

# Evaluation de *Change le programme* (Recherche EVAL-CLP) Premiers résultats

David Michels, chargé de projets, Respadd

[david.michels@respadd.org](mailto:david.michels@respadd.org)

TDO 5 – RABAT – 1<sup>er</sup> décembre 2016

## Plan de l'intervention

1. Le projet d'importation et d'adaptation de *Break the Cycle*
2. Présentation de l'intervention *Change le programme*
3. Présentation de la recherche EVAL-CLP
4. Les premiers résultats d'EVAL-CLP
5. Conclusion / Discussion

# 1. Importation et adaptation et de Break the cycle

## Un projet collectif d'importation et d'adaptation :

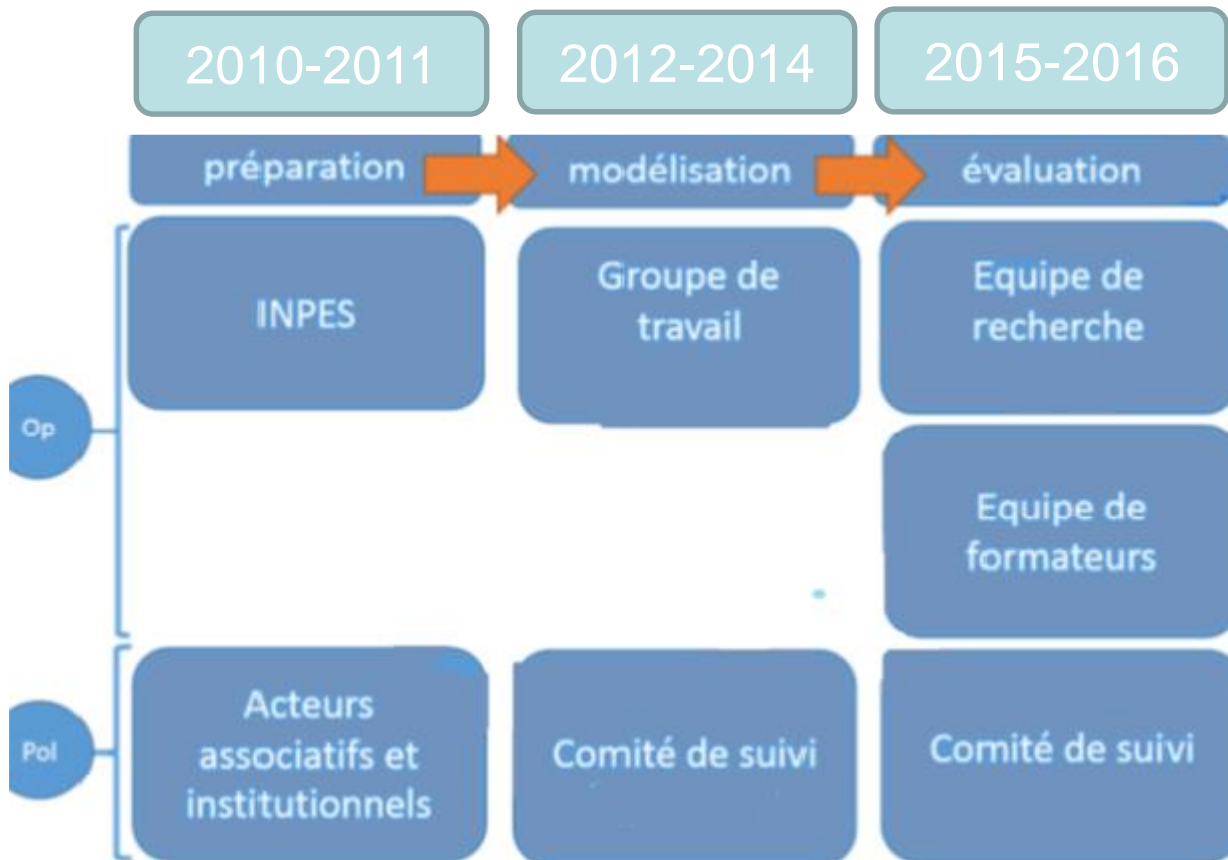
L'intervention est adaptée de l'intervention britannique *Break the cycle* – HUNT, 1998, *Drugs: Education, Prevention and Policy*)

Entre 2010 et 2014, projet piloté par l'INPES (désormais Santé publique France) sous l'égide d'un comité de suivi avec:

- L'Association AIDES
- L'Association ASUD
- L'Association Elsa France
- L'Association française de RDR
- La Direction générale de la santé
- La Fédération Addiction
- L'INVS (désormais Santé publique France)
- La MILDT (désormais MILDECA)
- L'OFDT
- Le Réseau français de RDR

Et avec l'appui d'un groupe de travail : ASUD, le CEID, le CMSEA, GAÏA, le RESPADD et l'IPPSA

A partir de 2014, le projet d'évaluation est porté par RESPADD avec les mêmes partenaires, avec une équipe de recherche et équipe de formateurs.



