

# Problèmes sanitaires et sociaux

## Prises en charge liées à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac

Ce chapitre aborde la question du nombre et des caractéristiques des personnes prises en charge pour des problèmes d'**addiction** à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac. Les problèmes d'**abus** ou de **dépendance** à une substance **psychoactive** s'accompagnent souvent de pathologies liées à sa consommation (cancer, **cirrhose**, **sida**, **hépatite C**, traumatismes, etc.), qui doivent être distinguées de l'addiction en tant que telle. La question des pathologies associées sera abordée dans « Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool ».

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 la population de fumeurs se distingue jusqu'à maintenant assez peu de l'ensemble de la population. 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.

### **Alcool et drogues illicites**

#### *Davantage de prises en charge*

En 2002, environ 86 000 consommateurs ont été accueillis dans les structures spécialisées en alcoologie (CCA) et 67 000 dans celles spécialisées en « toxicomanie » (CSST) [19, 20]. Ces chiffres comprennent cependant des doubles comptes

(une même personne recensée dans deux structures différentes), qu'il est difficile d'évaluer en l'absence de données individuelles d'identification. Depuis le milieu des années 1990, le nombre de personnes prises en charge est relativement stable dans les CCA, avec cependant une augmentation perceptible en 2002 ; la hausse du nombre déclaré de patients a été plus régulière et plus rapide dans les CSST [19, 20].

Le nombre de personnes vues dans les **structures de première ligne** avait été estimé en 2000 à environ 35 000 personnes [21]. Une partie d'entre elles peut avoir également fréquenté un CSST au cours de la même année.

À l'hôpital (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 93 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2002 et environ 26 500 séjours pour **sevrage** alcoolique. En ce qui concerne les drogues illicites, un peu plus de 3 900 séjours liés à la consommation de ces substances (troubles mentaux et du comportement) ont été enregistrés la même année, dont un peu moins d'un tiers pour consommation d'**opiacés** (en baisse) et 13 % environ pour usage de **cannabis** (en augmentation) [22]. En 2003, les médecins de ville ont vu en une semaine environ 48 000 patients pour un sevrage alcoolique. Ce nombre a nettement diminué au cours des dix dernières années (2,2 en moyenne par médecin en 1994 contre 1,7 en 1999 et 0,9 en 2003). Au cours d'un mois, les

médecins généralistes ont vu 97 000 consommateurs d'opiacés. Cette estimation est restée stable au cours des dix dernières années [23].

#### *Diversités des produits consommés*

Les personnes vues dans les structures spécialisées sont souvent consommatrices de plusieurs substances. Dans les CCA en 2002, près de trois nouveaux consultants sur quatre sont fumeurs, un sur dix déclare consommer du cannabis [24]. Parmi les boissons alcoolisées, 23 % des nouveaux consultants consomment principalement du vin, 21 % de la bière,

17 % des spiritueux et 25 % plusieurs types de boissons alcoolisées [24]. C'est parmi les patients fréquentant les structures spécialisées en toxicomanie que l'on trouve la plus large gamme de produits consommés et un pourcentage très élevé de **polyconsommateurs**. Les niveaux de consommation plus importants observés dans les structures de première ligne s'expliquent par une période d'observation plus large (mois contre semaine) et également parce que les personnes fréquentant ces structures tendent à être moins insérées dans un processus de soins et donc moins susceptibles d'avoir

**Tableau 9 : Proportion de consommateurs des différentes substances psychoactives parmi les patients fréquentant les structures de soins et de première ligne, 2003**

	<b>Structures spécialisées de soins (consommation au cours des 7 derniers jours)</b>	<b>Structures de première ligne (consommation au cours des 30 derniers jours)</b>
<b>Substances licites (hors médicaments)</b>		
Tabac	94 %	95 %
Alcool <sup>(1)</sup>	19 %	21 %
<b>Substances illicites</b>		
Héroïne	12 %	25 %
Cannabis	39 %	85 %
Cocaïne	10 %	35 %
Crack	1 %	18 %
Ecstasy	5 %	32 %
LSD	1 %	11 %
<b>Médicaments (usages thérapeutiques et non thérapeutiques)</b>		
Méthadone	36 %	17 %
Buprénorphine haut dosage	41 %	41 %
Codéine	1 %	5 %
Benzodiazépines	25 %	41 %

(1) Pourcentage de dépendants à l'alcool dans l'enquête OPPIDUM ; pourcentage de personnes consommant 7 verres et plus les jours de consommation dans l'enquête TREND/Première ligne.

Note : plusieurs produits consommés peuvent être cités pour une même personne ; la somme des pourcentages peut excéder 100 %.

Note : tous les produits cités dans ce tableau, hormis l'alcool et le tabac, sont définis dans le lexique.

**Sources : OPPIDUM 2003, CEIP ; TREND/Première ligne 2003, OFDT**

réduit ou cessé leur consommation [Tableau 9]. Outre le tabac et le cannabis, massivement consommés, ce sont les médicaments de substitution aux opiacés (**buprénorphine haut dosage** et **méthadone**) et les **benzodiazépines** dont l'usage est le plus souvent cité [25]. Une partie de ces consommations correspond cependant à des usages thérapeutiques [Voir : Traitements de substitution aux opiacés]. L'abus ou la dépendance à l'alcool sont déclarés par environ un patient sur cinq.

#### **Alcool et opiacés à l'origine du plus grand nombre de prises en charge**

Dans les CCAA, l'alcool est le produit à l'origine de la prise en charge pour la quasi-totalité des patients. La gamme des produits est plus large pour les patients fréquentant les CSST : en 2002, environ un sur deux a été amené à consulter pour un problème d'abus ou de dépendance aux **opiacés** (**héroïne** ou médicaments opiacés détournés de leur usage). Cette proportion a fortement baissé ces dernières années [Graphique 4]. Le cannabis est cité pour un patient sur quatre (et un

tiers des nouveaux patients), proportion en augmentation depuis la fin des années 1990. En dehors de l'alcool et de la **cocaïne**, les autres produits sont plus rarement cités. Ces données ne permettent cependant pas de rendre compte de la situation de nombreux patients en difficulté avec plusieurs produits. Cocaïne, alcool et médicaments détournés sont alors souvent cités comme produit motivant également la prise en charge [4].

