

# Morbidité et mortalité liées aux drogues

Anne-Claire Brisacier, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle

La consommation de substances psychoactives peut provoquer un ensemble de conséquences négatives pour la santé des consommateurs, à court comme à long terme. Ces conséquences dépendent de la toxicité et de la dangerosité intrinsèques des différentes drogues, des susceptibilités individuelles, des circonstances et des modes de consommation. Au niveau collectif, elles dépendent également du nombre de consommateurs, bien supérieur pour le tabac et l'alcool que pour les drogues illicites, ce qui explique en partie le poids beaucoup plus important dans un pays comme la France des dommages liés à ces deux substances licites qu'aux produits illégaux. Ce chapitre décrit successivement la mortalité et les pathologies liées à l'alcool, au tabac et aux principales drogues illicites.

## Mortalité et maladies liées à l'alcool

La consommation d'alcool expose à des risques pour la santé plus ou moins élevés selon les quantités bues, le mode d'usage et la durée d'usage. On peut distinguer les effets aigus des effets à long terme. Les alcoolisations ponctuelles modifient rapidement les perceptions et la vigilance et peuvent ainsi être à l'origine d'accidents et de passages à l'acte aux conséquences parfois graves pour les tiers et la personne alcoolisée ; les très fortes alcoolisations sont susceptibles de provoquer un coma et, dans certains cas rares, le décès. L'alcoolisation chronique, c'est-à-dire se répétant régulièrement, augmente le risque de nombreuses maladies pouvant conduire au décès : cancers touchant certains tissus et organes (cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du colon et rectum, du foie, du larynx et du sein), maladies cardiovasculaires (arythmie cardiaque, accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique et maladie hypertensive chez les hommes, cardiomyopathie alcoolique, varices œsophagiennes), du système digestif (gastrite alcoolique, maladie alcoolique du foie, hépatite chronique, fibrose et cirrhose du foie) et du système nerveux (encéphalopathie de Wernicke, maladie mentale liée à l'alcool, dégénérescence du système nerveux due à l'alcool, polynévrite alcoolique) (Bonaldi et Hill, 2019). L'alcool, lorsqu'il est consommé à faible dose, diminue les risques pour l'hypertension (chez les femmes uniquement), les cardiopathies ischémiques et le diabète de type 2 (Bonaldi et Hill, 2019). L'alcool est, dans certains cas, le seul facteur de risque pour certaines maladies. Le plus souvent, cependant, les facteurs de risques sont multiples et la détermination d'un nombre de malades et de décès repose sur des fractions attribuables, elles-mêmes calculées à partir de risques relatifs, qui indiquent l'augmentation de risque (de maladie ou de décès) des consommateurs d'alcool par rapport aux non-consommateurs.

## Mortalité : les hommes davantage touchés

### *Une mortalité encore très importante...*

D'après la dernière estimation disponible (Bonaldi et Hill, 2019), le nombre de décès liés à la consommation d'alcool en France s'est élevé à 41 000 en 2015, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes. Parmi ces décès, 39 % (16 000) sont provoqués par des cancers, 24 % (9 900) par des maladies cardiovasculaires, 17 % (6 800) par des maladies digestives, 13 % (5 400) par accidents ou suicides et 7 % (3 000) par d'autres causes. Au total, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins parmi les personnes âgées de 15 ans et plus sont attribuables à l'alcool. Les décès liés à l'alcool touchent ainsi trois hommes pour une femme, ce qui s'explique par le nombre beaucoup plus important d'hommes consommant de l'alcool en quantité importante que de femmes. Le tribut payé à l'alcool est particulièrement élevé parmi les 35-64 ans, la fraction attribuable atteignant 15 % contre 6 % parmi les 65 ans et plus. Selon une autre source (Kopp, 2015a), l'âge moyen pour les décès liés à l'alcool s'établissait à 63 ans à la fin des années 2000.