# 1. *Change le programme*

## Contexte sanitaire de *Change le programme* :

- L'injection est un mode d'administration très fortement à risque pour les contaminations virales;
- Les politiques de RDR (en particulier échange de seringues et diffusion des TSO) ont permis une très forte baisse des contaminations au VIH mais la **prévalence VHC chez les UD est toujours importante (44%)**.

### ▶▶▶ Parmi les leviers possibles pour faire baisser le nombre de contaminations VHC :

- Faire baisser le nombre d'injecteurs parmi les usagers de drogues ;
- Faire baisser la fréquence des injections pratiquées par les injecteurs
- Eduquer les injecteurs à l'injection à faible risque.

### ▶▶▶ Dans ce contexte, les *Route Transition Interventions* s'orientent selon deux axes différents :

- Promouvoir la transition chez les injecteurs (occasionnelle, temporaire ou définitive) vers d'autres modes d'administration (= *Switching*) ;
- Prévenir le passage à l'injection des usagers non-injecteurs  
(= *Preventing*).

# 1. *Change le programme (suite)*

## Présentation et objectifs de *Change le programme* :

*Change le programme* s'inscrit dans ce deuxième axe qui vise à prévenir le passage à l'injection.

**CLP s'adresse aux injecteurs et prend la forme d'une intervention brève motivationnelle de 45mn qui consiste en un entretien structuré entre un intervenant formé et un usager**

### Objectifs spécifiques (vis-à-vis des usagers) :

- Changer les comportements des injecteurs de drogues pour réduire le risque de passage à l'injection chez les non-injecteurs ;
  - Ne pas s'injecter devant des non-injecteurs
  - Ne pas promouvoir l'injection par exposition de ses bénéfiques
  - Éviter de répondre positivement à une demande d'initiation au « shoot »
- Renforcer la résistance, qui existe souvent déjà, des injecteurs face à l'initiation d'autrui.

### Objectifs opérationnels (de l'entretien) :

- Encourager les injecteurs plus expérimentés à réfléchir à leur positionnement et à leur attitude par rapport à l'initiation d'autrui ;
- Accroître chez eux la conscience des actions pouvant inciter les autres à commencer ;
- Augmenter leur capacité à répondre aux demandes d'initiation ;
- Les aider à réfléchir et à mieux informer les personnes désireuses de s'injecter sur les dommages éventuels (physiques, infectieux, moraux, psychologiques, sociaux, légaux...) de l'injection.

▶▶▶ **Attention ! L'intervention ne vise pas à faire arrêter l'injection.**

## 2. EVAL – CLP

EVAL-CLP est une recherche interventionnelle dont l'objectif général est d'apporter des éléments de réflexions sur la pertinence de développer en France l'intervention *Change le programme* et les modalités de sa mise en place.

### ➤ **IMPLANTATION SUR SITES PILOTES AVEC FORMATION DE 2 ou 3 INTERVENANTS PAR SITE**

Plus précisément, l'évaluation comporte deux objectifs secondaires :

- 1) **Évaluer l'implantation** de l'intervention : évaluer les freins et les leviers à l'implantation de l'intervention **dans les structures françaises de réduction des risques (CAARUD)**
  - Méthodologie : entretiens individuels et collectifs conduits à l'issue de la formation ainsi que du terrain avec les équipes, les intervenants et les formateurs
- 2) **Évaluer les effets de l'intervention sur l'initiation à l'injection**: mesurer les effets de l'intervention sur les représentations, les connaissances, les attitudes et les comportements.
  - Méthodologie : questionnaire face-à-face avant et après l'intervention, puis un rappel à trois mois par téléphone

Critères d'inclusion des usagers dans CLP :

