Analyse des données Boule de neige 1996 - Rapport d'activité 1996-1997..

²⁸ AGENCE DE PREVENTION DU SIDA. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique. Plan Guide triennal 1996-1998. pp.72-74

L'âge moyen de début de la consommation intraveineuse est de 19 - 20 ans en fonction des enquêtes²⁹ et, 40% des personnes ont eu leur première injection avant 18 ans. L'âge moyen d'entrée dans des systèmes de prise en charge pour toxicomanes est de 25 ans, soit en moyenne après 5 ans de "carrière" d'injecteur.

Environ un tiers des consommateurs sont de sexe féminin. Cette proportion varie cependant fort en fonction des groupes d'âge. Parmi les moins de 25 ans, les femmes représentent 50% des consommateurs d'héroïne.

Le niveau de marginalisation des usagers d'héroïne est généralement plus élevé que pour les autres usagers. Le niveau d'étude est particulièrement peu élevé (25% ayant atteint un diplôme d'études primaires ou sans diplôme), le taux de sans emploi est de 80%. D'après l'enquête Boule-de-neige de 1996, la connaissance et les attitudes des usagers vis-à-vis de la prise de risques liés au Sida et aux hépatites, est en relation avec d'une part le fait d'avoir un domicile (17% de SDF), et d'autre part d'avoir une assurance de soins. L'accès à l'information, aux soins de santé et au matériel de prévention sont significativement plus bas dans ce groupe d'usagers.

Risques potentiels liés à la consommation d'héroïne

Risques de transmission parentérale des VIH et hépatites

Risques infectieux locaux et loco-régionaux liés aux injections: abcès, phlébites, néphropathies, endocardites, septicémies.

Risques de transmission sexuelle du VIH, hépatites B et autres maladies sexuellement transmissibles

Risques de transmission par voie nasale des hépatites principalement

Overdoses, accidents de roulage et domestiques, œdèmes aigus du poumon.

AMPHETAMINES, ECSTASY (XTC) ET LSD

La prévalence de la consommation d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD a été estimée en Communauté flamande à respectivement 4%, 4,5% et 2,5% parmi la population de jeunes en milieu scolaire. Il n'existe pas de données publiées concernant la Communauté française.

Profil des usagers :

On peut distinguer deux grands types d'usagers, les usagers occasionnels et les toxicomanes qui ont intégré ces substances dans leur « palette », à côté des drogues en poudre telles que la cocaïne et/ou l'héroïne.

Les usagers occasionnels

Les usagers occasionnelles sont généralement des personnes bien intégrées, voire « branchées » qui consomment le week-end, et, qui sont imprégnés de « culture house ». Ces substances sont généralement consommées de manière récréative, rarement de manière isolée : « l'usager de drogues de type ludique est avant tout un poly-usager »³⁰. Ce groupe est composé de personnes jeunes, âgées entre 15 et 25 ans, qui consomment lors d'événements tels que rave, sorties en megadancing ou festival.

D'après une étude effectuée dans 5 megadancings en Flandre, environ 35% des personnes présentes consommeraient une ou plusieurs substances, l'XTC étant la plus

²⁹MODUS VIVENDI. Op.Cit.

³⁰ VERCAIGNE C. Jeugd tussen (sub)cultuur en business : een onderzoek naar megadancings, house en de last van recreatie. Onderzoeksgroep Jeugdcriminologie KUL, 1995.

fréquente. Lors de notre enquête auprès d'usagers de drogues au festival de Dour en 1997, on observe que parmi les usagers non-UDI, si le cannabis est la première substance consommée (80%), l'usage d'XTC et le LSD est rapporté par environ un tiers des personnes. On observe que 90% de l'ensemble des consommateurs d'XTC et 80% des consommateurs d'amphétamines et de LSD rapportent une consommation occasionnelle uniquement.³¹

Les homosexuels constituent un groupe particulier, intégré dans la culture « techno » et consommateurs occasionnels de ces substances, dont ils ont été à la base de la mode aux USA. Le cumul des risques est donc particulièrement important pour ce groupe, dans des circonstances où les inhibitions sexuelles sont levées.³²

Les usagers réguliers :

Les usagers réguliers constituent probablement une minorité des usagers de ces substances, et, consomment avant tout d'autres substances telles que cocaïne et héroïne. Leur profil est donc celui de ces usagers, UDI ou non, et probablement les plus jeunes d'entre eux.

Risques potentiels liés à la consommation d'XTC, amphétamines et LSD

- Risques de transmission sexuelle du VIH, hépatites B
- Risques d'accidents de circulation
- Déshydratation et hyperthermie (XTC)
- Psychoses paranoïaques, raptus anxieux, suicides (LSD)

Groupes des usagers UDI

Les UDI constituent le groupe qui cumule le plus grand nombre de risques potentiels : risques liés à la toxicité potentielle des substances consommées, risques de transmission parentérale et sexuelle du VIH et des hépatites, risques infectieux locaux et loco-régionaux

C'est dans le groupe des UDI aussi que l'on retrouve les personnes les plus marginalisées et /ou les plus difficiles à atteindre. Ceci est particulièrement vrai au début de leur « carrière » d'injecteurs étant donné d'une part le caractère illégal de leurs pratiques et le tourbillon dans lequel les entraîne souvent cette pratique. Il s'agit de la période à plus grand risque, surtout en ce qui concerne les risques d'hépatites B et C. C'est après une moyenne de cinq ans que l'on retrouve ces consommateurs dans les circuits thérapeutiques spécialisés. Il est donc primordial de pouvoir les atteindre, de les informer des risques et des moyens de les réduire dans la période qui précède ce contact thérapeutique.

On retrouve également parmi les UDI les personnes les plus marginalisées socialement, SDF, sans emplois, sans couvertures sociales et ayant un accès des plus limités aux services et informations de santé.

Une étude effectuée en France montre que s'il existe une diminution du partage des seringues parmi les UDI, le partage du reste du matériel d'injection (cuillère, filtre, eau)

³¹ HARIGA F., VAN HUYCK C. Rapport de recherche action Dour 1997. Carnet du risque Modus Vivendi N°...

³² Griffiths P., Vingoe L., Jansen K., Sherval J. Lewis R. Hartnoll R., Nilson M. . New trends in Synthetic drugs in the European Union. EMCDDA. Nov. 1997.

reste de règle. Ceci explique la diminution de la séroprévalence au VIH et une explosion de la séroprévalence des hépatites C.³³

La même étude met en évidence la persistance de la prise de risques sexuels, et l'absence de protection vis à vis des partenaires non-UDI, surtout s'ils sont réguliers. Ceci illustre l'absence de lien entre la reconnaissance du risque lié aux seringues et le risque sexuel.

Enfin, diverses études ont également mis en évidence que les UDI ont une tendance plus élevée à se faire tatouer ou au piercing que les autres groupes, pratiques qui elles aussi sont potentiellement à risque pour le VIH et les hépatites B et C.

³³ Emmanuelli J. Usagers de drogues : le point sur l'évolution des pratiques. Transcriptase 1997 N°61 - 27-29