### *... mais en diminution*

La dernière étude réalisée sur les décès de 2009 (Guérin *et al.*, 2013) estimait à 49 000 le nombre de décès attribuable à l'alcool. Les chiffres de ces deux études font ainsi apparaître un recul de 8 000 décès. Elles reposent sur des méthodes très semblables de calcul des fractions attribuables ce qui rend les résultats assez comparables. Cette baisse est principalement expliquée par la baisse de la mortalité pour les causes liées à l'alcool et beaucoup plus faiblement par la diminution des volumes d'alcool consommés. Ce sont davantage les progrès dans la prise en charge de ces maladies que les changements de comportement d'alcoolisation qui sont à l'origine de cette évolution favorable.

L'évolution de la mortalité liée à l'alcool peut également être observée à partir des causes de décès qui sont entièrement ou très largement attribuables à l'alcool, pour lesquelles on dispose de données annuelles et de séries statistiques longues. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose du foie<sup>1</sup> les cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, larynx - VADS) et de l'œsophage<sup>2</sup>, et certaines maladies mentales liées à l'alcool<sup>3</sup>, principalement les psychoses alcooliques. La mortalité par cancer des voies aéro-digestives est conjointement liée à la consommation d'alcool et de tabac.

La mortalité pour ces trois causes est en chute presque continue sur le long terme (figure 1), chez les hommes et chez les femmes. Cette évolution est à rapprocher de la baisse également continue depuis les années 1960 des volumes d'alcool consommés (voir chapitre « Alcool » p. 110) et, d'autre part, des progrès dans la prise en charge de ces maladies. Comme pour la mortalité toutes causes confondues, les femmes, bien moins consommatrices d'alcool que les hommes, sont moins touchées. Chez ces dernières, les taux de mortalité par cancers des voies aéro-digestives

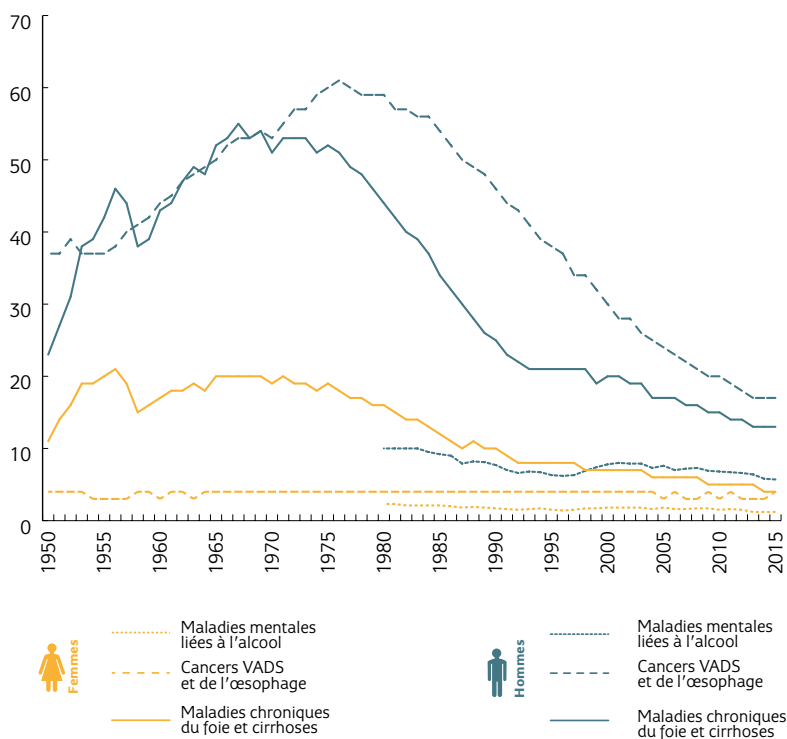
1. Codes de la CIM10 : K70, K73, K74.

