

## OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue La Fayette  
75 010 Paris  
TØl : 33 (0)1 53 20 16 16  
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00  
courrier Ølectronique : ofdt@ofdt.fr

Les Øtudes publiØes par l'OFDT sont consultables sur le site web :  
<http://www.drogues.gouv.fr>

**ORSMIP**  
**Observatoire régional  
de la santé Midi-Pyrénées**  
37, allØes Jules-Guesde  
31073 Toulouse  
TØl : 05 61 53 11 46  
Fax : 05 62 26 42 40  
orsmip@cict.fr

ISBN : 2-11-091926-4



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

## Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

Une étude multicentrique  
à Lens, Lille, Marseille,  
Nice et Toulouse

Emmanuelle CHEVALLIER

OFDT - février 2001

# **Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France**

**Une étude multicentrique à Lens, Lille,  
Marseille, Nice et Toulouse**

**ORMIP  
Emmanuelle CHEVALLIER**

**Février 2001**

**Coordination de l'étude :** Dr Emmanuelle CHEVALLIER,

**Analyse des résultats et rédaction du rapport final :** ORSMIP

**Définition et suivi de la méthodologie :** Dr Pierre-Yves BELLO

**Coordination de l'enquête sur site :**

- Lens : Dr Christian CYRAN
- Lille : Hélène PROUVOST, Dr Françoise JABOT  
(Établissement public de santé -Saint André, DDASS du Nord)
- Marseille : Karim BENDIANE (ORS PACA)
- Nice : Dr Philippe CAVAILLER (ORS PACA)
- Toulouse : Dr Emmanuelle CHEVALLIER (ORSMIP)

Cette étude n'aurait pu se faire sans la participation active de tous les acteurs et des structures qui ont participé au recueil des données, qu'ils en soient ici remerciés.

**SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>OBJECTIFS</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE I</b>	
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>11</b>
SITES D'ÉTUDE	11
PÉRIODE D'ÉTUDE	12
LES SUJETS	12
LES LIEUX DE RECUEIL, LES MODALITÉS DE RECUEIL ET D'ANALYSE	13
LA MÉTHODE DE CAPTURE-RECAPTURE	15
ANALYSE	18
<b>CHAPITRE II</b>	
<b>RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR TOULOUSE</b>	<b>23</b>
RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES	23
LES STRUCTURES N'AYANT PAS PARTICIPÉ	29
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES DANS L'AGGLOMÉRATION TOULOUSAIN	30
MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À TOULOUSE	36
<b>CHAPITRE III</b>	
<b>RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LILLE</b>	<b>41</b>
RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES À LILLE	41
STRUCTURES N'AYANT PAS PARTICIPÉ	46
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES DANS L'AGGLOMÉRATION LILLOISE	46
MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À LILLE	51

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LENS 55

RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES À LENS	55
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES À LENS	58
MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À LENS	63

## CHAPITRE V

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE À MARSEILLE 69

RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES SUR MARSEILLE	69
DÉROULEMENT DU RECUEIL	72
SÉLECTION DES FICHES EXPLOITABLES ET TRI DES DOUBLONS À MARSEILLE	73
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES À MARSEILLE	74
MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À MARSEILLE	76

## CHAPITRE VI

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR NICE 79

RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES	79
SÉLECTION DES FICHES EXPLOITABLES ET TRI DES DOUBLONS	81
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUE À NICE	82
MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À NICE	84

### DISCUSSION 87

### SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 91

### ÉLÉMENTS DE CONCLUSION 95

### BIBLIOGRAPHIE 101

### RÉSUMÉ 103

### ANNEXES 107

## INTRODUCTION

La création de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a permis de rassembler en un lieu unique l'ensemble des données chiffrées disponibles sur les questions de toxicomanie et de réaliser des estimations nationales à partir du croisement de deux sources de données : les services sanitaires et sociaux et les services répressifs. Mais ces estimations restent imprécises ; elles varient pour la France métropolitaine, en 1999, de 150 000 à 200 000 usagers de drogues à problèmes ou personnes toxicomanes.

La mise en place d'enquêtes épidémiologiques régulières qui évaluent la prévalence de l'usage de drogues reste une préoccupation des décideurs et des professionnels du champ sociosanitaire. Ces études de prévalence doivent permettre de mieux connaître les besoins des populations toxicomanes, leurs évolutions et d'effectuer des comparaisons européennes, participant ainsi à la définition et à l'évaluation des stratégies de soins et de prévention.

Ces études peuvent porter non seulement sur l'ensemble du pays, mais aussi sur une aire définie d'un pays, d'une agglomération ou d'une région. En effet, les estimations locales de prévalence se justifient par la plus que probable hétérogénéité des modalités de consommation de drogues et de fréquence (prévalence et incidence) des phénomènes morbides associés, d'une région ou d'une agglomération à une autre.

Cependant, l'obtention de ces données achoppe en raison du caractère rare et clandestin des pratiques en question.

Si les enquêtes en population générale peuvent fournir des estimations de qualité acceptables pour des produits tels que l'alcool, le tabac, ou le haschisch, il n'en est pas de même pour la consommation de drogues « dures » (héroïne, cocaïne, LSD, crack).

Il faut, en effet, des échantillons importants pour identifier un comportement peu fréquent. Une procédure d'échantillonnage, même élaborée, ne permet peut-être que difficilement de contacter les populations marginales (sans domicile fixe, incarcérés) celles-là mêmes où la prévalence des toxicomanies est la plus élevée.

Dans ce cadre, des méthodes épidémiologiques dites « indirectes » ont été proposées pour l'estimation de la taille des populations toxicomanes : le modèle de Markov, qui permet de modéliser le pronostic et l'histoire naturelle d'une maladie, représentée par une série d'états de santé, les méthodes de démultiplication (estimation du nombre de toxicomanes à partir du taux de mortalité des toxicomanes et du nombre de toxicomanes qui décèdent), et la technique de Capture-recapture.

Plusieurs études européennes, en particulier en Écosse, en Espagne, et en France, ont mis en application cette technique de Capture-recapture pour estimer la prévalence des usagers d'opiacés.

Cette méthode permet d'estimer une population à partir de plusieurs sources de données en utilisant le nombre de personnes recensées dans chacune de celles-ci et le nombre de personnes communes d'une source à l'autre. Elle estime le nombre de personnes n'ayant pu être observées dans aucune des sources, et ensuite le nombre total d'individus constituant la population étudiée.

En France, ce type d'étude a été réalisé à deux reprises à Toulouse, en 1994 et 1995 par l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORMIP). Cela a démontré l'intérêt et la faisabilité de telles enquêtes dans une agglomération française de taille moyenne.

C'est dans cette dynamique qu'à la demande de l'OFDT, et coordonnée par l'ORMIP, l'étude multicentrique sur la prévalence d'usage d'opiacés a été mise en place dans cinq villes françaises en 1998-1999 : Lens, Lille, Marseille, Nice, Toulouse, afin d'étudier la faisabilité d'une estimation simultanée de la toxicomanie dans cinq agglomérations françaises par la technique de Capture-recapture.

## OBJECTIFS

---

### OBJECTIF PRINCIPAL

Étudier la faisabilité d'une estimation simultanée de la prévalence sur six mois de l'usage d'opiacés et de cocaïne par la technique de Capture-recapture dans cinq agglomérations françaises : Lens, Lille, Marseille, Nice, Toulouse.

### OBJECTIFS SECONDAIRES

Estimer par modélisation log-linéaire le nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne et la prévalence de l'usage de ces drogues dans cinq agglomérations en France.

Déterminer les modalités de comparabilité des estimations obtenues sur les cinq sites.

Déterminer la faisabilité d'une extrapolation des estimations obtenues sur les cinq sites à une estimation nationale de la prévalence de l'usage d'opiacés.

Former une personne relais par site de manière à ce qu'elle soit autonome pour des estimations ultérieures par cette méthode.

## CHAPITRE I

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

#### SITES D'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée simultanément sur cinq agglomérations françaises. Elle a été conçue et mise en œuvre par l'ORSMIP, qui avait déjà réalisé les deux estimations de prévalence en 1994 et 1995 à Toulouse et y a renouvelé cette démarche. C'est en premier lieu un critère de taille de l'agglomération qui a déterminé le choix des autres sites. On a ainsi exclu la région parisienne, dont la trop grande taille ne permettait pas d'appliquer la procédure de recueil. Un autre facteur de choix a été la recherche d'une hétérogénéité géographique : nous avons ainsi cherché ainsi à faire participer des villes situées dans des régions au nord et au sud de la France et particulièrement confrontées aux problèmes de drogue. Nous avons alors contacté les Observatoires régionaux de santé de différentes régions. Au total, deux Observatoires régionaux de santé (Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur), une association travaillant dans le champ de la toxicomanie, un établissement de santé et une DDASS ont accepté de procéder à l'enquête dans les villes de Lille et Lens pour le nord de la France, et dans celles de Marseille, Nice et Toulouse pour le sud de la France. Un correspondant responsable a été désigné pour chaque site. L'OFDT a fourni la logistique pour des réunions de coordination régulières entre les cinq sites. C'est l'ORSMIP à Toulouse qui a assuré la coordination.

Dans chaque site, l'étude a porté sur l'agglomération centrée autour de la ville concernée. Pour Nice et Toulouse, il s'agissait des *Unités urbaines définies par l'INSEE* ; pour Lens, de deux districts : Lens-Liévin et Hénin-Carvin, qui regroupent 50 communes (cf. annexe) ; pour le site de Marseille, c'était l'agglomération de Marseille – La Ciotat – Aubagne (communes de Marseille, Aubagne, La Ciotat, Ceyreste, Plan de Cuque, Allauch, les Pennes sur Huveaune). Pour le site de Lille, enfin, il s'agissait de l'agglomération.

## PÉRIODE D'ÉTUDE

La durée du recueil a été fixée à six mois, qui se sont échelonnés de décembre 1998 à juin 1999 selon les structures et les sites.

## LES SUJETS

Une réflexion commune aux cinq sites nous a permis d'arriver à une définition des critères d'inclusion acceptables pour tous ces sites et répondant aux objectifs de l'étude.

Les résultats des études toulousaines antérieures ont mis en évidence les difficultés d'une estimation par cette méthode de tous les consommateurs exclusifs de médicaments psychotropes ou de drogues autres que les opiacés ou la cocaïne. En effet, la compréhension par les différents services de la notion de dépendance aux psychotropes était trop variable, entraînant une trop forte hétérogénéité des modalités d'inclusion dans l'étude.

Afin d'obtenir des données de bonne qualité et les plus exhaustives possible, et de cerner un type de population relativement homogène, nous avons choisi les personnes ayant consommé des produits opiacés (héroïne, Skénan®, codéine), des opiacés de substitution (buprénorphine ou Subutex®, méthadone) et de la cocaïne. Nous n'avons pas inclus les consommateurs occasionnels et n'avons retenu que les personnes ayant consommé ces produits dans une période d'un mois précédant l'entretien, une durée déjà utilisée par plusieurs auteurs dont Domingo-Salvany.

*Les cas à inclure dans l'étude se définissaient ainsi : toute personne ayant consommé au cours du mois précédant l'entretien au moins un des produits suivants : héroïne, Skénan® – codéine, cocaïne, Subutex®, méthadone, et résidant dans l'agglomération concernée depuis plus de trois mois.*

Nous avons élaboré une fiche de recueil commune aux cinq sites (cf. annexe), qui devait impérativement permettre l'identification des cas et renseigner sur l'existence d'une consommation aux opiacés et cocaïne. D'autres questions visaient à fournir un descriptif élémentaire, tout en évitant de trop alourdir le recueil. La fiche de recueil comprenait des items concernant :

- les variables d'identification indirectes pour le repérage des doublons (initiales du nom, trois premières lettres du prénom, date de naissance, sexe) ;
- les caractéristiques sociodémographiques (couverture sociale et logement) ;
- les caractéristiques de la toxicomanie : produits consommés, fréquence de consommation, association avec alcool ou benzodiazépines, voie d'administration et fréquence de l'injection éventuelle ;

- l'année de début de la toxicomanie ;
- la substitution : existence d'une substitution prescrite, type de substitution et date de début de la substitution,
- des variables sur la santé : sérologies VIH, hépatite C, hépatite B. Les sérologies non faites depuis plus d'un an étaient considérées comme inconnues ;
- et enfin, la perception par la personne de son état de santé.

Sur certains sites, nous avons ajouté quelques questions répondant à des préoccupations locales (consommation d'alcool, pratiques à risque...).

Au moment de la saisie, c'est une liste de codes postaux ou de communes appartenant à telle ou telle agglomération qui déterminait le caractère de résidence. En revanche, c'était à l'enquêteur au sein de la source de répondre à l'item « résidence depuis plus de trois mois ».

## LES LIEUX DE RECUEIL, LES MODALITÉS DE RECUEIL ET D'ANALYSE

Il existe différents types de structures de prise en charge des toxicomanes. Nous les avons mobilisées pour servir de sources de données. On peut schématiquement les présenter suivant quatre axes, relatifs à leurs différentes missions :

### Les lieux d'accueil spécialisés à bas seuil d'exigence

Ils sont définis comme tels car l'arrêt de la consommation de drogues n'y est pas établi comme une condition préalable d'accès aux prestations. Destinés aux toxicomanes actifs, en situation de forte précarité, ils leur offrent une aide à la vie quotidienne en tenant compte de la dépendance, notamment par la mise à disposition de matériel stérile d'injection. Le projet thérapeutique n'est pas immédiat et l'accès à ces structures reste strictement anonyme. On peut les qualifier de dispositifs de première ligne, ouverts sur la rue.

### Les structures relevant du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes

- Les centres de soins spécialisés des toxicomanes
- Les services d'hébergement
- Les Points écoute : ces unités de prévention ont pour mission d'informer, de soutenir et d'accueillir des jeunes et leur entourage en difficulté face à un problème de toxicomanie.

Pour une prise en charge à plus long terme, les structures spécialisées de soins proposent un accompagnement médical, social et psychologique (décret 1993); elles dispensent des traitements de substitution (circulaire 1995), et mettent en place des sevrages. Ce sont des centres de consultation ambulatoire ou des lieux de vie collective. Bon nombre d'entre eux ont mis en place des équipes mobiles intervenant dans les quartiers.

### Les structures de soins hospitaliers ou ambulatoires

Sous cette rubrique, nous avons classé les services de médecine interne ou maladies infectieuses à forte file active de personnes infectées par le VIH, certains secteurs de psychiatrie générale, et les réseaux ville-hôpital. Ces derniers sont des associations de médecins généralistes, de pharmaciens, de praticiens hospitaliers, et d'intervenants en toxicomanie travaillant sur un secteur donné. Ils y assurent une coordination entre médecine de ville, suivi hospitalier et centres spécialisés.

### Les sources répressives et judiciaires

Il s'agit essentiellement de l'OCRIS, de la Brigade des stupéfiants (SRPJ), et du secteur des injonctions thérapeutiques des DDASS.

L'étude précédemment réalisée à Toulouse par Capture-recapture a montré l'importance de la diversification des sources de données. Une première étape consiste donc à repérer dans chaque site les structures existantes dans le champ sanitaire (Centres de soins spécialisés, services hospitaliers médicaux et spécialisés [psychiatrie]), social et de l'accueil « bas seuil », et dans celui des réseaux ville-hôpital toxicomanie et de la médecine ambulatoire, et enfin dans le domaine répressif.

Le responsable de site a contacté chacune de ces structures, qui ont donné ou non leur accord pour la réalisation de l'enquête. Durant la période d'étude, une fiche de recueil était remplie pour chaque consommateur d'opiacés lors de sa première visite à la structure. Le recueil a été organisé en prospectif, puis, dans certains lieux, complété en rétrospectif. Pour chaque structure, le responsable de site en assurait le suivi au cours des six mois de l'étude.

Chaque responsable de site était également chargé de superviser la saisie des données. Le coordinateur de l'étude (ORSMIP) a effectué l'analyse pour les sites de Lens, Lille et Toulouse; pour Marseille et Nice, ce fut l'équipe de l'ORSPACA qui l'assuma.

La Commission nationale informatique et libertés, quant à elle, a délivré les accords légaux.

### LA MÉTHODE DE CAPTURE-RECAPTURE

L'objectif de la méthode de Capture-recapture est d'estimer la taille d'une population en croisant les données issues de plusieurs sources d'information distinctes.

Cette technique a été utilisée en démographie dès le XVIII<sup>e</sup> siècle par Laplace, et en 1991 par Wolter pour le recensement aux États-Unis.

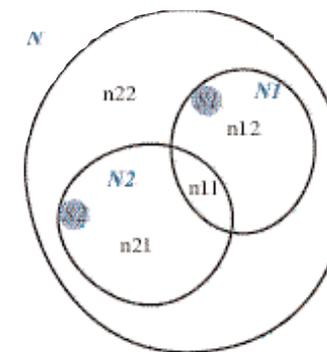
En épidémiologie, son application date des années 1970. Elle convient particulièrement à l'évaluation d'exhaustivité de systèmes de surveillance épidémiologique. Pour des études d'incidence ou de prévalence, elle est particulièrement indiquée pour le travail sur les populations difficiles d'accès ou « marginales », comme les toxicomanes.

### Position du problème pour deux sources de données

Soit une population  $N$  à estimer (graphique 1).

Pour l'estimer, on dispose de deux sources :  $S1$  et  $S2$ . Par convention, l'indice 1 signifie présence dans la source et l'indice 2 absence dans cette source. Le premier indice concerne la source 1, le deuxième la source 2.

Dans la source  $S1$ , il y a  $N1$  cas, qui sont les  $n12$  cas uniquement retrouvés dans la source  $S1$ , et les  $n11$  cas présents dans les deux sources (cas communs, ou doublons). De même, dans la source  $S2$ , il y a  $N2$  cas, qui sont les  $n21$  cas uniquement retrouvés dans la source  $S2$  et les  $n11$  cas présents dans les deux sources (cas communs, ou doublons). Enfin, la population  $N$  comprend des individus qui n'ont été recensés par aucune des deux sources, ce sont les individus  $n22$ . On a donc  $N = n21 + n12 + n22 + n11$ .



#### Graphique 1 :

$$N1 = n12 + n11$$

$$N2 = n21 + n11$$

$n11$  = nombre d'individus communs à  $S1$  et  $S2$

$n22$  = nombre d'individus inconnus

$$N = n21 + n12 + n22 + n11$$

## Solution pour deux sources

Selon Wittes, on peut estimer la population totale ainsi que la variance de la manière suivante :

$$n_{22} = (n_{12} \times n_{21}) / n_{11}$$

$$N = n_{11} + n_{21} + n_{12} + n_{22}$$

$$\text{Var}(N) = (N_1 \times N_2 \times n_{12} \times n_{21}) / (n_{11})^3$$

$$\text{Intervalle de confiance à 95 \%} = N \pm 1,96 \times \sqrt{\text{var}(N)}$$

sous l'hypothèse que les « captures » dans S1 et dans S2 soient indépendantes.

## Conditions d'application

Cette solution n'est valable que dans des conditions statistiques strictes :

- Tous les cas sont de vrais cas. La définition de cas doit donc être rigoureusement la même d'une source à l'autre, alors même que dans la réalité elle peut être différente pour la police, les urgences ou l'intervenant en toxicomanie. La spécificité et la sensibilité en dépendent, et donc l'estimation finale.
- Homogénéité de capture : pour une source donnée, tous les individus de la population ont la même probabilité d'identification, et celle-ci peut être différente suivant les sources.
- Population fermée : la période et la zone géographique doivent être fermées. Il ne doit pas y avoir de nouveaux cas, ni de fuite de cas. C'est pourquoi il est important de réaliser un recueil simultané dans chaque source, et de limiter la durée de l'enquête.
- Tous les doublons sont identifiés et sont de vrais doublons. Si tous les cas communs ne sont pas identifiés, le dénominateur ( $n_{11}$ ) est sous-estimé et  $N$  est donc surestimé, et inversement.
- Indépendance des sources. C'est une condition statistique majeure. Lorsqu'il existe une dépendance positive entre deux sources,  $N$  est sous-estimé; à l'inverse, lorsqu'il existe une dépendance négative entre deux sources,  $N$  est surestimé.

Dans le cas de deux sources, l'indépendance des sources est invérifiable (sauf appréciation sur le terrain ou enquête qualitative).

À partir de trois sources de données, il existe plusieurs techniques pour vérifier l'indépendance des sources.

## Capture-recapture avec trois sources et modélisation log-linéaire

Pour trois sources, il existe, pour un individu, huit possibilités de présence ou d'absence (voir tableau) : présence simultanée dans les trois sources ( $n_{111}$ ) présence simultanée dans deux des trois sources ( $n_{121}$ ,  $n_{211}$ ,  $n_{112}$ ), présence dans une seule des trois sources ( $n_{221}$ ,  $n_{122}$ ,  $n_{212}$ ) et enfin absence des trois sources ( $n_{222}$ ).

Tableau de contingence pour trois sources

		Source 1			
		Oui		Non	
		Source 2			
		Oui	Non	Oui	Non
Source 3	Oui	$n_{111}$	$n_{121}$	$n_{211}$	$n_{221}$
	Non	$n_{112}$	$n_{122}$	$n_{212}$	$n_{222}$

À partir des données recueillies, il est possible de savoir combien de personnes répondent aux différentes possibilités, sauf celle de l'absence de toutes les sources ( $n_{222}$ ).

Si l'on dispose de trois sources, il est possible de réaliser des estimations à partir de modèles log-linéaires. On attribue un zéro structurel à l'absence de toutes les sources ( $n_{222}$ ) et on utilise les sept autres possibilités pour réaliser la modélisation. La variable dépendante est le nombre de personnes pour chacune des sept possibilités, et les variables indépendantes sont la présence ou l'absence dans chacune des sources.

Dans le cas de trois sources, il y a donc plusieurs solutions pour prendre en compte la condition d'indépendance des sources entre elles :

- combinaison des 2 systèmes 2 à 2 et comparaison des estimations ;
- calcul des odds ratios et test de signification selon la méthode de Wittes ; détaillée plus bas (paragraphe « estimation des odds ratios et regroupements de sources ») ;
- modélisation log-linéaire. Les modèles log-linéaires permettent de prendre en compte les interactions entre les sources et l'hétérogénéité de la population étudiée. Ainsi, il n'est pas nécessaire de disposer de sources indépendantes entre elles. C'est la méthode que nous avons utilisée.

Cependant, comme le nombre de modèles augmente rapidement avec le nombre de sources, il est nécessaire de regrouper celles-ci entre elles afin de n'utiliser que 3, voire 4 groupes de sources de données dans la modélisation log-linéaire.

Après le regroupement des données en trois sources, nous avons cherché à déterminer le modèle log-linéaire qui reproduit au mieux les données observées.

La sélection de ce modèle peut se faire selon trois procédures :

- une procédure pas à pas ascendante : on part d'un modèle comprenant uniquement les sources, et l'on rajoute l'interaction la plus informative, jusqu'à ce qu'aucune interaction n'apporte d'information (pas d'amélioration significative du  $\chi^2$  de vraisemblance) ;

- une procédure pas à pas descendante : on part d'un modèle saturé, et l'on retire l'interaction la moins informative jusqu'à ce qu'aucune interaction ne puisse être retirée (baisse significative du  $\chi^2$  de vraisemblance) ;

- l'index d'Akaïké ou AIC (Akaïké index criterion) : il se calcule en soustrayant au  $\chi^2$  de vraisemblance deux fois le nombre de degrés de liberté du modèle étudié. L'AIC le plus performant est le plus bas. L'AIC du modèle saturé est de zéro ( $\chi^2 = 0$  et  $ddl = 0$ ), donc l'AIC du meilleur modèle est négatif.