#### **Des profils variés selon les structures**

Seuls les nouveaux patients peuvent être décrits dans cette section et représentent environ 50 % de l'ensemble des patients accueillis dans les CCAA ou les CSST. Dans les deux catégories de structures, ils sont très majoritairement de sexe masculin et nettement plus jeunes que dans les structures alcool [Tableau 10]. En 2002, les 40 ans et plus sont majoritaires (58 %) dans les structures alcool alors qu'ils ne représentent que 11 % des nouveaux patients fréquentant les CSST. La moitié des nouveaux patients vus dans les struc-

**Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des nouveaux consultants dans les structures alcool et toxicomanie, 2002**

	Structures à orientation alcool	Structures à orientation toxicomanie
Homme	77 %	80 %
Âge moyen	41 ans	28 ans
Emploi/revenu d'emploi	52 %	36 %
Logement stable	90 %	70 %
Adressés par des services administratifs ou la justice	29 %	20 %

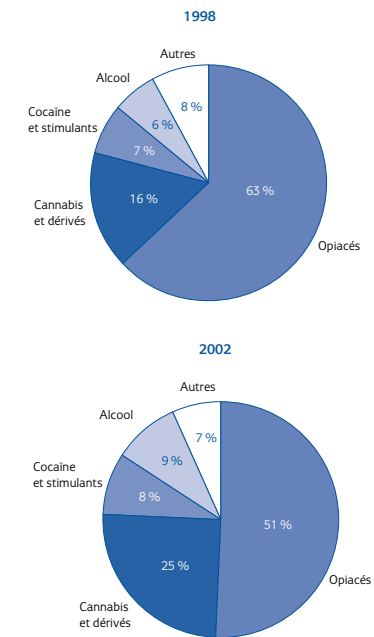
Sources : Rapports d'activité des CSST, DGS/OFDFT ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie, DGS/OFDFT ; consultants des CCAA, ANPAA

tures alcool a un emploi stable contre un gros tiers pour les CSST. La proportion de mal logés est également plus importante parmi les patients des CSST. Dans les deux types de structures, une part importante des patients est adressée par les services judiciaires ou d'autres services administratifs de l'État (services de police, services sanitaires).

Depuis le milieu des années 1990, le profil des personnes accueillies dans les CCAA est resté assez stable. On peut toutefois constater une augmentation de la part des personnes âgées de plus de 50 ans (de 19 à 25 % entre 1995 et 2002) et une augmentation de la part des personnes venues consulter à la suite de problèmes avec les autorités judiciaires (de 26 % en 1995 à 30 % en 2002) [20].

Dans les CSST, les évolutions les plus marquantes ont trait à l'augmentation du nombre de patients sous **traitement de substitution**, à la baisse de la proportion de consommateurs accueillis pour des problèmes de consommation d'opiacés et à l'accroissement du nombre de patients en difficulté avec le cannabis.

**Graphique 4 : Répartition des patients suivant le produit à l'origine de la prise en charge dans les CSST, 1998-2002**



Source : Rapports d'activité des CSST 2002, DGS/OFDFT

#### **Les dispositifs de soins alcool et toxicomanie**

Les personnes en difficulté avec la consommation d'alcool et de drogues illicites peuvent s'adresser à différents types d'institutions. Il existe tout d'abord des structures spécialisées ambulatoires en alcoologie (Centre de cure ambulatoire en alcoologie - CCAA) ou drogues illicites (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes - CSST) dans lesquelles les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge de type médico-psychosociale. À quelques exceptions près, on comptait au moins une structure de chaque type par département en 2002. D'autres structures spécialisées possèdent des capacités d'hébergement permettant d'accueillir les patients pour des séjours de durée variable, souvent à la suite d'une cure de sevrage. Les structures spécialisées en toxicomanie disposent également d'une capacité d'hébergement d'urgence ou transitoire permettant d'accueillir pour une courte durée certains patients en grande difficulté. L'ensemble de ces structures à caractère médico-social doit être regroupé prochainement sous un même statut et une même dénomination : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, dits CSAPA. ...

Les consommateurs de drogues en très grande difficulté peuvent également être accueillis dans des structures de première ligne (**programme d'échange de seringues, boutiques**) créées dans le but de diminuer les dommages associés aux consommations de drogues, et notamment les infections à VIH, VHB et VHC.

De nombreux patients s'adressent au système généraliste de santé, hôpitaux ou médecins de ville. Certains hôpitaux possèdent des services ou des unités d'alcoologie permettant notamment d'accueillir des patients pour des sevrages avec hospitalisation. Les **équipes de liaison en addictologie** ont été créées en 2000 pour favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes ne sont cependant présentes à l'heure actuelle que dans une partie des hôpitaux.

Les médecins de ville sont également amenés à rencontrer des patients ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives. Pour améliorer leur prise en charge, les pouvoirs publics ont soutenu la création de réseaux de médecins (**Réseaux ville hôpital**). Ce dispositif, associant de façon variable selon les cas, médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins et personnel hospitalier ainsi que les médecins et autres intervenants des structures spécialisées, doit permettre un accompagnement global des patients et garantir la continuité de la prise en charge.