2. Codes de la CIM10 : C00-C08, C09-C14, C32.

3. Code de la CIM10 : F10, troubles du comportement liés à la consommation d'alcool.

supérieures et de l'œsophage n'ont cependant que peu diminué, en raison de l'augmentation de la prévalence du tabagisme féminin, notamment dans la génération de femmes nées entre 1945 et 1955. Ces évolutions à la baisse de la mortalité liée à l'alcool et de la consommation d'alcool se poursuivent encore entre 2010 et 2014. Les taux de mortalité par cirrhose ont diminué durant ces années de 14 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes, ceux par maladies mentales liées à l'alcool respectivement de 15 % et 24 %. En ce qui concerne la mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage, les taux ont baissé de 15 % chez les hommes et de moins de 1 % chez les femmes.

**Figure 1. Évolution des taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants, pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et cancers de l'œsophage et les maladies mentales liées à l'alcool, par sexe, 1950 - 2014**



Sources : cirrhoses : OMS Europe (WHO Regional Office for Europe, 2018b) ; maladies mentales liées à l'alcool : OMS Europe (WHO Regional Office for Europe, 2018a) ; cancers des VADS et de l'œsophage : Legoupil et Hill, 2018

Note : La standardisation repose sur la population standard européenne (OMS 1976)

## **Morbidité : de très nombreux dommages**

Pour rendre compte plus complètement des dommages liés à l'alcool, il faut tenir compte de l'ensemble des personnes dont la santé est altérée et la qualité de vie dégradée en raison de leur consommation d'alcool ou de celle de tiers. La première maladie liée à l'alcool est l'addiction à ce produit, auparavant désigné par le terme « alcoolisme ». Cette notion recouvre un continuum de troubles allant de l'addiction légère à l'addiction sévère (dépendance) (voir « Définitions et concepts », p. 12). Ces comportements pathologiques qui rendent très difficile l'arrêt des consommations sont le plus souvent eux-mêmes à l'origine des autres maladies dont il sera question ci-dessous. Il n'existe pas de données récentes permettant de mesurer le nombre de personnes qui sont en France touchées par ce type de troubles.

### *Morbidité par cancer*

D'après les données les plus récentes (Shield *et al.*, 2017), 28 000 nouveaux cas de cancer peuvent être attribués en France à la consommation d'alcool en 2015, dont environ 16 000 chez des hommes et 12 000 chez les femmes. Ces cancers liés à l'alcool représentent 8 % de l'ensemble des nouveaux cas pour cette année. Près de 20 % de ces nouveaux cas sont attribuables à des consommations d'alcool inférieures à 4 verres standards quotidiens chez les hommes et 2 verres quotidiens chez les femmes. Il a pu être calculé qu'une baisse de 10 % de la quantité d'alcool pur consommé en France éviterait environ 2 000 nouveaux cas de cancer. Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la cavité orale, oropharynx et hypopharynx (4 900 cas), les cancers colorectaux (4 600 cas) et les cancers du foie (4 000 cas). Chez les femmes les cancers du sein sont de loin les plus fréquents (8 100 cas), suivis par les cancers colorectaux (2 100 cas).

Le nombre de personnes souffrant d'un cancer attribuable à l'alcool une année donnée (prévalence) est cependant beaucoup plus élevé que le nombre de nouveaux cas dans l'année (incidence). Il n'existe pas de données publiées sur la prévalence des cancers attribuables à l'alcool mais il est néanmoins possible d'en donner un ordre de grandeur : en considérant que si, pour les nouveaux cas de cancer et les décès, la part attribuable à l'alcool se situe autour de 8 % à 10 %, la proportion est vraisemblablement semblable pour la prévalence. Compte tenu d'un nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) pour cancer de 1,9 million de personnes en 2016 (CNAM, 2016), le nombre attribuable à l'alcool peut être évalué entre 150 000 et 190 000 personnes.