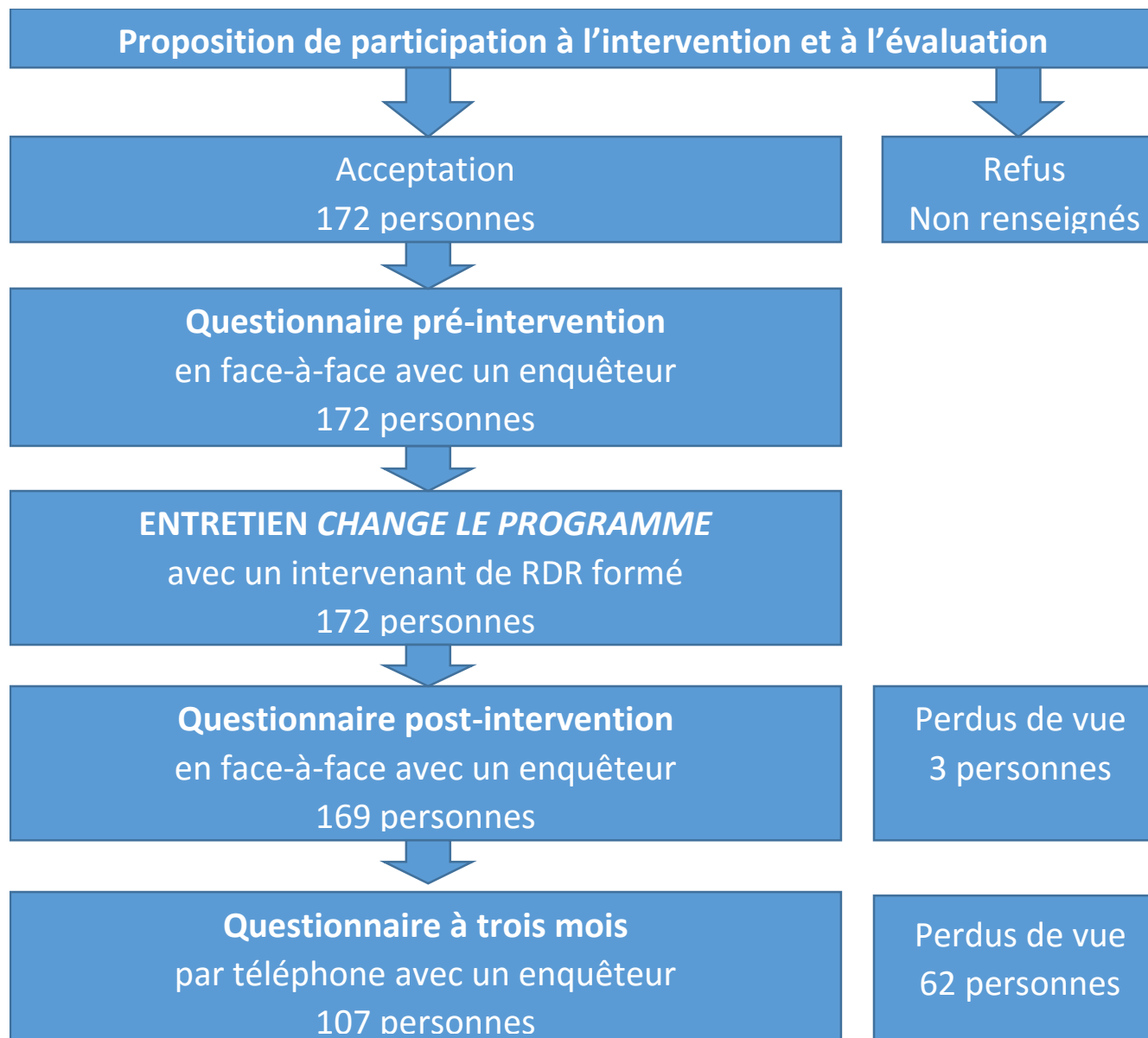
- Être âgé de 18 ans et plus ; Parler correctement le français ;
- Être un injecteur actif, c'est-à-dire s'être injecté au cours des trois derniers mois ;
- Donner oralement son consentement.