Une fois le meilleur modèle sélectionné, on l'utilise pour estimer la case structurellement vide qui correspond aux personnes absentes des trois sources. L'estimation de la taille de la population est obtenue par l'addition du nombre de personnes présentes dans ces trois sources et du nombre estimé de personnes absentes. La formule de la variance de l'estimation change selon le nombre d'interactions que comprend le modèle. Nous avons utilisé les formules de Bishop. De la variance on peut déduire les bornes supérieures et inférieures de l'intervalle de confiance de l'estimation de la taille de la population. Plus le modèle est simple et plus la variance sera petite, donc l'estimation précise.

## ANALYSE

### Identification des doublons

La recherche de doublons a été effectuée par méthode semi-manuelle, en classant le fichier de données successivement par ordre alphabétique puis chronologique selon la première lettre du nom, les trois premières lettres du prénom et la date de naissance. En cas d'identité stricte entre ces variables, les fiches étaient

considérées comme doublons. Lorsqu'il y avait un doute, en particulier dès que la date de naissance était identique, les fiches papier étaient réexaminées afin de déterminer s'il s'agissait bien de doublons. À terme, il ne subsistait qu'une seule fiche dans le fichier d'analyse des données.

À chaque source de données correspondait une variable indicatrice bivalente (présence, absence). Ainsi un « doublon » avait-il la modalité « présence » dans les deux sources où il avait été capturé et la modalité « absence » pour les autres, et un « non-doublon » n'avait la modalité « présence » que dans la source où il avait été interrogé.

### Descriptif des données

Pour chaque site nous avons décrit l'échantillon des individus (sans les doublons) en précisant les caractéristiques sociodémographiques des sujets, celles de leur toxicomanie et les résultats des sérologies virales. Le pourcentage des non-réponses est précisé pour chaque item. Le chapitre de synthèse présente un tableau récapitulatif pour les plus significatifs d'entre eux.

### Estimations des odds ratios et regroupements de sources

Nous avons regroupé les sources de données selon leur proximité statistique (estimation de l'odds ratio entre les sources) afin de constituer trois ou quatre groupes permettant une modélisation log-linéaire.

L'odds ratio (ou rapport de cote) est ici une estimation de l'augmentation de probabilité de présence dans un service 2 lorsque l'on est présent dans le service 1. Pour obtenir les estimations des odds ratios il est nécessaire de disposer d'au moins trois sources différentes sur la population étudiée ; pour étudier la relation entre la source 1 et la source 2, on s'intéresse uniquement aux personnes vues au sein de la source 3. C'est l'estimation de l'odds ratio propre à la technique de Capture-recapture, et développée par Wittes.

L'observation d'une dépendance positive (odds ratio significativement supérieur à 1) entre deux services traduit une probabilité plus élevée pour une personne d'être présente dans un service lorsqu'elle l'est dans l'autre (et inversement pour la dépendance négative). En cas d'indépendance statistique entre les deux sources, le fait d'être présent dans une première source ne modifie pas la probabilité d'être ou non dans la seconde (odds ratio non significativement différent de 1).

Une des limites de l'odds ratio dans le cas de la Capture-recapture est qu'il ne peut pas prendre en compte les structures absentes de l'étude.

## Modélisation log-linéaire et estimation de la prévalence

Nous avons procédé à la modélisation log-linéaire et aux estimations de prévalence selon la technique explicitée ci-dessus (paragraphe Capture-recapture avec trois sources : modélisation log-linéaire).

Notre estimation de prévalence se fonde sur le dernier modèle sélectionné. Cependant, il convient de garder à l'esprit que la sélection statistique des modèles aboutit à une fourchette, en éliminant avec robustesse certains, mais sans trancher de façon aussi péremptoire entre les autres. C'est pourquoi, à côté du modèle sélectionné sur les critères d'Akaike, nous en présentons d'autres que nous aurions pu retenir. Les estimations obtenues avec ces différents modèles sont d'ailleurs proches. Il s'agit d'une fourchette de modèles acceptables, fournissant une fourchette de valeurs à l'intérieur de laquelle se trouve l'estimation.

## Logiciels utilisés

Nous avons procédé à la saisie des données, au descriptif et à l'estimation des odds ratios à l'aide du logiciel Epi Info. Les programmes 4F de BMDP et SPSS V9® ont servi à effectuer les modélisations log-linéaires.

## MISE EN GARDE

L'utilisation des résultats de cette étude doit tenir compte des éléments suivants :

Les cas à inclure dans l'étude se définissent ainsi : toute personne ayant consommé dans le mois précédant l'entretien au moins un des produits suivants : héroïne, Skénan®, codéine, cocaïne, Subutex®, méthadone, et résidant dans l'agglomération concernée depuis plus de trois mois.

Les consommateurs de buprénorphine Subutex® sont soit des patients sous substitution (consommation licite), soit des usagers consommant le produit acheté au marché noir (consommation illicite), soit encore des personnes alternant les deux pratiques.

Pour chaque structure source de données, tous les consommateurs vus dans la période d'étude ont normalement été inclus. Il pouvait s'agir aussi bien de nouveaux patients que de patients déjà présents dans la file active de la structure.

Le recueil a été prospectif dans la majorité des structures. Dans certaines d'entre elles une partie de celui-ci a pu être effectuée en rétrospectif, à l'aide du recueil effectué au préalable dans cette même structure. Cela ne posait pas de problème pour les lieux de type urgences. En revanche, des patients présents dans la file active d'une structure ont pu être recensés comme consommateurs alors qu'ils avaient arrêté de consommer au moment de l'étude (cas des sevrages par exemple). C'est pour pallier ce problème que la majeure partie du recueil a été faite en prospectif.

Les exigences de recueil prospectif, d'exhaustivité et de respect de l'anonymat sont des contraintes importantes. Certaines structures de bas seuil ont eu des difficultés pour participer en raison de ces contraintes. La mise en œuvre de l'étude a été lourde ; elle a parfois nécessité l'intervention d'un enquêteur extérieur à la structure.

## CHAPITRE II

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR TOULOUSE

---

#### *RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES*

##### **Groupe bas seuil: Intermède**

Intermède est une structure de bas seuil de type boutique située en centre-ville. Elle fait partie de l'Association Clémence Isaure, et se veut un lieu ouvert aux toxicomanes en demande sociale, humanitaire, ayant trait au logement, à la santé, et à toutes formes de difficultés autres que l'arrêt de la prise de produit. Intermède permet ainsi d'agir auprès des plus marginalisés. Ses trois objectifs initiaux sont : la réduction des dommages liés à l'usage des drogues, la création de liens et l'accès aux soins. La principale activité de réduction des dommages est la mise à disposition de matériel d'injection accompagné d'un message de prévention. La création de liens s'effectue grâce à un accueil personnalisé, respectant la liberté des personnes, sans que celles-ci formulent nécessairement une demande explicite. L'accès aux soins, quant à lui, concerne aussi bien la toxicomanie que l'accès aux droits sociaux ou à des soins de santé, il se traduit par des orientations vers des dispositifs de droit commun ou spécialisés. Intermède a ouvert en 1994.

En 1998, Intermède a réalisé 10 439 accueils (soit environ 45 accueils par jour) pour 1 147 personnes différentes. Un recueil de données « premier accueil » propre à la structure est proposé aux nouveaux usagers. En 1998, 197 fiches de premier accueil ont ainsi été remplies, dont 130 concernaient des consommateurs d'opiacés, substitution comprise, ou de cocaïne.

Nous avons fait procéder à deux types de recueil. Le premier rétrospectif s'est opéré à partir des fiches de premier accueil pour les personnes reçues pour la première fois entre novembre et mai 1999. Le second, de type prospectif et effectué avec

l'aide d'un vacataire, concernait les autres usagers de la boutique. Il a été interrompu au mois de mai par la fermeture temporaire d'Intermède, suite à des problèmes de fonctionnement.

Pour cette période, nous avons recueilli 160 fiches dont 143 correspondant à des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

### **Centre spécialisé de soins aux toxicomanes: Clémence Isaure, Oc Drogue, AAT**

#### **Clémence Isaure**

L'association Clémence Isaure assure une prise en charge médico-sociale de toxicomanes, soit en ambulatoire, soit avec hébergement. Le centre propose un accueil de jour, « La Maison », qui est un service de soins ambulatoire et d'accompagnement médical, psychologique, social et juridique des personnes. Il permet aussi de les épauler et de les orienter. Clémence Isaure comprend également plusieurs structures d'hébergement (appartements collectifs, nuit d'hôtel et familles d'accueil).

C'est d'ailleurs avec ces dernières que l'association a commencé ses activités en 1987.

Le recueil de données n'a concerné que le centre de jour, puisque les toxicomanes bénéficiant de l'hébergement sont censés être dans une démarche de sevrage et donc a priori non consommateurs d'opiacés. Une partie du travail s'est effectuée en prospectif à partir des consultations, mais n'a pas pu fonctionner correctement en raison de difficultés de coordination, liées au grand nombre d'intervenants. L'essentiel de ce travail s'est fait en rétrospectif à partir des fiches remplies lors du premier accueil, pendant la période de novembre 1998 à mai 1999. Une proportion importante des personnes fréquentant le centre ne réside pas dans l'agglomération toulousaine.

Au total, nous avons collecté 74 fiches, dont 64 fiches sur des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

#### **Service d'accueil et de soins (SAS) Association Oc Drogue**

L'association Oc Drogue assure un accueil et une prise en charge en ambulatoire des toxicomanes et de leurs familles, avec pour objectif le traitement de la dépendance psychique. Une équipe pluridisciplinaire aborde l'ensemble des difficultés rencontrées par la personne toxicomane au moyen de soins médicaux et de

sevrage, de psychothérapies individuelles et familiales, d'accompagnement socio-éducatif et soutien à l'insertion, d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'information. Il existe de plus un dispositif de proximité intervenant dans les quartiers difficiles.

Le SAS d'Oc Drogue n'avait pas pu participer aux précédentes enquêtes de Capture-recapture. Le recueil a été organisé dans le service d'accueil et de soins. Mais le secteur d'activité de proximité, dont l'activité se déroule dans les quartiers, n'a pas pu participer en raison du mode de fonctionnement particulier des travailleurs de rue. Les intervenants qui se sont chargés de la collecte des données n'ont observé que peu de refus. Le recueil n'a fourni qu'un petit nombre de fiches. Beaucoup d'accueils ne portent en effet que sur des problèmes de cannabis ou d'alcool.

Le recueil s'est déroulé de janvier à mai 1999.

Au total, nous avons obtenu 22 fiches, dont 18 sur des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

#### **Association Accueil toxicomanes pour une approche thérapeutique AAT**

L'association Accueil toxicomanes pour une approche thérapeutique (AAT) a pour mission l'accueil et la prise en charge des toxicomanes et de leurs parents. Elle s'en acquitte au moyen d'entretiens individuels (accueil et consultations auprès d'assistants sociaux, de psychologues et d'un psychiatre), d'accompagnements socio-éducatifs (ateliers d'expression et de création : théâtre, écriture, arts plastiques), de psychothérapies et de conseils d'orientation. AAT a ouvert en 1987.

Nous avons procédé au recueil de façon prospective de décembre 1998 à mai 1999. Pour ce faire, nous avons modifié la fiche de premier accueil afin qu'elle comprenne les renseignements nécessaires à l'étude Capture-recapture. Pour les personnes fréquentant le centre avant le début de la période d'étude, ce sont les intervenants qui ont actualisé les renseignements. Le responsable de site s'est chargé de recueillir les informations à partir de la fiche de premier accueil.

Nous avons recueilli au total 85 fiches, dont 77 portant sur des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

#### **Groupe Centres méthadone: Passages méthadone, Dide méthadone**

##### **Centre méthadone PASSAGES**

Cette association loi 1901 est gérée par l'hôpital Joseph Ducuing, établissement privé à but non lucratif participant au service public. Le centre assure le traitement

de substitution par méthadone dans le cadre du protocole méthadone avec un suivi sur le plan médical, social et psychologique assuré par une équipe pluridisciplinaire. Il propose aussi diverses modalités de prise en charge dans les CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes). Il a ouvert en 1994. Il comprend actuellement 40 places. Les infirmières du centre, qui connaissent bien les personnes accueillies, ont opéré le recueil.

Au total, celui-ci a donné 39 fiches, correspondant à des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine.

### **Maurice DIDE**

Cette structure fait partie du Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Elle est située à l'hôpital La Grave, en centre-ville. C'est une unité d'accueil, d'évaluation et de soins des dépendances. Ceux-ci comprennent l'évaluation pluridisciplinaire des dépendances, la mise en place d'un projet de soin, de la psychothérapie, des traitements de substitution par méthadone (Centre méthadone) ou Subutex®, et un accompagnement du sevrage en ambulatoire ou en hospitalisation. Cette structure abrite aussi l'unité intra-hospitalière de liaison pour la toxicomanie, qui assure l'évaluation et la prise en charge des patients toxicomanes par un psychiatre de liaison lors d'hospitalisation dans les services de médecine de chirurgie ou d'obstétrique du CHU.

Le recueil a été prospectif pour l'activité du psychiatre de liaison et les premiers accueils. Nous l'avons complété en rétrospectif grâce aux dossiers internes consultés par le médecin coordinateur de site.

Au total, nous avons recueilli 99 fiches dont 84 portent sur des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine et 26 sur des patients sous méthadone.

### **Groupe répressif: SMPR Saint-Michel, OCRTIS**

#### **Centre spécialisé de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire (ex antenne toxicomanie) Maison d'arrêt Saint-Michel**

Ce centre dépend du Centre hospitalier Gérard Marchant. Il a pour mission d'accueillir, d'orienter et de réinsérer les toxicomanes incarcérés. Il comprend aussi un centre de consultation (antenne d'accueil toxicomanie en milieu ouvert) pour des toxicomanes relevant de mesures judiciaires. La prise en charge consiste en des entretiens individuels ou de groupe, en accompagnements, en cures de sevrage ou en traitements de substitution.

Les intervenants ont procédé au recueil prospectif. Ils ont choisi d'interroger les personnes sur leur situation et leur consommation avant leur incarcération. Malgré leur réel intérêt pour l'enquête, le recueil a été long à démarrer en raison d'une surcharge d'activité en décembre et janvier. S'il s'est étalé en théorie de décembre à mai, le recueil effectif n'a eu lieu que de février à fin mai 1999. Plusieurs refus de participer ont été observés de la part des détenus.

Au total, nous avons recueilli 45 fiches, dont 40 sur des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine.

### **Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants OCRTIS**

L'OCRTIS a mis à notre disposition les données portant sur les interpellations entre novembre 1998 et mai 1999. Le recueil était rétrospectif, établi à partir des fiches d'interpellation. Les variables recueillies concernaient l'identification et le produit consommé.

Au total, nous avons recueilli 106 fiches correspondant à des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine.

### **Services hospitaliers médicaux: Service et consultations de médecine interne (Ducuing), hépato-gastroentérologie (Purpan), Maladies infectieuses (Purpan), centre Dide non méthadone**

#### **Service de médecine interne (hôpital Joseph Ducuing)**

L'hôpital Joseph Ducuing est un hôpital général privé à but non lucratif participant à l'exercice du service public, situé dans le centre de Toulouse. Il est membre du réseau ville-hôpital toxicomanie, héberge le centre méthadone Passages et maintient des liens étroits avec les CSST ; il prend en charge et suit les patients atteints par le VIH ou par le VHC, et offre cures de sevrage, prescriptions de substitution et suivis en ambulatoire. La prise en charge, quelles qu'en soient les modalités, est conçue dans le cadre d'un travail en réseau.

Le recueil a eu lieu en prospectif sur les hospitalisations en médecine et les consultations de médecine interne. Toutefois, une partie s'est faite en rétrospectif, pour des patients suivis régulièrement. Il n'a pas pu y avoir de recueil sur les urgences.

Au total, nous avons recueilli 115 fiches, dont 106 sur des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine.

### **Service de maladies infectieuses et tropicales et Service de gastro-entérologie de l'Hôpital Purpan (CHU)**

Ces services reçoivent des toxicomanes, surtout pour la prise en charge de pathologies infectieuses (VIH, hépatite C, autres problèmes infectieux). Les médecins, particulièrement impliqués dans cette prise en charge, ont pu se mobiliser, même si la non-spécificité en toxicomanie de l'activité a entravé l'identification des cas. De plus, dans le cadre hospitalier, la consommation d'opiacés est souvent niée, empêchant son repérage. D'où l'exhaustivité sans doute faible du recueil dans ce service.

Au total il a donné, 31 fiches, dont 27 sur des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

### **Services hospitaliers spécialisés (psychiatrie): Hôpital Marchant (admissions aux urgences, secteurs)**

Le centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant prend en charge des toxicomanes lors de l'accueil aux urgences (Service d'accueil et d'admission des urgences SAU), et dans l'intersecteur toxicomanie. Il s'y emploie à travers l'accueil en consultation dans les différents Centres médico-psychologiques (suivi éventuellement d'une hospitalisation à l'hôpital Marchant sur indication), l'hospitalisation lors des phases de crise, et la mise en œuvre de cures de sevrage.

Aux urgences, le recueil a été fait en rétrospectif à partir des fiches patients.

Dans les secteurs, il a été prospectif, mais n'a concerné que très peu de personnes malgré une bonne motivation des équipes. Ce secteur ne reçoit apparemment que peu de toxicomanes actifs : beaucoup, en effet, viennent en cure de sevrage et n'ont donc pas été inclus puisqu'ils n'avaient pas consommé au cours du mois précédant l'enquête.

Au total, nous avons recueilli 49 fiches, dont 43 correspondent à des consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine.

### **Réseau ville-hôpital toxicomanie: le réseau de médecins généralistes Passages**

Le réseau ville-hôpital toxicomanie Passages fonctionne en partenariat entre les médecins généralistes participant au réseau, l'hôpital Joseph Ducuing et trois associations de soins spécialisés (AAT, Clémence Isaure, Oc Drogue). Créé en 1994, sa vocation est de favoriser le partenariat et l'action concertée entre acteurs

sanitaires et sociaux afin d'améliorer la prise en charge globale des usagers de drogues. Il a été créé en 1994.

L'étude a été proposée à l'ensemble des médecins du réseau. Dix d'entre eux ont effectivement participé au recueil. Le recueil a été prospectif, opéré par les médecins, le plus souvent auprès de patients réguliers (suivi de prescription de Subutex®) mais pas uniquement, avec une bonne exhaustivité.

Au total, nous avons collecté 251 fiches correspondant à des consommateurs d'opiacés de l'agglomération toulousaine.

### **LES STRUCTURES N'AYANT PAS PARTICIPÉ**

#### **Structures bas seuil**

À Toulouse, il existe deux structures bas seuil : la Boutique Intermède et le Bus échange de seringues (BEST).

Le Bus échange de seringues est l'un des services de l'association AIDES Midi-Pyrénées. L'objectif principal de son activité est la prévention primaire de l'infection à VIH. Il s'y emploie de diverses façons : accueil et écoute des usagers, échange de matériel stérile, orientation et conseil. Le support de ces activités est un bus présent quotidiennement en milieu de journée, chaque fois dans un quartier différent de Toulouse et régulier d'une semaine sur l'autre.

En 1997, le BEST a accueilli 984 personnes différentes.

Un contact favorable a eu lieu pour la réalisation de l'étude Capture-recapture, mais celle-ci n'a pu se faire pour des raisons de confidentialité. Les données d'identification, mêmes partielles, étaient cause de malaise pour les intervenants, qui craignaient une détérioration de la relation de confiance avec les usagers. Une solution aurait été la mise à disposition d'un enquêteur extérieur au BEST pour procéder au recueil, ce qui n'a pas été possible faute de moyens.

#### **Réseau ville-hôpital Haute-Garonne REVIH 31**

Ce réseau plus spécifiquement axé sur la pathologie VIH vise la formation, la communication, la prévention, la recherche ambulatoire et l'action. Il n'a pas souhaité participer en raison de la surcharge de travail que l'étude représentait.

## Services hospitaliers médicaux autres que les services ayant participé

Ce sont en particulier les services d'urgence du CHU des hôpitaux Purpan et Rangueil. Ils n'ont pas pu participer en raison de la difficulté d'identification des cas et de la surcharge de travail qu'implique un recueil de données supplémentaire.

## CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES DANS L'AGGLOMÉRATION TOULOUSAINNE

### Fiches recueillies et consommateurs d'opiacés résidant en agglomération toulousaine

Le nombre total de fiches recueillies à Toulouse a été de 1 102. Après élimination des non-résidents à Toulouse (71 fiches), des non-consommateurs d'opiacés ou de cocaïne (19 fiches) et des doublons intrasource (recueil déjà effectué pour ces personnes dans la source considérée), ainsi que des fiches ayant des données d'identification insuffisantes (14 fiches) le total définitif était de 998.

Parmi ces 998 fiches, il existait des cas communs (ou « doublons ») entre les sources de données : les personnes pour lesquelles un recueil a eu lieu dans plusieurs sources (le plus souvent il s'agissait de « doublons simples », c'est-à-dire personne présente dans deux sources, mais il existait aussi des « doublons triples », c'est-à-dire des personnes présentes dans trois sources, etc.).

Après identification de ces doublons, notre recueil correspondait à 837 personnes différentes.

Les résultats de l'analyse descriptive de tout notre échantillon porte donc sur ces 837 personnes ayant eu recours à une ou plusieurs structures.

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen est de 31,3 ans, allant de 17 ans à 60 ans.

On dénombre 604 hommes (72,2 %) et 233 femmes (27,8 %), soit un sexe ratio de 1 femme pour 2,6 hommes. L'âge ne varie pas de façon significative entre les hommes et les femmes.

## Logement et couverture sociale

Les conditions de logement sont connues pour 740 personnes. Le logement est fixe dans 74,1 % des cas (n = 548), précaire dans 16,4 % des cas (n = 121) et inexistant dans 9,6 % (n = 71).

La grande majorité des personnes (93,2 %) possède une couverture sociale.

## Caractéristiques de la toxicomanie

Au moment du recueil, les produits consommés étaient les suivants :

### Héroïne

Plus d'un tiers (36,9 %) des personnes interrogées consommaient de l'héroïne, plus d'une fois par semaine dans plus de la moitié de cas (52 %), et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 41,7 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est l'injection (67,7 %), suivie par l'inhalation (40,6 %).

### Skénan<sup>®</sup>, Codéine, dérivés de la codéine

12,2 % des personnes interrogées consommaient du Skénan<sup>®</sup>, de la codéine ou des dérivés de la codéine plus d'une fois par semaine dans 81,8 % des cas, et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 53,3 % d'entre eux (n = 32). Les voies d'administration les plus fréquentes sont la voie orale (81,4 %), puis l'injection (14,8 %).

### Cocaïne

30,2 % des personnes interrogées consommaient de la cocaïne, plus d'une fois par semaine dans 46,1 % des cas, et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 44,8 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est l'injection (58,9 %), suivie par l'inhalation (48,1 %). Pour les injecteurs, la fréquence d'injection est de une fois ou plus par jour dans 49,4 % des cas.