L'utilisation de la voie intraveineuse parmi les personnes fréquentant les CSST est en nette diminution depuis une dizaine d'années. Cela s'explique tout d'abord par l'augmentation de la proportion d'usagers de produits qui ne se consomment pas par voie injectable (par exemple, le cannabis). Mais d'autre part, même chez les consommateurs de produits injectables (opiacés, cocaïne), ce mode d'usage a tendance à régresser. Par ailleurs, toujours dans les CSST, on constate une tendance à la bipolarisation de la clientèle avec une augmentation des plus jeunes et des plus âgés (entre 1998 et 2002, pour les nouveaux patients, la part des moins de 25 ans passe de 35 à 38 % et celle des 40 ans et plus de 5 à 11 %). Parallèlement, la proportion de nouveaux patients adressés par les services judiciaires est passée de 13 % en 1998 à 20 % en 2002 [19].

### Tabac

Si le sevrage tabagique revêt différentes formes et peut se faire sans l'aide de médecin, il existe des aides médicamenteuses, délivrées en pharmacie sans ordonnance. Néanmoins, des structures spécialisées existent et s'adressent en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative de sevrage ou rechuté à plusieurs reprises et aux fumeurs victimes de maladies liées au tabac qui poursuivent leur consommation.

En 2003, on recense environ 400 consultations de tabacologie utilisant, en méthode principale de sevrage tabagique, une de celles recommandées par la conférence de consensus de 1998, l'efficacité de l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'hypnose n'ayant pas été reconnue [26].

### Hausse continue du nombre de patients

En 2003, près de 6 000 patients ont été accueillis, au cours d'une semaine, dans les consultations spécialisées en tabacologie, dont un tiers de nouveaux patients. L'Office français de prévention du tabagisme estime qu'environ 55 000 nouveaux patients auraient été accueillis en 2003 dans ces consultations [27]. La plupart des consultations ont lieu à l'hôpital (74 % des centres répondants). Ces structures ne sont pas destinées aux seuls patients en cours d'hospitalisation qui représentent 10 % seulement de la clientèle vue une semaine donnée. Les médecins de ville ont vu en 2003 environ 84 000 patients par semaine souhaitant arrêter de fumer. Le nombre moyen de patients vus pour un sevrage tabagique, par médecin et par semaine, est en baisse. Il est passé de 2,2 en 1993 à 1,9 en 1999 et 1,4 en 2003 [23]. L'importance

du recours aux médecins généralistes pour un sevrage tabagique a probablement été modifiée dès la fin 1999, date à laquelle l'achat de substituts nicotiques en pharmacie a été autorisé sans prescription médicale. Les ventes de ces médicaments ont doublé entre 1999 et 2000 et n'ont pas cessé d'augmenter depuis [Voir : Tabac].

### Autant de femmes que d'hommes

Les dossiers de 13 020 patients reçus dans certaines consultations de tabacologie à travers la France ont été enregistrés et analysés entre 2001 et 2003. Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes. Elles sont en moyenne moins âgées : 40 contre 44 ans en moyenne. Leur consommation journalière de cigarettes est relativement importante : 26 en moyenne pour les hommes et 22 pour les femmes [28].

### Repères méthodologiques

*Baromètre Santé médecins généralistes ; CDT ; Consultants des CCAA ; Enquête auprès des consultations de tabacologie ; OPPIDUM ; PMSI ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Rapports d'activité des CSST ; TREND/Première ligne.*

## Traitements de substitution aux opiacés

Les **traitements de substitution** constituent une des options thérapeutiques et de soutien offertes en France aux personnes dépendantes aux **opiacés**. 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'opiacés illicites. Ils s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale [29]. 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. Son bilan, après dix ans de prescription, montre un impact sociosanitaire clairement positif. Au plan individuel, les traitements de substitution permettent une rupture du cycle de **dépendance** qui a produit beaucoup plus rapidement qu'au passé, une amélioration des conditions de vie et de l'accès aux soins [29, 30]. Au plan collectif, le point le plus remarquable réside dans la baisse importante du nombre des décès par **surdose** [30-32].

### Le cadre de prescription : la BHD plus accessible que la méthadone

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 ou **Subutex®**), dont le classement est actuellement discuté. En France, la méthadone se présente sous forme de sirop, la BHD sous forme de comprimés à laisser fondre sous la langue.

Les traitements par méthadone ne peuvent être initiés que par des médecins exerçant dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville peut être assuré une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès et de maintien aux programmes « méthadone » sont plus ou moins strictes selon les centres. Contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Elle bénéficie donc d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin [29]. Cette large accessibilité de la BHD constitue une spécificité française. 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 sont les médecins généralistes (entre 91 et 99 % selon les lieux) [33]. En 2001, si 80 % des CSST prescrivaient de la méthadone, il restait 6 départements sans CSST prescripteurs et 3 départements dépourvus de CSST [34].

Les **sulfates de morphines** (Moscontin®, Skenan®), **analgésiques** majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'**héroïne**, bien que ne disposant pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

### Une disponibilité croissante des traitements

#### La part prépondérante de la BHD

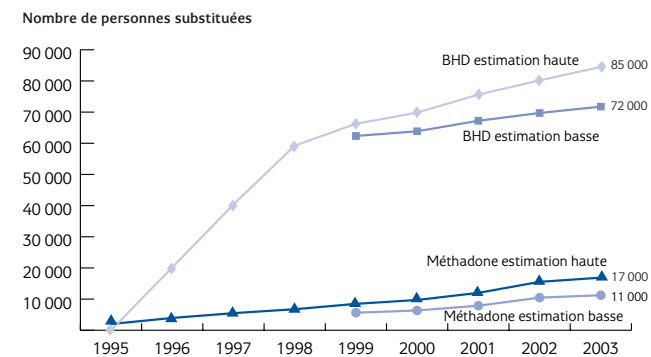
De l'ordre de 2 000 en 1995, le nombre de patients sous méthadone se situe en 2003 entre 11 000 et 17 000 (d'après les données de vente et selon les différentes hypothèses envisagées pour les doses moyennes). Dans le même temps, le nombre de patients sous BHD est passé de 0 à un niveau compris entre 72 000 et 85 000 [Graphique 5].

