

# **Problèmes sanitaires et sociaux**

---

**3**

## 3.1

# Prises en charge des usagers et réduction des risques

Christophe Palle, Agnès Cadet-Tairou,  
Tanja Bastianic, Aurélie Lermenier

Les problèmes d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive s'accompagnent souvent de pathologies liées à la consommation de ces substances (cancer, cirrhose, sida, hépatites, traumatismes, etc.) qui doivent être distinguées de l'addiction en tant que telle. La question des pathologies associées est abordée dans les chapitres traitant de la morbidité. Les données présentées dans ce chapitre portent sur les prises en charge de l'addiction elle-même et non pas sur celles qui peuvent être liées aux conséquences sanitaires de la consommation de substances psychotropes. Les consommateurs d'alcool et de drogues illicites accueillis dans les structures sanitaires et sociales présentent des dissemblances mais également des ressemblances, et notamment une problématique similaire de risque d'exclusion sociale. La consommation de tabac n'est pas en soi porteuse de ce risque et les fumeurs se distinguent moins, de ce point de vue, de l'ensemble de la population française. Les prises en charge des consommateurs d'alcool et de drogues illicites seront abordées conjointement et celles des consommateurs de tabac dans une seconde partie. Ce chapitre aborde aussi la question de la réduction des risques (RDR) depuis son apparition en France.

## **ALCOOL ET DROGUES ILLICITES**

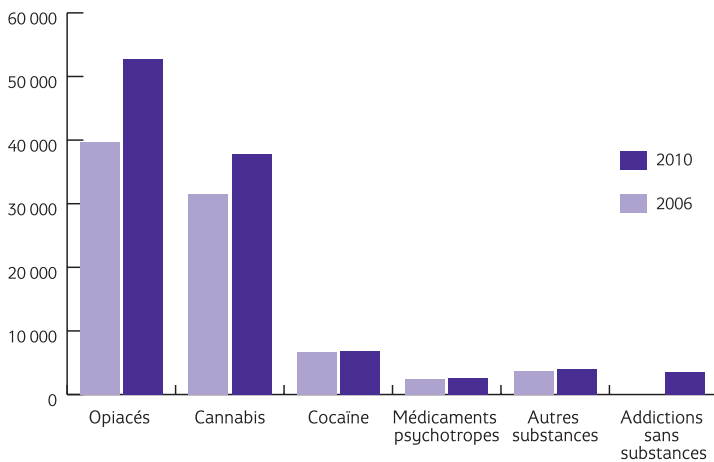
Les personnes souffrant de problèmes d'addiction peuvent s'adresser à différents dispositifs et professionnels de la prise en charge de ces troubles. Deux grandes catégories peuvent être distinguées : les institutions spécialisées et le système de soins généraliste, hôpitaux et médecine de ville.

Les établissements spécialisés regroupent des centres qui prennent en charge les patients en ambulatoire, des structures dans lesquelles les patients peuvent effectuer des séjours thérapeutiques allant de quelques mois jusqu'à 2 ans dans certains cas, et des centres d'accueil de jour spécialisés dans la réduction des risques.

### Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire

Depuis 2007, tous les établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues illicites ou d'addictions sans substances, ont pris la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les données fournies dans les rapports d'activité 2010 de ces établissements permettent d'estimer à 133 000 le nombre de personnes qui y sont accueillies en ambulatoire pour un problème de consommation d'alcool, et à 104 000 celles qui le sont pour un problème de consommation de substances illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Dans cette deuxième catégorie, les groupes les plus importants sont ceux des personnes prises en charge principalement pour des problèmes en lien avec une consommation d'opiacés (52 000 individus) ou de cannabis (38 000 personnes). La cocaïne arrive en troisième position en termes d'effectifs, mais se situe à un niveau

Graphique 1 - Nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA en ambulatoire pour usage d'une substance psychoactive, hors alcool et tabac, en 2006 et 2010



Source : rapports d'activité type des CSAPA (DGS/OFDJ)

nettement plus faible (près de 7 000 usagers). Entre 2006 et 2010, la progression en nombre a été particulièrement forte pour les personnes en difficulté avec les opiacés (+ 31 %) ou avec le cannabis (+ 21 %) [193] (graphique 1). Le nombre de personnes prises en charge à titre principal pour usage d'alcool a augmenté de 6 % ; il est resté stable pour la cocaïne. Il s'agit ici de données de files actives déclarées par les CSAPA, c'est-à-dire du nombre de consommateurs de substances venus physiquement dans le centre et vus en face à face au moins une fois. Parmi eux, entre 10 % et 20 % n'ont été vus qu'une fois. Et parmi les autres, les niveaux de gravité des addictions peuvent être très variables. La proportion de personnes dépendantes est évaluée par les centres, selon le produit en cause, à environ 90 % pour les opiacés, 60 % pour l'alcool, à 50 % pour le cannabis et la cocaïne [182].

Les chiffres cités ci-dessus se réfèrent au produit indiqué comme posant le plus de problème à l'usager, considéré comme la substance la plus en cause dans la prise en charge actuelle. La référence à un produit « principal » ne doit cependant pas masquer que ces personnes en consomment souvent plusieurs et rencontrent fréquemment des problèmes avec plus d'une substance. La population prise en charge pour sa consommation d'alcool est très fréquemment également fumeuse de tabac et, pour une minorité (15 % à 20 %), de cannabis. La plupart des usagers d'opiacés sont des polysusagers qui consomment très souvent aussi du tabac, de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne et d'autres substances illicites. Chez les personnes prises en charge pour leur usage de cannabis, le tabac (53 %) et l'alcool (25 %) sont aussi fréquemment consommés. Les autres drogues illicites comme la cocaïne et l'héroïne sont en revanche peu souvent mentionnées (6 % et 3 %).

Les profils des patients ne sont pas les mêmes suivant les produits en cause (tableau 1) : les usagers de cannabis vus dans les CSAPA, âgés en moyenne de 26 ans, sont globalement les plus jeunes, même si 8 % d'entre eux ont plus de 40 ans. Parmi eux, 25 % sont élèves ou étudiants, 49 % habitent avec leurs parents, 24 % dépendent de ressources fournies par des tiers (leurs parents). Le tableau est très différent pour les usagers d'alcool, en moyenne beaucoup plus âgés (42 ans) : la moitié exerce une activité rémunérée alors que 3 % seulement sont étudiants ; la plupart vit seuls ou avec un conjoint, alors que 14 % d'entre eux vivent avec leur parents. Avec un âge moyen de 35 ans, les usagers d'opiacés, de cocaïne et/ou d'autres drogues se situent dans une génération intermédiaire. Au-delà des différences liées à l'âge, le public qui fréquente les CSAPA se caractérise par une forte proportion de personnes vivant dans des conditions précaires. Cette part est particulièrement importante dans

le dernier groupe cité (opiacés, cocaïne et autres produits), qui compte la plus forte proportion de personnes au chômage (25 %) ou inactives (26 %, retraités non compris), percevant le revenu de solidarité active (RSA, 20 %) ou étant sans domicile fixe (SDF, 6 %). Ces indicateurs se situent à un niveau légèrement en deçà, mais qui reste néanmoins élevé, chez les usagers d'alcool (20 % de chômeurs, 22 % d'inactifs, 15 % au RSA et 3 % de SDF). Les usagers de cannabis sont nombreux, en raison de leur âge, à habiter avec leurs parents et à dépendre économiquement d'eux, ce qui rend leur situation moyenne difficilement comparable avec celle des usagers d'alcool ou d'autres drogues illicites plus âgés. Par ailleurs dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC), la prise de contact avec un CSAPA peut intervenir beaucoup plus souvent que pour les autres substances pour de très faibles niveaux de consommation et de gravité des addictions. Il existe néanmoins parmi eux des jeunes en rupture, qui trop jeunes pour percevoir des aides sociales, se retrouvent ainsi en situation de grande exclusion.

Les modalités de prise en charge sont également différentes suivant les produits en cause. Dans le cas de l'alcool, le traitement de référence pour les personnes dépendantes reste le sevrage, qui peut être réalisé en

**Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2011**

	Cannabis	Opiacés, cocaïne et drogues illicites autres que le cannabis	Alcool
	n = 22 728	n=55 039	n=44 296
Âge moyen	26 ans	35 ans	42 ans
Homme	87 %	75 %	78 %
Activité rémunérée continue	26 %	28 %	40 %
RSA	7 %	20 %	15 %
Logement durable	39 %	52 %	70 %
SDF	1 %	6 %	3 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	30 %	57 %	37 %
Adressés par la justice ou l'administration	50 %	12 %	20 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	24 %	33 %

Source : RECAP 2011 (OFDT)

ambulatoire par le centre ou en mode résidentiel, presque toujours en milieu hospitalier. Dans ce dernier cas, les thérapeutes du CSAPA peuvent préparer cette étape et accompagner le patient lors de son sevrage à l'hôpital et enfin, assurer un suivi en ambulatoire après sevrage pour prévenir les rechutes. Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO), les sevrages pour les personnes dépendantes à cette catégorie de substances sont devenus rares. La plupart des individus vus dans les CSAPA pour un problème d'opiacés suivent un TSO, à la méthadone un peu plus fréquemment qu'à la buprénorphine haut dosage (BHD). Différents types de thérapies individuelles ou de groupes sont également proposés par les CSAPA (psychothérapies, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales), mais les informations sur les choix d'approche thérapeutique opérés par les différents centres ne sont pas disponibles. Les CSAPA doivent également assurer un suivi social incluant des actions de réinsertion (mises à jour des droits sociaux, logement, emploi, formation). La prise en charge des usagers de cannabis présente des particularités liées à la proportion importante de jeunes parmi eux. Depuis 2004-2005, les pouvoirs publics ont encouragé la création de consultations jeunes consommateurs (CJC) ayant pour mission d'assurer une information et une évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif), et proposant également, si nécessaire, une prise en charge brève ou, lorsque le problème est plus important, une orientation vers une structure spécialisée. Il existe à l'heure actuelle environ 300 lieux proposant des consultations jeunes consommateurs qui sont pour la plupart gérées par des CSAPA [172]. La majorité des usagers de cannabis pris en charge dans les CSAPA en 2010 ont été vus dans le cadre de ces CJC. Autre spécificité des usagers de cannabis ainsi pris en charge : la moitié d'entre eux entrent en contact avec un CSAPA dans le cadre d'une mesure judiciaire ou administrative, souvent une obligation de soins, prononcée par une autorité judiciaire après une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants ; les pourcentages correspondants sont de 20 % pour l'alcool et de 12 % pour les drogues illicites autres que le cannabis.

### **Les CSAPA avec hébergement et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie**

Les personnes présentant un problème d'addiction avec un niveau de dépendance élevé et/ou évoluant dans un environnement social particulièrement défavorable ou encore ayant simultanément d'autres problèmes de santé peuvent bénéficier d'une prise en charge résidentielle dans des centres spécialisés qui les accueillent pour des séjours de durées variables. Dans la plupart des cas, l'hébergement dans ces centres

est collectif : les locaux comprennent plusieurs chambres qui ne sont en général pas individuelles, les repas sont pris en commun, etc. Ces institutions n'accueillaient pendant longtemps que des personnes ayant effectué une cure de sevrage, avec pour objectif de les aider à réapprendre à vivre sans substance(s), ce qui a conduit à nommer « post-cure » ces institutions. Avec l'apparition des TSO, certaines dérogations au principe d'abstinence ont pu être introduites, ce principe restant néanmoins le plus souvent la norme. Pour des raisons historiques, ces centres ont été dotés de statuts institutionnels différents selon qu'ils accueillent des consommateurs d'alcool ou des consommateurs de drogues illicites.

Les premiers sont gérés par les hôpitaux publics et ont pris le nom de centres de soins de suite et de réadaptation en alcoologie (CSSRA), le terme d'alcoologie ayant été récemment transformé en addictologie. Selon un recensement datant de 2010, 113 établissements de santé possèdent une autorisation pour mener des activités de soins de suite et de réadaptation avec mention addictologie.