### *Maladie alcoolique du foie*

On compte 40 400 personnes en ALD pour maladie alcoolique du foie en 2016, soit une prévalence de 66 pour 100 000 personnes, inchangée depuis 2010. D'après une étude portant sur des données plus anciennes (Jezewski-Serra *et al.*, 2013), 64 400 patients ont été hospitalisés avec un diagnostic de maladie alcoolique du foie en 2008. Parmi eux, 37 300 étaient spécifiquement hospitalisés pour cette cause. Il y avait 3,3 fois plus d'hommes que de femmes, et leur âge médian était de 59 ans chez les hommes comme chez les femmes.

### *Démence liée à l'alcool*

La démence est un syndrome qui se traduit par une altération habituellement chronique et progressive des fonctions intellectuelles. D'après une étude récente (Schwarzingger *et al.*, 2018), 87 000 personnes ont été hospitalisées pour démence explicitement liée à l'alcool ou pour démence avec un diagnostic associé de trouble du comportement lié à l'usage d'alcool au cours des années 2008-2013. Ce chiffre correspond à une moyenne de 14 500 cas annuels.

### *Syndrome d'alcoolisation fœtale*

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) se traduit chez l'enfant par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations de la face et du crâne en particulier. En l'absence de seuils de consommation qui garantiraient un risque zéro de ce syndrome, il est recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool. À partir des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur les séjours de nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours mentionnant un diagnostic principal ou associé de syndrome d'alcoolisme fœtale avec dysmorphie (code CIM10 : Q860) ou de fœtus et nouveau-nés affectés par l'alcoolisme de la mère (code CIM10 : P043), la prévalence pour la France entière des troubles causés par l'alcoolisation fœtale était estimée à 0,48 pour 1 000 naissances vivantes pour la période 2006-2013 (soit 3 207 nouveau-nés), dont 0,07 pour 1000 naissances (soit 468 nouveau-nés) pour le seul SAF (Laporal *et al.*, 2018). Le repérage était dans cette étude réalisé à la naissance, ce qui conduit, selon les auteurs, à une sous-évaluation de la prévalence réelle, certains signes du SAF n'apparaissant que plus tardivement. Dans une étude menée en Italie, le dépistage a été réalisé parmi des enfants scolarisés dans le primaire. Le niveau de prévalence du SAF était alors bien plus élevé, au minimum de 3,7 pour 1 000 (May *et al.*, 2006).

### *Autres dommages sanitaires liés à l'alcool*

Comme pour le cancer, le nombre de personnes souffrant de pathologies cardiaques ou victimes d'accidents en raison des consommations d'alcool est certainement bien supérieur à celui des décès provoqués par ces mêmes causes. Les données de la sécurité routière font état de 3 400 blessés hospitalisés en 2017 à la suite d'un accident de la route impliquant un conducteur ayant un taux d'alcoolémie illégal (ONISR, 2018a). On dispose également de données très globales montrant que près de 246 000 personnes ont été hospitalisées pour des comorbidités liées à l'alcool en 2013, liaison attestée par la présence de diagnostics reliés ou associés mentionnant explicitement l'alcool (Paille et Reynaud, 2015). Ce chiffre, qui recoupe en partie les données sur les maladies déjà évoquées, est probablement sous-estimé, les diagnostics associés ou reliés mentionnant l'alcool n'étant pas toujours renseignés. L'étude la plus récente sur le coût social des drogues (Kopp, 2015a) présente, après avoir colligé les différentes sources disponibles, un chiffre global de 1,4 million de personnes souffrant de pathologies attribuables à l'alcool. Ce chiffre comprend aussi bien des personnes brièvement hospitalisées à la suite d'une intoxication aiguë que des personnes atteintes d'un cancer.