En 2003, le nombre de personnes recevant un traitement de substitution se situerait donc entre 83 000 et 100 000 [35, 36], pour un nombre de consommateurs problématiques d'opiacés estimé en 1999, entre 150 000 et 180 000 en France [4]. Cependant, le nombre de patients inscrits dans une démarche de soins durable, sous suivi médical, ne dépasserait pas 63 000. Les patients sous méthadone représenteraient environ 20 % de cette population.

Bénéficiant d'une large diffusion, la BHD est en partie détournée sous forme de trafic et n'est donc pas totalement consommée dans le cadre d'un traitement sous contrôle médical. Ainsi, en marge des patients en « traitement continu », régulièrement suivis pendant au moins 6 mois (environ 70 % des personnes recevant des prescriptions de BHD), d'autres comportements peuvent être recensés [Graphique 6] [35] :

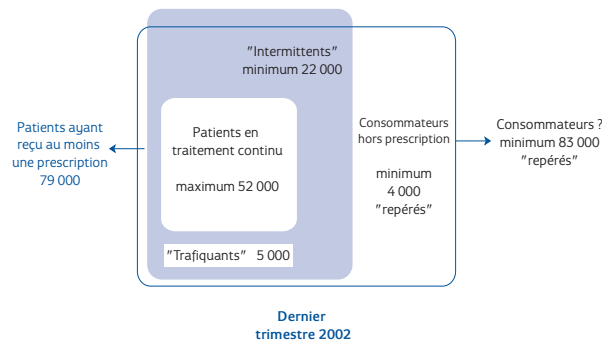
- un peu plus du quart reçoit des prescriptions de BHD de manière intermittente, voire ponctuelle (les « intermittents ») ;
- environ 6 % détournent la BHD dans des proportions importantes ;
- enfin, les consommateurs qui se procurent de la BHD uniquement sans prescription sont difficiles à dénombrer. Au moins 4 000 d'entre eux fréquentent chaque année les **structures de première ligne** [37].

Graphique 5 : Estimations du nombre de personnes recevant un traitement de substitution, 1995-2003



Source : SIAMOIS, InVS, estimations OFDT

**Graphique 6 : Estimation de la taille des différentes populations recevant de la BHD par prescription, 2002**



Source : SIAM, CNAMTS, estimations OFDT

### Vers un rééquilibrage au profit de la méthadone

La tendance est actuellement à la stagnation du nombre de patients sous BHD, et même à la décroissance dans certaines villes. Au contraire, l'effectif des patients sous méthadone augmente [33, 38]. Une étude sur les traitements de substitution délivrés en ville, soit la quasi-totalité de la BHD et environ la moitié de la méthadone, menée dans 13 agglomérations entre début 2001 et fin 2002, montre une croissance de seulement 2 % du nombre des personnes ayant reçu une prescription de BHD alors que l'effectif des patients sous méthadone délivrée en pharmacie s'est accru de 20 %.

### Des traitements pris au long cours

La plupart des personnes recevant des produits de substitution sont des hommes (76 à 79 % pour la BHD, 71 à 77 %

pour la méthadone). Leur moyenne d'âge varie selon les structures fréquentées et se situe pour la BHD entre 30,5 ans et 34,5 ans et pour la méthadone entre 32,5 ans et 36 ans [33, 37, 43, 44]. Elle est croissante au fil des ans : les patients tendent à conserver leur traitement en vieillissant, ce qui tire vers le haut l'âge moyen des patients traités. Les femmes sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes, peut être parce qu'elles entrent plus précocement dans un processus de soins [33, 38].

### Développement des mésusages

S'il a contribué à améliorer l'état et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés, le développement des traitements de substitution s'est également accompagné de l'apparition d'usages indésirables. Ceux-ci sont surtout rapportés à propos de la BHD, du fait de sa plus grande facilité d'accès.

Ces mésusages peuvent être ainsi résumés [35, 45] :

- l'autosubstitution : il s'agit d'un usage de type « thérapeutique » où la BHD 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 ;
- l'usage toxicomaniaque : la BHD est utilisée comme une drogue parmi d'autres. Un tiers des personnes, fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes, recherche une « défonce » dans la BHD, en marge de sa finalité thérapeutique, et 13 % en consomment uniquement pour « se défoncer » [37]. Cet usage peut concerner des personnes préalablement dépendantes à un opiacé, mais aussi des personnes

pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance. L'usage non substitutif de BHD touche un quart des personnes consommant de la BHD dans les structures de première ligne [46, 47]. Cependant, à l'échelle de la population française, cette pratique reste rare : seuls 0,6 % des filles et 0,9 % des garçons de 17-18 ans ont déjà expérimenté la BHD. Parmi eux, 42 % n'ont jamais consommé d'héroïne [8] ;

- le recours à une voie d'administration de la BHD autre que sublinguale : l'injection, en baisse, est encore pratiquée par 12 % des consommateurs vus dans un cadre thérapeutique et jusqu'à 50 % des personnes rencontrées dans les structures de première ligne qui disent consommer la BHD « pour se défoncer ».