Les centres résidentiels accueillant majoritairement des usagers de drogues illicites ont été créés par des associations, sur un financement d'État dans un premier temps, puis de la Sécurité sociale depuis le début des années 2000. Ils ont pris le nom de centres thérapeutiques résidentiels ou de CSAPA avec hébergement. Les 44 centres à financement public de ce type existant en 2011 ont hébergé, cette même année, environ 1 800 patients pour une durée moyenne d'environ 3 mois. Tout comme les CSAPA ambulatoires, les centres résidentiels doivent assurer le soutien psychologique des patients dans le cadre de thérapies individuelles ou de groupe et un suivi social incluant des actions de réinsertion.

Une partie de ces centres propose une prise en charge spécifique reposant sur le modèle des communautés thérapeutiques. Ces institutions se définissent comme « des centres résidentiels de long séjour (jusqu'à 2 ans) ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polydépendances) qui leur procurent un environnement sûr et sans drogues dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles d'identifications positifs et par la pression du groupe » [116]. En 2012, dix centres résidentiels fonctionnent suivant ces principes.

À la sortie d'un centre résidentiel, les patients peuvent accéder au dispositif des appartements thérapeutiques relais (ATR) gérés par des CSAPA, qui permettent aux personnes de retrouver une autonomie tout en bénéficiant du soutien de l'équipe pluridisciplinaire de thérapeutes

et d'éducateurs. La durée moyenne d'hébergement dans ces appartements est d'un peu plus de 6 mois mais peut aller jusqu'à deux ans au maximum. Certains patients pour lesquels le passage dans un centre thérapeutique n'apparaît pas possible peuvent accéder directement à un appartement thérapeutique relais. En 2010, 1 000 personnes environ ont pu bénéficier d'un hébergement dans les ATR. Dans l'ensemble des CSAPA, 64 disposent de places pour ce type d'hébergement.

### Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Les consommateurs de drogues actifs peuvent également bénéficier de l'accueil ou de l'action des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), désignés

Tableau 2 - Situation sociale des usagers des CAARUD selon l'âge, 2010

	Moins de 25 ans n=348 (14 %)	25-34 ans n=804 (32,3 %)	35 ans et plus n=1 342 (53,7 %)	Ensemble n=2 389
<b>Couverture santé</b>				
Sécurité sociale hors CMU* ou ALD**	26,2 %	25,4 %	28,0 %	26,9 %
Sécurité sociale avec CMU ou ALD	54,0 %	61,6 %	63,9 %	61,9 %
Non affilié à la Sécurité sociale avec ou sans AME***	19,8 %	13,0 %	8,1 %	11,3 %
<b>Logement</b>				n = 2 463
Durable (indépendant ou chez des proches)	39,9 %	45,1 %	52,6 %	48,4 %
En institution ou provisoire	27,6 %	22,0 %	23,2 %	23,4 %
SDF (à la rue)	19,3 %	21,2 %	18,8 %	19,6 %
Squat	13,2 %	11,6 %	5,4 %	8,6 %
<b>Origine des ressources</b>				n = 2 437
Revenus d'emplois et ASSEDIC	24,2 %	23,3 %	20,5 %	22,0 %
Prestation sociales / ressources provenant d'un tiers	17,5 %	57,1 %	65,2 %	56,1 %
Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenu (y compris mendicité)	58,3 %	19,5 %	14,3 %	22,0 %
<b>Niveau de précarité</b>				n = 2 290
Faible	18,8 %	23,2 %	27,9 %	25,2 %
Moyenne	37,2 %	46,4 %	48,1 %	46,1 %
Forte	44,1 %	30,5 %	24,0 %	28,8 %

Lecture du tableau : 26,2 % des usagers des CAARUD de moins de 25 ans sont affiliés à la Sécurité sociale ou bénéficient d'une assurance complémentaire.

\* CMU : Couverture maladie universelle

\*\*ALD : Affections de longue durée

\*\*\*AME : Aide médicale de l'État

Source : ENaCAARUD 2010 (DGS/OFDJ)



avant 2006 par les termes « structures de première ligne » ou encore « structures (à) bas seuil (d'exigence) ». Leur objectif est de limiter l'impact des consommations de drogues, en particulier les infections virales, en informant sur les risques des différentes substances et des pratiques, en permettant l'accès à du matériel de consommation réduisant les risques (seringues stériles, filtres, pailles, pipes à crack...) et en favorisant l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables ou moins délétères. En 2012, on dénombre 163 CAARUD en France.

En 2010, entre 60 000 et 66 000 usagers ont fréquenté au moins une fois un CAARUD [72]. Leur âge moyen est de 35,5 ans ; 80 % d'entre eux sont des hommes. Les usagers vus par les CAARUD, s'ils peuvent être suivis par le système de soins spécialisé ou non en addictologie, connaissent en moyenne des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs de drogues et des situations sociales plus précaires (tableau 2). Près de six sur dix (56 %) vivent de prestations sociales et 22 % n'ont aucune ressource légale. Parmi eux, 20 % sont sans domicile fixe et 9 % vivent en squat. Enfin, 11 % ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale. Les plus jeunes apparaissent les plus démunis : parmi les moins de 25 ans, qui n'accèdent pas au RSA, 58 % n'ont aucune ressource légale [33].

Les CAARUD répondent à leurs missions par le biais de lieux d'accueil, offrant notamment des services ou des soins aux usagers précaires : programmes d'échange de seringues ou de distribution d'autres matériels, travail de rue (maraudes), suivi des usagers en squat ou sorties en milieu festif, etc. Ainsi, en 2010, les CAARUD ont distribué directement ou par le biais d'automates un peu plus de 4 millions de seringues seules ou incluses dans une trousse comprenant l'ensemble du matériel nécessaire à l'injection. À ce nombre, il faut ajouter environ 600 000 seringues fournies par les CAARUD à des pharmacies partenaires qui gèrent un programme d'échange de seringues. Les actes le plus fréquemment réalisés concernent le maintien d'un lien social ou l'écoute, la réduction des risques liés à l'usage de drogues ou à la sexualité et l'accès à l'hygiène, mais, en 2010, environ 92 000 actes d'ordre sanitaire ont été mis en œuvre (dépistage, soins infirmiers...) [72].

### Le système de soins non spécialisés

Dans les hôpitaux non spécialisés (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2011 (contre 93 000 en 2002) et environ 48 000 séjours

La réduction des risques (RDR) vise à la réduction des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues en renonçant à un idéal d'éradication. En pratique, elle cherche à limiter l'impact des usages de drogues, en particulier infectieux, à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations, que beaucoup ne réussissent pas à maintenir au-delà de la durée de la cure de sevrage. Enfin, l'objectif de RDR légitime la délivrance aux usagers d'une information non plus centrée exclusivement sur le rappel de l'interdit et des dangers, mais vers la maîtrise des risques pour réduire les dommages. Historiquement, en France, elle a d'abord été le fait d'acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour toxicomanes. Sous leur impulsion, et afin d'endiguer l'épidémie en limitant la transmission du VIH chez les usagers de drogues, cette politique va peu à peu se développer (tardivement par rapport aux mesures prises dans d'autres pays européens), jusqu'à être finalement institutionnalisée.

La première mesure est la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987, suivie par la mise en place des programmes d'échange de seringues, la vente de kits contenant du matériel d'injection stérile et l'installation d'automates distributeurs de ces kits (au nombre de 260 en 2012, répartis sur 53 départements), échangeurs ou collecteurs. On estime que, en 2010, plus de 14 millions de seringues au-

raient été distribuées en France, soit environ 170 par an et par usager injecteur [179]. L'essor des traitements de substitution (voir chapitre 3.2) vient compléter ces mesures, parallèlement au développement des « boutiques » pour les usagers de drogues, structures d'accueil dites, à l'époque, « à bas seuil d'exigence ». Cette politique permet dès lors à des personnes dépendantes aux opiacés de s'inscrire dans un processus de prise en charge de leur état de santé, de leur situation personnelle, familiale et professionnelle, et de se libérer des affres du manque et des contraintes financières et délictuelles liées à la recherche des stupéfiants sans que le maintien d'un sevrage durable leur soit imposé [64].

L'officialisation de cette approche se traduit en 2004 par l'inscription de la réduction des risques dans la loi de santé publique et en 2005 par la création des CAARUD. La RDR est désormais inscrite dans les différents plans gouvernementaux de santé publique. Les lieux d'intervention de la RDR sont aujourd'hui variés, cherchant à s'adapter à la diversification des usages et des usagers (voir chapitre 2.1) : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent l'*outreach*, ou « travail de proximité », qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes. À côté du matériel stérile d'injection sont également distribuées des pailles pour le sniff, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires,

des feuilles pour « chasser le dragon », mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. L'*empowerment*, ou le « pouvoir d'agir sur sa santé et son environnement », est au cœur des actions de RDR et se traduit notamment par la distribution de nombreux flyers d'information à destination des usagers de drogues. Bien que, en théorie, le concept de RDR concerne l'ensemble des produits (y compris l'alcool, le tabac et les médicaments), il est encore le plus souvent utilisé pour les produits illicites.

En 2009, afin « de disposer du bilan des connaissances sur les dispositifs et les programmes de réduction des risques chez les usagers de drogues existant au niveau international, et sur les projets en expérimentation », le ministère de la Santé et des Sports commande à l'INSERM une expertise collective sur ce thème de la « réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ». Les experts réunis ont constaté que la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, la baisse des surdoses mortelles et l'amélioration de l'accès aux soins. Néanmoins, l'infection par le VHC, l'émergence des nouvelles populations non couvertes par les dispositifs existants et de nouvelles pratiques à risques mettent en lumière la persistance de difficultés. À l'issue de leur travail, les experts ont formulé une série de recommandations rendues publiques en 2010 [126].

Celles-ci ont notamment porté sur la nécessité de mettre en place des politiques spécifiques pour certaines populations : mineurs, femmes et personnes

détenues. Pour ces dernières, il s'agit d'abord d'appliquer le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre. Si les recommandations insistent sur la nécessité d'adapter outils et approches à l'évolution des pratiques (par exemple avec le développement de kits spécifiques liés à l'usage du crack et à la voie fumée), elles rappellent qu'il s'agit en tout premier lieu pour la RDR de prévenir le passage à l'injection et pour les usagers qui ne peuvent s'en passer d'en limiter les risques associés.

C'est par ailleurs avec l'objectif d'offrir un programme d'offres de services cohérent que ces experts ont recommandé de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un centre d'injection supervisé (CIS), en insistant sur la nécessaire phase d'évaluation de cette implantation. Ces espaces, appelés parfois familièrement « salles de shoot », offrent aux usagers de drogues un cadre sécurisé, afin qu'ils puissent consommer dans des conditions d'hygiène acceptables. Ils existent depuis les années 1980 dans différents pays, dont plusieurs en Europe (Allemagne, Espagne, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse) [92]. En février 2013, une première expérimentation de « salle de consommation à moindre risque » débute en France. Les services du Premier ministre annoncent avoir donné leur accord à la Ville de Paris, qui a souhaité s'engager dans cette démarche. La MILDT est chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la Ville de Paris, en lien avec les ministères concernés, dans ses travaux préparatoires [64, 126, 165].

(26 500 en 2002) pour sevrage alcoolique. La prise en compte des séjours pour les problèmes d'alcool apparaissant en diagnostic associé conduit à des chiffres plus importants : en 2011, 470 000 séjours avec au moins un diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool ont été dénombrés [213]. En ce qui concerne les drogues illicites, un peu plus de 6 400 séjours (3 900 en 2002) liés à la consommation de ces substances (troubles mentaux et du comportement) ont été enregistrés la même année, dont un tiers pour consommation d'opiacés et 13 % environ pour usage de cannabis [5]. Ces chiffres se rapportent aux hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, et excluent par conséquent l'activité des CSAPA hospitaliers et des services de soins de suite et de réadaptation en alcoologie. On ne dispose pas à l'heure actuelle de données permettant de convertir ces nombres de séjours en nombre de patients concernés. Ces derniers pouvant faire plusieurs séjours au cours d'une année, leur nombre est obligatoirement inférieur au nombre de séjours.