## Mortalité et maladies liées au tabac

Le tabac est directement responsable d'un certain nombre de pathologies (broncho-pneumopathies chroniques obstructives, cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures...) et en favorise beaucoup d'autres (maladies cardio-vasculaires, infections respiratoires...). En France comme dans le monde, le tabac constitue ainsi la première cause de décès évitable, loin devant l'alcool et les drogues illicites. Toutefois, le tabagisme n'est jamais le seul facteur de risque, quelle que soit la pathologie. Il est donc nécessaire de déterminer pour chacune la part attribuable au tabac dans les décès, en s'appuyant sur les risques relatifs, c'est-à-dire l'augmentation du risque encouru par les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

### Une mortalité féminine en nette hausse...

Pour l'année 2013, le nombre de décès attribués au tabagisme en France a été estimé à 73 000, dont environ 40 % pour le cancer du poumon. Bien que la mortalité liée au tabac reste encore principalement masculine (77 %), elle progresse fortement parmi les femmes alors qu'elle tend à diminuer pour les hommes : la part de ces décès dans le total des décès féminins a doublé entre 2000 et 2013 (Bonaldi et al., 2016). Le tabac est ainsi responsable de un décès sur huit, soit 20 % de la mortalité masculine et 6 % de la mortalité féminine (tableau 1).

**Tableau 1. Fractions et nombres de décès attribuables au tabac, par pathologie et par sexe, en 2013**

	Hommes		Femmes	
	FA <sup>1</sup> tabac (%)	Nombre	FA <sup>1</sup> tabac (%)	Nombre
Cancer du poumon	89	22 000	65	6 000
Cancers VADS <sup>2</sup>	75	6 000	44	1 000
Cancer de la vessie	39	2 000	14	200
Cancer du rein/foie	35	3 000	6	250
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (dont BPCO <sup>3</sup> )	73	5 000	52	2 000
Autres affections des voies respiratoires inférieures	19	1 000	10	1 000
Cardiopathies hypertensives	21	1 000	9	1 000
Cardiopathies ischémiques	15	3 000	6	1 000
Tuberculose	16	40	5	10
Autres causes de décès (y compris cancers)	-	12 960	-	4 540
<b>Total</b>	<b>20 %</b>	<b>56 000</b>	<b>6 %</b>	<b>17 000</b>

Source : Bonaldi et al., 2016

1. Fraction attribuable au tabac parmi les 35 ans et plus

2. Voies aéro-digestives supérieures

3. Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Il s'écoule souvent plusieurs décennies entre la consommation de tabac et la survenue des conséquences sanitaires de cet usage. Les décès interviennent en moyenne à l'âge de 71 ans (Kopp, 2015a). Les évolutions opposées s'expliquent par le décalage de plusieurs décennies entre hommes et femmes dans l'histoire du tabagisme. Alors que ces dernières, qui y sont entrées massivement à partir des années 1970, paient un tribut de plus en plus lourd, le nombre et la part des décès attribuables au tabac sont en baisse chez les hommes, en lien avec la réduction de la consommation parmi ces derniers.

### **... reflet d'une incidence croissante des cancers liés au tabac**

En France métropolitaine, pour l'année 2017, environ 49 000 nouveaux cas de cancers du poumon sont recensés, dont 32 000 parmi les hommes. Le taux d'incidence masculin standardisé sur la population mondiale est de 54 pour 100 000 personnes-années en 2017, soit le double de celui des femmes (26 pour 100 000) (Jéhannin-Ligier *et al.*, 2017). Toutefois, ce taux est quasiment stable pour eux depuis la fin des années 2000, alors que, dans le même temps, il a augmenté de près de dix points pour les femmes. La mortalité de ces dernières connaît une évolution similaire, alors que celle des hommes est en baisse sensible. Par ailleurs, 97 000 personnes (à 64 % des hommes, comme pour l'incidence) sont prises en charge au titre d'une affection longue durée pour tumeurs des bronches et des poumons en 2016.

Concernant les cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavités orale et nasale, larynx et pharynx), conjointement liés à la consommation de tabac et d'alcool, les taux d'incidence et de mortalité baissent nettement parmi les hommes alors que, chez les femmes, le premier augmente et que le second décroît très légèrement depuis le début des années 2010.