## 3. Résultats

	FA 2015 (lieu-x fixe-s)	Nb int.	Nb inc.
BORDEAUX : Centre Planterose	972	3	78
MARSEILLE : Centre Bus 31/32	191	2	12
METZ : Centre Point-de-contact	483	2	45
AULNAY : Centre Aurore 93	173	1,5	9
PARIS : Centre B18	996	2	5
PARIS : Centre Beaurepaire	655	2	12
MONTREUIL : Centre PROSES	813	1,5	11



# Processus et étapes du recrutement



## Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des participants (n=107)

	N	%
<b>Sexe</b>		
Hommes	74	69,2
Femmes	33	30,8
<b>Age</b>		
20-29 ans	40	37,4
30-39 ans	35	32,7
40-55 ans	32	29,9
<b>Diplôme obtenu le plus élevé</b>		
Aucun diplôme	24	22,4
Diplôme inférieur au baccalauréat	58	54,2
Baccalauréat	14	13,1
Diplôme de l'enseignement supérieur	11	10,3
<b>Prévalence déclarée du VHC</b>		
Avoir déjà été positif	41	38,3
Ne jamais l'avoir été	66	61,7
▶ Dont ne pas avoir été testé dans les 12 derniers mois	13	19,7
<b>Prévalence déclarée du VIH</b>		
Être séropositif	5	4,7
Séronégatif, séro-interrogatif, NSP	102	95,3
▶ Dont Ne pas avoir été testé dans les 12 derniers mois	20	19,6
<b>Age au moment de l'initiation à l'injection</b>		
Moins de 18 ans	35	32,7
18-22 ans	37	34,6
23 ans et plus	35	32,7
<u>Age moyen de la première injection</u>	20,9 ans	
<b>Produit le plus souvent injecté au cours des trois mois avant l'intervention</b>		
Morphine		34,6
Cocaïne		29,0
Buprénorphine		18,7
Heroïne		17,8

## Evolution des pratiques des trois derniers mois entre M0 et M3

		M0	M3
<b>Initiation</b>	Avoir fait sa 1ère injection à quelqu'un	7,5 %	5,6%
	Nombre d'initiations par personne	2,3	<b>1,0</b>
	Avoir refusé d'aider à quelqu'un à s'injecter pour la 1ère fois	24,3%	<b>36,4%</b>
<b>Parler de l'injection</b>	Avoir parlé d'injection à quelqu'un qui n'a jamais injecté	51,4 %	55,1 %
	Parmi ceux qui ont parlé : Généralement qui engage la conversation ? (l'autre ?)	53,7 %	<b>67 %</b>
	Parmi ceux qui ont parlé : Plutôt aspect négatifs	71,0 %	<b>84,1 %</b>
<b>Injecter devant un non-injecteur</b>	S'être isolé pour ne pas s'injecter devant un non injecteur	74,8 %	77,8 %
	S'être injecté devant quelqu'un qui n'a jamais injecté	35,5 %	<b>22,2 %</b>

**En rouge : écarts significatifs**

### Sur l'initiation :

A M3, **la proportion de personne déclarant avoir initié dans les trois mois est identique** à celle à M0, et il y a autant de personnes qui n'ont pas initié à M3 alors qu'elles avaient initié à M0 que de personnes qui ont initié à M3 alors qu'elles n'avaient pas initié à M0.

**En revanche, quand elles initient, elles ont initié moins de monde** sur les trois derniers mois puisque l'on est passé d'une moyenne par initiateur de 2,3 personnes initiées à 1 personne initiée. Ce qui est concordant avec **l'augmentation de la proportion de personnes déclarant avoir refusé d'aider quelqu'un à s'injecter pour la première fois.**

### Sur le fait de parler de l'injection :

La **proportion de personnes ayant déclaré avoir parlé de l'injection est identique à M0 et M3. Mais en revanche, les bénéficiaires sont moins enclins à engager eux-mêmes la conversation**, et sont plus nombreux à M3 à parler plutôt des aspects négatifs.

### Sur le fait de s'injecter devant un non-injecteur :

La **proportion de personnes déclarant s'être injecté devant quelqu'un qui n'avait jamais injecté a significativement baissé**, et les analyses individuelles montrent que parmi ceux dont le comportement a évolué, trois fois plus ont évolué dans le sens attendu que dans le sens contraire.