## LE BACLOFÈNE

---

Le baclofène est un médicament autorisé en 1975 sous le nom de Liorésal® avec pour indication le traitement des contractures musculaires involontaires, pouvant survenir notamment dans la sclérose en plaques ou dans certaines affections de la moelle épinière. Sa posologie maximale, suivant son autorisation de mise sur le marché, est de 80 mg par jour.

Ce médicament est devenu célèbre à la fin des années 2000 à la suite de son utilisation à un dosage très élevé (270 mg) par un médecin cardiologue, le Dr Olivier Ameisen, pour soigner, avec succès, sa propre alcoolo-dépendance. Une expérience qu'il a relatée dans un ouvrage, *Le Dernier Verre* (éditions Denoël). Cet effet n'est pas une surprise dans la mesure où le baclofène agit sur un neuromédiateur, l'acide gamma amino-

butyrique (GABA), qui joue un rôle central dans les addictions, et où des études menées sur des animaux avaient montré une réduction très nette de l'appétence (*craving*) pour l'alcool et d'autres drogues comme la cocaïne après administration de baclofène. Cette action ne se manifeste cependant en général que pour des dosages beaucoup plus élevés que la dose maximale autorisée, ce qui explique que cet effet pour le traitement des addictions chez l'homme n'ait pas été mis en évidence auparavant.

Le témoignage d'Olivier Ameisen a enclenché un mouvement en faveur de la prescription du baclofène pour les personnes souffrant d'alcoolo-dépendance. Même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de données émanant d'une source officielle sur le nombre de personnes qui se sont fait prescrire du baclofène pour

traiter leur addiction à l'alcool, il y a tout lieu de penser que celui-ci est d'ores et déjà prescrit à un nombre important de patients souffrant de ces problèmes. Des sources officielles font état d'une augmentation importante des ventes de ce médicament entre 2004 (1,2 million de boîtes remboursées) et la période allant de mars 2012 à février 2013 (3,9 millions de boîtes délivrées) [169].

La prescription de ce médicament hors indication soulève plusieurs problèmes. Il s'agit d'abord de l'absence d'études cliniques menées selon les standards internationaux donnant des résultats incontestables quant à l'action du baclofène sur la dépendance à l'alcool, restriction néanmoins contestée par certains médecins prescripteurs à des malades alcooliques. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a autorisé en 2012 deux essais cliniques, un en médecine de ville (Bacloville) et l'autre en milieu hospitalier (Alpadir), pour combler cette lacune. La deuxième question, liée à la première, tient à l'absence de données suffisantes sur la sécurité d'emploi du baclofène à des dosages élevés. À l'heure actuelle, le principal effet secondaire de ce médicament semble être la somnolence.

D'après la revue de littérature sur le baclofène réalisée sous l'égide de la SFA [192], la tolérance aux doses élevées apparaît globalement satisfaisante dans les études disponibles en 2012, mais celles-ci restent trop limitées en ce qui concerne le nombre de patients inclus et la durée de suivi pour avoir un niveau suffisant de certitudes quant aux risques encourus.

Un débat assez passionnel oppose donc des partisans inconditionnels du baclofène, qui mettent en avant d'innombrables témoignages de patients « guéris » et l'importance du bénéfice en vies sauvées, à des médecins plus sceptiques. Dans ce contexte, l'ANSM indique, à l'occasion de son point d'information d'avril 2012, que ce traitement ne peut s'envisager qu'« au cas par cas, prescrit et surveillé par des praticiens expérimentés dans la prise en charge de l'alcool-dépendance, avec une adaptation posologique individuelle et une surveillance rapprochée de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables ».

Le baclofène n'est pas le seul traitement médicamenteux disponible dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Trois médicaments d'aide au maintien de l'abstinence sont prescrits depuis assez longtemps : le disulfirame, l'acamprosate et la naltrexone. Le premier a un effet aversif (rougeurs, vertiges, vomissements parfois) en cas d'absorption d'alcool. Les deux autres diminuent l'envie de boire. Ces médicaments apportent une aide pour certains mais paraissent cependant d'une efficacité limitée. Un quatrième médicament, le nalméfène, a obtenu une autorisation européenne de mise sur le marché en 2013. Ce médicament est présenté comme permettant à des patients qui ne veulent pas s'engager dans l'abstinence totale de diminuer leur consommation. Il peut se prendre de façon ponctuelle lorsque l'envie de prendre de l'alcool devient trop forte.

Une autre limite concernant les données hospitalières tient à l'absence de système d'information permettant de recenser le nombre de patients vus par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie. Les ELSA ont été créées en 2000 afin de favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers, quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes, comprenant dans l'idéal un médecin, un(e) infirmier/ère, un(e) psychologue et/ou un(e) assistant(e) social(e), se déplacent à la demande des différents services auprès des malades hospitalisés ou dans les services d'urgence pour évaluer leurs problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et orienter le patient vers une prise en charge adaptée à sa sortie de l'hôpital. Les consultations hospitalières en addictologie permettent d'accueillir en ambulatoire des patients avec des problèmes d'addiction. En 2010, 297 établissements de santé déclarent être dotés d'une ELSA et 476 d'une consultation en addictologie. Ces chiffres sur les nombres de structures ne doivent pas masquer une très grande variété dans les capacités de prise en charge, le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) par ELSA ou par consultation pouvant varier de 0,1 ETP par semaine à plusieurs ETP.

En 2009, les médecins de ville ont vu environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2009 [110]. Par ailleurs, les médecins de ville jouent un rôle important dans la prescription des TSO. Ils peuvent prescrire en relais de la méthadone à un patient dont le traitement a été au préalable initié dans un centre spécialisé (un CSAPA depuis 2007) ou dans un établissement hospitalier. Ils ont aussi la possibilité de prescrire un traitement à la BHD, en initiation ou en relais. Au cours d'un mois, les médecins généralistes ont vu un nombre estimé à 110 000 consommateurs d'opiacés en 2009, dans la plupart des cas pour une prescription d'un TSO. En 2003, le nombre de ces patients vus dans le mois était d'environ 97 000 [109]. Pour l'ensemble de l'année 2011, la Caisse nationale d'assurance maladie a effectué des remboursements pour 135 000 patients ayant eu une prescription de TSO par un médecin de ville (voir chapitre 3.2).

## TABAC

Le sevrage tabagique revêt différentes formes et peut se faire sans l'aide d'un médecin, puisque des aides médicamenteuses peuvent être délivrées en pharmacie sans ordonnance. Les personnes dépendantes au tabac peuvent néanmoins se tourner vers des structures spécialisées

qui s'adressent en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt ou rechuté à plusieurs reprises ainsi qu'à ceux souffrant de pathologies liées au tabac et qui continuent de fumer. En 2012, il existait environ 660 consultations de tabacologie, dont environ 115 pour lesquelles on dispose de données sur les fumeurs reçus [187]. Les stratégies thérapeutiques de ces consultations sont mal connues mais les recommandations de bonne pratique vont dans le sens d'une prise en charge globale, médicamenteuse (substituts nicotiques et médicaments pour l'arrêt du tabac) et non médicamenteuse (thérapies cognitivo-comportementales, entretien motivationnel, etc.) [2, 114]. La Haute autorité de santé a mené un travail d'actualisation de ces bonnes pratiques pour améliorer le repérage, l'aide au sevrage et son maintien, dans un contexte de remontée du tabagisme : ses conclusions devraient être disponibles au deuxième trimestre 2013 [115].

### Légère hausse du nombre de patients pris en charge

En 2012, les consultations spécialisées en tabacologie, en grande majorité hospitalières, qui disposent d'un recueil informatisé de leur activité (environ 115 structures) ont accueilli plus de 21 000 nouveaux patients, soit en moyenne 15,2 par mois et par centre, un chiffre en légère hausse par rapport à 2011. Parmi ces nouveaux patients, plus de la moitié (53 %) est adressée par un professionnel de santé et 42 % entament une démarche personnelle (le reste venant sur demande de l'entourage). Parallèlement, chaque centre suit en moyenne 28,3 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique [47, 158].

En 2009, la proportion de médecins ayant vu, au cours des sept derniers jours, au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique est quasiment stable par rapport à 2003 (68,6 %). En revanche, la part de ceux en ayant vu au moins trois a presque doublé en dix ans (17,4 % contre 9,7 % en 1998). Ainsi, environ 90 000 personnes par semaine sont reçues par un médecin généraliste pour un sevrage tabagique. Près de 16,5 % des médecins sont en liaison avec une structure spécialisée pour la prise en charge de leurs patients fumeurs. L'utilisation de questionnaires de repérage du tabagisme a très fortement progressé entre 2003 et 2009, passant de 6,3 % des médecins à 34 % [110].

Par ailleurs, depuis 2007, les CSAPA ont vocation à pouvoir prendre en charge des personnes en difficulté avec le tabac : en 2010, ces structures font état au total de 13 700 fumeurs pour lesquels ce produit est celui qui pose le plus de problème et motive la consultation, soit environ 5 % du public accueilli [193].

## Un peu plus de femmes que d'hommes

Les dossiers de 21 025 patients reçus pour la première fois en 2012 dans des consultations de tabacologie ont été enregistrés et analysés. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (52 % contre 48 %) ; elles ont en moyenne 4,5 ans de moins (42,9 ans contre 47,5). Leur consommation journalière de cigarettes (manufacturées et roulées) est élevée : 21,3 en moyenne pour les hommes et 18,3 pour les femmes. Par ailleurs, les patients hommes déclarent boire en moyenne 1,6 verre d'alcool par jour et les femmes 0,5 [45].

## Hausse des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac

Depuis la mise en vente libre des substituts nicotiques, fin 1999, les fumeurs ne sont plus obligés de consulter un médecin pour entreprendre leur sevrage. Entre 2000 et 2012, les ventes de ces produits ont presque doublé, sous l'impulsion du marché des gommes à mâcher et des comprimés. Depuis 2007, le marché des traitements pour l'arrêt du tabac atteint autour de deux millions d'« équivalents patients traités » par an. Par ailleurs, les substituts sous forme orale constituent depuis 2008 la part la plus importante des ventes en nombre de traitements, alors qu'il s'agissait auparavant des timbres transdermiques (ou « patchs »). Le Champix® (varénicline) a connu un succès important après sa commercialisation, en 2007, mais ses ventes ont été divisées par 3 entre 2010 et 2012 (en « équivalents patients traités »). Une évolution assez proche de celle du Zyban® (bupropion), très populaire entre 2002 et 2006, mais qui ne représente plus que 0,5 % du marché en 2012. Ces deux médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac font les frais de mises en garde sur leurs effets secondaires (troubles dépressifs, problèmes cardiaques, vertiges, etc.), relayés par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Enfin, les ventes d'inhalateurs ont reculé de 13,2 % entre 2011 et 2012, représentant 0,7 % du marché, soit l'équivalent de 16 700 patients traités. Depuis 2007, l'Assurance maladie rembourse forfaitairement à hauteur de 50 euros par an (150 euros pour les femmes enceintes depuis 2011) les substituts nicotiques acquis sur prescription : en 2011, 372 404 personnes ont bénéficié de ce dispositif contre 336 000 en 2010 [158].

## Recours en hausse au dispositif d'aide en ligne

Le nombre d'appels à la ligne spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac, Tabac Info Service, avait considérablement augmenté en 2003 et 2004, au moment des fortes hausses du prix du tabac et de l'apposition du



numéro sur certains paquets. Après une baisse entre 2005 et 2008, les appels avaient repris en 2010 : 48 117 appels ont été enregistrés, un niveau jamais atteint depuis 1998 (date de création de la ligne), en grande partie grâce à l'apparition du numéro court (le 39 89). En 2011, le nombre d'appels s'est maintenu à un niveau élevé (47 679 appels), avec l'inscription obligatoire du numéro sur tous les paquets. Par ailleurs, le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) propose notamment un coaching d'aide à l'arrêt du tabac. En 2010, le site avait reçu plus de 707 000 visites et 6 620 personnes s'étaient inscrites au coaching personnalisé. En 2011, près de 668 000 visites ont été dénombrées (- 5,6 %) et le coaching a permis de recruter 17 585 fumeurs souhaitant arrêter ou réduire leur consommation [157].