### **Le tabagisme passif délétère pour la santé**

Le tabagisme passif expose à un surrisque de développer certaines pathologies, notamment le cancer du poumon ou un accident coronarien. Les dernières estimations de la mortalité liée au tabagisme passif en France, menées par l'Académie nationale de médecine, remontent à la fin des années 1990. On estimait alors qu'il était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an (Dautzenberg, 2001). Même si son application reste imparfaite (Pasquereau *et al.*, 2016), le renforcement de l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics en 2007-2008 a toutefois probablement permis de réduire cette mortalité.

Par ailleurs, le tabagisme pendant la grossesse, qui concerne environ un quart des femmes enceintes (Andler *et al.*, 2018 ; Blondel *et al.*, 2017), peut entraîner des complications pour la mère (grossesses extra-utérines, fausses couches, accouchement prématuré...), mais aussi pour l'enfant (manque d'oxygène, retard de croissance intra-utérine, diminution des mouvements fœtaux, mort *in utero*, etc.) (APPRI, 2004). Chez le (très) jeune enfant, le tabac peut être à l'origine de morts subites du nourrisson (risque doublé par rapport à un enfant non exposé), mais aussi d'infections respiratoires (Dautzenberg, 2001).

## Mortalité et maladies liées aux drogues illicites

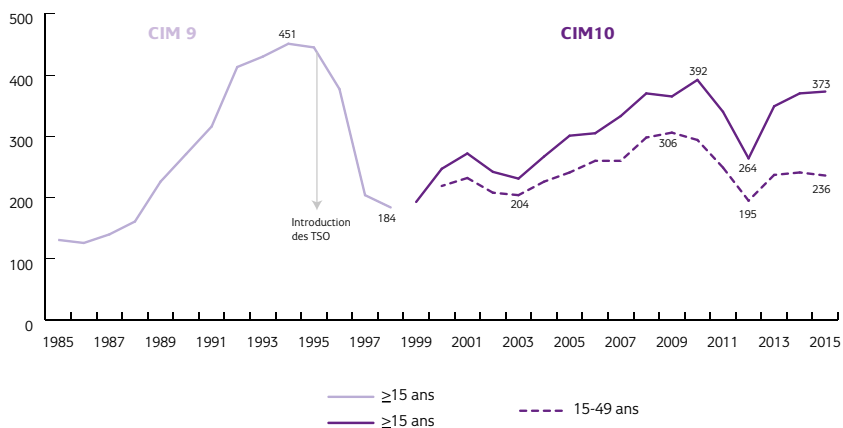
Les dommages sanitaires de la consommation de drogues illicites touchent une population limitée, comparée à l'alcool et au tabac, mais beaucoup plus jeune. Au premier plan des risques figurent les intoxications aiguës qui peuvent être fatales (par dépression respiratoire dans les cas de surdoses liées aux opioïdes). Les pratiques d'injection entraînent des complications infectieuses virales (hépatites B et C, VIH) et bactériennes (septicémie, endocardite), mais aussi des complications locorégionales (abcès, nécroses cutanées, épuisement du capital veineux et lymphœdème). Des troubles psychiatriques sont souvent associés aux addictions. Les usagers de stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois plus élevé que l'ensemble de la population de même âge (Brisacier, 2015).

### Une mortalité principalement liée aux intoxications aiguës

#### Rôle majeur des opioïdes

En 2015, 373 décès par surdose ont été dénombrés dans le registre général des causes de décès (figure 2). Ce nombre a connu un pic au milieu des années 1990, puis a baissé rapidement avec la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. Au cours de la dernière décennie, après une hausse de 2004 à 2010, suivie de fluctuations de 2011 à 2013 (peut-être en lien avec des changements méthodologiques), le nombre de surdoses tend à se stabiliser, voire à baisser chez les 15-49 ans. En revanche, il augmente chez les 50 ans et plus.