### Subutex<sup>®</sup>

Les trois quarts (75,3 %) des personnes interrogées consommaient du Subutex<sup>®</sup>, plus d'une fois par semaine dans 95,3 % des cas, et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 35,5 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (67,4 %), suivie par l'injection (46,1 %), puis l'inhalation dans 11,5 % des cas.

### *Méthadone*

13,7 % des personnes consommaient de la méthadone. Toutes la prenaient quotidiennement par voie orale, et en y associant de l'alcool ou des benzodiazépines dans 36 % des cas.

### *Injecteurs*

Au total, 302 personnes soit 36,1 % injectaient l'un ou l'autre produit.

#### *Début de la toxicomanie*

L'âge moyen au début de la toxicomanie est de 20,7 ans (déviatoin standard = 6,1), 50 % des personnes ayant commencé entre 17 et 23 ans. La durée de la toxicomanie est de 11 ans en moyenne (déviatoin standard 6,3), et comprise entre 6 et 16 ans.

### *Substitution*

561 personnes (76 % des 738 personnes pour lesquelles le renseignement était connu) bénéficiaient d'une prescription de substitution. Il s'agissait de Subutex® dans 83,8 % des cas et de méthadone pour 16,2 % d'entre eux. Dans 5 cas, une substitution « ni méthadone ni Subutex® » était prescrite. La durée de la prise en charge substitutive était connue pour 460 personnes et remontait en moyenne à 22 mois. Elle allait de 9 mois à 2 ans ; 9 mois pour la moitié d'entre elles. 14,5 % (n = 79) des consommateurs de Subutex®, ne bénéficient pas d'une prescription médicale.

## **Sérologies virales**

### *Vih*

Le statut sérologique pour le VIH était connu pour 472 personnes, dont 16,1 % (n = 76) positives pour le VIH.

### *Hépatite C*

Le statut sérologique pour l'hépatite C était connu pour 543 personnes, dont 67,4 % (n = 366) positives pour l'hépatite C.

### *Hépatite B*

Le statut sérologique pour l'hépatite B était connu pour 453 personnes, dont 31,1 % (n = 141) positives pour l'hépatite B.

### *Injection et sérologies*

Les injecteurs étaient VIH positifs dans 17,8 % des cas (n = 38), hépatite C positifs pour 76 % des cas (n = 187) et hépatite B positifs pour 35,8 % des cas (n = 76).

Ils avaient deux fois plus de risques d'être hépatite C positifs (Odds ratio compris entre 1,41, et 3,10,  $p < 0,05$ ), et 1,51 fois plus de risque d'être hépatite B positifs (Odds ratio compris entre 0,99 et 2,31 ;  $p < 0,05$ ).

### *Perception de l'état de santé*

493 personnes ont fourni des réponses à cette question. 10,5 % (n = 52) d'entre elles estimaient leur état de santé très satisfaisant, 66,3 % (n = 327) satisfaisant, 20,5 % (n = 101) mauvais et 2,6 % (n = 13) très mauvais.

**TOULOUSE**
**Récapitulatif sur les caractéristiques des usagers de drogue**
**N=837**

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par rapport à N
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			
Sexe	604	72,2	
hommes	233	27,8	
femmes	832	31,3	0,6 %
Âge*		]30,9 – 31,7[	
Logement			11,6 %
fixe	548	74,1	
précaire	121	16,4	
sans domicile fixe	71	9,6	
Couverture sociale			12,2 %
oui	685	93,2	
non	50	6,8	
<b>Consommation des produits</b>			
Héroïne	272	36,9	11,9
Skénan®	81	12,2	20,9
Cocaïne	210	30,2	17,0
Subutex®	548	75,3	13,0
méthadone	96	13,7	16,5
Héroïne			n = 272**
plus d'une fois/semaine	66	52,0	53,3 %
association alcool/BZD	45	41,7	60,1 %
sniff	63	40,6	40,8 %
per os	4	2,5	41,9 %
injection	130	67,7	29,2 %
plus d'une injection/jour	44		
Skénan®			n = 81**
plus d'une fois/semaine	45	81,8	32,1 %
association alcool/BZD	32	53,3	12,7 %
sniff	2	3,4	28,4 %
per os	48	81,4	27,1 %
injection	9	14,8	24,7 %
plus d'une injection/jour	4		

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999

Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par
<b>Cocaïne</b>			
			n = 210**
plus d'une fois/semaine	59	46,1	39,0 %
association alcool/BZD	52	44,8	44,8 %
sniff	74	48,1	26,7 %
per os	1	0,7	27,6 %
injection	93	58,9	24,8 %
plus d'une injection/jour	40		
<b>Subutex®</b>			
			n = 548**
plus d'une fois/semaine	424	95,3	18,8 %
association alcool/BZD	129	35,5	33,8 %
sniff	51	11,5	18,8 %
per os	302	67,4	18,2 %
injection	203	46,1	19,7 %
plus d'une injection/jour	114		
<b>méthadone</b>			
			n = 96**
plus d'une fois/semaine	91	92,9	7,1 %
association alcool/BZD	27	36,0	21,9 %
sniff	0	0	
per os	96	100	
injection	1	1,0	
plus d'une injection/jour			
<b>Substitution</b>			
Prescrite	561	76,0	11,8 %
type			n = 561**
Subutex®	465	83,8	1,1 %
méthadone	90	16,2	1,1 %
Durée (moyenne en mois)	460	22,2	18 %
		]20,8 – 23,6[	
<b>Toxicomanie</b>			
injecteurs	302	36,1	
âge de début*	622	20,7	
IC 95 %		]20,3 – 21,1[	25,7 %
Durée*	624	11,0	
IC 95%		]10,5 – 11,5[	25,4 %
<b>Santé</b>			
Santé sérologie VIH+	76	16,1	43,6 %
sérologie VHC+	366	67,4	35,1 %
sérologie VHB+	141	31,1	45,9 %

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999

Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

**MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À TOULOUSE**

**Regroupement des sources**

En raison du faible effectif de certaines de ces 12 sources, nous les avons regroupées dans un premier temps en neuf sources principales : Intermède (bas seuil), CSST 1 (Clémence Isaure et Oc drogue), Centre méthadone Passages, Répressif (OCRTIS et CSST de la maison d'arrêt Saint Michel), CHU (Service des maladies infectieuses et tropicales, Service de gastro-entérologie, Centre Dide), hôpital Marchant, réseau ville-hôpital toxicomanie Passages (médecine générale), hôpital Ducuing, AAT. Pour chacune d'entre elles, nous avons recherché les doublons avec les autres sources.

Nous avons ensuite recherché la proximité statistique des structures entre elles en calculant les odds ratios entre les sources selon la méthode de Wittes (cf. Tableau). Il faut également interpréter ces liens en regard de la situation sur le terrain.

Nous avons constitué les trois groupes de structures nécessaires à la modélisation log-linéaire de la manière suivante :

- « MÉDECINS » : réseau ville-hôpital toxicomanie
- « RÉPRESSIF » : OCRTIS, CSST Saint-Michel
- « SOCIO SANITAIRE » c'est-à-dire :
  - AAT
  - Clémence Isaure
  - Oc Drogue
  - Centre méthadone Passages
  - Centre Dide
  - hôpital Ducuing
  - hôpital Purpan (SMIT et gastro-entérologie)
  - hôpital Marchant
  - Intermède

Calcul des odds ratios entre structures -1999- (Tableau page de droite)

	Bas seuil (n = 143)	CSST1 (n = 81)	Passages Méthadone (n = 39)	Répressif (n = 144)	CHU (n = 106)	Marchant (n = 43)	Médecine générale (n = 251)	Ducuing (n = 106)	AAT (n = 77)
<b>Bas seuil (n = 143)</b>									
Cas Communs									
Wittes: Cas communs									
Wittes: odds ratio									
[Intervalle de confiance]									
Wittes: Test Chi2									
<b>CSST1 (n = 81)</b>									
Cas Communs	8								
Wittes: Cas communs	3								
Wittes: odds ratio	2,6								
[Intervalle de confiance]	[0,58-9,85]								
Wittes: Test Chi2	NS								
<b>Passages méthadone (n = 39)</b>									
Cas Communs	2	4							
Wittes: Cas communs	1	1							
Wittes: odds ratio	1,0	1,61							
[Intervalle de confiance]	[0,0-7,63]	[0,0-12,4]							
Wittes: Test Chi2	NS	NS							
<b>Répressif (n = 144)</b>									
Cas Communs	4	4	4						
Wittes: Cas communs	3	1	3						
Wittes: odds ratio	1,96	0,88	4,93						
[Intervalle de confiance]	[0,44-7,36]	[0,0-6,5]	[1,0-19,9]						
Wittes: Test Chi2	NS	NS	p<0,05						
<b>CHU (n = 106)</b>									
Cas Communs	3	3	1	4					
Wittes: Cas communs	2	2	0	2					
Wittes: odds ratio	1,47	1,96	0	2,15					
[Intervalle de confiance]	[0,0-6,9]	[0,0-9,3]	[0,0-7,9]	[0,0-10,4]					
Wittes: Test Chi2	NS	NS	NS	NS					
<b>Marchant (n = 43)</b>									
Cas Communs	3	4	0	1	8				
Wittes: Cas communs	3	2	1	0	3				
Wittes: odds ratio	3,50	3,41	0,34	0,01	0,86				
[Intervalle de confiance]	[0,8-13,8]	[0,0-17,0]	[0,0-2,4]	[0,0-7,0]	[2,1-48,5]				
Wittes: Test Chi2	p<0,05	NS	NS	NS	p<0,05				
<b>Médecine générale (n = 251)</b>									
Cas Communs	13	10	5	12	7	5			
Wittes: Cas communs	4	4	0	2	3	2			
Wittes: odds ratio	1,70	2,04	0	1,2	1,77	1,64			
[Intervalle de confiance]	[0,5-5,5]	[0,6-5,8]	[0,0-3,8]	[0,0-5,8]	[0,4-6,8]	[0,0-8,0]			
Wittes: Test Chi2	NS	NS	NS	NS	NS	NS			
<b>Ducuing (n = 106)</b>									
Cas Communs	7	4	0	5	6	4	6		
Wittes: Cas communs	3	1	0	2	4	4	2		
Wittes: odds ratio	2,74	0,97	0	2,14	5,86	7,48	0,94		
[Intervalle de confiance]	[0,6-10,5]	[0,0-7,3]	[0-0,6]	[0,0-10,3]	[1,2-20,6]	[1,9-26,9]	[0,0-4,4]		
Wittes: Test Chi2	NS	NS	NS	NS	p<0,05	p<0,05	NS		
<b>AAT (n = 77)</b>									
Cas Communs	9	4	8	3	4	1	8	5	
Wittes: Cas communs	2	2	3	2	3	0	2	1	
Wittes: odds ratio	1,73	1,63	7	1,54	3,65	0	1,1	1,16	
[Intervalle de confiance]	[0,0-8,2]	[0,0-7,6]	[1,4-29,4]	[0,0-7,2]	[0,8-14,3]	[0,0-7,5]	[0,0-5,2]	[0,0-8,8]	
Wittes: Test Chi2	NS	NS	p<0,05	NS	p<0,05	NS	NS	NS	

NS : non significatif

En effet, le groupe Répressif n'était lié qu'avec une seule structure sociosanitaire. De par la population facilement identifiable qu'il représente, nous avons choisi de le mettre à part.

La structure de bas seuil Intermède était liée statistiquement avec Clémence Isaure, l'hôpital Marchant et l'hôpital Ducuing, nous n'avons donc pas cherché à l'individualiser.

L'indépendance du groupe réseau ville hôpital se retrouve sur le plan statistique (aucun lien significatif avec les autres structures), mais aussi local. Il s'agit d'une population indépendante, fréquentant les médecins généralistes, essentiellement sous Subutex®. Cette absence de lien statistiquement significative pour la population et la période considérées ne signifie pas qu'il n'existe pas de relations structurelles et fonctionnelles entre ces médecins généralistes et certaines autres structures, ou avec l'hôpital Ducuing, qui fait partie du réseau lui-même. La constitution d'un groupe pour cette seule source se justifie aussi par l'effectif important qu'elle représente (251 personnes, soit 25,8 % des 998 fiches).

### Modélisation et estimations de la taille de la population

C'est en posant ce regroupement de structures que nous avons pu débiter la phase d'identification des modèles log-linéaires reproduisant au mieux les données observées. Ces modèles ont servi à estimer la taille de la population.

En considérant les trois sources, le tableau de contingence utilisé pour la modélisation log-linéaire était le suivant :

**Tableau de contingence sur les usagers d'opiacés en agglomération toulousaine de novembre 1998 à mai 1999 pour trois sources**

		Sociosanitaire			
		Oui		Non	
		Répressif		Répressif	
Médecins	Oui	4	31	36	364
	Non	21	195	186	?

Le nombre de personnes identifiées par le recueil était de 837.

Les différents modèles ont été sélectionnés par les trois procédures (procédure ascendante, descendante, critère d'Akaïké). Les modèles retenus sont les suivants :

### Les modèles log-linéaires, les estimations de populations et les intervalles de confiance à 95 %, pour les usagers d'opiacés en agglomération toulousaine en 1999 à partir de trois sources

Modèle	ddl*	G <sup>2</sup>	probabilité	AIC**	N222	Total	IC à 95 %***	Stratégie
M, R, S	3	1,12	0,77	-4,88	1 965	2 802	2 577 – 3 027	Descendante
M, R, S	3	1,12	0,77	-4,88	1 965	2 802	2 577 – 3 027	Akaïké
R, MS	2	0,26	0,88	-3,74	1 799	1 799	2 090 – 3 182	Ascendante

\* Degrés de liberté du modèle

\*\* Critère d'Akaïké Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

\*\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Variables des modèles : R : Répressif, M : Médecins, S : Sociosanitaire,

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

N222 = nombre de cas inconnus

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

Le modèle M, R, S est retenu par la stratégie descendante et par le critère d'Akaïké. Il correspond en pratique à l'indépendance des groupes Médecins, Répressif et Sociosanitaire. C'est celui que nous choisirons de retenir sur ces critères statistiques, mais aussi du fait de sa signification clinique. Cette indépendance des sources semble en effet compatible avec la perception sur le terrain. L'estimation du nombre de personnes non observées par ce modèle est de 1 965, ce qui porte à 2 802 celle de la population totale des usagers d'opiacés, avec un intervalle de confiance à 95 % entre 2 577 et 3 027 personnes (formule de l'intervalle de confiance de Bishop dans le cas d'absence d'interaction entre les trois sources).

Le modèle R, MS correspondant à l'indépendance du groupe Répressif et à une interaction entre le groupe Médecins et Sociosanitaire, pourrait aussi être retenu. Nous le présentons à titre indicatif (cf. remarque dans Matériel et méthode, modélisation log-linéaire et estimation de la prévalence, § 3.6.4), préférant le modèle précédent sélectionné par le critère d'Akaïké. L'estimation du nombre de personnes non observées est de 1 799, ce qui porte à 2 636 celle de la population des usagers d'opiacés, avec un intervalle de confiance à 95 % entre 2 090 et 3 182 personnes (formule de l'intervalle de confiance de Bishop dans le cas d'une interaction entre deux des trois sources).

## Estimations de prévalence de l'usage d'opiacés

Les estimations de prévalence permettent de mesurer l'importance du problème au sein d'une population définie. Celles qui sont présentées dans ce chapitre ont utilisé comme dénominateur les données issues du recensement de l'INSEE de 199017 pour l'agglomération toulousaine. Nous présentons les estimations de prévalence pour la population globale et pour la population des 15-59 ans.

En se fondant sur le modèle choisi M, R, S sans interaction entre les trois sources, la prévalence de l'usage d'opiacés en 1999 dans l'agglomération toulousaine est de 4,0 à 4,7 pour mille habitants. Elle est de 6,0 à 7,0 pour mille habitants de l'agglomération toulousaine de 15 à 59 ans. L'autre modèle (R, MS) donne des estimations moins précises. Nous les citons ici à titre indicatif.

### Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés au sein de la population de l'agglomération toulousaine en 1999

Population	Modèle*	Nombre d'utilisateurs	IC à 95 %**	Population	Prévalence	IC à 95 %**
Globale	M, R, S	2 802	2 577 - 3 027	650 336	4,3 ‰	4,0 ‰ - 4,7 ‰
	R, MS	2 636	2 090 - 3 182	650 336	4,1 ‰	3,2 ‰ - 4,9 ‰
15 - 59 ans	M, R, S	2 802	2 577 - 3 027	429 984	6,5 ‰	6,0 ‰ - 7,0 ‰
	R, MS	2 636	2 090 - 3 182	429 984	6,1 ‰	4,9 ‰ - 7,4 ‰

\* Variables des modèles sélectionnés : R : Répressif, M : Médecins, S : Sociosanitaire,

\*\* Intervalle de confiance à 95 %

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LILLE

#### RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES À LILLE

La DDASS du Nord a mis en œuvre l'étude pour le site de Lille avec l'aide de l'établissement de santé de Saint-André et le Fonds interministériel à la ville.

A Lille, on peut classer les structures ayant participé au recueil en quatre catégories : structures de bas seuil, centres de soins spécialisés aux toxicomanes, centres d'accueil, services hospitaliers et services de l'État (judiciaire et répressif).

#### Structures bas seuil

##### ABEJ (Association baptiste pour l'entraide de la jeunesse)

Cette association anime deux points d'accueil du public (sans domicile fixe, chômeurs, toxicomanes...) :

- « Point de Repère » : pour les jeunes en difficulté de moins de 25 ans,
- « Solidarité, Hébergement Social » pour les plus de 25 ans.

Elle accueille une majorité d'hommes, et notamment beaucoup de gens de passage qui ne résident pas dans le département. Les toxicomanes ne représentent qu'une partie de ce public.

Le recueil au Point de Repère a été effectué à l'accueil par un membre de la structure. À Solidarité et hébergement social ce sont les trois médecins du centre qui s'en sont chargés lors des consultations.

Le recueil s'est déroulé sans problème majeur. Il a permis de collecter 26 fiches.

### **Ellipse (Boutique, Dispensaire de vie)**

Ellipse assure des missions d'accueil, d'orientation, de consultation médicale et de réduction des risques. Elle dispose de son propre recueil de données avec une fiche remplie dès le début de l'année pour toute personne (ancienne ou nouvelle) qui se présente dans ses locaux. Les informations concernent surtout les pratiques à risque. Cette structure a demandé un financement ou l'aide d'un intervenant extérieur pour organiser le recueil des données. Cela n'a pas été possible. Afin d'alléger la charge de travail des intervenants, nous avons intégré les questions concernant l'enquête à la fiche de recueil de la structure. Ce sont les toxicomanes concernés qui se sont chargés de remplir eux-mêmes ces fiches aidés par un intervenant.

Il semble que malgré son accord initial pour participer et le soutien de la responsable de la structure l'équipe d'intervenants n'a pas vraiment adhéré au projet. Les dates indiquent que les fiches ont été remplies par vagues, pendant un ou deux jours après les contacts téléphoniques du coordinateur. On peut s'interroger sur la qualité des données ainsi que leur exhaustivité. Au total, 11 fiches ont été recueillies.

### **Centres spécialisés de soins aux toxicomanes**

Le GRANIT (Groupement régional des associations intervenant en toxicomanie), les CSST. Ils ont, d'un commun accord, accepté de participer au recueil des informations à condition que celui-ci n'entraîne aucune charge de travail supplémentaire : ils ont en effet déjà des difficultés à faire remplir régulièrement leur propre recueil de données par leurs intervenants. Il a donc été décidé, dans la mesure du possible, de travailler avec leur base de données. Ceci concerne les CSST Cèdre bleu, Réagir, Le Relais.

#### **Cèdre bleu**

Ce CSST assure un accompagnement pendant le sevrage hospitalier et ambulatoire, ainsi que des activités de suivi psychologique, socio-éducatif, médical, et un programme méthadone.

Il dispose de plusieurs lieux d'accueil dans le département dont deux en dehors de notre zone d'étude. Sa file active est de 600 personnes par an, tous produits confondus. Chaque toxicomane a un référent au sein de cette structure. Chacun de ces référents a fourni une copie partiellement anonyme du dossier mis à jour de « ses » toxicomanes. L'exhaustivité du recueil est satisfaisante. Nous avons recueilli 176 fiches au total.

### **Réagir**

Il s'agit à la fois d'un CSST et d'une Boutique, dispensaire de vie.

Le CSST assure l'accompagnement pendant le sevrage hospitalier et ambulatoire et le suivi psychologique, socio-éducatif et médical. Ses activités sont séparées *en Accueil et Actes*.

La Boutique, « dispensaire de vie » : son objectif est de faciliter l'accès aux soins et de proposer aux toxicomanes un hébergement d'urgence de nuit, ainsi qu'un programme de réduction des risques. Les activités de la Boutique sont réparties *entre Hébergement et Réduction Des Risques*.

Un recueil propre à la structure fonctionne de façon régulière. Nous avons ajouté un intercalaire dans les dossiers papier afin de compléter ce recueil avec les informations utiles à notre étude mais ne figurant pas dans les dossiers. Une extraction à partir de la base de données a été effectuée en fonction de la date de passage du sujet dans la structure. Dans cette base de données, les sujets sont identifiés par un numéro. Le responsable de site a assuré la correspondance des noms et prénoms avec le numéro d'identification. Dans la mesure du possible, nous avons veillé à compléter la date de naissance, qui mentionnait seulement le mois et l'année. Le recueil est exhaustif et comprend 100 fiches.

#### **Le Relais**

Le Relais est un CSST qui assure un accompagnement pendant le sevrage hospitalier et ambulatoire, ainsi qu'un suivi psychologique, socio-éducatif et médical.

Nous avons eu recours à la même procédure de recueil que celle employée au Cèdre bleu (copie partielle et anonymisée du dossier constitué par l'intervenant référent pour chaque toxicomane). Le recueil a de bonnes qualités d'exhaustivité, et a donné 86 fiches.

### **AIDE (Association pour l'information sur les drogues)**

Cette association assure l'accueil et la prise en charge des toxicomanes et de leurs familles, ainsi que l'information et l'hébergement. C'est une petite structure. Le personnel soignant a régulièrement rempli les questionnaires. Le recueil s'est déroulé sans problème majeur. Au total, il a fourni 15 fiches.

## Centre d'accueil pour toxicomanes

### CRID (Centre de recherche et d'information sur les drogues)

Cette association offre un accompagnement pendant le sevrage hospitalier et ambulatoire, ainsi qu'un suivi psychologique et socio-éducatif. Il assure aussi un accueil de bas seuil et une activité de réduction des risques (« Préfixe »).

Il n'y a pas eu de recueil pour Préfixe, l'équipe ayant estimé qu'il n'était pas matériellement possible de l'organiser dans cette structure de passage.

Pour le reste du dispositif, les questionnaires ont été remplis lors des entretiens ou des consultations. Le recueil a été exhaustif et a donné 19 fiches.

### Oxygène

Oxygène est un centre intercommunal de prévention de la délinquance. Il effectue des missions d'accueil, d'information et d'orientation des toxicomanes. Il organise aussi des permanences dans 6 communes, dont une qui n'était pas dans notre zone d'étude. Les intervenants ont procédé au recueil des données lors des consultations. Au regret du directeur, il n'a pas pu inclure les jeunes rencontrés dans la rue car le contact avec eux est progressif et le dialogue long à mettre en place : dans ces conditions, le recueil d'information aurait pu détruire le climat de confiance.