#### Repères méthodologiques

ASA-CAARUD ; Baromètre santé médecins généralistes ; Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM/EGB) ; ENaCAARUD ; PMSI ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; Tableau de bord tabac.

## 3.2 Traitements de substitution aux opiacés

---

Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Tairou

Au milieu des années 1990, l'épidémie de sida a fortement touché les usagers de drogues par voie injectable, amenant les pouvoirs publics à mettre en place une politique de réduction des risques incluant plusieurs options thérapeutiques et de soutien aux personnes dépendantes aux opiacés, parmi lesquelles les traitements de substitution aux opiacés (TSO), introduits tardivement en comparaison d'autres pays. La substitution consiste à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'héroïne (ou d'autres opiacés illicites). Ces traitements s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale. Malgré un démarrage très polémique en France, où le sevrage a longtemps été considéré comme la seule option thérapeutique, la substitution aux opiacés s'est développée rapidement. Après plus de quinze ans de prescription, l'impact socio-sanitaire est clairement positif. Les traitements de substitution permettent une rupture du cycle de dépendance au produit beaucoup plus rapide que par le passé ainsi qu'une amélioration des conditions de vie et de l'accès au soins [66, 181]. Enfin, le point le plus remarquable est la baisse importante du nombre des décès par surdoses, bien qu'à partir de 2004, on observe à nouveau une hausse du nombre de surdoses mortelles, sans toutefois atteindre les niveaux du milieu des années 1990 [65, 66, 133, 159] (voir chapitre 3.5).

## UN CADRE DE PRESCRIPTION MOINS SOUPLE POUR LA MÉTHADONE QUE POUR LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE —

Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, classée comme stupéfiant, et la buprénorphine haut dosage (BHD, dont le médicament princeps est le Subutex<sup>®</sup>), inscrite en liste I mais avec les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants (voir chapitre 8.4). En France, la méthadone se présente sous forme de sirop et depuis 2008 de gélule, la BHD sous forme de comprimés sublinguaux. Cette dernière est disponible sous forme de médicament générique depuis 2006. La buprénorphine en association avec la naloxone, un antagoniste opiacé (Suboxone<sup>®</sup>), a été mise sur le marché en janvier 2012 sous forme de comprimés sublinguaux. Cette association a pour objectif la prévention du mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible une fois le patient stabilisé (patient capable de gérer de façon autonome son traitement, posologie de méthadone équilibrée, dosages urinaires négatifs aux opiacés). La BHD bénéficie d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement

pouvant être pratiquée par tout médecin [181], car elle ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Par ailleurs, la méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors qu'elle est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution en médecine de ville sont les médecins généralistes (98 %) [31, 42]. Les sulfates de morphine (Moscontin<sup>®</sup>, Skenan<sup>®</sup>), analgésiques majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'héroïne, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication.

En juin 2004, après dix ans d'expérience d'une diffusion large des traitements de substitution en France, une conférence de consensus a permis de réaliser un bilan des connaissances, et une réflexion sur les pratiques a été menée à l'initiative de la Fédération française d'addictologie (FFA) [97]. Le jury de cette conférence a fixé trois objectifs principaux :

- élargir l'accessibilité aux personnes les plus précaires ;
- améliorer la prescription des traitements de substitution, notamment en donnant aux prescripteurs le choix de la molécule utilisée ;
- renforcer la sécurité de leur dispensation.

## UNE DISPONIBILITÉ CROISSANTE DES TRAITEMENTS

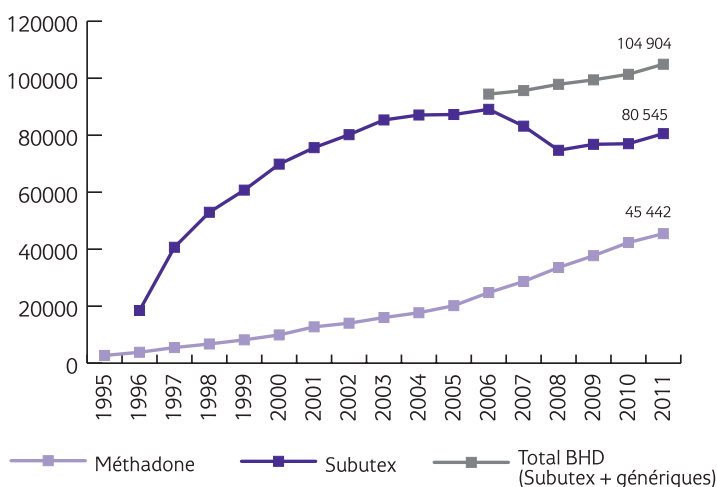
### La part prépondérante de la BHD

Le nombre de personnes ayant eu un remboursement ou une délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO) en ville ou en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ne cesse d'augmenter depuis le milieu des années 1990 et se situerait en 2010 autour de 170 000 [3, 193].

En 2011, d'après les données de vente, le nombre de patients théoriques recevant de la BHD est estimé à près de 105 000, contre 18 500 en 1996, année de son introduction. Il s'élève à plus de 45 000 pour la méthadone, contre 2 700 en 1995 (sous l'hypothèse d'une dose moyenne quotidienne de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone tout au long de l'année). Le nombre de patients théoriques est moindre que celui de patients remboursés ou ayant eu une délivrance, ces derniers ne suivant pas nécessairement un traitement sur la totalité de l'année (graphique 1).

84

Graphique 1 - Estimation du nombre de personnes théoriques recevant un traitement de substitution, 1995-2011



## Vers un rééquilibrage au profit de la méthadone

Entre la méthadone, réputée pour apporter une meilleure satisfaction mais associée à un risque de surdose plus important, et la BHD, plus « mésusée », détournée et injectée, la Conférence de consensus sur les traitements de substitution de juin 2004 recommande que le choix thérapeutique soit, non pas contraint par le cadre réglementaire et l'offre de soins existante, mais orienté selon les contre-indications et indications préférentielles de chaque molécule. Ainsi depuis 2005, la tendance est à une augmentation plus rapide du nombre de patients sous méthadone que de celui des patients sous BHD. La part des premiers ne cesse donc d'augmenter : en 2010, 38 % des patients sous TSO reçoivent de la méthadone, que le traitement soit délivré en ville ou en CSAPA [3, 193]. Toutefois, la part des patients sous méthadone reste très inférieure par rapport à la plupart des pays de l'Union européenne (UE). Hormis en France, la BHD constitue le principal TSO dans cinq pays (République tchèque, Grèce, Chypre, Finlande et Suède) et au total, près des trois quarts des patients en traitement de substitution en Europe reçoivent de la méthadone [90, 179].

Cependant, bénéficiant d'une large diffusion en France, la BHD est également, bien plus que la méthadone, prise dans un usage non thérapeutique (pour gérer le manque d'autres opiacés ou obtenir un effet psychoactif, souvent en association avec d'autres produits) et fait l'objet d'un trafic. En marge des patients en traitement régulier (délai entre deux délivrances de moins de 45 jours), qui représentent les trois quarts des personnes recevant des prescriptions de BHD, environ un quart des personnes reçoivent des prescriptions de manière discontinue, voire ponctuelle [31]. Enfin, les consommateurs qui se procurent de la BHD uniquement sans prescription sont difficiles à dénombrer. De ce fait, la part des patients traités par méthadone parmi ceux réellement insérés dans un processus de soins est probablement plus élevée que ne l'indiquent les données de vente ou de remboursement.

## Une plus grande implication des médecins généralistes

En 2009, la moitié des médecins généralistes a reçu au moins un usager de drogues dépendant aux opiacés par mois. En moyenne, les médecins recevant des usagers de drogues dépendants aux opiacés en voient 3,6 par mois. Parmi ces médecins, la part de ceux prescrivant un TSO n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2009 (90 %) ; en revanche, la proportion de praticiens prescrivant de la méthadone est passée de 26 % à 38 % sur cette période [110]. En 2011, les prescriptions pro-

viennent exclusivement de généralistes libéraux pour 79 % des patients ayant eu des remboursements de BHD en ville et 55 % s'ils sont sous méthadone [31].

En 2010, on estime que près de 24 500 patients ont eu une prescription de méthadone dans un CSAPA et 13 000 une prescription de BHD. Ainsi, en CSAPA, les patients sous TSO reçoivent, pour les deux tiers, des prescriptions de méthadone [193].

### **UNE ACCESSIBILITÉ QUI PROGRESSE EN MILIEU CARCÉRAL MAIS NE LAISSE PAS TOUJOURS LE CHOIX DU TSO**

---

Tandis que la proportion de consommateurs d'opiacés illicites chez les entrants l'année précédant une incarcération a diminué de moitié entre 1997 et 2003, passant de 14,4 % à 6,5 % (et n'est plus renseigné depuis) [166], la part de détenus sous TSO ne cesse, elle, d'augmenter.

Parmi les détenus, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est estimée en 2010 à 7,9 %, soit environ 5 000 personnes, dont 68,5 % sous BHD. Elle est significativement plus élevée chez les femmes [82]. La part des personnes sous TSO est en augmentation par rapport à 1998 et 2004 (elle était alors respectivement à 2,2 % et 6,6 %).

En 2010, l'expertise collective de l'INSERM relative à la réduction des risques

infectieux chez les usagers de drogues recommandait que le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué [126].

L'accès aux TSO est désormais effectif dans tous les établissements pénitentiaires, ce qui n'était pas le cas en 2004 [171]. En outre, pour 31 % des détenus sous TSO, le traitement a été initié durant l'incarcération [82]. Néanmoins, la diversité de l'offre est insuffisante : 5 % des établissements ne proposent que l'une des deux molécules. Enfin, la continuité des soins à la sortie de prison doit être améliorée en généralisant des procédures formalisées pour les patients sous TSO. Celles-ci n'existent que dans 55 % des établissements [82].

---

### **DES TRAITEMENTS PRIS AU LONG COURS**

La plupart des personnes recevant un traitement de substitution sont des hommes (77 % pour la BHD, 75 % pour la méthadone) [31]. Leur moyenne d'âge se situe entre 35 et 36 ans (qu'elles soient sous BHD ou

sous méthadone et qu'elles aient acquis leur traitement en pharmacie de ville ou soient suivies en CSAPA) [31, 182]. Les TSO s'inscrivent dans la durée, compte tenu des risques de rechute à l'arrêt du traitement : les patients suivis en CSAPA ont débuté leur traitement depuis cinq ans en moyenne et 35 % d'entre eux le prennent depuis plus de cinq ans [182]. Compte tenu du faible nombre de patients arrêtant leur traitement, la population sous TSO vieillit.

## DÉTournEMENT ET MÉSUSAGES

S'il a contribué à améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés, le développement des TSO s'est accompagné de détournements des médicaments et d'usages non conformes aux prescriptions [21, 127]. Ceux-ci ont surtout été rapportés à propos de la BHD mais concernent également la méthadone, au fur et à mesure que se développe sa prescription [37].

Le détournement désigne la revente des produits prescrits sur le marché noir local, voire international, à Paris et dans les régions frontalières. Il a connu une croissance importante au début des années 2000. Fin 2002, entre 21 % et 25 % des doses prescrites étaient revendues [36]. La part de BHD détournée a diminué depuis la mise en place en 2004 d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux consommations de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) suspects de mésusage : la part des patients recevant un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j (posologie très supérieure à la dose maximale, fixée à 16 mg/j) a été divisée par plus de trois entre 2002 et 2007, elle est stable depuis (1,7 % des patients remboursés de BHD en 2011) [34, 42]. Cependant, les observations qualitatives montrent que la BHD est toujours facilement accessible au marché noir, soutenu par une activité diffuse de « petite revente » d'une part et par une activité de trafic plus centralisée d'autre part, organisée par des personnes souvent non usagères de drogues. Le marché parallèle de la méthadone a progressé depuis 2005, mais reste toutefois limité le plus souvent à des pratiques d'échanges et de dépannage entre usagers [37].