Figure 2. Évolution du nombre de décès par surdose



Source : CépiDC-INERM, sélection de l'EMCDDA pour les registres généraux de mortalité F11, F12, F14, F15 F16, F19, X42, X62, Y12



Ces chiffres sous-estiment le nombre réel de surdoses mortelles en raison de l'absence d'analyses toxicologiques systématiques et de certains certificats de décès non transmis une fois les résultats des analyses connus. En outre, le codage, parfois imprécis, des causes de décès ne permet pas d'identifier tous les cas à partir du registre national des décès. Le registre spécifique des Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES), exclusivement basé sur des résultats d'analyses toxicologiques dans le cadre d'investigations médico-légales, renseigne sur les substances en cause (CEIP-A Grenoble, 2018b). Les opioïdes sont à l'origine de la majorité des décès par intoxication (83 % des cas en 2016). Dans ce groupe, les médicaments de substitution aux opioïdes sont les principales substances en cause (46 % des cas en 2016, dont 36 % pour la méthadone), devant l'héroïne (26 % des cas en 2016) depuis 2010. D'autres substances non opioïdes sont aussi en cause : la cocaïne est impliquée dans 18 % des décès (en hausse depuis 2010), le cannabis et les amphétamines sont respectivement responsables de 7 % et 5 % d'entre eux et enfin les NPS, apparus depuis 2013, sont impliqués dans 4 %. L'âge moyen lors du décès est de 38,9 ans. Ces décès surviennent très majoritairement chez des hommes (85 %) (CEIP-A Grenoble, 2018b).

### **Une morbidité infectieuse qui tend à se stabiliser**

En 2016, 66 nouveaux diagnostics de VIH ont été attribués à l'injection de drogues (soit 1 % de l'ensemble des diagnostics), en nette baisse par rapport à 2004 (222 diagnostics de séropositivité) (Santé publique France, 2018).

La prévalence de la séropositivité au VIH chez les usagers de drogues semble se stabiliser. En 2011, 13 % des personnes ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH, chiffre stable par rapport à 2004 (11 %), selon les dernières données biologiques disponibles dans l'enquête Coquelicot (InVS) (Weill-Barillet *et al.*, 2016). Entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées parmi les UDI, tant en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qu'en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), étaient stables (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017 ; Palle, 2016)

Le partage des seringues et du matériel de préparation (cuillères, coton, filtres, eau de rinçage) constitue le principal mode de transmission du VHC. La contamination par ce virus est aussi possible lors du partage de pailles de snif et de pipes à crack. Une éradication virale spontanée est possible dans 10 à 50 % des cas à la suite d'une infection aiguë. Dans les autres cas, l'infection devient chronique et peut conduire à une cirrhose (dans 10 à 20 % des cas d'hépatite chronique C) et/ou à un cancer du foie (dans 1 à 5 % des cas de cirrhose virale) (Dhumeaux, 2014). Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une coinfection par le VIH et la consommation d'alcool.

La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues injecteurs en France a baissé entre 2004 et 2011, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. En 2011, 64 % des usagers injecteurs au moins une fois au cours de la vie avaient une infection par le VHC vs 74 % en 2004 (Weill-Barillet *et al.*, 2016).

Les données récentes permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC sont déclaratives. Comme de nombreux usagers ignorent être séropositifs (27 % d'entre eux pensent à tort être séronégatifs pour le VHC en 2004 (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006)), la prévalence déclarée est nettement inférieure à celle issue de tests biologiques. Toutefois, il semble que la prévalence du VHC parmi les usagers injecteurs de drogues, après une période de baisse, se stabilise entre 2012 et 2015 en CSAPA comme en CAARUD (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017 ; Palle, 2016).

La séroprévalence de l'antigène HBs, présent chez les porteurs du virus de l'hépatite B, est estimée à 1,4 % [intervalle de confiance (IC) 95 % 0,8–2,5] des usagers de drogues en 2011-2013. Concernant la vaccination contre le virus de l'hépatite B, 12 % des usagers déclarent ne pas savoir s'ils ont été vaccinés. Après exclusion de ces derniers, 61 % des usagers rapportent avoir été vaccinés (Brouard *et al.*, 2017).