### Une accessibilité qui progresse en milieu carcéral mais ne couvre pas les besoins

Près de deux entrants en prison sur cinq déclaraient, en 1999, un usage de drogues illicites et 15 % d'entre eux avaient consommé des opiacés (héroïne, morphine, opium) de manière prolongée dans l'année précédant l'incarcération (nouvelles données attendues en 2005) [39]. Pourtant, parmi les détenus, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est estimée à moins de 7 %, soit 3 800 individus, au terme d'une progression significative entre 1998 et 2004 (2 % en 1998). Seuls 4 % des établissements pénitentiaires n'ont aucun détenu sous substitution en 2004, contre 26 % en 1999. Si l'accessibilité des traitements de substitution a globalement progressé, elle n'est pas encore garantie dans tous les établissements pénitentiaires [40] : pour près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution se pose, notamment dans les grands établissements [41]. La poursuite des traitements, et, à plus forte raison, leur initialisation, se heurte à des refus de principe de certains médecins à l'égard de la substitution, à la difficulté de contrôler la prise du produit en l'absence d'effectifs médicaux suffisants et aux contraintes inhérentes à l'organisation carcérale [41, 42]. L'hétérogénéité des pratiques médicales d'un établissement à l'autre reste patente : sur 165 établissements enquêtés, 33 (20 %) ont interrompu au moins un traitement de substitution et 3 déclarent le faire systématiquement [40]. Les modalités de dispensation du traitement, marquées surtout par l'absence de confidentialité, apparaissent également très disparates. Celles-ci peuvent renforcer des situations d'usage détourné et de trafic des médicaments (du Subutex® en particulier) et accroître les risques de surdose (surtout liés à la méthadone) potentiellement mortel pour le détenu [41, 42]. En dépit d'un moindre détournement observé avec la méthadone, seuls un peu plus de 15 % des détenus substitués reçoivent ce traitement [40].

Le sniff, de plus en plus fréquent, concerne de 12 % (cadre thérapeutique) à 33 % (structures de première ligne) des usagers [37, 43]. Il faut noter que l'utilisation de voies d'administration autres que sublinguale augmente la dose nécessaire sur la journée, et que l'injection de la BHD – théoriquement non injectable – entraîne de très fréquentes complications [Voir : Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites] ;

- la prise de doses inappropriées et la consommation problématique d'autres produits (*benzodiazépines* à doses non thérapeutiques, alcool). Elle peut être liée

à un usage toxicomaniaque persistant, à une prise incorrecte (non sublinguale) ou à une prise en charge insuffisante de la souffrance psychique des patients ;

- le trafic : alimenté par la revente de produits prescrits, il permet les consommations hors suivi médical (fin 2002 entre 21 et 25 % des doses prescrites seraient revendues) [35]. Ce trafic a connu une croissance importante au cours des cinq dernières années. Il devrait décroître significativement à partir de 2004 compte tenu de la mobilisation des professionnels et de l'Assurance maladie sur cette question.

#### Conférence de consensus et Recommandations pour la pratique clinique (RPC) : de nouveaux repères pour les professionnels et les décideurs

Après dix ans d'expérience d'une diffusion large des traitements de substitution en France, un bilan des connaissances a été réalisé et une réflexion sur les pratiques a été menée à l'initiative de la Fédération française d'addictologie (FFA) dans le cadre d'une conférence de consensus supervisée par l'ANAES (Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé) en juin 2004 [48]. Le travail préalable, mené par des experts du champ, a permis de poser des repères pour la pratique [49]. Le jury de cette conférence a établi des conclusions qui visent à répondre aux nouvelles questions posées par ces traitements. Elles sont convergentes avec les RPC élaborées par l'ANAES visant à réduire les mésusages et ont été rendues publiques à cette occasion [50].

Les 12 propositions du jury visent 3 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.

#### Repères méthodologiques

ESCAPAD ; Enquête sur les traitements de substitution en prison ; OPPIDUM ; Rapports d'activité des CSST ; SIAM ; SIAMOIS ; TREND ; TREND/Première ligne.

## Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool

### Tabac : le produit à l'origine du plus grand nombre de décès

En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé en France à 60 600 [51]. Le tabac est directement à l'origine de bronchites obstructives chroniques et de certains cancers : du poumon, des voies aérodigestives supérieures (VADS), conjointement avec l'alcool, et de la vessie [Tableau 11]. Il favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-circulatoires, les cancers notamment de l'œsophage et du col utérin (en association avec les contraceptifs oraux) et les fausses couches chez la femme enceinte. S'ajoutent à cela, les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses : petit

poids de naissance, risque majoré de mort subite du nourrisson et d'infections... Dans le cas du cancer du poumon, le surcroît de risque dépend des doses fumées quotidiennement, mais beaucoup plus encore de la durée du tabagisme au cours de la vie. Quel que soit l'âge où il survient, l'arrêt du tabac entraîne un accroissement de l'espérance de vie [52]. Il s'écoule de 15 à 30 ans entre le moment où une génération commence à fumer régulièrement et l'apparition des signes épidémiologiques de dommages.

#### Une mortalité encore largement masculine

La mortalité liée au tabac est essentiellement masculine (90 %) même s'il est possible que ces données sous-estiment la mortalité féminine [53]. Plus de la moi-

Tableau 11 : Fractions de l'ensemble des décès et nombre de décès attribuables au tabac, par cause de décès et par sexe, 2000

	Hommes		Femmes	
	FA <sup>(3)</sup> tabac	Nombre	FA <sup>(3)</sup> tabac	Nombre
Cancers du poumon	90 %	18 600	42 %	1 800
Cancers des VADS <sup>(1)</sup>	60 %	5 500	16 %	3 00
Autres cancers	12 %	6 600	1 %	3 00
<i>Tous cancers</i>	35 %	30 600	4 %	2 400
BPCO <sup>(2)</sup>	67 %	3 900	24 %	9 00
Autres maladies respiratoires	11 %	1 400	1 %	2 00
Maladies cardio-vasculaires	13 %	9 900	1 %	1 200
Autres	14 %	8 700	2 %	1 300
Total	20 %	54 600	2 %	6 000

(1) Voies aérodigestives supérieures (bouche, œsophage, pharynx, larynx)

(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

(3) Fraction attribuable au tabac

Source : Registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU/University of Oxford

tié de ces décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 32 % de la mortalité dans la classe d'âge des 35-69 ans [51]. Le nombre moyen d'années de vie perdues pour une personne dont le décès est lié au tabac est de 17 ans [51].