Le terme « mésusage » recouvre en fait différentes pratiques :

- l'autosubstitution : il s'agit d'un usage de type « thérapeutique » où le médicament vient se substituer pour tout ou partie à une consommation antérieure d'héroïne, dans le but d'en arrêter ou d'en réduire la consommation, mais en dehors de tout protocole médical. Cette étape précède fréquemment la demande « officielle » de traitement ;

- l'usage « toxicomaniaque » : le médicament, le plus souvent la BHD, est alors utilisé comme une drogue parmi d'autres. De nombreuses personnes fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) recherchent une « défonce » avec la BHD, en marge de sa finalité thérapeutique, en particulier les usagers les plus précarisés. Cette pratique peut concerner des personnes préalablement dépendantes à un opiacé, mais aussi d'autres pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance (usage non substitutif) [93]. La part des usagers des CAARUD qui indiquent consommer ces médicaments hors suivi médical atteint 21 % pour la BHD comme pour la méthadone [33]. Cependant, à l'échelle de la population française, cette pratique paraît très rare ;
- le recours à une voie d'administration autre que sublinguale : l'injection est pratiquée par 35 % des consommateurs de BHD vus dans les CSAPA et par 51 % de ceux rencontrés dans les CAARUD. Même bien insérés dans un processus de soins, certains usagers de drogues ne parviennent pas à renoncer à la pratique de l'injection. Le sniff concerne 24 % des consommateurs de BHD (que ce soit dans les CSAPA ou les CAARUD) [33, 182]. La « chasse au dragon » est utilisée plus rarement (6 % des usagers dans les CAARUD) [33]. Or l'utilisation de voies d'administration autres que sublinguale augmente la dose nécessaire durant la journée et l'injection de la BHD – théoriquement non injectable – entraîne de très fréquentes complications (voir chapitre 3.5). L'injection de la méthadone après dilution du sirop dans de l'eau reste une pratique très marginale ;
- l'association problématique à d'autres produits (benzodiazépines à doses non thérapeutiques, alcool) qui majore le risque d'effets indésirables, en particulier la survenue de détresse respiratoire.

## LES PERCEPTIONS DES TSO

Largement connus des Français (7 sur 10), les traitements de substitution recueillent également une adhésion massive : en 2008, près des trois quarts d'entre eux se montraient favorables à leur prescription [68]. Cette appréciation positive était pourtant en léger recul par rapport à 2002.

Concernant les patients sous TSO, leur point de vue est peu documenté en France. Une étude qualitative récente menée en 2009/2010 auprès de personnes suivant un traitement dont l'ancienneté était variable apporte toutefois un éclairage sur l'expérience de la substitution.



Ces patients oscillent dans leur perception des MSO entre médicament et drogue. Le phénomène est davantage marqué pour la BHD que pour la méthadone, dont le mode de dispensation est plus contrôlé, qui est rarement injectée et qui jouit d'une image thérapeutique plus affirmée. Cette vision des MSO peut amener les patients à douter de leur finalité, entre projet exclusivement thérapeutique et substitution comme outil de contrôle social.

L'efficacité des traitements est globalement reconnue par les patients, notamment en ce qui concerne le manque et la douleur. Au moment de l'entrée dans la substitution, la relation thérapeutique est centrée sur la question du dosage. Puis le rapport au traitement évolue et le mésusage s'estompe. Quant à la sortie de la substitution, bien qu'espérée par les patients, cette perspective s'amenuise au fil du temps, tandis qu'une partie d'entre eux ne l'envisage même plus. Finalement, entre une attitude plus ou moins conformiste ou « déviante » par rapport aux règles inhérentes à ces traitements, différents profils émergent, entre lesquels les patients recevant un TSO peuvent évoluer [39, 64, 151].

### Repères méthodologiques

Baromètre santé médecins généralistes ; Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM/EGB) ; ENaCAARUD ; EROPP ; ESCAPAD ; Étude « Les traitements de substitution vus par les patients » ; OEDT ; Prévacar ; SIAMOIS ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; TREND.

## 3.3 Morbidity et mortalité liées à l'alcool

Christophe Palle

La consommation d'alcool peut être à l'origine de dommages pour la santé, avec un risque qui augmente suivant les quantités et la durée d'usage. La consommation chronique est particulièrement cancérigène, favorisant l'apparition de cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage et larynx), du côlon-rectum, du sein et du foie. Cette toxicité atteint également le système cardio-vasculaire, provoquant notamment de l'hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux. L'alcool est aussi toxique pour le foie (cirrhoses), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau, atteintes des nerfs et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Une absorption ponctuelle excessive provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et lors des rixes. La consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires et par diabète de type 2 est observée pour de faibles consommations quotidiennes, le rôle exact de l'alcool dans cette baisse de la mortalité restant cependant encore discuté [122].

### **MORTALITÉ : LES HOMMES PRÈS DE TROIS FOIS PLUS CONCERNÉS**

Pour un certain nombre de maladies, la consommation d'alcool est le seul facteur de risque et la totalité des décès observés lui est attribuable.

C'est le cas, par exemple, des cardiomyopathies alcooliques, des maladies chroniques alcooliques du foie ou des polynévrites alcooliques (voir le tableau 2 pour la liste complète de ces maladies). Mais pour de nombreux autres décès, comme ceux provoqués par certains cancers ou certaines maladies du cœur et de l'appareil circulatoire, ou des décès par accidents, l'alcool n'est pas le seul facteur de risque et il faut alors calculer quelle part de ces décès (fraction attribuable) est provoquée par la consommation d'alcool. Ce calcul repose sur la connaissance de l'augmentation des risques de décès chez les buveurs relativement à des non-buveurs (risques relatifs).

**Tableau 1 - Risques relatifs de décès suivant la pathologie et les quantités d'alcool consommées**

Cause de décès		Dose en grammes par jour		
		25	50	100
<b>Cancer</b>	Cavité buccale	1,8	3,0	6,7
	Pharynx	2,0	3,8	11,6
	Œsophage	2,8	5,1	11,0
	Côlon et rectum	1,2	1,4	1,8
	Foie	1,2	1,4	1,8
	Larynx	1,5	2,1	3,8
	Sein	1,3	1,7	3,0
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	Maladies hypertensives ♂	1,3	1,6	2,6
	Maladies hypertensives ♀	1,3	1,8	2,8
	Cardiopathie ischémique	0,8	0,9	1,1
	Arythmie cardiaque	1,7	2,1	3,1
	Accident vasculaire cérébral hémorragique	1,1	1,2	2,4
	Accident vasculaire cérébral ischémique	0,9	1,1	1,5
<b>Maladies digestives</b>	Cholélithiase	0,8	0,6	0,4
	Pancréatite	1,1	1,4	4,8
<b>Diabète et épilepsie</b>	Diabète de type 2	0,7	0,8	1,5
	Épilepsie et mal épileptique	1,4	1,9	3,4
<b>Accidents et violences</b>		1,1	1,3	1,6

Note : Un risque relatif supérieur à 1 signifie que les buveurs encourent un risque de décès plus élevé que les non-buveurs. Une valeur inférieure à 1 indique à l'inverse un effet protecteur de l'alcool, le risque de décès étant alors inférieur chez les buveurs que chez les non-buveurs

Source : Guérin et coll. [113]

L'ensemble des risques relatifs utilisés dans la dernière étude sur les décès liés à l'alcool en France [113] figure dans le tableau 1. Ces données montrent que les surrisques de décès augmentent avec les quantités

mais qu'ils apparaissent aussi, le plus souvent, pour les doses les plus faibles du tableau (25 g, soit environ 2 verres et demi d'alcool par jour). Par ailleurs, ce surrisque existe également chez les personnes qui, sans boire quotidiennement, consomment une quantité équivalente, mais de façon concentrée, par exemple en fin de semaine. Les risques relatifs sont très supérieurs aux autres, quelle que soit la dose, pour les cancers de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage, cancers pour lesquels tabac et alcool sont conjointement impliqués.

### LE CALCUL DES FRACTIONS ATTRIBUABLES

---

Lorsque l'alcool est seul en cause dans une pathologie, la fraction attribuable est, par définition, égale à 100 %. Lorsque l'alcool n'est pas le seul facteur de risque, il faut alors déterminer la part de ces décès attribuables à l'alcool. Ce calcul repose sur la mesure de l'augmentation de risque de décès chez les buveurs et du nombre de buveurs qui s'exposent à ce risque.

Les valeurs des risques relatifs présentées dans le tableau I sont issues d'une compilation d'études de cohorte, ou cas témoin, qui permettent de comparer la mortalité pour une cause donnée parmi des personnes qui consomment de l'alcool (en distinguant différents niveaux de consommation) et des personnes qui ne consomment pas d'alcool. Le rapport entre le taux de mortalité chez les buveurs et chez les non-buveurs permet de mesurer si la consommation d'alcool se traduit par une surmortalité relativement à une population témoin, celle qui ne boit pas d'alcool.

Une fois connus ces risques relatifs, l'impact de l'alcool sur la mortalité dans une population dépend ensuite de la part de celle-ci concernée par les

différents niveaux de consommation, par sexe et par âge. Cette proportion est estimée en répartissant la quantité d'alcool mise en vente sur le territoire français en 2009 (source : INSEE), en fonction des quantités déclarées dans une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population française (enquête INSEE récente).

La notion de risque relatif compare la mortalité chez des buveurs et des non-buveurs sans chercher à faire apparaître le rôle des autres facteurs de risques. Pour de nombreuses causes de décès intervenant chez les buveurs d'alcool, par exemple les cancers de la bouche et de la gorge, le tabac est également un facteur de risque. L'association de ces deux facteurs, très fréquente chez les buveurs, fait courir un risque de décès particulièrement important, les deux risques se renforçant mutuellement. Une partie de la mortalité attribuable à l'alcool, est en fait liée à la consommation associée de ces deux substances. Il en résulte que les chiffres de mortalité attribuable à l'alcool et ceux de mortalité attribuable au tabac ne peuvent s'additionner, cette somme incluant des doubles comptes.

À partir de ces risques relatifs et de la proportion de consommateurs d'alcool dans la population, il est possible de calculer des fractions attribuables, c'est-à-dire les proportions du nombre total de décès recensés concernant chaque pathologie pouvant être attribuée à l'alcool. En utilisant les statistiques de mortalité par cause de décès, on obtient des nombres de décès par cause et, par sommation, le nombre total de décès attribuables à l'alcool (tableau 2).

Tableau 2 - Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
<b>Cancer</b>	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
<b>Maladie cardiovasculaire</b>	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arrythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
<b>Maladies digestives</b>	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
<b>Autres maladies</b>			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
<b>Causes externes</b>	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
<b>Mortalité totale attribuable à l'alcool</b>	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

Source : Guérin et coll.

En 2009, l'alcool est responsable de 49 000 décès, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes.

Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %). Pour la plupart des cancers dans lesquels l'alcool est impliqué, les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes (21 décès masculins pour 1 décès féminin pour le cancer du larynx, rapport de 15 à 1 pour le cancer de l'œsophage) sauf, bien entendu, pour le cancer du sein, qui représente à lui seul 22 % des décès féminins liés à l'alcool. Les hommes sont également beaucoup plus touchés que les femmes par les décès par accidents et suicides (10 hommes pour 1 femme). Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool. Cette différence est pour une large part le reflet de la proportion plus importante d'hommes consommateurs d'alcool que de femmes. Ainsi, en 2010, 18 % des hommes sont des consommateurs quotidiens d'alcool contre 6 % des femmes [12].

## ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ LIÉE À LA CONSOMMATION

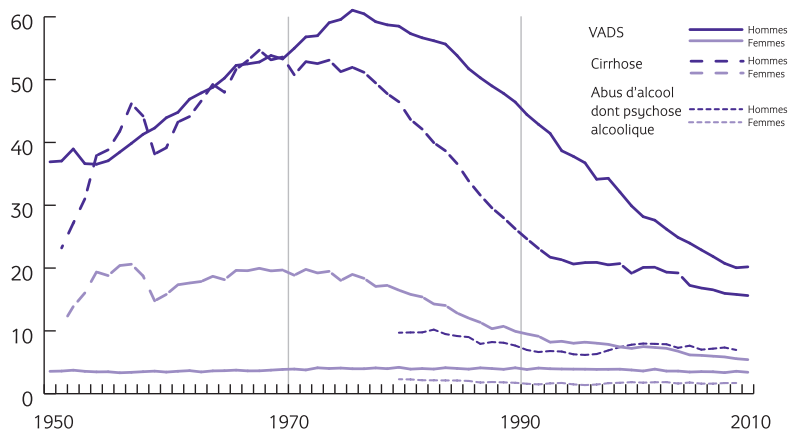
Les résultats de ce type sont souvent difficiles à comparer dans le temps. L'amélioration des connaissances a conduit à intégrer de nouvelles pathologies parmi celles dont l'alcool constitue un facteur causal, et, dans certains cas, à réviser les valeurs des risques relatifs. Il faudrait alors refaire les calculs du nombre de décès attribuables à l'alcool pour les périodes précédentes. Mais de tels chiffres « revisités » ne sont en général pas disponibles. Par ailleurs, les progrès thérapeutiques qui parviennent à réduire la mortalité peuvent également rendre plus complexe l'interprétation des évolutions.

Pour avoir malgré tout une idée des modifications de la mortalité liée à la consommation d'alcool au cours du temps, on peut se limiter à l'observation des causes de décès dont l'alcool est l'unique ou le principal facteur de risque. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose, le cancer des voies aérodigestives supérieures (conjointement lié au tabac et à l'alcool) et les maladies mentales liées à l'alcool.

Les taux de mortalité par cirrhose ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes, entre les années 1950 et la fin des années 1960, pour chuter fortement depuis (graphique 1). La consommation d'alcool a également rapidement augmenté en France depuis 1945 jusqu'à la fin des années 1950, sans toutefois revenir au niveau d'avant-guerre,

pour décroître ensuite régulièrement jusqu'à aujourd'hui. Il existe ainsi un décalage d'une dizaine d'années entre la baisse de la consommation d'alcool et celle de la mortalité par cirrhose, délai qui peut s'expliquer par le temps d'évolution de cette pathologie dans le contexte d'une lente évolution des consommations. Le rythme de diminution des taux de mortalité par cirrhose est devenu moins soutenu au début des années 1990, vraisemblablement en raison du rôle croissant des hépatites B et C dans la mortalité par cirrhose. Les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont augmenté chez les hommes jusque dans les années 1970. Le délai entre la baisse de la consommation d'alcool et de la mortalité s'explique là aussi par le temps d'évolution des cancers, mais également par l'augmentation de la consommation du tabac, à la même période, responsable conjointement avec l'alcool de la plupart de ces décès. Chez les femmes, beaucoup moins buveuses et fumeuses que les hommes, le taux de mortalité est resté plus stable, avec une lente tendance à l'augmentation qui se poursuit dans les années 2000, en raison de l'augmentation jusqu'au début des années 1990 puis de la stabilisation de la proportion de fumeuses dans la population française.

Graphique 1 - Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1950-2010



## INCIDENCE DES CANCERS DES VADS EN HAUSSE CHEZ LES FEMMES

Ainsi, l'alcool, conjointement avec le tabac, est le principal facteur de risque pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le taux d'incidence pour ces cancers a fortement baissé chez les hommes entre 1980 et 2005, passant de 68 cas pour 100 000 habitants à 37 [23]. D'après les projections réalisées par l'InVS, ce mouvement de baisse devrait se poursuivre entre 2005 et 2011 [131]. Comme pour la mortalité, cette évolution est liée à la diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes. Le taux d'incidence, beaucoup plus faible chez les femmes, a en revanche progressé entre 1980 et 2005 de 5 pour 100 000 à 7,7, conséquence de l'augmentation passée de la proportion de fumeuses puis de sa stabilisation. Entre 2005 et 2011, ce taux devrait s'être stabilisé ou augmenter légèrement. En ce qui concerne les autres cancers pour lesquels l'alcool est impliqué, sans être le seul facteur de risque, les taux d'incidences entre 1990 et 2006 ont fortement progressé pour les cancers du foie et les cancers du sein et sont restés stables pour les cancers du côlon-rectum. L'alcool n'étant à l'origine que d'une partie de ces cancers, il est difficile de faire un lien entre l'évolution de l'incidence et celle de la consommation de ce produit.

## LE RISQUE DU SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

Ce syndrome d'alcoolisation foetale se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire ensuite par des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à 2 verres standards d'alcool ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres, si celle-ci intervient à une période critique du développement du fœtus. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant toute la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères, soit environ 1 000 enfants touchés par an, et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990) [75, 122, 217].



## SÉCURITÉ ROUTIÈRE : LOURDES CONSÉQUENCES

En 2011, l'alcool est en cause dans 3 accidents mortels de la route sur 10. L'implication de l'alcool est mesurée par la présence dans un accident d'au moins un conducteur alcoolisé au-delà du seuil légal. Cette proportion est quasiment identique pour les personnes décédées dans un accident mortel : l'alcool est alors incriminé dans 31 % des cas, pourcentage qui, malgré des fluctuations, est resté à peu près identique depuis 2000. Au cours de cette décennie, cependant, le nombre global de décès dans les accidents de la route a diminué de moitié et il en va donc de même pour les décès avec implication de l'alcool. Il semble que, en dépit des campagnes d'information et de l'aggravation des peines encourues pour le conducteur alcoolisé en cas d'accident, les Français n'aient pas vraiment modifié leur comportement vis-à-vis de l'alcool au volant. Ces conducteurs alcoolisés semblent en revanche avoir bénéficié de la baisse de la vitesse de circulation, qui a entraîné une diminution générale des décès, même pour les accidents avec implication de l'alcool [154]. En 2011, près de 1 150 vies auraient pu être préservées si aucun conducteur n'avait conduit avec une alcoolémie illégale [81].

## COMPARAISON EUROPÉENNE

Parmi 23 pays européens (Union européenne sans la Bulgarie, la Grèce, Malte ni la Lettonie mais avec la Norvège, la Suisse et la Croatie) pour lesquels les données sur le taux de mortalité par cirrhose alcoolique sont disponibles, la France se situe dans une position intermédiaire (dixième valeur la plus élevée), avec un taux de 13 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 4,5 pour les femmes. Le taux de mortalité en France est proche de celui observé au Portugal et en Grande-Bretagne et inférieur, par exemple, à celui de la République tchèque (16), de l'Allemagne (18) et de la Hongrie (98) (données OMS). Une analyse portant sur l'évolution des taux de mortalité par cirrhose du foie entre les années 1960 et le début des années 2000 fait apparaître une baisse continue de ces taux depuis les années 1970 dans les pays méditerranéens, dont la France, États qui se classaient alors largement en tête de tous les pays européens. Les taux de mortalité par cirrhose du foie ont en revanche augmenté sur cette période dans presque tous les autres pays de l'Europe, à l'exception des pays scandinaves. Cette double évolution explique ainsi la position moyenne supérieure de la France au sein de l'UE [113].

Les taux de mortalité par cancer de la bouche et de l'œsophage chez les hommes (pour 100 000) sont en France en 2010 parmi les plus élevés de l'UE : 17 contre 14 en moyenne dans l'UE. Les taux sont plus élevés dans seulement les six pays suivants : Hongrie, Slovaquie et Roumanie, ainsi que dans les trois États baltes. La France fait cependant partie des quatre pays ayant connu la plus forte réduction de ces taux entre 2001 et 2010 [56]. Les taux féminins de mortalité pour ces cancers se situent en France au même niveau que la moyenne de l'UE (respectivement 3,1 et 3,3).

#### Repères méthodologiques

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière ; Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; SAM ; Score-santé.

## 3.4

# Morbidité et mortalité liées au tabac

---

Aurélie Lermenier

En France comme dans le monde, le tabac constitue la première cause de décès évitable [231], loin devant l'alcool et les drogues illicites. Il est directement à l'origine de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de certains cancers : poumon, voies aérodigestives supérieures (VADS), conjointement avec l'alcool, et vessie. Dans le cas du cancer du poumon, le surrisque est fonction de la dose mais surtout la durée d'exposition : doubler la dose double le risque alors que doubler la durée du tabagisme le multiplie par 16 à 32. Le tabac favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-vasculaires ou, chez les femmes, le cancer du col de l'utérus et les avortements spontanés. S'ajoutent à cela les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses. Il s'écoule environ trente ans entre le moment où une génération commence à fumer régulièrement et l'apparition des signes épidémiologiques de dommages [118].

### **PRODUIT À L'ORIGINE DU PLUS GRAND NOMBRE DE DÉCÈS**

Contrairement à l'alcool, le tabagisme n'est jamais le seul facteur de risque, quelle que soit la pathologie. Pour estimer la mortalité globale qu'il entraîne, il est donc nécessaire de calculer la part attribuable au tabac dans les décès imputés à chacune des maladies ayant un lien avec cette consommation, en s'appuyant sur les risques relatifs (voir chapitre 3.3). Ceux-ci correspondent à l'augmentation du risque de décès encouru par les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. En dehors du cancer du poumon, dont les fumeurs ont de treize à vingt fois plus de chances de décéder que les non-fumeurs [224], les risques relatifs les plus

élevés s'observent pour la BPCO et les accidents vasculaires cérébraux (tableau 1). Toutefois, l'arrêt du tabac permet de faire baisser le surrisque de décès, notamment pour le cancer du poumon, et ce d'autant plus qu'il intervient tôt dans la vie [198].

**Tableau 1- Risques relatifs de décès chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs, selon la pathologie et le sexe**

	Hommes	Femmes
<b>Cancers <sup>(1)</sup></b>		
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	8,1	6,0
Estomac	2,2	1,5
Foie	2,3	1,5
Pancréas	2,2	2,2
Col de l'utérus		1,5
Vessie	3,0	2,4
Leucémie	1,9	1,2
Rein	2,5	1,5
<b>Cardiopathie ischémique <sup>(2)</sup></b>		
30-44 ans	5,5	2,3
45-59 ans	3,0	3,8
60-69 ans	1,9	2,5
<b>Accident vasculaire cérébral <sup>(2)</sup></b>		
30-44 ans	3,1	4,6
45-59 ans	3,1	4,6
60-69 ans	1,9	2,8
<b>Maladie cardiaque hypertensive</b>	2,0	2,1
<b>Autres maladies cardio-vasculaires</b>	2,2	2,0
<b>Maladie pulmonaire chronique obstructive</b>	10,8	12,3
<b>Autres maladies respiratoires</b>	1,9	2,2
<b>Tuberculose</b>	1,6	1,6

(1) Les cancers du poumon n'ont pas été intégrés dans ce tableau car la fraction attribuable au tabac pour cette pathologie est calculée selon une autre méthode que les risques relatifs tels qu'ils sont définis pour les autres localisations de cancers.

(2) Les risques relatifs de décès au-delà de 69 ans sont supérieurs à 1, signifiant que les fumeurs encourent un risque plus important de décéder que les non-fumeurs, mais n'ont pas été reportés ici car moins élevés qu'entre 30 et 69 ans, des âges pour lesquels on considère que les décès sont prématurés.

Exemple de lecture : Les hommes qui fument ont 8,1 fois plus de chances de décéder d'un cancer des VADS que les non-fumeurs, à âge égal ; le surrisque encouru par les fumeuses par rapport aux non-fumeuses pour cette pathologie est de 6.

Source : Organisation mondiale de la santé [231], pp.146-147, d'après Danaei G. [180] et Khanna G. [139].

Ainsi, pour l'année 2004, dernière année avant l'entrée en vigueur de la Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS (qui a réalisé ces estimations de mortalité pour chacun des pays dans le monde), le nombre annuel de décès attribués au tabagisme en France a été estimé à 73 000, dont un tiers par cancer du poumon. Le tabac est ainsi res-

ponsable d'un décès sur sept, soit 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine (tableau 2) [118].