Le recul des infections au VIH et au VHC chez les usagers de drogues est lié à la politique de réduction des risques menée depuis de nombreuses années : l'accès facilité aux seringues stériles, le développement de structures d'accueil à la réduction des risques et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes étant sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection.

L'arrivée de nouveaux traitements guérissant l'hépatite C en 2014 permet d'envisager l'élimination du VHC dans la prochaine décennie en France (Direction générale de la santé, 2018). Pour renforcer l'accès au dépistage et aux soins des hépatites virales parmi les usagers de drogues, de nouveaux outils de dépistage (tests rapides d'orientation diagnostique, buvards, Fibroscan®) se développent et des consultations avancées d'hépatologie au sein des CAARUD et des CSAPA se mettent en place (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018).

Enfin, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les usagers de drogues. Un quart des usagers d'opioïdes et de substances illicites autres que le cannabis suivis en CSAPA déclarent un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie au cours de leur vie (OFDT, 2018e).

## Le coût social des drogues en France

Le coût social mesure les pertes que fait subir la consommation de substances psychoactives addictives tels que le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites à la collectivité. Ce coût repose sur la notion économique « d'externalité », qui rend compte des conséquences d'une activité (par exemple consommer du tabac) sur des tiers. Les fumeurs qui souffrent d'une maladie liée à la consommation de tabac seront à l'origine de dépenses de soins pour la

collectivité, ressources qui auraient pu être utilisées autrement si cette personne n'avait pas été fumeuse. De nombreuses autres pertes ou dépenses pour des tiers sont à prendre en compte : perte de production de personnes formées à un travail qui ne peuvent plus l'exercer, dépenses publiques correspondant aux activités de lutte contre les trafics, et de prévention, etc. À ces coûts pour des tiers, il faut ajouter le coût que représentent les années de vie perdues par les fumeurs en raison de décès prématurés liés au tabac et les pertes de qualité de vie de toutes les années vécues en mauvaise santé, qui sont considérées comme des pertes pour l'ensemble de la société. Ces coûts sont allégés du montant des taxes payées par les consommateurs de tabac et de l'économie de dépenses en pensions de retraite liées aux décès prématurés. L'approche est identique pour l'alcool et les drogues illicites.

À partir de ces principes de calcul brièvement exposés, le coût social a été estimé en 2010 à 122 milliards d'euros pour le tabac, 118 milliards pour l'alcool et 9 milliards pour les drogues illicites (Kopp, 2015a). Les niveaux de ces montants sont pour une très large part déterminés par le nombre de décès attribuables aux deux substances licites et par la valorisation de l'année de vie humaine. Sa valeur a été fixée à 115 000 euros selon les recommandations d'un rapport du Commissariat général au plan sur l'évaluation socio-économique des investissements publics (Quinet, 2013). Il peut être remarqué tout d'abord qu'une partie des décès sont attribuables conjointement au tabac et à l'alcool et, dans certains cas, moins fréquents également aux drogues illicites. Les coûts sociaux pour ces différentes substances ou catégories de substances se recoupent donc en partie et ne peuvent être additionnés. Il peut être noté également que ces coûts liés aux décès ne donnent lieu à aucun transfert de ressources entre agents économiques. La valeur très élevée de ces coûts est avant tout l'expression du très grand nombre de décès attribuables à ces substances et du choix d'un niveau élevé de valorisation de la vie humaine. À l'inverse, les dépenses de prévention, de soin et de répression liées aux consommations de substances doivent, elles, être payées sur le budget de l'État ou de la Sécurité sociale. Une partie de ces dépenses est couverte par les contributions des consommateurs eux-mêmes (taxes et retraites non payées). Le solde est à la charge de la collectivité, c'est-à-dire des contribuables, qu'ils consomment des drogues ou pas.