Pour les autres activités du centre, le recueil s'est passé dans de bonnes conditions d'exhaustivité, avec un total de 62 fiches.

### Clairière

Clairière propose un accompagnement du sevrage hospitalier et ambulatoire, ainsi qu'un suivi psychologique et socio-éducatif. Ce sont, là encore, les intervenants qui ont effectué le recueil des données lors des consultations, apparemment avec une bonne exhaustivité. En revanche, nous ne disposons pas de la date de naissance complète des usagers mais seulement de l'année, comme c'était déjà le cas pour le recueil propre de la structure. Les intervenants ont préféré s'en tenir là de peur d'effrayer les personnes accueillies, qui auraient pu se sentir « fichées ».

Au total, nous avons recueilli 53 fiches.

### CMJ (Centre municipal de la jeunesse)

Le Centre municipal de la jeunesse remplit des missions d'accueil de jour et d'accompagnement du sevrage hospitalier et ambulatoire ainsi qu'un suivi psychologique, socio-éducatif et médical.

Au sein de cette structure, les questionnaires ont été remplis lors des entretiens. Une autre partie du recueil a été effectuée en partenariat avec le médecin en intégrant son activité de consultation.

Au total, nous avons collecté 25 fiches, sans problème particulier d'exhaustivité.

## Services hospitaliers

### Boris Vian et Lewis Carroll

Ces secteurs constituaient l'Intersecteur toxicomanie de Lille, dont la file active est de 900 personnes par an. Les activités étaient le sevrage hospitalier et le suivi psychologique, socio-éducatif et médical. Les infirmières et les secrétaires de ces deux centres ont recueilli les informations, avec une bonne exhaustivité et un total de 305 fiches.

### CITD (Centre d'information et de traitements des dépendances)

Le CITD était un des services du Centre hospitalier régional universitaire de Lille (CHRU).

Il menait à bien des missions de sevrage hospitalier, de suivi psychologique, socio-éducatif et médical (suivi des patients malades du Sida, traitement de l'hépatite C), ainsi qu'un programme méthadone. Sa file active était de 1 200 personnes par an.

Du fait du caractère régional du CHRU, le CITD accueillait des personnes de toute la région. Ce qui expliquait l'importance de cette file active. Le recueil s'est fait en rétrospectif à partir de la base de données informatisées, avec une bonne exhaustivité pour un total de 104 fiches.

### Pavillon 15

Ce service du Centre hospitalier de Roubaix remplissait des missions de sevrage hospitalier, de suivi psychologique, socio-éducatif et médical. Les questionnaires ont été remplis par les infirmières du service avec une bonne exhaustivité, pour un total de 107 fiches.

### G et T 59/62 (Généralistes et toxicomanies 59/62)

C'était une association de médecins généralistes accueillant des toxicomanes parmi leur clientèle. Sur notre zone d'étude, notre recueil a concerné une vingtaine de ces médecins. Seuls 5 d'entre eux y ont participé. Il semblerait que, même

pour des enquêtes organisées par G et T 59/62, le taux de participation des médecins soit resté très faible. Pour les médecins ayant participé, l'exhaustivité paraît satisfaisante ; au total, nous avons pu rassembler 46 fiches.

## Services judiciaires et répressifs

### DDASS du Nord, Service des politiques et actions de santé : injonctions thérapeutiques

Le médecin inspecteur de la DDASS s'est chargé du recueil lors des entretiens avec les toxicomanes vus dans la zone d'étude. Là encore l'exhaustivité a été bonne avec un total de 32 fiches.

### OCRTIS

Les données transmises pour l'agglomération de Lille concernaient 510 personnes.

### STRUCTURES N'AYANT PAS PARTICIPÉ

#### Centre de soins de la maison d'arrêt de Loos

Le centre de soins de la maison d'arrêt de Loos (agglomération lilloise) n'a pas tenu à participer à l'étude bien que le médecin responsable ait trouvé ce projet fort intéressant. Le recueil a posé un problème éthique lié à la confidentialité des données vis-à-vis de la direction de l'établissement. Celles-ci ne lui auraient pourtant pas été transmises.

### CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES DANS L'AGGLOMÉRATION LILLOISE

Après élimination des non-résidents à Lille, des non-consommateurs d'opiacés ou de cocaïne et des doublons intrasource (recueil déjà effectué pour ces personnes dans la source considérée), et des fiches ayant des données d'identification insuffisantes, le nombre définitif de fiches recueillies était 1 677.

## Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

Parmi celles-ci, il existait des cas communs (ou « doublons ») entre les sources de données : les personnes pour lesquelles un recueil avait eu lieu dans plusieurs sources (le plus souvent il s'agissait de doublons simples, c'est-à-dire d'une personne présente dans deux sources, mais il existait aussi des « doublons triples », c'est-à-dire des personnes présentes dans trois sources, etc.).

Après identification de ces doublons, notre recueil portait sur 1 477 personnes différentes.

C'est donc sur ces 1 477 personnes différentes que portent les résultats de l'analyse descriptive de tout notre échantillon.

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge était connu pour 1 474 de ces personnes ; il était de 28 ans, en moyenne, allant de 12 ans à 61 ans.

Il y avait 1 233 hommes (83,8 %) et 238 femmes (16,2 %), soit un sexe ratio de 1 femme pour 5,2 hommes. L'âge ne variait pas significativement entre les hommes et les femmes.

### Logement et couverture sociale

Les conditions de logement étaient connues pour 963 personnes : personnel dans 42,9 % des cas (n = 413), chez un tiers dans 39,7 % des cas (n = 382) (soit un logement fixe dans 82, %), précaire dans 9,7 % des cas (n = 93) et inexistant pour 7,8 % d'entre eux (n = 75).

La couverture sociale était connue pour 1 021 personnes. La grande majorité des personnes (86,9 %) possédait une couverture sociale (n = 887), mais 12,5 % n'en avaient pas.

### Caractéristiques de la toxicomanie

Les produits consommés sont les suivants :

#### Héroïne

Plus des deux tiers (69,3 %) des personnes interrogées consommaient de l'héroïne (n = 1 000), plus d'une fois par semaine dans 70,8 % des cas, et en association avec l'alcool ou des benzodiazépines pour 58,5 % d'entre eux. Les deux voies d'administration les plus fréquentes sont l'inhalation (39,9 % des cas) et l'injection (37,6 %) ; l'héroïne était ingérée dans 86 cas (22,2 %). Chez les injecteurs, la fréquence des prises était d'une fois ou plus par jour dans 74,1 % des cas.

**Skénan<sup>®</sup>, codéine, dérivés de la codéine**

Les personnes interrogées consommaient du Skénan<sup>®</sup>, de la codéine ou des dérivés de celle-ci dans 7,8 % des cas, plus d'une fois par semaine dans 43,8 % et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 69,6 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (92,3 %), suivie par l'injection (11,7 %).

**Cocaïne**

20,1 % des personnes interrogées consommaient de la cocaïne, le plus souvent moins d'une fois par semaine (80,6 % des cas); 44,1 % lui associaient de l'alcool ou des benzodiazépines. La voie d'administration la plus fréquente est l'inhalation (45,5 %), suivie par l'injection (41,9 %).

**Subutex<sup>®</sup>**

40,2 % des personnes interrogées consommaient du Subutex<sup>®</sup> (n = 534). Nous ne disposons de données sur le mode de consommation de ce produit que pour moins de la moitié des consommateurs. 82,8 % de ceux-ci en prenaient plus d'une fois par semaine et 47,2 % d'entre eux en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. La voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (72,4 %), suivie par l'injection (20,9 %) et l'inhalation (sniff) dans 6,3 % des cas.

**Méthadone**

6,2 % des personnes (n = 75) consommaient de la méthadone plus d'une fois par semaine dans la moitié des cas, et en y associant de l'alcool ou des benzodiazépines pour 41,7 % d'entre eux.

**Injecteurs**

Au total, 237 personnes s'injectaient l'un ou l'autre produit, soit 18,6 % de notre population. Ce pourcentage est cependant sous-estimé puisque pour beaucoup de consommateurs, la voie d'administration n'est pas connue.

**Début de la toxicomanie**

L'âge moyen au début de la toxicomanie est de 20 ans (déviation standard = 6,3), 50 % des personnes ayant commencé entre 17 et 22 ans. Elles étaient toxicomanes depuis 9 ans en moyenne (déviation standard 4,7); pour 50 % la durée de la toxicomanie est comprise entre 6 et 12 ans.

**Substitution**

697 personnes (54,7 % de notre échantillon) bénéficiaient d'une prescription de Subutex dans 76,5 % des cas (n = 534) et de méthadone dans 19,6 % des cas (n = 137, chiffre supérieur à celui de la consommation déclarée de méthadone). Dans 27 cas, une substitution ni méthadone ni Subutex<sup>®</sup> était prescrite. La durée de la substitution était connue pour 514 personnes, elle était en moyenne de 18 mois, pour la moitié des personnes la durée de la substitution était comprise entre 3 mois et 2 ans 6 mois.

**Sérologies virales****Vih**

Le statut sérologique pour le VIH était connu pour 478 personnes. Parmi elles, 2,5 % (n = 12) étaient positives pour le VIH.

**Hépatite C**

Le statut sérologique pour l'hépatite C était connu pour 577 personnes. Parmi elles 58,4 % (n = 337) étaient positives pour l'hépatite C.

**Hépatite B**

Le statut sérologique pour l'hépatite B était connu pour 640 personnes, dont 15,2 % (n = 97) étaient positives pour l'hépatite B et 48,0 % (n = 307) étaient vaccinées.

**Injection et sérologies**

75,5 % des injecteurs déclaraient une sérologie positive pour le VIH (n = 108) et 42,0 % (n = 37) pour le VHB. Les injecteurs avaient 2,7 fois plus de risque d'être VHC positifs (Odds ratio compris entre 1,7 et 4,3; p < 0,05), et 2,2 fois plus d'être VHB positifs (Odds ratio compris entre 1,3 et 3,9; p < 0,05).

**Perception de l'état de santé**

Cette question était renseignée pour 797 personnes. Parmi elles, 10,4 % (n = 75) estimaient leur état de santé très satisfaisant, 65,4 % (n = 472) satisfaisant, 22,2 % (n = 160) mauvais et 2,1 % (n = 15) très mauvais.

## LILLE

## Récapitulatif sur les caractéristiques des usagers de drogue

N=1 477

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par rapport à N
Caractéristiques sociodémographiques			
Sexe			
hommes	1 233	83,8	
femmes	238	16,2	
Âge*		28 ans	1,2 %
Logement			
fixe	413	42,9	34,8 %
1/3	382	39,7	
précaire	93	9,7	
sans domicile fixe	75	7,8	
Couverture sociale			31,9 %
oui	887	86,9	
non	128	12,5	
Consommation des produits			
Héroïne	1 000	69,3	2,4 %
Skénan®	79	7,8	31,3 %
Cocaïne	230	20,1	19,0 %
Subutex®	534	40,2	10,4 %
méthadone	75	6,2	17,6 %
Héroïne			n = 1000
plus d'une fois/semaine	291	70,8	58,9 %
association alcool/BZD	328	58,5	43,9 %
sniff	155	39,9	61,2 %
per os	217	37,6	44,0 %
injection	156	74,1	
plus d'une injection/jour			
Skénan®			n = 79
plus d'une fois/semaine	28	43,8	19,0 %
association alcool/BZD	48	69,6	13,0 %
injection	48	92,3	34,2 %
plus d'une injection/jour	7	11,7	14,1 %

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999  
 Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par rapport à N
Cocaïne			n = 210**
plus d'une fois/semaine	31	19,4	31,4 %
association alcool/BZD	83	44,1	19,3 %
sniff	51	45,5	51,4 %
injection	75	41,9	22,2 %
Subutex®			n = 534**
plus d'une fois/semaine	140	82,8	68,4 %
association alcool/BZD	93	47,2	36,9 %
sniff	11	6,3	32,6 %
per os	126	72,4	32,6 %
injection	39	20,9	32,6 %
méthadone			n = 75**
association alcool/BZD	20	41,7	36,0 %
Toxicomanie			
injecteurs	237	18,6	49,5 %
âge de début*		20 ans	
Durée*		9 ans	
Santé			
Santé sérologie VIH+	122	2,5	67,6 %
sérologie VHC+	337	58,4	61,9 %
sérologie VHB+	97	15,2	56,7 %

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999

Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

## MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À LILLE

### Regroupement des sources

On peut classer l'ensemble des sources ayant participé au recueil en quatre groupes institutionnels : structures bas seuil, sanitaires, médicales et répressives. Nous avons recherché la proximité statistique des structures entre elles en calculant les Odds ratios selon la méthode de Wittes puis cherché à savoir avec quel groupe fusionner le groupe bas seuil (petit effectif). Ce dernier était lié statistiquement avec le groupe Répressif (Odds ratio = 3,16, intervalle de confiance à 95 % = [1,00 – 9,33],  $p < 0,05$ ). Nous les avons donc fusionnés. Il existait aussi une interaction entre les groupes médical et répressif (Odds ratio = 2,58, intervalle

de confiance à 95 % = [1,11 – 5,88],  $p > 0,05$ ), mais nous ne les avons pas fusionnés : le lien statistique pouvant être pris en compte dans la régression log-linéaire. Il n'y avait pas d'autre lien statistiquement significatif entre les structures.

Nous avons donc constitué les trois groupes de structures nécessaires à la modélisation log-linéaire de la manière suivante :

- RÉPRESSIF - BAS SEUIL : ABEJ, Ellipse, Réagir, OCRTIS, DDASS injonctions thérapeutiques
- MÉDICAL : G & T 59/62, Pavillon 15, Boris Vian, Centre d'information et de traitement des dépendances.
- SOCIOSANITAIRE : AIDE, CRID, Clairière, Cèdre bleu, Oxygène, Relais.

**Calcul des odds ratios entre structures – 1999 -**

	Bas Seuil (n = 134)	Médical (n = 546)	Répressif (n = 523)	Sanitaire (n = 429)
<b>Bas Seuil (n = 134)</b>				
Cas communs				
Wittes: Cas communs				
Wittes: Odds ratio				
[Intervalle de confiance]				
Wittes: Test Chi2				
<b>Médical (n = 546)</b>				
Cas communs	18			
Wittes: Cas communs	4			
Wittes: Odds ratio	2,0			
[Intervalle de confiance]	[0,6 - 6,6]			
Wittes: Test Chi2	NS			
<b>Répressif (n = 523)</b>				
Cas communs	15	48		
Wittes: Cas communs	5	10		
Wittes: Odds ratio	3,2	2,58		
[Intervalle de confiance]	[1,0 - 9, 3]	[1,1 - 5,9]		
Wittes: Test Chi2	$p < 0,05$	$p < 0,05$		
<b>Sanitaire (n = 429)</b>				
Cas communs	8	51	26	
Wittes: Cas communs	1	6	7	
Wittes: Odds ratio	0,47	2,19	1,43	
[Intervalle de confiance]	[0,0 - 3,3]	[0,8 - 5,9]	[0,6 - 3,5]	
Wittes: Test Chi2	NS	NS	NS	

**Modélisation et estimations de la taille de la population**

En posant ce regroupement de structures, nous avons pu débiter la phase d'identification des modèles log-linéaires qui reproduisent le mieux les données observées. Nous avons utilisé ces modèles pour estimer la taille de la population.

En considérant les trois sources, le tableau de contingence utilisé pour la modélisation log-linéaire était le suivant :

**Tableau de contingence sur les usagers d'opiacés en agglomération lilloise de novembre 1998 à mai 1999 pour trois sources**

		Répressif - bas seuil			
		Oui		Non	
		Sanitaire		Sanitaire	
Médical	Oui	Non	Oui	Non	
	Non	6	56	45	439
	9	553	351	?	

Le nombre de personnes identifiées par le recueil était de 1477.

Nous nous sommes servis des trois procédures (procédure ascendante, descendante ou critère d'Akaïké). Les modèles que nous avons retenus sont les suivants :

Nous avons retenu le modèle M, RS en nous appuyant sur le critère d'Akaïké.

**Les modèles log-linéaires, les estimations de populations et les intervalles de confiance à 95 %, pour les usagers d'opiacés en agglomération lilloise en 1999 à partir de trois sources**

Modèle	ddl*	G <sup>2</sup>	probabilité	AIC**	N222	Total	IC à 95 %***	Stratégie
M, R, S	2	3,15	0,20	-0,85	3 819	5 296	4 444 - 6 148	Akaïké
M, R, S	3	10,06	0,02	4,06	4 486	5 963	5 532 - 6 395	Descendante
R, MS	1	1,2	10,28	-0,8	4 334	5 811	4 546 - 7 076	Ascendante

\* Degrés de liberté du modèle

\*\* Critère d'Akaïké

\*\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Variables des modèles : R : Répressif - Bas seuil, M : Médical, S : Sanitaire,

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

N222 = nombre de cas inconnus

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

Ce modèle retrouve une indépendance du groupe médical et un lien entre le groupe répressif et le groupe sanitaire. Les deux autres modèles présentés ont été obtenus respectivement par les stratégies descendantes (M, R, S) et descendantes (RS, MS). En l'absence de critères de terrain en faveur de l'un ou l'autre modèle nous avons retenu celui sélectionné par le critère d'Akaïké.

L'estimation du nombre de personnes non observées par ce modèle M, RS est de 3 819, ce qui porte à 5 296 celle de la taille totale de la population des usagers d'opiacés, avec un intervalle de confiance à 95 % entre 4 444 et 6 148 personnes (formule de l'intervalle de confiance de Bishop dans le cas d'une interaction entre deux des trois sources).

### Estimations de prévalence de l'usage d'opiacés

Les estimations de prévalence présentées dans ce chapitre ont utilisé comme dénominateur les données issues du recensement de l'INSEE de 1990 pour l'agglomération de Lille. Nous présentons les estimations de prévalence pour la population globale et celle des 15-59 ans.

Sur la base du modèle choisi M, RS, la prévalence de l'usage d'opiacés en 1999 dans l'agglomération de Lille est de 6,2 avec un intervalle de confiance à 95 % de 5,2 à 7,2 pour mille habitants de tous âges et de 10,0 (intervalle de confiance à 95 % de 8,4 à 11,7) usagers d'opiacés pour mille habitants de 15 à 59 ans. À titre indicatif, les résultats obtenus avec les autres modèles sont aussi présentés.

#### Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés au sein de la population générale de l'agglomération lilloise en 1999

Population	Modèle*	Nombre d'usagers	IC à 95 %**	Population	Prévalence	IC à 95 %**
Globale	M, RS	5 296	4 444 - 6 148	851 685	6,2 ‰	5,2 ‰ - 7,2 ‰
	RS, MS	5 811	4 546 - 7 076	851 685	6,8 ‰	5,3 ‰ - 8,3 ‰
	M, R, S	5 964	5 532 - 6 395	851 685	7,0 ‰	6,5 ‰ - 7,5 ‰
15 - 59 ans	M, RS	5 296	4 444 - 6 148	527 478	10,0 ‰	8,4 ‰ - 11,7 ‰
	RS, MS	5 811	4 546 - 7 076	527 478	11,0 ‰	8,6 ‰ - 13,4 ‰
	M, R, S	5 964	5 532 - 6 395	527 478	11,3 ‰	10,5 ‰ - 12,1 ‰

\* Variables des modèles : R : Répressif – Bas seuil, M : Médical, S : Sanitaire,

\*\* Intervalle de confiance à 95 %

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LENS

#### RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES À LENS

##### Structures spécialisées

Le CSST « *Le Square* » à LENS présente quelques particularités :

Il est jeune (2 ans d'existence au début de l'enquête) et peu rôdé à ce type de recueil.

Des deux centres du département du Pas-de-Calais, il est le seul à avoir des lits de cure. Il draine donc une population beaucoup plus large que celle des deux districts. Du fait de la grande difficulté que semble présenter le repérage par domicile intra ou extra zone de l'étude, il n'a pas été envisageable d'avoir recours à la comparaison à la file active pour évaluer l'exhaustivité.

De plus, ce n'est pas exclusivement les toxicomanies aux opiacés et à la cocaïne qui y sont prises en charge mais également les problèmes d'alcoolisme, très importants dans la région, et les troubles des conduites alimentaires.

Grâce à l'investissement du personnel, l'exhaustivité pour la population étudiée semble néanmoins correcte. On notera cependant que si différentes consommations n'étaient pas alléguées au moment du remplissage, la fiche n'était pas reprise pour correction. De même, si le patient était vu au cours d'une période de sevrage, la rechute n'entraînait pas une révision de la fiche.

Cependant, comme dans beaucoup de structures de grande taille, la multiplicité des intervenants n'a pas toujours permis d'informer correctement chacun de ces professionnels sur les modalités de remplissage.

152 fiches ont été recueillies pour l'ensemble des CSST.

## Les structures sanitaires

### Généralistes

Au moment de l'enquête, le réseau ville-hôpital rencontrait de grandes difficultés et d'ailleurs, il n'existe plus aujourd'hui. Cette situation est à l'origine du refus de participation.

Ce sont des généralistes impliqués qui ont été contactés individuellement au fil de notre effort pour couvrir cette zone qui représentait 50 communes. Sur les 8 contactées, 4 ont refusé par manque de temps ou du fait de leur position de principe à l'égard de ce type d'études. Pour les 4 participants (*dans les communes de Lens, Libercourt, Loos en Gohelle*), l'exhaustivité et la qualité du remplissage de la fiche ont été bonnes et un total de 49 *fiches exploitables* a été recueilli.

### Pharmaciens

La participation à l'enquête a été acceptée sur un mode rétrospectif à partir de la traçabilité de la délivrance du Subutex®.

Tous les items de la fiche ne sont donc pas renseignés. Les réponses, quant à la consommation, ont pu être biaisées, les usagers de Subutex® n'avouant peut-être pas une consommation conjointe à celle-ci.

Les pharmaciens ciblés ont été ceux qui s'impliquaient dans la démarche de substitution, mais nous avons également pris en compte la répartition géographique. Sur 21 pharmaciens contactés, 6 ont refusé par manque de temps ou par refus systématique de l'étude. *Les pharmacies qui ont participé étaient situées sur les communes d'Avion, Billy-Montigny, Carvin, Courrières, Hulluch, Hénin-Beaumont, Oignies, Rouvroy, Sallaumines, Wingles, Liévin et Libercourt.*

Grâce à la traçabilité, l'exhaustivité a été tout à fait correcte concernant les usagers substitués par Subutex®. En revanche, les délivrances de Stéribox® ou de codéine n'ont pas été prises en compte.

Les pharmacies ont recueilli *au total 144 fiches*.

### La psychiatrie

Parmi les 7 secteurs de psychiatrie partiellement ou totalement concernés (au niveau de leur file active) et les deux intersecteurs de pédopsychiatrie, seul un intersecteur n'a pas donné suite. *Les secteurs sont situés sur les communes de Lens, Avion et Liévin.*

Ils ne reçoivent cependant que peu de toxicomanes.

Soulignons que les urgences psychiatriques dans le gros CHG de rattachement n'étaient pas organisées au moment de l'étude.