**Tableau 2 - Fractions et nombre de décès attribuables au tabac, par pathologie et par sexe, 2004**

	Hommes		Femmes	
	FA <sup>(1)</sup> tabac	Nombre	FA <sup>(1)</sup> tabac	Nombre
Cancers du poumon	92 %	22 000	59 %	4 000
Autres cancers	22 %	16 000	3 %	2 000
<i>Tous cancers</i>	39 %	38 000	8 %	6 000
Maladies cardio-vasculaires	16 %	13 000	6 %	5 000
Maladies respiratoires (dont BPCO <sup>(2)</sup> )	50 %	6 000	24 %	2 000
Maladies infectieuses	13 %	2 000	6 %	1 000
Total	22 %	59 000	5 %	14 000

(1) Fraction attribuable au tabac chez les plus de 30 ans

(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

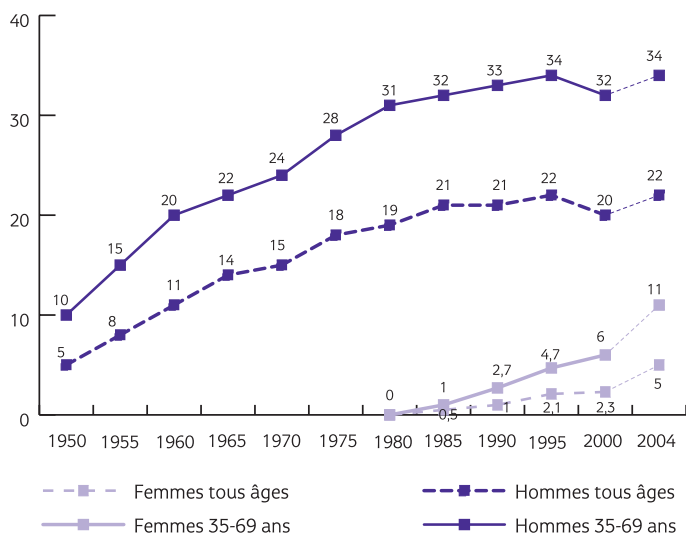
Source : Organisation mondiale de la santé pp.146-147, repris et complété par Hill C. [118].

## Une mortalité surtout masculine, mais des évolutions contraires selon le sexe

La mortalité, tout comme l'incidence des maladies liées au tabac, est encore essentiellement masculine (81 % des décès), bien que, avec l'entrée des femmes dans le tabagisme depuis les années 1950, l'écart se resserre. Le tabac est un facteur important de mortalité prématurée : la moitié des décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 34 % de la mortalité des hommes et 11 % de celle des femmes dans la classe d'âge des 35-69 ans. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur [118].

Chez les hommes, grâce à la baisse du tabagisme masculin (combinée aux progrès thérapeutiques), la mortalité attribuable au tabac a régressé au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XX<sup>e</sup> siècle [199]. Si la méthode de calcul a changé pour l'année 2004, ne permettant pas de comparaison stricte avec les années antérieures, le mouvement de progression semble bien enrayé chez eux. En revanche, pour les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité connaît une croissance continue depuis 1980, directement liée à la hausse du tabagisme chez celles-ci, qui semble se prolonger (et peut-être s'accroître) entre 2000 et 2004 (graphique 1).

Graphique 1- Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2004



Note : La méthodologie a changé entre les estimations sur la période 1950-2000 et celles pour 2004, entraînant une non-comparabilité des données entre 2000 et 2004.

Sources : *Registre national des causes de décès (CépiDc - exploitation CTSU) - University of Oxford (1950-2000) ; Organisation mondiale de la santé [231] (2004).*

## INCIDENCE DES CANCERS LIÉS AU TABAC EN HAUSSE CHEZ LES FEMMES

L'incidence du cancer pulmonaire reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). La hausse observée chez les hommes jusqu'à la fin des années 1990 s'est inversée en 2000, avec une baisse moyenne annuelle de 0,5 % sur les cinq années suivantes [23]. Ce recul se répercute sur la mortalité : en 2007, le taux de mortalité par cancer du poumon, de la trachée ou des bronches correspond à 61 pour 100 000 hommes et a baissé de 11 % sur les vingt dernières années. La surmortalité masculine pour ces cancers n'est plus que de 4,6 % aujourd'hui, après un maximum de 11,2 % atteint en 1979 [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 semblent toutefois indiquer une augmentation de l'incidence mais la baisse de la mortalité se poursuivrait [131].

Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon, de la trachée ou des bronches a presque triplé, passant ainsi de 3,6 pour 100 000 femmes en 1980 à 12,6 en 2005 (alors que celui des hommes a augmenté de seulement 4,5 %). En 2007, le taux de mortalité correspond à 14,6 pour 100 000 femmes, en hausse depuis 1977, avec une accélération depuis 2000 (+ 32 %). Ainsi, la mortalité féminine liée à ces cancers a quasiment doublé au cours des vingt dernières années [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 confirment ces hausses de l'incidence et de la mortalité liées au cancer du poumon chez les femmes [131].

Concernant les cancers des VADS, conjointement liés à la consommation de tabac et d'alcool, alors qu'on observe une baisse continue depuis 1985 du taux d'incidence chez les hommes, il augmente nettement chez les femmes (+ 51 % entre 1980 et 2005) (voir chapitre 3.3) [23].

**Tableau 3 - Nombre annuel de nouveaux cas de cancers du poumon et des VADS pour 100 000 personnes en France (incidence) entre 1980 et 2005 et évolution 2000-2005**

		1980	1985	1990	1995	2000	2005	Évolution 2000-2005
Hommes	Poumon	48,3	50,7	52	52,4	51,9	50,5	- 3 %
	VADS	67,7	67,8	63,9	56,6	47,2	36,8	- 22 %
Femmes	Poumon	3,6	4,5	5,7	7,3	9,5	12,6	33 %
	VADS	5,1	5,4	5,9	6,5	7,1	7,7	8 %

Note : Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Source : InVS

## Le tabagisme passif délétère pour la santé

L'Académie nationale de médecine estimait en 1999 que le tabagisme passif était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an. Les données disponibles permettent en effet d'affirmer que l'inhalation de la fumée du tabac par un non-fumeur provoque, chez l'adulte, une augmentation du risque de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %) [74]. Toutefois, avec l'extension des interdictions de fumer dans les lieux publics en 2007-2008, il est probable que le nombre de décès liés au tabagisme passif ait plus ou moins évolué à la baisse.

Le tabagisme d'une femme enceinte augmente les risques de complications lors de sa grossesse (grossesses extra-utérines, anomalies du placenta, etc.). L'exposition de l'enfant au tabagisme de sa mère (et, à un moindre degré, de l'entourage) double le risque de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, et de mort in utero (enfant mort-né). De plus, le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardio-vasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire, etc.) [7, 76]. Enfin, après la naissance, un enfant exposé au tabac subit un risque doublé de mort subite du nourrisson [74]. Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si l'un des parents fume) et aux crises d'asthme [74].

### **PLUS FORTE INCIDENCE DES CANCERS PULMONAIRES MAIS MORTALITÉ DANS LA MOYENNE EUROPÉENNE**

---

D'une manière générale, en 2012, la situation de la France en matière d'incidence du cancer du poumon, de la trachée et des bronches est plutôt mauvaise, alors qu'elle se situe dans la moyenne pour la mortalité. Chez les hommes, l'incidence est bien supérieure à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (UE), s'élevant à 74,5 cas pour 100 000 hommes (contre 66,3 dans l'UE), ce qui n'est pas le cas pour la mortalité (58,7 décès pour 100 000 hommes, contre 56,4). Il en va quasiment de même pour les femmes, le taux d'incidence s'élevant à 27,9 cas pour 100 000 (contre 26,1 dans l'UE), alors que la mortalité est légèrement inférieure (18,4 décès pour 100 000, contre 20,6 en moyenne dans l'UE) [99]. Les différences de systèmes de soins (au niveau du diagnostic et du traitement) entre les pays de l'UE expliquent probablement en partie ces écarts.

---

#### **Repères méthodologiques**

Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score santé.



## 3.5

# Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites

Anne-Claire Brisacier

L'usage de drogues peut entraîner des maladies infectieuses (sida, hépatites, infections bactériennes) en lien avec les voies d'administration des substances, principalement l'injection, et des troubles induits par la substance elle-même (troubles du comportement ou surdoses). D'autres pathologies peuvent être également liées à des conditions d'existence précaires, à un style de vie marqué par la prise de risques ou aux problèmes psychiatriques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues (accidents, suicides, mais aussi maladies des appareils digestif, circulatoire...). Les usagers de drogues ont des taux de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population du même âge, quelle que soit la cause de décès. Ainsi, bien que non représentatif de l'ensemble des usagers de drogues, les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5,2 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, le facteur multiplicatif est de 9,5 [159].

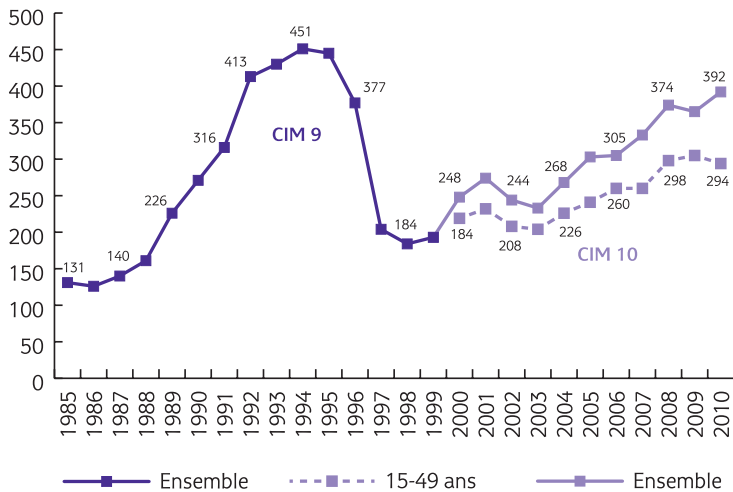
### **UNE MORTALITÉ PRINCIPALEMENT DUE AUX SURDOSES**

#### **Rôle majeur des opiacés**

En 2010, 392 décès par surdose ont été dénombrés dans la base de données sur les causes médicales de décès [50]. Ce nombre a connu un pic au milieu des années 1990 (451 décès en 1994), puis a baissé rapidement avec la diffusion des dispositifs de réduction des risques et des traitements de substitution aux opiacés, vraisemblablement à l'origine d'un recul de la consommation d'héroïne, alors pourvoyeuse d'un grand

nombre de décès. Depuis 2004, la mortalité par surdose augmente à nouveau (graphique 1), en lien jusqu'en 2009 avec une augmentation de l'usage d'héroïne. Différents indicateurs (hausse des interpellations pour usage d'héroïne et des saisies, disponibilité croissante) semblent indiquer une présence accrue du produit, tandis que le rejet dont il faisait l'objet est beaucoup moins marqué chez les jeunes générations. Alors que de nouveaux usagers apparaissent, les dangers liés à la consommation d'héroïne sont parfois ignorés. De plus, la circulation d'un produit fortement dosé, quand la plupart du temps il l'est peu, entraîne un risque majoré de décès par surdose [106]. À partir de 2010, les médicaments de substitution aux opiacés, notamment la méthadone, seraient responsables d'une part plus importante de décès par surdose que l'héroïne.

Graphique 1- Évolution du nombre de décès par surdose, 1985-2010



Note : Les décès répertoriés ici correspondent à la sélection B de l'OEEDT, qui regroupe les codes de la classification internationale des maladies CIM 10 suivants : F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62, Y12.

Source : CépiDc/Inserm

Souvent, plusieurs substances sont retrouvées de façon concomitante. En 2011, les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage – BHD) sont principalement en cause dans la moitié des décès par surdose et l'héroïne dans 15 % d'entre eux [46]. Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence,

compte tenu de la non-exhaustivité du recensement des décès par surdose par le dispositif DRAMES et de certaines limites de la base de données sur les causes médicales de décès [133]. Certains décès par surdose peuvent ne pas être comptabilisés car classés en « cause inconnue ou mal connue », du fait de l'absence d'analyse toxicologique ou de résultats non transmis. À l'inverse, des décès par surdose de morphine, survenant notamment parmi les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs, accidentel ou par suicide peuvent être comptabilisés à tort. Ce biais apparaît moindre en se focalisant sur les décès par surdose survenant parmi les 15-49 ans, tranche d'âge correspondant à celle de la majorité des usagers de drogues.