#### Premiers signes de baisse chez les hommes

Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a commencé à régresser au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XX<sup>e</sup> siècle [Graphique 7] [51]. Cette décroissance de la mortalité, soutenue par les progrès thérapeutiques ou en matière de diagnostics, constitue probablement le premier signe de l'impact de la chute du tabagisme masculin amorcée vers la fin des années 1970, qui s'est accentuée depuis 1990 [54].

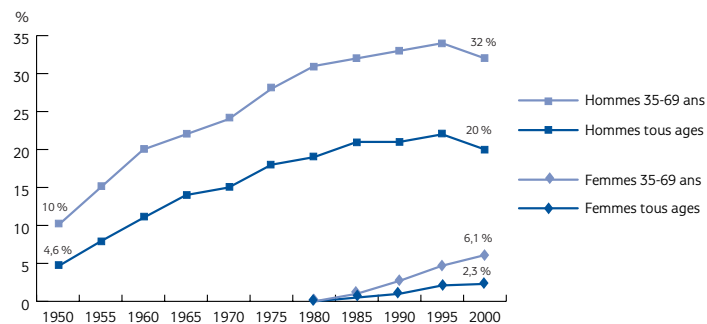
L'examen des pathologies les plus concernées montre que la diminution de la mortalité liée au tabac résulte surtout – pour le moment – de la moindre mortalité par cancers des VADS (due également à la baisse de la consommation d'alcool), par

cardiopathie ischémique et par bronchite chronique. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité, qui s'élevait à 77 décès pour 100 000 hommes en 1999, a commencé à décroître en 1996 (- 5 % entre 1996 et 1999) [55]. Cependant, alors que pour les cancers des VADS la chute de la mortalité découle clairement d'une diminution du taux de nouveaux patients atteints, l'incidence des cancers pulmonaires continue à progresser, bien que faiblement (+ 4 % entre 1990 et 2000) [Tableau 12] [56].

#### Progression rapide chez les femmes

Chez les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité, encore relativement faible par rapport aux hommes, connaît cependant une croissance continue depuis 1980, en lien avec le développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années [Graphique 7] [51, 57]. L'évolution la plus marquante est liée à la fréquence croissante des pathologies pulmonaires. L'incidence des cancers du poumon, comme le taux de mortalité, ont au moins doublé entre 1980 et 2000

**Graphique 7 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000**



Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU / University of Oxford

[Tableau 12], résultat d'un accroissement important du risque pour les femmes nées après la première guerre mondiale [56]. Le taux de mortalité est passé de 7 à 12 décès pour 100 000 entre 1981 et 1999 (+ 71 %). La mortalité par bronchite chronique obstructive suit la même tendance [57]. Concernant les cancers des VADS, on observe une augmentation du taux d'incidence (+ 40 % en 10 ans) [Tableau 12] alors que le taux de mortalité connaît une très faible tendance à la décroissance, peut-être du fait des progrès thérapeutiques [55].

#### Le tabagisme passif : cancers et perturbation du développement de l'enfant

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 %) [58].

Le tabagisme de la femme enceinte augmente les risques de complications de la grossesse (grossesse extra-utérine, anomalies du placenta...). 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). Le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardiovasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire...). Il perturberait en outre le développement du cerveau, avec des conséquences encore mal évaluées [59, 60]. Après la naissance, l'enfant exposé au tabac subit un risque accru de mort subite du nourrisson (risque doublé). Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si les deux parents fument) et aux crises d'asthme [58]. Le risque de survenue d'un cancer de l'enfant exposé au tabagisme maternel pendant la grossesse serait accru de 10 % [59].

**Tableau 12 : Nombre annuel de nouveaux cas de cancers liés à la consommation chronique de tabac et/ou d'alcool pour 100 000 personnes en France (incidence), 1980-2000**

		1980	1985	1990	1995	2000	Évolution 1990-2000
Hommes	Poumon <sup>(1)</sup>	47,4	48,9	50,1	51,1	52,2	+10 %
	VADS <sup>(2)</sup>	68,4	64,2	59,7	44,8	51,1	-25 %
	Foie <sup>(3)</sup>	4,4	5,7	7,2	9,0	11,0	+150 %
Femmes	Poumon <sup>(1)</sup>	3,7	4,5	5,6	6,9	8,6	+130 %
	VADS <sup>(2)</sup>	4,9	5,4	5,9	6,4	6,9	+41 %
	Foie <sup>(3)</sup>	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	+88 %

Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Facteurs de risques principaux : (1) Tabac, (2) Alcool et tabac (potentialisation mutuelle), (3) Alcool puis hépatites virales B ou C (potentialisation mutuelle)

Source : [56]



### Alcool : encore un lourd impact sur la mortalité

La consommation aiguë d'alcool 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 une prise de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et dans les rixes. La consommation chronique est particulièrement toxique pour le foie (cirrhoses, cancers du foie), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau et des nerfs optiques et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Cette toxicité atteint également d'autres organes, favorisant ainsi l'apparition de divers cancers (notamment des VADS et du sein), l'hypertension artérielle, certaines pathologies cardiaques ou la survenue d'accidents vasculaires cérébraux. Enfin, la consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. L'accroissement du risque de décès apparaît à partir d'une consommation de 2 verres par jour chez la femme et de 3 verres par jour chez l'homme. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires est observée pour des consommations quotidiennes inférieures à 2 verres [61].