Celle-ci a été réalisée rétrospectivement, la participation prospective n'ayant pas été possible. Il est donc fort probable que des usagers n'aient pas été diagnostiqués s'il existait d'autres problèmes plus aigus. *Au total nous avons recueilli 38 fiches.*

### Les CHG et les cliniques

Pour les 3 cliniques *situées à Liévin et à Bois-Bernard*, l'étude a été prospective, mais les toxicomanes n'ont que très peu recours à ces établissements ou bien ils n'y sont pas diagnostiqués.

Pour le CHG de rattachement (*CHG de Lens*), l'étude a été rétrospective. Mais il faut prendre en compte le fait que le diagnostic de toxicomanie y est particulièrement négligé dès qu'il est associé à un autre et que la toxicomanie ne pose pas de problème en elle-même.

Le second CHG (*Hénin-Beaumont*), beaucoup plus petit, était couplé avec l'antenne ambulatoire hospitalière spécialisée (dispensaire d'hygiène mentale ; Hénin-Beaumont).

Le centre de dépistage anonyme et gratuit des sérologies n'a pu participer en raison d'un problème d'anonymat.

Les deux services prenant en charge, l'un les SIDA, et l'autre les hépatites B et C n'ont rencontré que très peu d'usagers encore actifs.

*Au total les CHG et les cliniques ont permis de recueillir 28 fiches.*

### Le bas seuil

C'est le secteur le plus défaillant pour le site de Lens. Il n'existe pas de *sleep-in* ni de boutique et très peu de points-écoute spécialisés. De plus l'anonymat très strict auquel ces derniers sont attachés n'a pas permis d'y réaliser l'enquête : le plus souvent, ils ne connaissent pas l'identité des usagers rencontrés.

Pour les points-écoute non spécialisés en toxicomanie, tout comme les CHRS et l'association intervenant dans la rue, on sait que les usagers de drogues ont des rapports difficiles avec d'autres populations qu'ils côtoient et qui, surtout, ont du mal à les accepter. Nous ne les avons donc que peu rencontrés dans ces structures, contrairement aux usagers de cannabis et surtout d'alcool.

Enfin, le Bus d'échange de seringues a refusé de participer à l'étude en raison du problème d'anonymat mais également à cause de difficultés internes. Il a cessé d'exister peu après le début de l'étude.

Au total, ont été contactés 7 structures type point-écoute, 3 CHRS, 1 association d'éducateurs de rue et le Bus. Seul ce dernier a refusé, mais pour les 11 autres structures qui désiraient participer, il n'y a eu que très peu de fiches exploitables malgré la réalisation de l'étude en prospectif.

*Au total, 17 fiches ont été recueillies* mais nous ne les avons finalement pas incluses dans l'analyse en raison de leur trop faible représentativité.

## Le répressif

En plus des données de l'OCRTIS, nous avons pu obtenir la participation à l'étude de l'unité d'injonction thérapeutique de la DDASS (Arras) en prospectif, et avec une bonne exhaustivité. *Au total, 117 fiches ont été recueillies.*

## CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES À LENS

### Fiches recueillies et consommateurs d'opiacés résidant dans le site de Lens (Lens-Liévin et Hénin-Carvin)

Le nombre total de fiches recueillies pour le site de Lens était de 898 353. 353 d'entre elles se sont révélées inexploitables (résidence en dehors de l'agglomération, absence de consommation d'opiacés ou de cocaïne, variables d'identification trop incomplètes). Nous avons aussi supprimé les 11 fiches correspondant à des doublons intra-sources : elles correspondaient aux mêmes personnes vues plusieurs fois dans la même source. Ces fiches provenaient essentiellement de la source « pharmacies », puisque celle-ci regroupe plusieurs officines. Également supprimées, les 10 fiches se rapportant aux personnes vues dans les structures bas seuil : l'exhaustivité de cette source était trop faible (cf. partie « recueil des données dans les structures »). Le nombre total de fiches exploitables était donc de 524.

Parmi ces 524 fiches exploitables, il existait aussi des cas communs (ou « doublons ») entre les sources de données : des personnes pour lesquelles un recueil a eu lieu dans plusieurs sources (le plus souvent il s'agissait de « doublons simples », c'est-à-dire d'une personne présente dans deux sources, mais il existait aussi des « doublons triples », c'est à dire des personnes présentes dans trois sources, et des « doublons quadruples », c'est à dire des personnes présentes dans quatre sources).

Après identification de ces doublons, notre recueil concernait 453 personnes différentes.

C'est donc sur ces dernières que portent les résultats de l'analyse descriptive de tout notre échantillon.

## Analyse descriptive

### Âge

L'âge de 451 de ces personnes était connu : 26 ans en moyenne (déviations standard 5,4) et allant de 11 à 67 ans ; de 23 à 29 ans pour la moitié des personnes, et moins de 30 ans pour 77 % d'entre elles.

### Sexe

Il y avait 376 hommes (83,0 %) et 77 femmes (17 %), soit un sexe ratio de 1 femme pour 4,8 hommes. L'âge ne varie pas de façon significative entre les hommes et les femmes.

### Logement et couverture sociale

Le logement était connu pour 325 personnes : fixe dans 88 % des cas (n = 286), précaire dans 9,2 % (n = 30) et inexistant dans 2,8 % (n = 9).

La couverture sociale était connue pour 364 personnes. La grande majorité (94 %) possédait une couverture sociale (n = 342).

### Caractéristiques de la toxicomanie

Les produits consommés étaient les suivants :

#### Héroïne

Les deux tiers des personnes interrogées consommaient de l'héroïne (67,9 %), plus d'une fois par semaine dans 80,7 % des cas, en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines dans 43,9 % d'entre eux. Les voies d'administration les plus fréquentes sont l'inhalation (80,3 %), puis l'injection (20,8 %).

#### Skénan<sup>®</sup>, codéine, dérivés de la codéine

Un peu moins de 10 % des personnes interrogées consommaient du Skénan<sup>®</sup>, de la codéine ou des dérivés de celle-ci. 81 % de ces personnes en faisaient usage plus d'une fois par semaine et y associaient de l'alcool ou des benzodiazépines dans 63,6 % des cas.

### Cocaïne

Un peu plus de 20 % des usagers prenaient de la cocaïne plus d'une fois par semaine dans 47,6 % des cas, avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 40,9 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est l'inhalation (75,0 %), suivie par l'injection (28,2 %).

### Subutex®

Plus des trois quarts (77,9 %) des personnes interrogées consommaient du Subutex® (n = 279), plus d'une fois par semaine dans 93,8 % des cas, et en association avec de l'alcool ou des benzodiazépines pour 38,7 % d'entre eux. La voie d'administration la plus fréquente est la voie orale (89,0 %), suivie par l'inhalation (12,3 %) et l'injection (7,8 %).

### Méthadone

2,8 % des personnes consommaient de la méthadone, 97,2 % n'en consomment pas.

### Début de la toxicomanie

L'âge moyen au début de la toxicomanie est de 20 ans, 50 % des personnes ayant commencé entre 17 et 23 ans. Elles étaient toxicomanes depuis une durée moyenne de 6,2 ans. Pour 50 % cette durée était comprise entre 3 et 8 ans.

### Substitution

262 personnes (75,1 %) bénéficiaient d'une prescription de substitution, par le Subutex® dans la grande majorité des cas (98,1 %), et par la méthadone pour 1,9 % d'entre eux. La durée de la prise en charge substitutive était connue pour 146 personnes : 13,5 mois en moyenne, et comprise entre 2,5 mois et 1 an 10 mois pour la moitié d'entre elles.

9,8 % (n = 27) des consommateurs de Subutex® prennent ce produit hors prescription.

### Sérologies virales

#### Vih

Le statut sérologique pour le VIH était connu et actualisé (sérologie datant de moins d'un an) pour 97 personnes, dont 6,2 % (n = 6) étaient positives pour le VIH.

### Hépatite C

Le statut sérologique pour l'hépatite C était connu et actualisé pour 111 personnes, dont 32,4 % (n = 36) positives pour l'hépatite C.

### Hépatite B

Le statut sérologique pour l'hépatite B était connu pour 95 personnes, dont 4 (4,2 %) positives pour l'hépatite B.

### Injection et sérologies

En raison du faible nombre de personnes VIH positives dans notre échantillon, nous n'avons pas recherché de liens statistiques avec l'injection. Les injecteurs étaient hépatite C positifs dans 52,6 % des cas (n = 10). Ils avaient 2,8 fois plus de risque d'être hépatite C positifs (Odds ratio compris entre 0,91 et 8,76, p < 0,05).

### Perception de l'état de santé

210 personnes ont répondu à cette question dont 8,6 % (n = 18) estimaient leur état de santé très satisfaisant, 68,1 % (n = 143) satisfaisant, 21,0 % (n = 44) mauvais et 2,4 % (n = 5) très mauvais.

## LENS

## Récapitulatif sur les caractéristiques des usagers de drogues

N=453

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par rapport à N
Caractéristiques sociodémographiques			
Sexe			
hommes	376	83	
femmes	77	17	
Âge*	26 ans		1,4 %
Logement			
28,3 %			
fixe	286	88,0	
précaire	30	9,2	
sans domicile fixe	9	2,8	
Couverture sociale			
19,7 %			
oui	342	94,0	
non	22	6,0	
Consommation des produits			
Héroïne	233	67,9	25,0
Skénan®	23	9,3	45,3
Cocaïne	57	22,3	43,5
Subutex®	279	77,9	20,9
méthadone	7	2,8	45,9
Héroïne			
N = 233**			
plus d'une fois/semaine	109	80,7	43,1 %
association alcool/BZD	47	43,9	53,7 %
sniff	102	80,3	45,5 %
injection	26	20,8	45,5 %
Skénan®			
n = 23**			
plus d'une fois/semaine	17	81,0	8,7 %
association alcool/BZD	14	63,6	4,4 %
Cocaïne			
n = 57**			
plus d'une fois/semaine	20	47,6	6,4 %
association alcool/BZD	18	40,9	22,9 %
sniff	30	75,0	29,9 %
injection	11	28,2	31,6 %

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999  
 Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

Item	Effectifs	% par rapport aux répondants	% de non-réponses par rapport à N
Subutex®			
n = 279**			
plus d'une fois/semaine	258	93,8	1,5 %
association alcool/BZD	70	38,7	35,2 %
sniff	22	12,3	35,2 %
per os	161	89,0	35,2 %
injection	13	7,8	35,2 %
Substitution			
Prescrite	262	75,1	23 %
type			
Subutex®	257		44,3%
méthadone	5		
Durée (moyenne en mois)	13,5 mois		
Toxicomanie			
injecteurs			
âge de début*	20 ans		
Durée*	6.2		
Santé			
Santé sérologie VIH+	6	6,2	68,6 %
sérologie VHC+	36	32,4	65,5 %
sérologie VHB+	4	4,2	69,0 %

Enquête Prévalence – ORSMIP/OFDT - 1999

Patients accueillis de décembre 1998 à mai 1999

\* moyenne en années

\*\* % par rapport à n

## MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À LENS

### Regroupement des sources

Le nombre fort élevé de sources individualisables nous a poussé à les classer d'abord en 6 groupes: CSST, CHG, psychiatrie, médecins généralistes, pharmacies, répressif (DDASS injonctions thérapeutiques et OCRTIS). Le nombre de cas communs entre ces sources est présenté dans le tableau suivant. Nous avons ensuite recherché la proximité statistique des structures entre elles en calculant les Odds ratios entre les sources selon la méthode de Wittes. Tous les Odds ratios étaient supérieurs à 1, traduisant une dépendance positive, mais aucun n'était significatif

statistiquement. Nous avons donc composé les trois groupes de structures nécessaires à la méthode de Capture-recapture par modélisation log-linéaire suivant des critères de logique institutionnelle. Ces 3 groupes sont :

- CSST : tous les CSST
- MÉDICAL : pharmacies, médecins généralistes, centres hospitaliers généraux (CHG), psychiatrie
- RÉPRESSIF : DDASS injonctions thérapeutiques, OCRTIS

**Agglomération de Lens Calcul des odds ratios entre structures – 1999 -**

	CSST (n = 154)	Répressif (n = 114)	CHG - PSY (n = 63)	Pharmacie Ambulatoire (n = 177)
<b>CSST (n = 154)</b>				
CSST Cas communs Wittes: Cas communs Wittes: Odds ratio [Intervalle de confiance] Wittes: Test Chi2				
<b>Répressif (n = 114)</b>				
CSST Cas communs Wittes: Cas communs Wittes: Odds ratio [Intervalle de confiance] Wittes: Test Chi2	14 3 2,47 [0,5 - 10,8] NS			
<b>CHG - PSY (n = 63)</b>				
CSST Cas communs Wittes: Cas communs Wittes: Odds ratio [Intervalle de confiance] Wittes: Test Chi2	10 2 3,15 [0,4 - 18, 9] NS	5 2 2,55 [0,0 - 13,8] NS		
<b>Pharmacie Ambulatoire (n = 177)</b>				
CSST Cas communs Wittes: Cas communs Wittes: Odds ratio [Intervalle de confiance] Wittes: Test Chi2	17 4 2,93 [0,7 - 11,8] NS	11 4 3,09 [0,7 - 11,9] NS	5 3 2,7 [0,5 - 11,8] NS	

La recherche de proximité statistique de ces 3 groupes entre eux, effectuée par le calcul des Odds ratios selon la méthode de Wittes, n'a pas non plus mis en évidence de lien statistique significatif.

**Modélisation et estimations de la taille de la population**

Ce regroupement de structures a permis de débiter la phase d'identification des modèles log-linéaires reproduisant au mieux les données observées. Nous avons utilisé ces modèles pour estimer la taille de la population.

En considérant les trois sources, le tableau de contingence utilisé pour la modélisation log-linéaire était le suivant :

**Tableau de contingence sur les usagers d'opiacés en agglomération de Lens de novembre 1998 à mai 1999 pour trois sources**

		Répressif			
		Oui		Non	
		CSST		CSST	
Médical	Oui	3	11	22	199
	Non	11	89	118	?

Le recueil a identifié 453 personnes.

Les trois procédures (ascendante, descendante, critère d'Akaïké) nous ont servi à sélectionner les différents modèles. Nous avons retenu les suivants :

**Les modèles log-linéaires, les estimations de populations et les intervalles de confiance à 95 %, pour les usagers d'opiacés en agglomération de Lens en 1999 à partir de trois sources**

Modèle	ddl*	G <sup>2</sup>	probabilité	AIC**	N222	Total	IC à 95 %***	Stratégie
M, C, R	3	2,63	0,45	-3,37	1 104	1 557	1 387 - 1 727	Akaïké
M, C, R	3	2,63	0,45	-3,37	1 104	1 557	1 387 - 1 727	Descendante
MR, C	2	1,49	0,47	-2,51	980	1 433	1 046 - 1 820	Ascendante

\* Degrés de liberté du modèle

\*\* Critère d'Akaïké

\*\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Variables des modèles : R : Répressif, M : Médical, C : CSST,

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

N222 = nombre de cas inconnus

**Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés au sein de la population de l'agglomération de Lens en 1999**

Population	Modèle*	Nombre d'usagers	IC à 95 %**	Population	Prévalence	IC à 95 %**
Globale	M, R, C	1 557	1 387 - 1 727	444 018	3,5 ‰	3,1 ‰ - 3,9 ‰
	MR, C	1 433	1 046 - 1 820	444 018	3,2 ‰	2,4 ‰ - 4,1 ‰
15 - 59 ans	M, R, C	1 557	1 387 - 1 727	222 967	7,0 ‰	6,2 ‰ - 7,7 ‰
	MR, C	1 433	1 046 - 1 820	222 967	6,4 ‰	4,7 ‰ - 8,2 ‰

\* Variables des modèles sélectionnés : R : Répressif, M : Médical, C : CSST,

\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Le modèle M, C, R est retenu par la stratégie descendante et par celle du critère d'Akaïké. Il correspond en pratique à l'indépendance des groupes Médical, Répressif et CSST. C'est celui que nous retiendrons de préférence, sur ces critères statistiques.

Sa signification clinique, l'indépendance des sources, paraît compatible avec la perception sur le terrain. L'estimation du nombre de personnes non observées par ce modèle est de 1 104, ce qui porte à 1 557 celle de la taille totale de la population des usagers d'opiacés, avec un intervalle de confiance à 95 % entre 1 387 et 1 727 personnes (formule de l'intervalle de confiance de Bishop dans le cas d'absence d'interaction entre les trois sources).

On pourrait également retenir le modèle MR, C correspondant à l'indépendance du groupe CSST et à une interaction entre le groupe Médical et le groupe Répressif. On le retrouve par la stratégie ascendante. Nous ne le présentons qu'à titre indicatif (cf. remarque dans « Matériel et méthode, modélisation log-linéaire et estimation de la prévalence » p.20), lui préférant le modèle précédent, sélectionné par le critère d'Akaïké. On estime à 980 le nombre de personnes non observées par ce modèle, ce qui porte à 1 433 celle de la taille totale de la population des usagers d'opiacés, avec un intervalle de confiance à 95 % entre 1 046 et 1 820 personnes (formule de l'intervalle de confiance de Bishop dans le cas d'une interaction entre deux des trois sources).

**Estimations de prévalence de l'usage d'opiacés**

Les estimations de prévalence permettent de mesurer l'importance du problème au sein d'une population définie. Celles que nous présentons dans ce chapitre ont utilisé comme dénominateur les données issues du recensement de l'INSEE de 1990 pour les districts de Lens-Liévin et de Hénin-Carvin. Nous donnons les estimations de prévalence pour la population globale et pour la population des 15-59 ans.

En se fondant sur le modèle choisi M, R, C sans interaction entre les trois sources, la prévalence de l'usage d'opiacés en 1999 dans l'agglomération de Lens est de 3,5 avec un intervalle de confiance à 95 % entre 3,1 et 3,9 pour mille habitants et pour les 15-59 ans, elle se situe entre 6,2 ‰ et 7,7 ‰. L'autre modèle (MR, C) donne des estimations moins précises que nous présentons à titre indicatif.

## CHAPITRE V

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE À MARSEILLE

---

#### *RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES SUR MARSEILLE*

##### **Structures de type bas seuil**

###### ***Médecins du Monde (Bus)***

En 1989, MDM crée le premier Programme d'échange de seringues à destination des usagers de drogues via dix unités mobiles dont une à Marseille. Sa file active en 1998 est estimée à 696 usagers.

###### ***AMPT (Transit)***

Premier dispensaire de vie (ou boutique) ouvert en France en 1992, ce lieu d'accueil de jour s'inscrit dans un programme de réduction des risques et offre des prestations d'hygiène (douche et nettoyage du linge) et des soins de première urgence (infirmière, vacations de médecin et de dentiste).

###### ***Protox (Hôpital Sainte-Marguerite)***

Le projet a vu le jour en 1996, mais n'est réellement devenu opérationnel qu'en 1998. Ce lieu d'accueil a une double vocation :

- fonctionner comme tout autre dispensaire de vie (boutique) proposant des prestations identiques, mais, du fait de son caractère hospitalier, avec un niveau de médicalisation plus important (présence de psychiatres),
- constituer le lieu de base d'une équipe opérationnelle chargée de l'animation mais aussi de l'accompagnement des usagers hospitalisés ainsi que du personnel soignant qui les suit.

## Centres de soins spécialisés (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes, services d'hébergement, Points écoute)

### Le Centre de méthadone de l'Hôpital Sainte-Marguerite

Créé en 1997, ce service propose un programme de maintenance par la méthadone. Ce centre spécialisé de soins en ambulatoire est né de l'association entre le CISIH SUD et un secteur de psychiatrie. L'objectif initial était de proposer un traitement de substitution par la méthadone à des usagers de drogues infectés par le VIH. Par la suite, le programme s'est élargi à l'ensemble des usagers, infectés ou non.

### AMPT

(CAS « Marseille » et accueil décentralisé) : réorganisé en 1993, ce centre spécialisé de soins ambulatoires aux toxicomanes propose aux usagers de drogues un accompagnement médical, psychologique et social et gère des prestations d'hébergement (nuits d'hôtel, mesures ASELL, ALT et appartements de transition). Par ailleurs, il dispense un traitement de substitution par la méthadone. En 1998, la file active du centre d'accueil et de soins était de 533 patients.

L'action du CAS « Marseille » est relayée sur l'ensemble du département par un accueil décentralisé qui s'articule autour d'un second centre spécialisé de soins sans hébergement, installé sur la commune de Martigues. À Aubagne (commune incluse dans l'agglomération marseillaise) l'accueil consiste en une permanence assurée par des psychologues : 54 usagers de drogues y ont été reçus en 1998. Depuis 1999, cette permanence gère aussi un point-écoute installé à La Ciotat.

### SOS DI « Point Marseille »

Créé en 1987, SOS-DI « Point Marseille » propose différents services (tous n'ont pas participé à l'enquête).

- Le CSST avec hébergement « La Corniche », créé en 1987 : c'est un lieu de vie collectif (10 places) qui accueille des mineurs et des majeurs de moins de 22 ans.

- Le centre Danielle Casanova, créé en 1995 par Médecins du Monde et géré depuis 1997 par SOS-DI : c'est un CSST en ambulatoire articulé autour des programmes de substitution (buprénorphine et méthadone) : 181 usagers ont consulté le centre en 1998.

- Le SAF (Service d'accueil en famille) et le SAVI (Service d'accompagnement vers l'indépendance) sont deux services d'hébergement de respectivement 10 et 17 places.

## Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

- Le service d'hébergement d'urgence Entracte créé en 1993, qui offre 6 places d'hébergement d'urgence.

- Le point-écoute Jeunes/Parents géré par SOS-DI, a été créé en 1997 dans le 15<sup>e</sup> arrondissement de Marseille

(Certains services n'ont pas participé du fait de problèmes d'organisation interne : par exemple, le Sleep-in, lieu d'accueil de nuit de 30 places créé en 1996.)

### L'intersecteur des pharmacodépendances

C'est la structure de soins aux toxicomanes la plus ancienne, créée en 1971, dans le cadre d'un dispensaire d'hygiène mentale rattaché au CHS Édouard Toulouse.

Depuis 1992, tous les services sont regroupés sur le site unique de « Puget Corderie ». Ce centre spécialisé de soins sans hébergement est sous gestion d'un CHS. Relayant l'accueil des personnes toxicomanes par une équipe médico-sociale, une équipe infirmière propose des interventions à domicile. Le centre de soins fédère en outre un réseau de médecins généralistes de ville qui assurent la prescription de traitements de substitution par le Subutex®.

### La consultation psychiatrique d'Aubagne

Rattachée au CHS de Valvert, elle est assurée par le Dr Gavaudan (chef de service).

## Les services hospitaliers et la médecine de ville

Il s'agit essentiellement des réseaux ville-hôpital toxicomanie, et des services hospitaliers participant au CISIH de Marseille ou à celui de Nice.

■ L'hôpital de jour – unité CISIH sous la responsabilité du Pr. Jean-Albert Gastaud (hôpital Sainte-Marguerite, CISIH SUD).

■ Le service des maladies infectieuses du Pr. Hervé Gallais (hôpital de la Conception, CISIH Centre).

■ Le service des maladies infectieuses du Pr. Jean-Paul Delmont (hôpital Houphouët Boigny, CISIH Nord).

■ Le réseau santé de La Ciotat : c'est un réseau informel de médecins, créé en 1996, et regroupant des praticiens particulièrement sensibles aux problèmes de toxicomanie. Le nombre des participants reste aléatoire (30 médecins inscrits pour 10 prescripteurs de Subutex®) et la file active spécifique difficile à estimer.