Cette sous-estimation probable des décès et surtout la large diffusion en France de la BHD (molécule présentant des risques de surdose mortelle beaucoup plus faibles que la méthadone) peuvent expliquer un nombre de surdoses mortelles inférieur aux niveaux constatés dans d'autres pays européens [133]. Ainsi, au Royaume-Uni et en Allemagne, en 2010, les surdoses mortelles sont respectivement 7 et 3 fois plus fréquentes qu'en France [88].

### Moins de décès par sida

Avec 75 décès par sida en 2010 parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDVI), la baisse initiée au milieu des années 1990 se poursuit lentement, parallèlement à une nette diminution de la prévalence du VIH parmi les UDVI. L'introduction des traitements par trithérapie en 1996 a permis de diviser par quatre (de 1 044 à 268) le nombre de décès par sida chez les UDVI entre 1994 et 1997. Depuis le début de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui, les décès chez les injecteurs de drogues représentent environ un quart de l'ensemble des décès par sida [129].

## UNE MORBIDITÉ INFECTIEUSE EN DIMINUTION

### Recul des découvertes de séropositivité au VIH et des nouveaux cas de sida

En 2010, 74 découvertes de séropositivité au VIH chez les UDVI ont été déclarées par les médecins, soit 1 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité. Elles surviennent très tardivement (au stade sida ou lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>), plus souvent au sein de ce public que dans l'ensemble (46 % contre 30 %) [43].

La prévalence de la séropositivité au VIH décroît chez les usagers de drogues. En 2010, 7 % de ceux fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui ont pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie et effectué un test de dépistage se déclarent séropositifs au VIH, contre 9 % en 2006 [33, 40]. En 2004, 11 % des personnes ayant pratiqué l'injection ou le sniff au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH, la prévalence du VIH ayant notamment diminué parmi les plus jeunes, selon l'enquête Coquelicot [134]. Durant la première moitié des années 1990, différentes enquêtes rapportaient des taux de séropositivité autour de 30 % [181].

Ce recul de l'infection au VIH chez les usagers de drogues est en lien avec la politique de réduction des risques menée depuis de nombreuses années : accès facilité aux seringues stériles, développement de structures d'accueil de première ligne et diffusion des traitements de substitution aux opiacés (1996), sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection.

Les nouveaux cas de sida chez les UDVI ont également fortement diminué depuis le milieu des années 1990 (111 en 2010, contre 1 319 en 1995). Ainsi, ils représentent 7 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida en 2010, contre 25 % en 1995 [129]. La mise à disposition de traitements antiviraux efficaces, à partir de 1996, a permis de retarder l'apparition du sida, stade avancé de l'infection par le VIH, chez les patients déjà contaminés.

### Baisse probable de la prévalence de l'hépatite C

La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) semble diminuer depuis 1999, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un pouvoir contaminant plus important du VHC lors d'une exposition à du sang infecté et par une plus forte résistance au milieu extérieur. Le partage des seringues et du matériel de préparation (cuillères, coton, eau de rinçage) constitue le principal mode de transmission du virus, ainsi que, dans une moindre mesure, le partage des pailles (lors du sniff) et des pipes à crack. Ainsi les nouvelles contaminations par le VHC touchent essentiellement les usagers de drogues. Dans 55 à 85 % des cas, l'hépatite C évolue vers une hépatite chronique. Celle-ci peut guérir dans un certain nombre de cas grâce à des traitements associant l'interféron à des médicaments antiviraux actifs sur le VHC. En l'absence de traitement, l'hépatite chronique mène dans 10 à 20 % des cas à une cirrhose et/ou un cancer du foie. Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une co-infection au VIH. Aucun vaccin n'est encore disponible.

Selon l'enquête Coquelicot menée en 2004, 74 % des usagers injecteurs au moins une fois au cours de la vie avaient une infection par le VHC, déterminée à partir de prélèvements biologiques sanguins. Une part importante des usagers de drogues (27 %) pensaient à tort être séro-négatifs, traduisant une méconnaissance du statut sérologique [134, 135].

Les données récentes permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC sont déclaratives et ne concernent que la population suivie dans les CAARUD. Comme de nombreux usagers injecteurs ignorent être séropositifs, la prévalence déclarée est nettement inférieure à celle issue de tests biologiques. Toutefois, il semble que la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues baisse. La séropositivité déclarée diminue particulièrement chez les injecteurs au moins une fois au cours de la vie de moins de 25 ans : elle est égale à 8,5 % en 2010, contre 14 % en 2008 et 23 % en 2006 [35, 40].

En 2004, la co-infection VIH/VHC concernait 10 % des usagers de drogues ayant injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie [134]. En 2010, les décès de personnes infectées par le VIH par injection de drogue étaient plus souvent causés par une atteinte hépatique (un quart des décès, essentiellement liés à une hépatite B ou C) que par le sida (1 décès sur 10) [216].

### Hépatite B : une situation moins bien renseignée

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet principalement par voie sexuelle, les autres modes de contamination sont la voie sanguine et la transmission materno-foetale. L'hépatite B aiguë guérit spontanément dans 90 % des cas, mais des complications graves sont possibles : l'hépatite fulminante et l'hépatite chronique. Le risque pour cette dernière est l'évolution vers une cirrhose et/ou un cancer du foie. Un vaccin est disponible. Les traitements actuellement indiqués à certains stades de l'hépatite chronique B ne permettent pas d'obtenir une guérison et doivent être poursuivis à vie.

Le statut d'un individu vis-à-vis du virus de l'hépatite B correspond à des situations diverses : vaccination complète ou incomplète, antécédent d'hépatite guérie, hépatite aiguë ou chronique.

La notification de cas aigus d'hépatite B n'est obligatoire que depuis 2003. Entre cette date et 2011, près de 1 220 cas ont été recensés, parmi lesquels 34 (4 % parmi les 715 pour lesquels le facteur d'exposition est renseigné) sont en lien avec un usage de drogues [130].

En 2010, dans les CAARUD, 21 % des usagers méconnaissent leur statut vis-à-vis de l'hépatite B et la moitié se dit vaccinée, mais un tiers seulement parmi eux déclarent être totalement vaccinés (3 injections). De plus, 5 % disent avoir été infectés (guéris ou non) et 23 % pensent n'avoir été ni infectés ni vaccinés [33].

### L'injection, source d'autres complications

Les usagers de drogues injecteurs souffrent fréquemment de problèmes locaux : veines bouchées et/ou infections bactériennes ou mycosiques. Par voie sanguine, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites...), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier. En outre, l'injection de la buprénorphine haut dosage (BHD) provoquerait davantage de dégâts que celle des autres produits (tableau 1).

Tableau 1 - Fréquence des problèmes liés à l'injection au cours du mois écoulé dans les structures de première ligne (en %), 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n = 239)	Autre(s) produit(s) (n = 232)	Ensemble (n = 471)
Difficultés à l'injection	68	56*	62
Abcès cutanés	36	22*	29
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46	29*	38
Gonflements des mains et avant-bras	43	30*	37
Gonflements des pieds ou jambes	16	12	14
« Poussières »	31	24	27

\* différence significative avec un risque d'erreur < 1 % entre les pourcentages parmi les injecteurs de BHD et les injecteurs d'autres produits.

Source : Enquête PRELUD 2006 (OFDT)

## DROGUES, PSYCHIATRIE ET PRÉCARITÉ : L'INTRICATION DES PROBLÈMES

Les comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues semblent fréquentes, mais la part des personnes concernées n'est actuellement pas quantifiée en France. Les pathologies psychiatriques peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psy-

choactives (notamment les psychoses liées à la consommation répétée d'hallucinogènes, d'amphétamines ou de cocaïne). La forte prévalence de « personnalités limites » (caractérisées principalement par une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs et des relations instables) parmi les consommateurs est également mentionnée par certains auteurs. La consommation de substances psychoactives peut alors constituer un facteur aggravant et révélateur [8, 232]. La question de la causalité entre consommation régulière de cannabis et pathologies psychiatriques reste toujours très discutée (voir encadré).

Selon des données internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité (de 50 % à 90 % des usagers), la dépression et les états d'angoisse (20 % à 60 %) et les troubles psychotiques (15 % à 20 %) [180].

En outre, l'état de santé général des usagers de drogues est lié aux conditions de vie plus précaires que celles de la population générale en termes de logement, de protection sociale et de ressources.

### **LE CANNABIS : NI SURDOSES, NI INFECTIONS, MAIS...** \_\_\_\_\_

Le cannabis, substance illicite la plus largement consommée par les Français, occupe au plan sanitaire une place spécifique par rapport aux autres drogues illicites. Sa toxicité, moins marquée, et donc moins évidente, a suscité et suscite encore discussions et recherches.

#### **Effets aigus d'une prise de cannabis : de l'ivresse aux hallucinations**

La prise de cannabis entraîne, proportionnellement à la dose consommée et à la tolérance développée par l'utilisateur, une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice. Ces signes sont aggravés par la consommation concomitante d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool. La modifica-

tion des perceptions peut prendre la forme d'hallucinations.

L'impact du cannabis sur la conduite automobile a par ailleurs été clairement démontré : les conducteurs sous l'influence du cannabis ont presque deux fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel de la route que les conducteurs négatifs. Ce risque est inférieur à celui lié à l'alcool (multiplié par 8), mais, en cas de consommation associée, le risque est multiplié par 15 [154].

Des défaillances cardio-vasculaires ont été rapportées, notamment des infarctus du myocarde où le cannabis interviendrait parfois comme seul facteur déclenchant [62, 204].

L'intoxication aiguë peut également donner lieu à des troubles anxieux,

sous la forme d'attaques de paniques (bad trip) ou d'un syndrome de dépersonnalisation très angoissant. Rare, la psychose cannabique se manifeste par des bouffées délirantes ou des hallucinations visuelles avec agressivité, désorientation temporo-spatiale... Ces symptômes psychiatriques régressent le plus souvent avec l'arrêt des prises, mais sont parfois inauguraux de pathologies chroniques [62, 204].

### Effets de la consommation chronique : dose et vulnérabilité individuelle en cause

Une consommation importante et chronique de cannabis peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, une fatigue physique et intellectuelle, des difficultés de concentration et de mémorisation et une humeur dépressive, traduisant un « syndrome amotivationnel ». La consommation régulière de cannabis peut constituer un facteur d'aggravation de toutes les maladies psychiatriques (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, des troubles de l'humeur et anxieux). Le cannabis perturbe aussi la mémoire et les capacités d'apprentissage. Une consommation chronique débutée au début de l'adolescence pourrait entraîner un déclin cognitif irréversible [161].

La consommation de cannabis serait un des nombreux facteurs (ni nécessaire, ni suffisant) qui favorisent la survenue d'une schizophrénie. Cependant, son rôle causal est encore l'objet de controverses. Le risque semble faible, mais augmenterait avec les quantités consommées et lorsque l'usage commence avant l'âge de 15 ans. Si plusieurs études ont montré une association statistique entre maladie psychotique et consommation déclarée de cannabis, la forte augmentation de l'usage de cannabis ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de l'incidence des schizophrénies [204].

Les effets physiques de l'intoxication chronique au cannabis tiennent aux effets du cannabis lui-même, mais également de l'intoxication tabagique concomitante (fumé, le cannabis est généralement mêlé au tabac). Cependant, le cannabis a un effet propre favorisant la bronchite chronique, l'athérosclérose (dépôt graisseux dans la paroi des artères), et peut provoquer une artérite (inflammation des artères) présentant des similitudes avec la maladie de Buerger. Le cannabis peut également augmenter, par un effet propre, le risque de certains cancers (notamment du poumon et des voies aéro-digestives supérieures) [62, 204].

### Repères méthodologiques

Coquelicot ; DRAMES ; ENaCAARUD ; OEDT ; Registre national des causes de décès ; SAM ; Système de notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B ; Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida ; TREND.