#### Les hommes près de quatre fois plus concernés que les femmes

La mortalité liée à l'alcool est appréhendée à partir de trois catégories de décès directement liés à la consommation abusive : les décès par cirrhose, les décès par cancer des VADS (également liés à la consommation de tabac) et enfin les décès par

psychose alcoolique ou pour lesquels la dépendance à l'alcool a été mentionnée comme la cause principale du décès. En 2000, 22 500 décès ont directement été attribués à l'alcool, dont un peu plus de la moitié concernent des personnes de moins de 65 ans [Tableau 13].

**Tableau 13 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2000**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	6 067	2 536	8 603
Cancers des VADS	9 261	1 601	10 862
Psychoses alcooliques	2 436	637	3 073
Total	17 764	4 774	22 538

Source : Registre national des causes de décès, CépiDC

L'estimation du nombre total de décès liés à la consommation d'alcool repose sur le calcul de fractions attribuables pour différentes pathologies. Des coefficients de ce type ont été calculés dans les années 1980 et conduisaient à un total situé entre 40 000 et 45 000 décès par an dans la dernière moitié des années 1990 [62]. Cette méthode de calcul fait aujourd'hui l'objet de débats. Une réflexion pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) est aujourd'hui en cours pour actualiser les modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool.

#### Un impact qui s'allège moins rapidement que par le passé

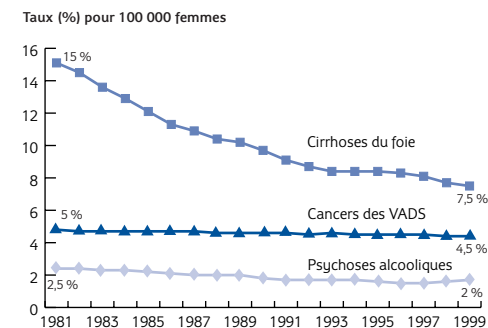
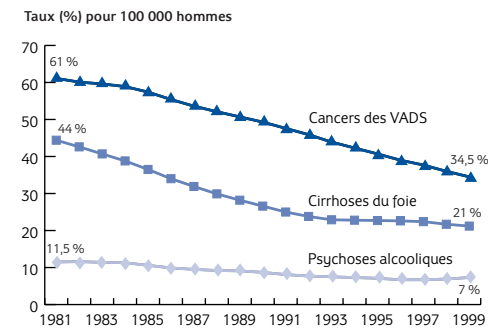
Les décès pour les trois causes mentionnées précédemment sont orientés à la baisse depuis la fin des années 1960, évo-

lution à mettre en relation avec la diminution de la consommation d'alcool – de vin, en fait – depuis la fin des années 1950. La chute de la mortalité par cirrhose s'est ralentie dans les années 1990, peut-être du fait de la part croissante des cirrhoses liées aux hépatites virales. Par contre, l'incidence du cancer du foie est croissante (doublement en 15 ans pour l'homme, en 20 ans chez la femme). Cette évolution pourrait être liée à l'augmentation des cas

d'hépatites virales qui peuvent dégénérer en cancer et à la moindre mortalité par cirrhose. Mieux prises en charge, les cirrhoses conduiraient moins souvent au décès directement et pourraient ainsi évoluer en plus grand nombre vers le cancer [Tableau 12] [56].

Le taux de décès par psychose alcoolique semble, quant à lui, en légère augmentation depuis 1997 (+ 10 % entre 1997 et 1999).

**Graphique 8 : 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, 1981-1999**



Note : il est important de noter que les échelles des taux sont différentes selon le sexe.  
Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC ; INSEE [55]

À l'inverse, la chute de la mortalité par cancer des VADS se maintient à un rythme soutenu chez les hommes, du fait des régressions conjuguées des consommations de tabac et d'alcool. Chez la femme, ces deux consommations évoluent en sens inverse (accroissement du tabagisme féminin) et l'incidence de ces cancers augmente. La très faible régression de la mortalité féminine par cancers des VADS est donc probablement liée à des progrès de prise en charge [Graphique 8, Tableaux 12 et 13] [55, 56].

#### **Alcool et grossesse : le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale**

Celui-ci 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 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 de vin ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres d'alcool, si celle-ci intervient à une période critique du développement de l'enfant. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Les experts recommandent donc aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée totale de la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990). Environ 1 000 enfants par an naîtraient en France avec une forme sévère [61, 63, 64].

#### **De lourdes conséquences en matière de sécurité routière**

En 2003, l'alcool a été incriminé dans 6 749 accidents corporels et dans 929 accidents mortels sur la route. Au cours de ces accidents, 1 050 personnes sont décédées. Ces niveaux enregistrent une baisse quasi-continue depuis 1990 où 1 471 accidents mortels impliquant l'alcool et 1 692 tués avaient été recensés [65]. Ainsi, en 2003, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) estime que si aucun conducteur n'avait conduit avec un taux d'alcoolémie positif, les nombres d'accidents mortels et de tués auraient pu être réduits d'environ 29 % [65] [Voir : Contrôles et délits routiers].

#### **Europe : une mortalité française plutôt élevée**

La comparaison des taux de mortalité par cirrhose alcoolique pour la période 1989-1995 plaçait la France en tête parmi 15 pays européens [66]. Ces données nécessitent une actualisation, mais les taux de mortalité par cancers, disponibles pour une période plus récente, viennent affirmer le poids particulier de l'alcool, mais aussi du tabac, sur la mortalité française, en dépit des évolutions favorables observées. D'une manière générale, la situation des Français s'améliore lentement, celle des Françaises se dégrade rapidement.

Chez les hommes, parmi 15 pays européens, la France présente le taux le plus élevé, et de loin, de mortalité par cancers des VADS. Elle occupe respectivement la 2<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> place pour les cancers du foie et du poumon. Si la mortalité par cancers des VADS enregistre un recul sensible (- 13 % entre 1994 et 1999 contre - 7 %

pour l'ensemble de l'Europe) la mortalité par cancers du poumon ne chute que de 4 % (- 9 % pour l'Europe). L'examen de la mortalité masculine prématurée (avant 65 ans) place la France dans une position encore plus défavorable (respectivement 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> pour les cancers du foie et du poumon) [56].