■ Le réseau « Le Cabanon », créé en 1999 : c'est un réseau de forme ville-hôpital toxicomanie ; il dispose néanmoins d'un lieu d'accueil permettant un accès rapide à une prescription de substitution par le Subutex® et un accompagnement social (assistante sociale et travailleurs sociaux).

## Les sources répressives

Il s'agit essentiellement de l'OCRTIS : Brigade des stupéfiants (SRPJ de Marseille).

## DÉROULEMENT DU RECUEIL

**Structures ayant participé, nombre de fiches recueillies, type de recueil (prospectif ou rétrospectif)**

Sources/Services ou services	Collecte	Recueil
MDM	67	Prospectif
AMPT		Prospectif
1. Transit	64	
2. CSST	287	
SOS DI		Prospectif
1. Point écoute	8	
2. Entr'acte	33	
4. Saf/savi	16	
5. Daniel Casanova	63	
6. La Corniche	9	
7. Sleep in	0	
Hôpital Sainte-Marguerite		Prospectif
1. CSST Sainte-Marguerite	128	
2. Protox	124	
Intersecteur des Pharmacodépendances	147	Prospectif et rétrospectif
Réseau Santé La Ciotat	25	Prospectif
Le Cabanon	44	Prospectif
Consultation Psy Aubagne	17	Prospectif
Service du Pr. GASTAUT	54	Prospectif
Service du Pr. GALLAIS	47	Prospectif
Service du Pr. DELMONT	94	Prospectif

TOTAL 1 238 questionnaires recueillis  
 232 personnes toxicomanes interpellées (OCRTIS)  
 1 160 personnes toxicomanes incluses dans le modèle prévalence  
 1 076 personnes toxicomanes retenues pour l'analyse transversale

## SÉLECTION DES FICHES EXPLOITABLES ET TRI DES DOUBLONS À MARSEILLE

1 238 questionnaires ont été recueillis à Marseille.

Deux tris ont été nécessaires pour sélectionner des doublons.

■ Tri des doublons et critère d'inclusion pour l'étude des caractéristiques des toxicomanes (descriptif)

Les questionnaires trop incomplets ont été retirés de la sélection.

Les doublons ont été directement recherchés à partir de la base initiale (ainsi, les personnes qui n'ont pas répondu vivre à Marseille depuis plus de trois mois ou qui n'ont rien répondu à cette question ont été incluses).

Le nombre de doublons détectés à Marseille a été de 162 (identiques sur les initiales du nom, du prénom, de la date de naissance, du sexe).

Pour un cas doublon, si le nombre de réponses aux questions n'était pas le même dans les deux questionnaires remplis, c'est le moins bien rempli des deux qui a été écarté. Si les questionnaires avaient été aussi bien remplis dans les différentes structures, c'est le plus ancien (date de consultation) qui a été écarté.

Nous avons adopté le même principe pour les individus apparaissant dans trois, voire quatre structures différentes.

Le descriptif du profil des toxicomanes s'est donc fondé sur 1 076 questionnaires d'identité unique à Marseille.

■ Tri des doublons pour l'évaluation de la prévalence

Sur les 1 238 cas de base recueillis à Marseille, nous avons écarté 138 questionnaires inexploitable (absence d'initiale), ainsi que les individus ayant déclaré ne pas vivre dans l'agglomération marseillaise depuis plus de trois mois ou n'ayant pas répondu à cette question.

Ce n'est qu'après ce premier tri que nous avons recherché les doublons identiques par l'initiale du nom, du prénom, la date de naissance et le sexe.

Pour chaque cas doublon nous avons conservé le même principe que précédemment, mais en prenant soin cette fois de récupérer le numéro de la structure qui l'a interrogé.

Par la suite, en fonction du regroupement des sources, certains cas ne seront plus considérés comme doublons et d'autres le resteront.

Leur nombre sera restitué par tri croisé entre les nouvelles sources créées. Nous avons suivi le même principe pour les toxicomanes apparaissant dans trois voire quatre sources.

L'analyse de la prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Marseille s'est donc faite sur 1 160 toxicomanes uniques.

## CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES À MARSEILLE

1 076 individus ont été retenus pour cette analyse descriptive.

### Âge et sexe

L'âge moyen était de 33,5 ans, l'âge médian de 32 ans, le plus jeune avait 15 ans, le plus vieux 58 et 75 % de la population avait moins de 36 ans.

Il y avait 75 % d'hommes et 25 % de femmes.

### Logement et couverture sociale

39,8 % des individus vivaient dans leur propre logement ;  
29,7 % chez de la famille ;  
4,7 % chez un tiers (amis...);  
9,6 % dans une institution spécialisée ;  
6,5 % dans un hébergement privé précaire (hôtel...);  
et 5,4 % étaient sans domicile fixe.

Quant à la couverture sociale : 34,2 % des individus étaient pris en charge à 100 % car bénéficiant d'une couverture complémentaire ;

32,2 % étaient pris en charge à 100 % du fait d'une affection de longue durée ;  
4,6 % l'étaient grâce à l'aide médicale gratuite ou à l'aide médicale légale ;

17,8 % ne dépendaient que de la Sécurité sociale et n'avaient pas de couverture complémentaire ;

4,3 % n'avaient pas de droits ouverts à la Sécurité sociale.

### Caractéristiques de la toxicomanie

Les produits consommés sont les suivants :

#### Héroïne

18,7 % des individus consomment de l'héroïne.

78,1 % se l'injectent, 22,9 % la sniffent ;

41,8 % le font plusieurs fois par jour, 25,5 % moins d'une fois par semaine ;

52,3 % la consomment seuls, 9,7 % en couple, 19,4 % avec des amis, 3,2 % avec des partenaires de rencontre.

#### Cocaïne

21,1 % consomment de la cocaïne ;

## Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

74,4 % se l'injectent, 23,3 % la sniffent ;

29,7 % le font plusieurs fois par jour, 40,5 % moins d'une fois par semaine ;

40,9 % la consomment seuls, 8,8 % en couple, 32,7 % avec des amis ;

et 9,4 % avec des partenaires de rencontre.

#### Subutex®

50,3 % consomment du Subutex® ;

31,5 % se l'injectent, 5 % le sniffent, 59,7 % l'avalent ;

55,7 % le font une fois par jour, 30 % plusieurs fois par jour ;

86,9 % la consomment seuls, 4,8 % en couple, 4,8 % avec des amis ;

et 0,9 % avec des partenaires de rencontre.

#### Méthadone

23,2 % consomment de la méthadone ;

98,4 % l'avalent, 1,6 % se l'injectent ;

91,6 % le font une fois par jour.

### Les injecteurs

25,4 % des individus s'injectent au moins un produit.

### Substitution

59,9 % prennent un traitement de substitution ;

37,4 %, à base de Subutex® ;

21,9 %, à base de méthadone ;

et 0,6 % à base de sulfates de morphine.

### Sérologies virales

#### VIH

28,9 % des individus ont déclaré avoir un statut sérologique VIH positif.

#### Hépatite C

48,9 % ont déclaré un statut sérologique VHC positif.

#### Hépatite B

17,5 % des individus se sont déclarés VHB positifs.

**Pratiques à risque**

5,3 % empruntent du matériel ;  
4,4 % en prêtent.

**MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À MARSEILLE**

**Regroupement des sources**

Afin de pouvoir effectuer une modélisation log-linéaire entre les sources, nous les avons d'abord classées en trois groupes, selon le type de structures : les sources bas seuil (source 1, B), haut seuil + sanitaire (source 2, S) et répressives (source 3, O) en supposant qu'il y avait une dépendance positive des sources dans chaque sous-groupe.

**Modélisation et estimations de la taille de la population**

Ce regroupement de structures une fois posé, nous avons pu débiter la phase d'identification des modèles log-linéaires reproduisant au mieux les données observées. Ces modèles ont servi à estimer la taille de la population.

En considérant les trois sources, le tableau de contingence utilisé pour la modélisation log-linéaire était le suivant :

**Tableau de contingence sur les usagers d'opiacés en agglomération de Marseille de novembre 1998 à mai 1999 pour trois sources**

		OCRTIS			
		Oui		Non	
		Haut seuil et sanitaire		Haut seuil et sanitaire	
		Oui	Non	Oui	Non
Bas seuil	Oui	3	7	58	154
	Non	15	209	716	?

Le nombre de personnes identifiées par le recueil était de 1 160. Les trois procédures (ascendante, descendante, critère d'Akaïké) ont servi à sélectionner les différents modèles. Nous avons retenu les suivants :

**Les modèles log-linéaires, les estimations de populations et les intervalles de confiance à 95 %, pour les usagers d'opiacés en agglomération de Marseille en 1999 à partir de trois sources**

Modèle	ddl*	G <sup>2</sup>	probabilité	AIC**	N222	Total	IC à 95 %***	Stratégie
BS, BO	1	0,886	0,363	-1,226		5 758	4 663 - 6 853	Akaïké
BS, BO	id	id	id	id	id	id	id	Descendante
BS, BO	id	id	id	id	id	id	id	Ascendante

\* Degrés de liberté du modèle

\*\* Critère d'Akaïké

\*\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Variables des modèles : B : Bas seuil, S : Sanitaire et haut seuil, O : OCRTIS

N222 = nombre de cas inconnus

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

Quelle que soit la procédure de sélection du modèle (ascendante, descendante ou indice d'Akaïké) pour l'ensemble des toxicomanes à partir de trois sources, on aboutit au même modèle [BS, BO]. En effet, ses valeurs estimées sont très proches des valeurs observées. Ce modèle comprend une interaction entre la source bas seuil et la source haut seuil ; il suppose l'indépendance statistique de la source sanitaire par rapport aux deux autres. Un résultat guère surprenant dans la mesure où l'on avait déjà déduit la même conclusion lors de la précédente analyse statistique entre les trois sources.

**Estimations de prévalence de l'usage d'opiacés**

Les estimations de prévalence permettent de mesurer l'importance du problème au sein d'une population définie. Celles que nous présentons dans ce chapitre ont utilisé comme dénominateur les données issues du recensement de l'INSEE de 1990 dans l'agglomération de Marseille - Aubagne - La Ciotat. Nous donnons ici les estimations de prévalence pour la population globale et pour la population des 15 - 59 ans.

Sur la base du modèle choisi BS, BO, la prévalence de l'usage d'opiacés en 1999 dans l'agglomération de Marseille est de 6,4 avec un intervalle de confiance à 95 % entre 5,8 et 7,6 pour mille habitants. Parmi les 15-59 ans, elle est de 10,6 (8,4 -12,6) pour mille habitants.

**Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés au sein de la population de l'agglomération marseillaise en 1999**

Population	Modèle*	Nombre d'usagers	IC à 95 %**	Population	Prévalence	IC à 95 %**
Globale	BS, BO	5758	4663 - 6853	905 346	6.36 ‰	5.8 ‰ - 7.6 ‰
15 - 59 ans	BS, BO	5758	4663 - 6853	543 206	10.6 ‰	8,4 ‰ - 12.6 ‰

\* Variables des modèles sélectionnés : B : Bas seuil, S: Sanitaire et haut seuil, O : OCRTIS

\*\* Intervalle de confiance à 95 %

**CHAPITRE VI****RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR NICE****RECUEIL DES DONNÉES DANS LES STRUCTURES****Structures de type « bas seuil »****Médecins du Monde (Bus)**

En 1989, MDM crée le premier Programme d'échange de seringues à destination des usagers de drogues via dix unités mobiles dont une mise en place à Nice en septembre 1994. En 1998, la couverture s'étend à Nice, Cannes, Antibes, Grasse et Menton pour une file active estimée à 402 personnes.

**Entractes (boutique gérée par l'association Actes)**

Créée en mars 1998, la boutique Entractes, à l'image des autres boutiques, propose l'après-midi un accueil pour usagers de drogues. C'est un espace de convivialité qui leur offre accès à du matériel stérile d'injection, à des soins de première intention (infirmière), et à des prestations d'hygiène (buanderie). Par ailleurs, un travail de rue est engagé la nuit autour de la boutique sous forme d'une médiation. En 1998, la file active d'Entractes était de 411 personnes.

**Les structures de soins (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes, services d'hébergement, Points écoute)****Le CSST Sainte-Marie**

Créé en 1995, ce centre spécialisé de soins, géré par un CHS, s'articule sur un programme de dispensation de méthadone.

## Le point-écoute géré par SOS Drogue international

### Le SMPR de la prison de Nice

### L'Intersecteur en toxicomanie

L'ossature de l'intersecteur, créé en 1981, se compose principalement de deux CSST. Le premier (au centre de Nice) propose une prise en charge traditionnelle sociale, psychologique, psychiatrique et socio-éducative ; le second centre de soins est installé dans une enceinte hospitalière (CHU Pasteur). Il assure une dispensation de méthadone et dispose de 9 lits. Une unité mobile intervient dans ce cadre. Deux antennes de soins, l'une à Menton et l'autre à Cannes, assurent en outre l'action de l'intersecteur hors de Nice.

### Les services hospitaliers et la médecine de ville

Il s'agit essentiellement des réseaux ville-hôpital toxicomanies, et des services hospitaliers participant au CISIH de Nice. Précisons, néanmoins, que pour Nice, certaines structures moins spécifiques ont été associées à l'enquête (essentiellement le CCAA, le service des Urgences du CHU).

- Le réseau « Généraliste et toxicomanie 06 » : ce réseau de médecins généralistes, créé en 1995, veut constituer un espace de rencontre et de coordination de l'ensemble des acteurs (médicaux ou sociaux, libéraux ou hospitaliers) intervenant dans la prise en charge des usagers de drogues. Il couvre l'ensemble du département des Alpes-Maritimes et plus de 200 médecins généralistes y sont inscrits comme membres.

- Le réseau Pharmasoins : en 1991, à Nice, un groupe de pharmaciens officinaux s'est impliqué dans la prévention du Sida et l'intervention en toxicomanie autour de l'intersecteur. Intégré au réseau ville-hôpital, ce réseau informel fait un travail de promotion de l'intervention en toxicomanie auprès des pharmaciens d'officine qu'il contribue à mieux informer, en particulier sur la délivrance et la distribution des produits de substitution. Par ailleurs, il assure la diffusion des Distribox® sur l'ensemble du département.

- Le service d'Hématologie, Médecine Interne II du Pr. Jill-Patrice Cassuto (Hôpital de l'Archet 1)

- Le service de maladies infectieuses du Pr. Pierre Dellamonica.

## Les sources répressives

Il s'agit essentiellement de l'OCRTIS : Brigade des stupéfiants (SRPJ de Nice).

## Déroulement du recueil

### Structures ayant participé, nombre de fiches recueillies, type de recueil (prospectif ou rétrospectif)

Sources/Centres ou services	Collecte	Recueil
Structures non spécialisées	18	Prospectif
Médecins du Monde	65	Prospectif
CSST Sainte-Marie	29	Prospectif
Entractes	255	Rétrospectif
Réseau GT06	111	Prospectif
Intersecteur toxicomanie	470	Prospectif et rétrospectif
Pharmasoins	23	Prospectif
Services hospitaliers	50	Prospectif
SMPR	57	Prospectif
SOS drogue international	35	Prospectif

TOTAL 1 113 questionnaires recueillis

71 personnes toxicomanes interpellées (OCRTIS)

928 personnes toxicomanes incluses dans le modèle prévalence

701 personnes toxicomanes retenues pour l'analyse transversale

### SÉLECTION DES FICHES EXPLOITABLES ET TRI DES DOUBLONS

1 113 questionnaires ont été recueillis à Nice.

Deux tris ont été nécessaires pour sélectionner des doublons (cf. partie « Marseille »).

- Tri des doublons et critère d'inclusion pour l'étude des caractéristiques (descriptif) des toxicomanes.

Le nombre de doublons détectés à Nice a été de 113.

L'analyse du profil des toxicomanes s'est donc fondée sur 701 questionnaires d'identité unique à Nice.

- Tri des doublons pour l'évaluation de la prévalence.

L'analyse de la prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Nice s'est faite sur 928 toxicomanes uniques.

## CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUE À NICE

701 individus ont été retenus.

### Age et sexe

La population interrogée comporte 73,9 % d'hommes et 26,1 % de femmes d'un âge moyen de 33 ans.

48,9 % des individus ont entre 17 et 32 ans et 50,2 % ont entre 33 et 56 ans.

### Logement

47,6 % des individus vivent dans leur propre logement ;

14,3 % vivent chez la famille ;

5,4 % chez un tiers (amis...) ;

1,7 % dans une institution spécialisée ;

8,1 % dans un hébergement privé précaire (hôtel...) ;

et 4,4 % sont sans domicile fixe.

### Couverture sociale

13,0 % des individus sont pris en charge à 100 % grâce à une couverture complémentaire ;

29,5 % le sont à cause d'une affection de longue durée ;

13,0 % bénéficient de l'aide médicale gratuite ;

21,0 % des individus ne dépendent que de la Sécurité Sociale et n'ont pas de couverture complémentaire ;

et 5,7 % n'ont pas de droits ouverts à la Sécurité Sociale.

### Caractéristiques de la toxicomanie

Les produits consommés étaient les suivants :

## Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France

### Héroïne

13,3 % des individus consomment de l'héroïne dont :

72,0 % se l'injectent et 23,7 % la sniffent ;

96,7 % en consomment au moins une fois par jour ;

7,4 % le font avec des amis, en couple ou avec des partenaires de rencontre.

### Cocaïne

13,3 % des individus consomment de la cocaïne et parmi ces individus :

48,4 % se l'injectent et 47,3 % la sniffent ;

89,3 % en consomment au moins une fois par jour, et

16,0 % le font avec des amis, en couple ou avec des partenaires de rencontre.

### Subutex

50,6 % des individus consomment du Subutex<sup>®</sup>, 14,9 % l'injectent et 85,1 % le prennent par voie orale, en sublingual.

### Méthadone

28,5 % des individus consomment de la méthadone.

### Substitution

71,6 % des individus ont recours à la substitution ;

44,1 % prennent du Subutex<sup>®</sup> ;

26,0 % de la méthadone ;

et 1,6 % des individus utilisent d'autres morphiniques.

### Sérologies virales

#### VIH

22,4 % des individus déclaraient un statut VIH positif.

#### Hépatite C

35,7 % des individus déclaraient un statut VIH positif.

#### Hépatite B

13,4 % des individus déclaraient un statut VIH positif.

**Pratiques à risque**

- 2,3 % des individus empruntent le matériel et/ou les seringues ;
- 2,4 % des individus les prêtent ;
- et 37,9 % consomment deux produits ou plus.

**MODÉLISATION ET ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE À NICE**

**Regroupement des sources**

Afin d'effectuer une modélisation log-linéaire entre les sources, nous les avons rassemblées a priori, selon le type de structures, en trois groupes : les sources bas seuil (source 1, B), haut seuil et sanitaire (source 2, S) et répressives (source 3, O) en supposant qu'il y avait une dépendance positive des sources dans chaque sous-groupe.

**Modélisation et estimations de la taille de la population**

Ce regroupement de structures, une fois posé, nous a permis de débiter la phase d'identification des modèles log-linéaires reproduisant au mieux les données observées. Ces modèles ont servi à estimer la taille de la population.

En considérant les trois sources, le tableau de contingence utilisé pour la modélisation log-linéaire était le suivant :

**Tableau de contingence sur les usagers d'opiacés en agglomération de Nice de novembre 1998 à mai 1999 pour trois sources**

		OCRTIS			
		Oui		Non	
		Haut seuil et sanitaire		Haut seuil et sanitaire	
		Oui	Non	Oui	Non
Bas seuil	Oui	1	8	29	619
	Non	1	138	132	?

Le recueil a identifié 928 personnes.

Les trois procédures (ascendante, descendante, critère d'Akaïké) ont permis de sélectionner les différents modèles et de retenir les suivants :

**Les modèles log-linéaires, les estimations de populations et les intervalles de confiance à 95 %, pour les usagers d'opiacés en agglomération de Nice en 1999 à partir de trois sources**

Modèle	ddl*	G <sup>2</sup>	probabilité	AIC**	N222	Total	IC à 95 %***	Stratégie
BS, O	2	1.50	0.47	-0.5		4541	3255 - 5826	Akaïké
BS, O	id	id	id	id	id	id	id	Descendante
BS, O	id	id	id	id	id	id	id	Ascendante

\* Degrés de liberté du modèle

\*\* Critère d'Akaïké

\*\*\* Intervalle de confiance à 95 %

Variables des modèles : B : Bas seuil, S: Sanitaire et haut seuil, O : OCRTIS

N222 = nombre de cas inconnus

Total = Estimation totale des usagers d'opiacés

Quelle que soit la procédure de sélection du modèle (ascendante, descendante ou indice d'Akaïké) pour l'ensemble des toxicomanes à partir de trois sources, on aboutit au même modèle [BS, O]. En effet, les valeurs estimées en sont très proches des valeurs observées. Ce modèle comprend une interaction entre les sources bas seuil et haut seuil et suppose l'indépendance statistique de la source sanitaire par rapport aux deux autres. Un résultat guère surprenant dans la mesure où l'on avait déjà déduit la même conclusion lors de la précédente analyse statistique entre les trois sources.

**Estimations de prévalence de l'usage d'opiacés**

Les estimations de prévalence présentées dans ce chapitre ont utilisé comme dénominateur les données issues du recensement de l'INSEE de 1990 dans l'agglomération de Nice. Nous présentons les estimations de prévalence pour la population globale et pour les 15-59 ans.

En se fondant sur le modèle choisi BS, O, la prévalence de l'usage d'opiacés en 1999 dans l'agglomération de Nice est de 8,8 avec un intervalle de confiance à 95 % entre 6,3 et 11,2 pour mille habitants. Parmi les 15-59 ans, elle est de 15,3 (11,2 -19,6) pour mille habitants.

**Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés au sein de la population de l'agglomération niçoise en 1999**

Population	Modèle*	Nombre d'utilisateurs	IC à 95 %**	Population	Prévalence	IC à 95 %**
Globale	BS, O	4 541	3 255 - 5 826	516 000	8,8 ‰	6,3 ‰ - 11,2 ‰
15 - 59 ans	BS, O	4 541	3 255 - 5 826	296 800	15,3 ‰	11,2 ‰ - 19,6 ‰

\* Variables des modèles sélectionnés : B : Bas seuil, S: Sanitaire et haut seuil, O : OCRTIS

\*\* Intervalle de confiance à 95 %

**DISCUSSION****MATÉRIEL ET MÉTHODES****Structures participantes selon les sites**

Sur les cinq sites, nous avons contacté l'ensemble des structures des différents types : structures sanitaires, bas seuil, répressives (cf annexe : liste des structures ayant participé). Des réseaux ville-hôpital ainsi que des médecins généralistes non organisés en réseau ont aussi participé à l'enquête sur ces cinq sites. À Toulouse, par exemple, ils représentent une proportion importante des fiches recueillies. À noter aussi la participation de pharmacies notamment à Lens. Cette participation est liée à l'apparition de la substitution par le Subutex®. Lors des deux précédentes études menées à Toulouse en 1994 et 1995, cette source de données n'existait donc pas. Dans la plupart des sites, la participation des services hospitaliers médicaux tels que les services de prise en charge des pathologies VIH, hépatite C et surtout les services d'accueil des urgences s'est heurtée à certaines difficultés, ce qui pose la question d'un recueil spécifiquement adapté à ces services.