## L'étude qualitative a permis de mieux caractériser le contexte et les conditions favorables d'implantation

- **Bien sélectionner les structures** et implanter dans des structures :
  - qui ont déjà entamé une réflexion sur l'initiation à l'injection
  - qui ont défini comme un axe stratégique prioritaire la lutte contre l'HEP C
  - qui ont des équipes mixtes d'intervenants médicaux et sociaux, sur CSAPA et CAARUD
  - qui ont des locaux qui permettent aux usagers de passer du temps et de prendre leur temps car l'intervention nécessite d'être introduite assez longuement (quand délivrance sur lieu fixe)
- **Prendre le temps** pour que les équipes s'approprient l'intervention et la thématique et que celles-ci soient inscrites à l'agenda des directions, de tous les intervenants et pas seulement des intervenants formés
- **Former suffisamment d'intervenants** (pas moins de 1 pour 300 usagers)
- **Privilégier de réserver une plage horaire spécifique** à CLP dans l'agenda pendant laquelle l'intervenant est en partie déchargé de ses autres tâches, pour éviter que l'intervention ne soit « concurrencée » par la gestion des autres tâches quotidiennes (quand délivrance sur lieu fixe)
- **Communiquer** largement sur l'intervention au sein des structures
- **Envisager, si nécessaire, la rémunération des usagers** qui voudront faire CLP
- **Travailler avec des intervenants :**
  - volontaires, sensibilisés ou formés à l'entretien motivationnel
  - à l'aise avec l'idée d'aborder avec les usagers leur initiation à l'injection

**EVAL-CLP a permis de montrer :**

**qu'il est possible d'implanter CLP dans les CAARUD en France**

**que CLP a des effets positifs sur les comportements des usagers**

Limites : absence de groupe de comparaison mais variables de contrôle (non montrées), effectif limité, absence de supervision du contenu EM, suivi court (3 mois)

Forces : plusieurs sites, diversité des intervenants formés, bon niveau de suivi à 3 mois

**Compte tenu de ces résultats, dans une approche combinée de la prévention de l'hépatite C, l'intervention CLP a donc toute sa place dans le package d'interventions en RDR et l'accès universel des UD aux ARV.**

Compte tenu de son caractère novateur, sa diffusion nécessitera un soutien fort des instances en charge de la santé publique et son succès nécessitera d'accorder le plus grand soin à son implantation dans de nouvelles structures.

# Remerciements

## Les 172 participants

**Les structures ayant participé à la recherche** : la Boutique 18 (CHARONNE, Paris), le Bus 31/32 (BUS 31/32, Marseille), le Caarud Aurore 93 (AURORE, Aulnay), la Caarud Point de contact (CMSEA, Metz), le Caarud Proses (PROSES, Montreuil), le Centre Beaurepaire (CHARONNE, Paris), le Centre Planterose (CEID, Bordeaux) et **les directions / chefferies de service** : J-M Delile (CEID), L. Diény (CMSEA), F. Diot (CHARONNE), Y. Granger (BUS 31/32), M. Lebrun (BUS 31/32), S. Longère (PROSES ET BUS 31/32), C. Péquart (CHARONNE), B. Reiller (CEID), Y. Roux (CHARONNE), L. Sayag (PROSES), D. Pedowska (AURORE).

**Les intervenants** : Y. Bouillet (CHARONNE), A. Creyemey (CEID), J. Deramat (CEID), C. Escaich (CEID), G. Flye (CHARONNE), A. Laborde (PROSES), D. Lesboueyries (AURORE), J. Marcellan (CHARONNE), A-L Meunier (CMSEA), P. Mineau (CHARONNE), M. Renaud (CMSEA), C. Roux (BUS 31/32), P. Thiery (BUS 31/32), S. Vinet (AURORE)

**L'équipe de formateurs** : M. Debrus (MDM), J-M Delile (CEID), Ph. Michaud (IPPSA), M. Whalen

**Les membres du comité de suivi** : A. Cadet-Tairou (OFDT), L. Collard (Fédération Addiction), E. Daniel (DGS), C. Delorme (Fédération Addiction), L. Diény (CMSEA), R. Gozlan (MILDECA), M. Jauffret-Roustide (Santé publique France), J-P Lhomme (AFR), S. Longère (PROSES et BUS 31/32), J. Matos (GAÏA), F. Olivet (ASUD), C. Péquart (CHARONNE), D. Rojas-Castro (AIDES), Ph. Michaud (AFDEM), D. Pedowska (AURORE)

Et bien sûr :

**l'équipe de recherche** : P. Arwidson (Santé publique France), N. Bonnet (RESPADD), J-M Delile (CEID), S. Halfen (ORS-IDF), F. Lert (INSERM), N. Lydié (Santé publique France)

Et enfin : **le financeur** : Santé publique France