**Modalités de recueil**

■ *La consommation de produits a constitué le principal critère d'inclusion.* Des personnes ont pu échapper au recueil si l'enquêteur considérait d'emblée, sans même poser la question, qu'il n'y avait pas de consommation. Une autre solution aurait été de faire remplir un questionnaire à toutes les personnes rencontrées par la structure dans la période d'étude, le tri aurait alors pu se faire entre les consommateurs ou non d'opiacés à l'étape de la saisie. Une solution, réalisable dans les

structures essentiellement vouées à l'accueil des usagers d'opiacés, mais pas dans celles dont une grande partie de l'activité concerne des consommateurs d'autres drogues, telles que cannabis, ecstasy, voire alcool. Un recueil centré sur les consommateurs d'opiacés permettait donc d'améliorer l'acceptabilité des structures participantes en réduisant la charge de travail.

■ *Le critère de résidence en agglomération depuis plus de trois mois ainsi que la durée de recueil relativement brève, soit six mois, permettaient de satisfaire à l'exigence de population fermée* de la méthode de Capture-recapture. Il aurait été possible de réduire cette durée à condition de s'assurer que le recueil dans les structures soit optimal dès le début. Mais la faible fréquence de passage dans certaines d'entre elles (hôpitaux) interdit, en fait, de la réduire à moins de trois mois.

■ *Le personnel chargé du recueil.* Certaines structures, et en particulier celles à bas seuil, nous ont demandé de leur fournir les moyens d'effectuer le recueil de données. Dans certains cas, elles souhaitaient que l'organisme chargé de la recherche finance l'activité d'une personne appartenant à leur équipe de travail, et connue des usagers. D'autres, à l'inverse, voulaient un intervenant extérieur pour effectuer le recueil afin de respecter l'anonymat des usagers. Les difficultés à satisfaire cette demande tiennent à ce que le recueil ne peut pas avoir lieu pendant une partie restreinte du temps de présence de l'enquêteur au gré de sa disponibilité. Il doit au contraire s'organiser en fonction de la fréquence du passage des usagers dans la structure. Il faut couvrir toutes les plages horaires d'ouverture de cette dernière. Certains usagers venant dans des créneaux horaires réguliers risqueraient de ne pas rencontrer l'enquêteur en cas de divergence de leurs horaires respectifs. Il est donc nécessaire de mettre à la disposition des structures un enquêteur à temps plein alors même que le recueil n'occupe pas tout son temps disponible. Cependant, cette présence constante des enquêteurs, lorsqu'elle a pu être effective (Marseille), a permis d'entrer progressivement en relation avec les usagers, de limiter le nombre de refus, et de garantir une certaine qualité des données recueillies. Ceci pose la question des moyens à mettre en œuvre pour ce type d'enquête, car il est bien évident que le financement d'un enquêteur, interne ou externe à la structure, augmente le coût de l'étude. Ceci est d'autant plus vrai que si des moyens sont mis à la disposition de certaines structures, il est difficile de les refuser aux autres.

■ *La lourdeur du recueil prospectif.* Nous avons obtenu l'accord de certaines structures sur l'intérêt présenté par l'étude, mais la surcharge de travail que représente un recueil prospectif a limité leur participation. D'autres acceptaient de procéder à un recueil prospectif ne contenant que les variables nécessaires, c'est-à-dire les variables d'identification, de la consommation d'un produit au cours du dernier mois et d'existence d'une substitution, mais n'étaient pas intéressées par la partie

descriptive, car elles effectuaient souvent déjà leur propre recueil, mieux adapté à leurs préoccupations (Lille). D'où l'intérêt d'une limitation du nombre de variables à recueillir.

■ *L'organisme chargé de la recherche. Selon les sites d'étude, l'organisme chargé de la mise en œuvre de la recherche était différent.* Pour Toulouse, Marseille et Nice, il s'agissait des ORS ; pour Lille, de la DDASS, pour Lens, d'un CSST. La perception de l'étude par les structures s'en est trouvée différente, mais de manière ambivalente. La gestion de l'enquête par un organisme de tutelle a paru freiner la participation de certaines structures ; d'autres, en revanche, ont accepté en raison du caractère officiel, et ressenti comme obligatoire, de la recherche.

■ *Le problème de l'anonymat.* Leur exigence d'anonymat a entravé la participation de plusieurs structures. Notre recueil était en effet partiellement nominatif : il mentionnait la première initiale du nom, les trois premières lettres du prénom, le sexe et la date de naissance, ce qui ne nous permettait pourtant pas d'identifier les personnes. Mais de nombreux intervenants ont jugé ces données suffisantes pour risquer de lever l'anonymat, et surtout pour que les usagers le ressentent ainsi. Ces intervenants craignent une altération de la confiance fondamentale dans leur relation avec l'usager. Au terme de cette étude, il nous semble pouvoir apporter plusieurs éléments de réponse à ces inquiétudes. Du côté des usagers, il semble que peu d'entre eux aient refusé de participer à l'étude. Mais les craintes manifestées par les intervenants, à propos de l'anonymat, ont poussé certaines structures à refuser de participer ou à limiter les données d'identification (une seule initiale, date de naissance limitée au mois/année, voire année). Ce qui a entravé, voire empêché la recherche de doublons et nous a donc obligé à éliminer les fiches concernées. C'est pourquoi il est indispensable de bien expliquer les règles de sécurité appliquées aux données et d'informer des différentes autorisations obtenues (CNIL).

■ *La validité des données d'identification.* Aux difficultés rencontrées avec l'anonymat fait écho la question de la validité des données d'identification. Dans les structures bas seuil, on demande aux usagers d'indiquer un nom qui soit toujours le même afin de mesurer leur activité. Mais il n'est pas nécessaire que ce soit leur vrai nom, et ils utilisent parfois des pseudonymes. Cela nous pose problème quand ces pseudonymes varient d'une structure à l'autre. Un problème bien réel mais qui, à en croire les intervenants, garde des proportions marginales.

### Capture-recapture et modélisation Log-linéaire

L'utilisation de la technique de Capture-recapture oblige à vérifier certaines conditions d'application (cf. partie matériel et méthodes).

L'identification des vrais cas nous paraît satisfaisante, la définition de la consommation des produits étant claire (« consommation au cours du dernier mois »). Des cas ont pu échapper au recueil mais a priori le cadre d'un recueil prospectif exclut le risque de faux cas. Les recueils rétrospectifs complémentaires ont pu, en revanche, inclure des cas présentant une toxicomanie aux opiacés au moment de la prise en charge mais ayant interrompu leur usage de drogues par la suite.

La deuxième condition, *l'homogénéité de capture*, est difficile à vérifier.

La troisième condition implique que la *population soit fermée*. Le recueil limité sur 6 mois et centré sur la période d'hiver permettait de limiter l'effet de migration de la population. L'item concernant la résidence dans celle-ci visait aussi à éviter d'inclure les personnes nouvellement installées dans l'agglomération. Il n'a cependant pas toujours été bien compris par les intervenants chargés du recueil.

La quatrième condition est *que tous les doublons doivent être de vrais doublons*. Nous avons vu plus haut les difficultés de remplissage des variables d'identification dans certaines structures, surtout celles de bas seuil. La date de naissance, en particulier, était très importante pour cette recherche de doublons.

Celle-ci a été faite manuellement, sans grandes difficultés, bien qu'il s'agisse d'un travail de longue haleine, notamment dans les sites avec un grand nombre de fiches.

La cinquième condition est *l'indépendance des sources*. Du fait que l'utilisation de la régression log-linéaire permettait de prendre en compte les interactions entre les sources, nous n'avons pas vérifiée cette condition. Avant de procéder à la modélisation log-linéaire, il nous a fallu classer les sources en trois groupes. Ce regroupement s'est fait dans un premier temps sur des critères institutionnels, en particulier dans les sites où un très grand nombre de sources ont participé : il a abouti à quatre groupes ou plus. Nous avons ensuite effectué la recherche de liens statistiques selon la méthode de Wittes. Les résultats obtenus n'ont cependant pas toujours permis de dégager clairement un regroupement de sources. Le choix s'est porté à la fois sur des critères statistiques et des critères de fonctionnement sur le terrain, requérant une bonne connaissance du dispositif local.

Il fallait enfin choisir entre les différents modèles. Les méthodes de sélection, ascendante, descendante et Akaike n'ont pas toujours abouti à retenir le même modèle. Le modèle choisi l'était sur le critère d'Akaike, utilisé en premier lieu par Domingo Salvany, et ce choix a été le même pour tous les sites. Cependant, la présentation des résultats obtenus avec les autres modèles sélectionnés par les différentes méthodes permet de visualiser la fourchette des estimations. *Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'estimations, et surtout veiller à s'attacher aux intervalles de confiance plus qu'aux estimations ponctuelles.*

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Un des grands intérêts de cette étude est d'avoir eu lieu sous la même forme et en même temps dans cinq agglomérations différentes, constituant ainsi une étude multicentrique vraie. Les conditions de comparabilité entre les sites doivent cependant être discutées. On a constamment eu recours à la même méthodologie, avec une même définition de cas, mise en place lors des réunions de coordination entre les sites. La fiche de recueil était très proche de l'un à l'autre, et la période d'étude était la même. Les sources n'étaient naturellement pas semblables d'un site à l'autre, en raison du tissu local différent. Cependant, les trois types de sources (sanitaire, bas seuil, répressif) ont été représentés partout, sauf à Lens pour le bas seuil en raison de l'absence de structures correspondantes. Enfin, nous avons eu recours à la même méthode statistique dans les cinq sites. Au vu de ces éléments, nous pouvons alors comparer les résultats des cinq sites, afin de mettre en évidence les principales différences qui peuvent apparaître entre eux.

### Profil, type de consommation et problèmes de santé des usagers d'opiacés et de cocaïne sur cinq sites français

- D'un site à l'autre, les moyennes d'âge oscillent entre 26 et 33 ans, fourchette que l'on retrouve couramment dans les études sur les consommateurs d'opiacés, de même que la forte majorité d'hommes parmi ceux-ci.
- Les situations de précarité dénotées par le défaut de domicile fixe personnel ou familial et l'absence de droits ouverts à la Sécurité Sociale varient selon les sites. C'est à Marseille et à Toulouse que l'on observe le plus grand nombre de personnes en précarité de logement (26 %). Et à Lille que l'on trouve le plus fort taux d'usagers sans couverture sociale (13 %).

Sites	Toulouse	Lille	Lens	Marseille	Nice
Nombre de fiches	998	1 677	524	1 238	1 113
Nombre de personnes	837	1 477	453	1 076	701
Caractéristiques sociodémographiques					
Âge moyen	31 ans	28 ans	26 ans	32 ans	33 ans
Sex ratio H/F	2,6	5,3	4,9	3,0	2,8
Logement et couverture sociale					
% de personnes vivant dans un logement précaire ou sans domicile	26,0 %	17,4 %	12,0 %	26,2 %	19,2 %
% de personnes sans couverture sociale (droits non ouverts)	6,8 %	13,1 %	6,0 %	4,3 %	5,7 %
Produits consommés et mode de consommation					
Usagers d' <b>héroïne</b>	36,9 %	69,3 %	67,9 %	18,7 %	13,3 %
dont par injection	67,7 %	37,6 %*	20,8 %*	78,1 %*	72,0 %
Usagers de <b>Skénan<sup>®</sup>, codéine</b>	12,2 %	7,8 %	9,3 %	nd	nd
Usagers de <b>cocaïne</b>	30,2 %	20,0 %	22,3 %	21,1 %	13,3 %
dont par injection	58,9 %	41,9 %	28,2 %	74,4 %	48,4 %
Usagers de <b>Subutex<sup>®</sup></b>	75,3 %	40,2 %	77,9 %	50,3 %	50,6 %
dont par injection	46,1 %	20,9 %	7,8 %	31,5 %	14,9 %
Usagers de <b>méthadone</b>	13,7 %	6,2 %	2,8 %	23,2 %	28,5 %
Sérologies					
VIH	16,1 %	2,5 %	6,2 %	28,9 %	22,4 %
Hépatite C	67,4 %	58,4 %	32,4 %	48,9 %	35,7 %
Hépatite B	31,1 %	15,2 %	4,2 %	17,5 %	13,4 %
Substitution prescrite					
Subutex <sup>®</sup>	82,9 %	76,5 %	98,1 %	37,4 %	44,1 %
Méthadone	16,2 %	19,6 %	1,9 %	21,9 %	26,0 %

Source : enquête Prévalence ORSMIP-OFDT, 1999

■ Les produits consommés diffèrent d'un site à l'autre. On note ainsi une forte consommation d'héroïne dans les sites du nord de la France (Lille : 69,3 %, Lens : 67,9 %), alors qu'elle est de 36,9 % à Toulouse, de 18,7 % à Marseille et de 13,3 % à Nice. Les différences locales sont moins masquées en matière de consommation de cocaïne qui se situe entre 13,3 % à Nice et 30,2 % à Toulouse. On observe en revanche un fort taux de recours à l'injection dans le Sud alors que dans le Nord,

la voie principale d'administration est la voie nasale. Les taux de recours à l'injection sont en effet très élevés à Nice (98,5 % des consommateurs d'héroïne), Marseille (72,7 %), Toulouse (67,7 %) alors qu'ils sont de 37,6 % à Lille et de 20,8 % à Lens. Les chiffres concernant l'injection de cocaïne vont dans le même sens. À l'inverse, l'inhalation est beaucoup plus fréquente au nord en particulier à Lens (80,3 % pour l'héroïne, 75 % pour la cocaïne). Corollaire de ces différences de pratiques, les taux des sérologies VIH positives sont beaucoup plus élevés dans les trois sites du Sud (Toulouse : 16,1%, Nice 22,4 %, Marseille 28,9 %) que dans le Nord (Lens 6,2 %, Lille (2,5 %)). Il faut cependant interpréter ces chiffres avec prudence, étant donné le pourcentage élevé de non-réponses sur ces variables.

■ La consommation de Subutex<sup>®</sup> ne met pas en évidence de différence entre les sites. Les taux élevés que l'on observe pour Toulouse et Lens s'expliquent en partie par l'importance des sources médecine générale ou pharmacie dans ces deux sites. À noter la difficulté de certains intervenants à bien comprendre les questions portant sur la consommation de Subutex<sup>®</sup>, mentionnée sous deux rubriques dans le questionnaire (consommation et traitement). La consommation de méthadone est très faible à Lens (2,8 %) puisqu'il n'existait aucun centre méthadone au moment de l'enquête. Les taux les plus élevés apparaissent à Marseille et à Nice (19,7% et 25,5%), ce qui est à mettre en rapport avec le nombre de places existantes et la participation des structures concernées à l'étude.

■ Les taux des sérologies hépatite C positives sont conformes à la littérature pour les villes de Toulouse et Lille (67,4 % et 58,4 %) ; ils sont moins élevés à Marseille (48,9 %), et surtout à Nice (35,7 %) et Lens (32,4 %). La relative jeunesse de la population toxicomane visée par l'étude dans cette ville peut expliquer en partie ce faible taux de contamination. C'est en effet à Lens que la durée de la toxicomanie est la moins élevée (6 ans). Mais l'importance du taux de non-réponses à ces items fait obstacle à une interprétation claire des résultats (cf. tableau pour chaque site).

■ Enfin, la moitié, voire les trois quarts des toxicomanes interrogés ont une substitution prescrite, en grande majorité de Subutex<sup>®</sup>.

### Prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne

■ Les prévalences observées sur la population générale des agglomérations concernées se situent entre 3,5 pour mille habitants à Lens et 8,8 pour mille habitants à Nice, les intervalles de confiance s'étalant entre 3,1 et 11,2. Dans la tranche d'âge des 15-59 ans, les chiffres sont bien sûr plus élevés, de 6,5/00 à Toulouse à 15,3/00 à Nice, les intervalles de confiance allant de 6,0 à 19,6. À Toulouse, on constate une augmentation par rapport à l'étude de 1995 où l'estimation de prévalence sur la population des 15-54 ans était de 5,4/00 (intervalle de confiance à 95 % de 4,3

à 6,5), soit pour les 15-59 ans une estimation de 5,0/00 (intervalle de confiance à 95 % de 4,0 à 6,0). Une augmentation qui, probablement, tient en partie à une hausse effective du nombre de toxicomanes, mais aussi à une diversification des sources de recueil, avec l'introduction de la source « médecins généralistes », qui a permis d'atteindre les consommateurs d'opiacés sous substitution. On peut donc considérer que la population couverte par cette enquête n'est pas tout à fait la même que celle de l'enquête 1995. Ces taux de prévalence ont été calculés avec les chiffres du recensement de 1990, ceux du dernier recensement n'étant pas encore disponibles. Ces résultats restent donc à valider car la population a augmenté et les taux de prévalence sont donc ici très probablement légèrement surévalués.

Sites	Toulouse	Lille	Lens	Marseille	Nice
Effectif	2 802	5 296	1 157	5 758	4 541
Effectif (Intervalle de confiance)	2 577 - 3 027	4 444 - 6 148	1 387 - 1 727	4 663 - 6 853	3 255 - 5 826
Prévalence* population globale (‰)	4,30	6,20	3,5	6,30	8,80
Intervalle de confiance	4,0 - 4,7	5,2 - 7,2	3,1 - 3,9	5,8 - 7,6	6,3 - 11,2
Prévalence* 15 - 59 ans (‰)	6,50	10,00	7	10,60	15,30
Intervalle de confiance	6,0 - 7,0	8,4 - 11,7	6,2 - 7,7	8,4 - 12,6	11,2 - 19,6

Source : enquête Prévalence ORSMIP - OFDT, 1999

## ÉLÉMENTS DE CONCLUSION

L'étude multicentrique sur la prévalence des usagers d'opiacés et de cocaïne confirme l'adaptation des techniques de modélisation log-linéaire dérivées de la méthode Capture-recapture pour mesurer l'importance des problèmes de drogue dans les grandes agglomérations françaises. Elle permet de préciser les conditions de faisabilité et de validité d'une telle démarche et ses limites.

### LES CONDITIONS DE FAISABILITÉ ET DE VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

■ *S'assurer de la participation et de la diversité des sources d'information.* Celles-ci doivent être le reflet réel des modes d'organisation du dispositif local de lutte contre la toxicomanie. Pour l'essentiel, cette condition a pu être respectée ici dans les cinq sites. L'intégration des médecins généralistes, en particulier, a permis de rencontrer un échantillon plus représentatif des usagers. Mais dans tous les sites, il y a deux types de structures qui, malgré leur intérêt et leur volonté de se mobiliser pour l'enquête, ont eu des difficultés à remplir les fiches-recueil de façon suffisamment valide : ce sont les structures de bas seuil et les services hospitaliers.

Il faut donc prévoir des moyens suffisants (et supérieurs à ceux définis ici) pour leur permettre de participer : que ce soit à l'aide d'un enquêteur extérieur ou de membres de leur personnel spécifiquement chargés de l'enregistrement.

■ *Prévoir pour l'ensemble des structures un accompagnement et suivi* relativement lourds et réguliers afin qu'elles s'inscrivent dans un recueil prospectif (plus exhaustif, plus valide) avec des variables minima nécessaires à l'étude de prévalence. La moins bonne validité des variables sur les modes de consommation (beaucoup de non-réponses) pose là encore pour certaines structures la question de la nécessité d'un enquêteur spécifique.

■ *Donner une définition précise de la population-cible et en connaître les limites.* En ciblant ici les personnes ayant consommé dans le mois précédant l'entretien au moins un des produits (consommation régulière et non occasionnelle) type héroïne, Skénan<sup>®</sup>-codéine, cocaïne, Subutex<sup>®</sup>, méthadone, et résidant dans l'agglomération depuis plus de trois mois, nous avons cherché à cerner une population relativement homogène, éliminant notamment les consommateurs exclusifs de médicaments psychotropes ou de drogues autres que les opiacés. La notion de dépendance des différents acteurs à ces produits était trop floue et mal définie.

Le groupe-cible est donc celui des usagers d'opiacés et cocaïne à « problèmes ».

La notion de « problèmes » fait ici référence à une consommation qui peut induire un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif.

Cependant, nous avons vu qu'il a fallu dans certaines structures procéder à un recueil rétrospectif et complémentaire pour les personnes accueillies pendant cette période : celui-ci a pu introduire des biais entre la notion d'« usage » et celle de prévalence des toxicomanies et surestimer, entre autres, l'usage d'« héroïne », dans des centres de soins spécialisés par exemple.

■ *Déterminer une période de recueil* tenant compte de la fréquence de passage dans certaines structures (hospitalières notamment) mais aussi de leur capacité à participer et adhérer réellement au projet. La période de recueil fixée ici à 6 mois a pu freiner la participation de certaines équipes mais la durée de l'enquête ne peut être inférieure à trois mois.

■ *Appliquer cette démarche à une agglomération dont la taille et l'organisation du dispositif permettent ce type de recueil prospectif*, mais avec un nombre de services suffisant pour qu'y soient représentés les trois types de structures (sanitaires, bas seuil, répressif).

La faisabilité dépend à la fois de la taille de l'agglomération et de celle de la population qui fréquente les sources d'information. Pour les cinq sites de l'étude multicentrique, dont les populations varient de 440 000 (Lens) à 905 000 habitants à Marseille, avec respectivement un effectif observé de 450 à 1 070 usagers, la faisabilité et la validité paraissent relativement satisfaisantes.

Mais, pour les agglomérations plus petites et moins peuplées, il faudrait certainement envisager d'autres méthodes. En effet, une population trop réduite risque de limiter la validité de la modélisation par manque de puissance. À l'inverse, une population trop importante rend plus difficiles non seulement l'organisation du recueil, mais également l'identification des doublons ou le regroupement des sources.

■ *Assurer l'analyse de façon homogène dans les sites d'étude.*

Dans la présente étude, nous avons veillé à nous en tenir constamment à la même méthode d'analyse, la modélisation log-linéaire, pour estimer la prévalence à partir des données recueillies par Capture-recapture. Notons que le classement des sources en trois groupes a pu s'opérer de façon différente entre Marseille-Nice (qui ont assuré l'exploitation statistique de leurs données) et les trois autres sites. Mais, nulle part, les critères statistiques ne permettent à eux seuls d'effectuer ce regroupement ; il y a des critères de terrain et de fonctionnement qu'il faut aussi prendre en compte. Il convient donc, au-delà de la formation à cette méthode, de pouvoir interpréter les résultats à la lumière des contextes et des dispositifs locaux.

La modélisation elle-même a été effectuée sur le programme 4F de BMPD pour les sites de Lille, Lens et Toulouse et sur SPSS pour Marseille et Nice. Cette différence de logiciels peut aboutir à des résultats légèrement dissemblables ; il serait donc souhaitable d'utiliser partout le même logiciel. Cependant, il n'y a pas normalement de différence fondamentale entre les tests statistiques utilisés dans un logiciel ou un autre.

Le choix du modèle, enfin, peut lui aussi donner lieu à des variations entre les sites puisqu'on peut le sélectionner par la stratégie ascendante, descendante ou par le critère d'Akaïkê. Dans notre étude, c'est ce dernier que nous avons préféré utiliser pour les cinq sites ; des modèles issus des autres stratégies auraient pu être identiques ou différents. Mais pour des études ultérieures, la question se posera à nouveau.

Au total, dans notre expérience, le point de méthodologie d'analyse qui diffère le plus d'un site à l'autre a été le regroupement des sources entre elles. Les études ultérieures devront prendre en compte cette difficulté.

## LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette méthode d'estimation locale comporte bien sûr des limites et des biais liés aux hypothèses et aux sources de données utilisées.

Les sources d'information sollicitées pour la modélisation log-linéaire sont très différentes.

Nous avons veillé à ce que, dans les cinq sites, tous les types de sources de données (sanitaires, bas seuil, répressives) soient représentés. Mais, en fait, toutes n'ont pas participé de la même façon d'un site à l'autre. Ces variations tiennent à la fois à l'organisation du dispositif local et au niveau de participation de chacune des structures.

Or, le profil des personnes toxicomanes « identifiées » conditionne celui du groupe dans son ensemble.

La plus ou moins grande participation des médecins généralistes, le recours à des équipements médico-sociaux (CHRS) ou à des services hospitaliers généraux (services des urgences) peut introduire des biais de recrutement dans des proportions difficiles à apprécier.

De même, la rigueur méthodologique imposerait d'estimer pour chaque structure un taux d'exhaustivité de la population recensée. Or, celui-ci n'est pas accessible dans la plupart des structures concernées.

Hormis les structures du dispositif de soins spécialisés, le taux d'exhaustivité ne peut en effet être construit ni dans les structures de bas seuil ni dans les structures hospitalières, ni auprès des professionnels libéraux et des structures médico-sociales, même si l'activité de ces dernières est quantifiée.

Ces limitations pèsent directement sur les deux objectifs secondaires que nous nous étions fixés : la détermination des modalités de comparabilité des estimations obtenues sur les cinq sites, et l'étude de faisabilité d'une extrapolation des estimations obtenues à une estimation nationale de la prévalence de l'usage d'opiacés.

### LES MODALITÉS DE COMPARABILITÉ

Si la mise en place d'une étude multicentrique nous permet de fait d'accéder à des conditions de comparabilité acceptables (même période, même définition de cas, même méthodologie), il reste donc difficile d'évaluer précisément si la population couverte par l'enquête est exactement la même dans chaque site. C'est dès lors avec prudence, et à la lumière des différences éventuelles entre les sites, qu'il faut procéder à l'interprétation des différences de profil et de prévalence.

À titre d'illustration, notons ici que les différences observées tant sur le profil que sur l'estimation du nombre de toxicomanes (au regard des résultats de 1995 à Toulouse et des autres sites) peuvent être en partie liées à la forte participation du réseau de médecins généralistes à Toulouse en 1999.

### LES CONDITIONS D'EXTRAPOLATION

On sait que si on l'évalue à partir de l'offre de soins et de traitement et de l'activité des services de police, la répartition géographique de l'usage de drogues se caractérise par l'existence de quatre pôles régionaux : Paris et sa région, le Nord, le Nord Est (Alsace et Lorraine) et la côte méditerranéenne, constitués des départements les plus peuplés ou situés dans les zones frontalières. Les départements

les plus touchés en France se trouvent ainsi au cœur de ces pôles ou dans des départements sièges d'une grande ville comme la Haute-Garonne, le Rhône, la Gironde.

Le croisement des estimations de la prévalence dans cinq grandes agglomérations françaises des usagers d'opiacés et de cocaïne à « problèmes » tel que présenté dans cette étude peut-il contribuer, au regard de ces résultats et au regard des estimations nationales déjà réalisées par différentes méthodes (exploitation des données de police, démographie multipliant, extrapolation des données de traitement, rétrocalcul sur les données de Sida), à rendre plus fiable l'estimation nationale ?

Une solution théorique serait d'estimer pour chaque site un coefficient pondérateur calculé à partir de l'estimation de la prévalence estimée dans chaque site, du nombre d'usagers du système sanitaire et social et des personnes interpellées pour usage d'opiacés dans ce même site.

Les grandes zones urbaines françaises seraient classées en fonction des indices de fréquentation des systèmes sanitaire et répressif ; on utiliserait alors l'estimation de prévalence de la ville ayant les indicateurs de fréquentation les plus proches de ceux de chacune des zones urbaines étudiées.

Il faudrait tester cette démarche à l'aide d'une analyse s'inscrivant dans une validation croisée des méthodes d'estimation nationale. Elle devra tenir compte des limites que nous avons déjà mentionnées et des fortes différences (présence d'un marché plus ou moins spécifique, constitution de l'offre de soins spécialisés) qui rendent les contextes locaux difficilement comparables ou transposables.

### LES CONDITIONS D'UTILISATION ET D'OPTIMISATION DE CET OUTIL

Nous concluons sur l'intérêt d'optimiser ce type de procédure et de l'inscrire de façon périodique (tous les 3 ans, plan triennal) dans le système d'information et de surveillance des toxicomanes à l'échelle locale, nationale et européenne ; la comparaison et le suivi de la taille de la population toxicomane dans les grandes agglomérations peuvent en effet aider à construire et à améliorer une politique de prévention primaire, secondaire et même tertiaire (obtention d'un dénominateur pour suivre l'évolution des phénomènes morbides) et participer à une meilleure compréhension épidémiologique des phénomènes de toxicomanie.

Mais il est nécessaire, au-delà de cette utilité, que les acteurs et les praticiens locaux participant à ce recueil tirent un bénéfice de cette démarche ; que les résultats les aident dans leur pratique à court et à moyen termes (seule manière aussi de renforcer la qualité et l'exhaustivité du recueil).

Il faut pour cela organiser et pérenniser à l'échelle locale ce type d'observation et de dynamique : analyse, rendu des résultats propres à chaque site.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- OFDT, *Drogues et Toxicomanies: Indicateurs et tendances*, Paris, 1999, 271 p.
- MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, 1999-2000-2001*, Paris, 1999.
- OEDT, *Estimation de la prévalence de la consommation problématique de drogues en Europe*, Luxembourg : Conseil de l'Europe, 1999, 311p.
- WICKENS, (T.), « Quantitative Methods for Estimating the Size of a Drug-Using Population », *Journal of drug issues*, 1993 ; 23 : 185-216.
- FRISCHER (M.), LEYLAND (A.), CORMACK (R.) *et al.*, « Estimating the Population Prevalence of Injection Drug Use and Infection with Human Immunodeficiency Virus Among Injection Drug Users in Glasgow, Scotland », *Am J Epidemiol*, 1993 ;138 : 170-181.
- DOMINGO-SALVANY (A.), HARTNOLL (RL.), MAGUIRE (A.), SUELVES (JM.), ANTO (JM.), « Use of Capture-Recapture to Estimate the Prevalence of Opiate Addiction in Barcelona, Spain », 1989, *Am J Epidemiol*, 1995 ; 141 : 567-574.
- BELLO (P-Y.), CHENE (G.), GREATT (L.), « Tentative d'estimation de la taille de la population toxicomane et de la prévalence de la toxicomanie à Toulouse, en 1994, par modélisation log-linéaire », *Psychotropes*, RIT 1997 ; 3 : 97-110.
- BELLO (P-Y.), *Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie: rapport final*, observatoire régional de la Santé Midi-Pyrénées, Toulouse, 1997.
- DOMINGO-SALVANY (A.), HARTNOLL (R.), MAGUIRE (A.) *et al.*, « Analytical Considerations in the Use of Capture-Recapture to Estimate Prevalence : Case Studies of the Estimation of Opiate Use in the Metropolitan Area of Barcelona, Spain », *Am J Epidemiol*, 1998 ; 148 : 732-739.
- CORMACK (R.), « The Statistics of Capture- Recapture Methods », *Oceanogr. Mar. Biol. Ann. Rev.*, 1968 ; 6 : 455-501.
- WITTES (J.), SIDEL (V.), « A Generalization of the Simple Capture-Recapture Model with Applications to Epidemiological Research », *Journal of chronic diseases* , 1968 ; 21 : 287-301.

FISHER (N.), TURNER (S.), PUGH (R.), TAYLOR (C.), « Estimating Numbers of Homeless and Homeless Mentally Ill People in North East Westminster by Using Capture-Recapture Analysis », *British Medical Journal*, 1994 ; 308 : 27-30.

WITTES (J.), « Capture-Recapture Methods for Assessing the Completeness of Case Ascertainment when Using Multiple Information Sources », *Journal of Chronic Disease*, 1974 ; 27 : 25-36.

AKAIKE (H.), *A New Look at the Statistical Model Identification*, *IEEE Transactions on Automatic Control*, 1974 ; 10 : 716-723.

BISHOP (Y.M.M.), FIENBERG (S.E.), HOLLAND (P.W.), *Discrete multivariate analysis. Theory and practice*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology, 1975. 557 p.

International Working Group for Disease Monitoring and Forecasting, « Capture-Recapture and Multiple-Record Systems Estimation I : History and Theoretical Development », *Am J Epidemiol*, 1995, 142 : 1047-1058.

BMDP, *BMDP Statistical Software Manual*, Princeton, University Press of California, 1992.

INSEE, *Recensement général de la population de 1990*. Haute Garonne, Paris, 1991, 265 p.

## RÉSUMÉ

---

### INTRODUCTION

L'estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés est nécessaire aux politiques de santé publique, mais se heurte au caractère rare et clandestin de ces pratiques. La méthode de Capture-recapture est une solution épidémiologique, son principe est de croiser les données provenant de différentes sources.

### OBJECTIFS

Étudier la faisabilité d'une estimation simultanée de la prévalence de l'usage d'opiacés par la technique de Capture-recapture sur cinq agglomérations (Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse) en France pendant six mois en 1998-1999.

### MÉTHODES

Une définition de cas et une fiche de recueil commune aux cinq sites ont été établies. Était incluse toute personne ayant consommé héroïne, dérivés codéinés, cocaïne, Méthadone® ou Subutex® dans le mois précédent l'entretien et résidant dans l'agglomération considérée depuis plus de trois mois. Des sources de données appartenant au système sanitaire (centres de soins spécialisés, hôpitaux, médecine de ville), au système de « bas seuil » (centres d'accueil et d'échanges de seringues), et au système répressif (judiciaire et carcéral) ont participé à l'étude. Le recueil prospectif s'est déroulé de novembre 1998 à mai 1999 et concernait les caractéristiques sociodémographiques, la consommation de produits et l'état de santé.

Les cas communs ou doublons ont été identifiés. Les estimations du nombre d'usagers d'opiacés et de la prévalence pour chaque site ont été réalisées par modélisation log-linéaire après regroupement des sources.

## RÉSULTATS

Le nombre de fiches recueillies par site allait de 524 (Lens) à 1 677 (Lille). L'âge moyen allait de 26 à 33 ans. L'héroïne était consommée par 13, % (Nice) à 69, % (Lille) des personnes et le Subutex par 40, % (Lille) à 77, % (Lens) des personnes. Une substitution était prescrite dans 54,7 à 75, % des cas. Les sérologies VIH étaient positives pour 2, % (Lille) à 28, % (Marseille), l'hépatite C pour 32, % (Lens) à 67, % (Toulouse) des personnes.

Les résultats des estimations du nombre d'usagers d'opiacés et cocaïne et des prévalences sont présentés dans ce tableau :

Prévalences	Effectif	Effectif (Intervalle de confiance)	Prévalence* (population globale) ‰	Intervalle de confiance	Prévalence* (15 - 59 ans) ‰	‰ Intervalle de confiance
Toulouse	2 802	2 577 - 3 027	4,30	4,0 - 4,7	6,50	6,0 - 7,0
Lille	5 296	4 444 - 6 148	6,20	5,2 - 7,2	10,00	8,4 - 11,7
Lens	1 557	1 387 - 1 727	3,50	3,1 - 3,9	7,00	6,2 - 7,7
Marseille	5 758	4 663 - 6 853	6,30	5,8 - 7,6	10,60	8,4 - 12,6
Nice	4 541	3 255 - 5 826	8,80	6,3 - 11,2	15,30	11,2 - 19,6

\* population INSEE RP 90

## DISCUSSION

L'estimation s'est révélée faisable dans les cinq sites. La comparaison des résultats entre les sites doit tenir compte des différences de déroulement d'un site à l'autre. Dans les cinq sites, tous les types de structures ont été représentés, mais avec une participation différente du fait de l'organisation du dispositif local et du niveau de participation de chaque structure. Le niveau d'exhaustivité du recueil n'a pas pu être évalué pour de nombreuses structures du fait de leur fonctionnement. L'extrapolation à une estimation nationale ne paraît pas réalisable en l'état avec les seuls résultats de cette étude.

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude permettent de disposer d'estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés dans cinq grandes villes françaises. Sa faisabilité permet d'envisager son renouvellement afin de poursuivre la connaissance épidémiologique des phénomènes de toxicomanie. Mais il s'agit d'une méthode nécessitant un lourd accompagnement méthodologique et un suivi sur le terrain afin d'en respecter les conditions de faisabilité et de validité.

## MISE EN GARDE

L'utilisation des résultats de cette étude doit tenir compte des éléments suivants :

- Les cas à inclure dans l'étude se définissent ainsi : toute personne ayant consommé dans le mois précédant l'entretien au moins un des produits suivants : héroïne, Skénan®, codéine, cocaïne, Subutex®, méthadone®, résidant dans l'agglomération concernée depuis plus de trois mois.
- Les consommateurs de buprénorphine Subutex® peuvent correspondre soit à des patients sous substitution (consommation licite), soit à des consommateurs détournant le produit (consommation illicite), soit à des personnes alternant les deux possibilités.
- Pour chaque structure source de données, tous les consommateurs vus dans la période d'étude ont normalement été inclus. Il pouvait s'agir aussi bien de nouveaux patients que de patients déjà présents dans la file active de la structure.
- Le recueil était prospectif dans la majorité des structures. Dans certaines d'entre elles, une partie du recueil a pu être effectuée en rétrospectif, utilisant le recueil préexistant de la structure. Cela ne posait pas de problème pour les structures de type urgences. En revanche, des patients présents dans la file active d'une structure ont ainsi pu être recensés comme consommateurs alors qu'ils avaient arrêté de consommer au moment de l'étude (cas des sevrages par exemple). C'est pour esquiver ce problème que la majeure partie du recueil a été faite en prospectif.
- Les exigences de recueil prospectif, d'exhaustivité et de respect de l'anonymat sont des contraintes importantes au recueil. Certaines structures de bas seuil ont eu des difficultés à participer en raison de ces contraintes. La mise en œuvre de l'étude a été lourde et a nécessité parfois l'intervention d'un enquêteur extérieur à la structure.

## ANNEXES

---

### Abréviations

Liste des structures ayant participé

Liste des communes pour le site de Lens

Fiche de recueil pour le site de Toulouse

### LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHG : Centre hospitalier général

CSST : Centre de soins spécialisés pour toxicomanes

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

CHS : Centre hospitalier spécialisé

OCRTIS : Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants

BEST : Bus échange de seringues Toulouse

ORS : Observatoire régional de santé

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Liste des structures ayant participé

	MARSEILLE	NICE
CSST Centre de soins spécialisés pour toxicomanes	Accueil décentralisé Aubagne (AMPT) CSST « La Corniche » (SOS DI) Intersecteur des pharmaco-dépendances « Centre Puget-Corderie »	
Centres Méthadone	Centre méthadone de l'hôpital Ste Marguerite Centre National (AMPT) Centre Danièle Casanova (SOS DI)	CSST Ste Marie Intersecteur Toxicomanie (Malausséna) Intersecteur Toxicomanie, Hôpital St-Roch
SMPR (maisons d'arrêt) injonctions thérapeutiques	CSST de la prison des Baumettes	SMPR de la Maison d'arrêt de Nice CPAL Service d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire
Dispositif de réduction des risques, Structures bas seuil	Accueil Prévention Santé (Bus Médecins du Monde) Transit (AMPT) Boutique Trotox (boutique)	Entr'actes Accueil de Médecins du Monde (local et bus)
Services hospitaliers (médicaux)	CISIH de Marseille : - Service du Pr. Castaut - Service du Pr. Gallais - Service du Pr. Delmont	Service de médecine interne, Hôpital de l'Archet
Services hospitaliers spécialisés (psychiatrie)	Consultations psychiatrie Aubagne	
Réseaux ville-hôpital, médecins généralistes, pharmaciens	Réseau Santé La Ciotat Le Cabanon	RTVH Réseau toxicomanie Pharma-soins
Structures sociales autres Structures	SOS Drogues International (Point Ecoute, Entracte, Saf/Savi)	ALC SOS Drogue International AAMIS (services pour personnes VIH) Espace Santé Ariane CHAA CDPA des Alpes Maritimes

LENS	TOULOUSE	LILLE
Le Square (Lens)	AAT (Association Accueil Toxicomanie) Clémence Isaure Oc-Drogue Passages (associatif) Centre Maurice Dide (Hôpital)	Le Cèdre bleu (association) AIDE (Association pour l'Information sur les Drogues, Lille) Le Relais (Roubaix) Réagir (Tourcoing)
DDASS Injonctions OCTRIS	CMP (St Michel) OCTRIS	DDASS Injonction Thérapeutique (Lille) OCTRIS
	Intermède (boutique)	Ellipse (Lille) ABES
CH Lens : Services HIV, Gastro ; urgences Polycliniques (services d'urgence)	Hôpital Purpan: Service de Maladies Infectieuses Service de Gastro-entérologie Service de Médecine Interne, Hôpital J. Ducuing	Pavillon 15 (Roubaix) CITD Centre Information Toxicomanie (Lille)
CHS Lens : psychiatrie Service Psy Lievin Service Psy CHS St Venant CH Arras : unité de liaison	Intersection CHS Marchant - Urgences CHS Marchant	Boris Vian (Lille, Intersecteur) Lewis Carroll (Saint André, Inter-secteur)
4 médecins généralistes Pharmacies	Réseau Ville Hôpital Passages (10 médecins généralistes)	Généralistes et Toxicomanes (5 médecins)
5 Points Ecoute de district CHRS : 9 de cœur (Lens) Schaffner Autres points Ecoute : Le Stagiaire Association Non à la Drogue Arpège Point Jeune Point Ecoute VX Foyer d'accueil d'urgence « La Boussole » Educateurs de rue « Rencontre et loisirs »		- CRID (Centre de Recherche et d'Information sur les Drogues) - Clairière (Wattrelos) - ABEJ (Association Baptiste pour l'entraide de la jeunesse, Lille) - Centre Municipal de la Jeunesse ; Accueil de jour - Oxygène (Centre inter-communal de prévention de la délinquance (Fache-Thumesnil)

Communes  
du site de Lens

CODES	COMMUNES	NOMBRE D'HABITANTS
01		1 715
02	ABLAIN ST-NAZAIRE	388
03	ACHEVILLE	3 664
04	AIX-NOULETTE	4 394
05	ANGRES	5 132
06	ANNAY	18 534
07	AVION	303
08	BÉNIFONTAINE	8 126
09	BILLY MONTIGNY	819
10	BOIS-BERNARD	2 317
11	BOUVIGNY BOYEFFLES	12 577
12	BULLY-LES-MINES	711
13	CARENCY	17 059
14	CARVIN	6 343
15	COURCELLES LÈS LENS	11 420
16	COURRIÈRES	5 806
17	DOURGES	3 350
18	DROCOURT	3 402
19	ÉLEU-DIT-LEAUWETTE	1 629
20	ESTEVELLES	4 934
21	ÉVIN-MALMAISON	7 038
22	FOUQUIERES LÈS LENS	1 973
23	GIVENCHY-EN-GOHELLE	288
24	GOUY-SERVINS	6 213
25	GRENAY	14 309
26	HARNES	26 252
27	HENIN-BEAUMONT	3 005
28	HULLUCH	7 195
29	LEFOREST	35 017
30	LENS	9 760
31	LIBERCOURT	33 623
32	LIÉVIN	5 688
33	LOISON-SOUS-LENS	6 561
34	LOOS-EN-GOHELLE	7 829
35	MAZINGARBE	12 330
36	MÉRICOURT	3 748
37	MEURCHIN	10 655
38	MONTIGNY-EN-GOHELLE	5 672
39	NOYELLES-GODAULT	7 687
40	NOYELLES-SOUS-LENS	10 660
41	OIGNIES	2 803
42	PONT A VENDIN	9 237
43	ROUVROY	6 031
44	SAINS-EN-GOHELLE	11 036
45	SALLAUMINES	803
46	SERVINS	2 031
47	SOUCHEZ	6 938
48	VENDIN-LE-VIEIL	369
49	VILLERS-AU-BOIS	4 581
50	VIMY	8 742
	WINGLES	

Total de la population pour les 50 communes = 380 704 Ha

Fiche de recueil pour le site de Toulouse

Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés en France par Capture-recapture (Étude multicentrique 1998-1999)

Nom de la structure : .....

1. Nom (1ère initiale) : .....

2. Nom de femme mariée (1ère initiale) : .....

3. Prénom (en toutes lettres) : .....

4. Date de Naissance (jour/mois/année) : .....

5. Sexe : 1-  Masculin 2-  Féminin

6. Code postal ou commune : .....

7. Résidence en agglomération toulousaine depuis plus de 3 mois :

1-  Oui 0-  Non

8. Couverture sociale : 1-  Oui 2-  Non 3-  Sans information

9. Logement : 1-  Fixe 2-  Précaire 3-  Sans domicile

10. Date de consultation ou date d'entretien : ..... / ..... / 19 .....

11. Toxicomanie. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé ...

Produit	Fréquence	En association avec alcool ou benzodiazépines?	Sniffé	Avalé	Injecté	Si injecté :
<b>Héroïne</b> 1- <input type="checkbox"/> Oui 0- <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1-Plus d'1 fois / semaine <input type="checkbox"/> 1-Moins d'1 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/> 1-Une fois ou + / jour <input type="checkbox"/> 1-moins d'1 fois / jour
<b>Skénan, Codéine</b> 1- <input type="checkbox"/> Oui 0- <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1-Plus d'1 fois / semaine <input type="checkbox"/> 1-Moins d'1 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/> 1-Une fois ou + / jour <input type="checkbox"/> 1-moins d'1 fois / jour
<b>Cocaïne</b> 1- <input type="checkbox"/> Oui 0- <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1-Plus d'1 fois / semaine <input type="checkbox"/> 1-Moins d'1 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/> 1-Une fois ou + / jour <input type="checkbox"/> 1-moins d'1 fois / jour
<b>Subutex</b> 1- <input type="checkbox"/> Oui 0- <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1-Plus d'1 fois / semaine <input type="checkbox"/> 1-Moins d'1 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non	<input type="checkbox"/> 1-Une fois ou + / jour <input type="checkbox"/> 1-moins d'1 fois / jour
<b>Méthadone</b> 1- <input type="checkbox"/> Oui 0- <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1-Plus d'1 fois / semaine <input type="checkbox"/> 1-Moins d'1 fois / semaine	<input type="checkbox"/> 1-Oui <input type="checkbox"/> 1-Non				

**13. Substitution prescrite ?**  Oui  Non

**14. Type de substitution :**  Subutex  Méthadone

**15. Début de la substitution** (mois année) : ..... / ..... / 19.....

**16. Sérologies**

Sérologie	Positive	Négative depuis moins d'un an	Négative depuis plus d'un an	Non faite ou inconnue
1-VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Vous estimez que votre état de santé est :**

1- Très satisfaisant 2- Satisfaisant 3- Mauvais 4- Très mauvais