Pour les Françaises, la situation semble moins catastrophique puisqu'elles occu-

pent la 6<sup>e</sup> place pour la mortalité par cancers des VADS et la 10<sup>e</sup> pour celle par cancer du poumon. Cependant, la situation se dégrade rapidement du fait de l'augmentation du tabagisme féminin. La France enregistre la plus forte croissance européenne pour la mortalité par cancers du poumon des femmes (+ 26 % contre 5 % pour l'ensemble de l'Europe) [56].

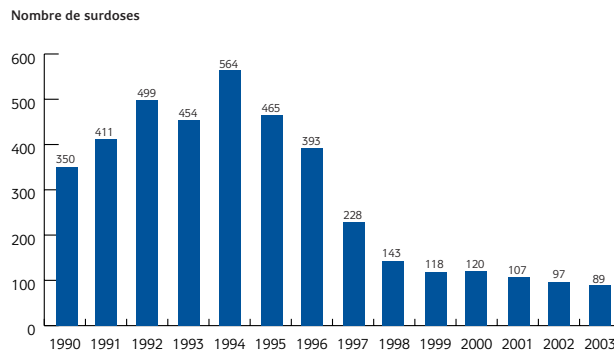
#### **Repères méthodologiques**

*Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score Santé.*

## Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites

Certaines pathologies des **toxicomanes** sont directement liées à l'usage de drogues : les maladies infectieuses transmises par l'injection de substances (**sida**, **hépatites**, infections bactériennes locales ou à distance) et les problèmes liés au produit lui-même (troubles du comportement ou **surdoses**). D'autres 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...). Ainsi, les taux de mortalité sont plus élevés chez les toxicomanes que dans l'ensemble de la population du même âge, non seulement pour les maladies infectieuses, les troubles mentaux et les intoxications, mais aussi pour la quasi-totalité des causes de décès [31].

**Graphique 9 : Évolution du nombre de décès par surdose constaté par la police et la gendarmerie, 1990-2003**



Source : **FNAILS, OCRIS**

### Une chute de la mortalité

Une étude, menée sur une cohorte de personnes interpellées pour usage de drogues, fait apparaître que 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 [31].

Cependant, les sources disponibles convergent actuellement pour affirmer une baisse de la mortalité des toxicomanes au cours des dix dernières années [Graphique 9] [31, 67, 68].

Cette diminution concerne toutes les causes de décès, mais elle est incomparablement plus importante pour les décès par sida et par surdose, qui restent les principales causes de décès des usagers de drogues [31].

### De moins en moins de surdoses

En 2000, 143 décès « par pharmacodépendance » (par surdose en fait) ont été dénombrés dans le Registre national des causes de décès [67]. Ce nombre n'a cessé de décroître depuis 1994 (451 décès cette année-là). Le nombre de décès par surdose recensés par les services de police et de gendarmerie est également en baisse constante (89 décès en 2003 contre 584 en 1994) [68] [Graphique 9]. Le fait que ces données ne décomptent probablement pas la totalité des surdoses [69] ne remet pas en cause l'évolution constatée. La chute du nombre de surdoses peut être attribuée à un recul de la consommation d'héroïne et de son injection ces dernières années, vraisemblablement en lien avec la diffusion des **traitements de substitution aux opiacés**.

Parmi les 143 décès par pharmacodépendance recensés par l'INSERM en 2000, des associations de substances sont retrouvées dans 78 % des cas. Les autres décès sont dus à des **opiacés** seuls (13 %), à des **sédatifs** ou **hypnotiques** (4 %) et à la cocaïne (1,4 %) [67]. Dans la continuité des tendances observées depuis dix ans, la part des surdoses recensées par les services de police et de gendarmerie et mettant en cause l'héroïne (39 % en 2003) décroît alors que celles liées à la cocaïne (11 %) ou aux **médicaments psychotropes** (opiacés et non opiacés) augmentent (31 %) [68].

### Moins de décès par sida

Entre 1994 et 1997, le nombre de décès par sida de personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse a chuté de 1 044 à 268. Cette évolution semble avoir été tout d'abord davantage liée à des progrès thérapeutiques (traitements par trithérapie) qu'à une diminution des contaminations. Depuis, la décroissance se

poursuit plus lentement (118 décès en 2003) parallèlement à une nette tendance à la diminution de la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (voir ci-dessous). Les décès chez les injecteurs de drogues représentent environ le quart de l'ensemble des décès par sida tout au long de la période [70].

### Une morbidité infectieuse toujours préoccupante

#### Régression de l'infection à VIH

La part des usagers de drogues dans les nouvelles contaminations par le VIH survenues au cours des neuf premiers mois de 2003 n'est que de 3 % [71]. Cette part reflète une très faible contamination actuelle des plus jeunes usagers de drogues. De fait, la **prévalence** de la séropositivité au VIH décroît chez les usagers de drogues. Ainsi, dans la première moitié des années 1990, différentes enquêtes rapportaient des taux de séropositivité autour de 30 % [29]. En 2001 et en 2003, le taux de séropositivité au VIH déclaré des personnes fréquentant les **structures de première ligne** de soutien aux toxicomanes se situe respectivement à 14 et 11 % [38, 72]. Ce reflux de l'épidémie de l'infection au VIH chez les usagers de drogues est en lien avec la **politique de réduction des risques** menée depuis plus de dix ans : accès facilité aux seringues stériles, développement de structures d'accueil de première ligne (1987) et diffusion des **traitements de substitution aux opiacés** (1996), sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection. En 2001, 54 % des usagers des structures de première ligne affirmaient s'être injectés un produit dans le mois précédent ; ils étaient 37 % en 2004 [37, 73]. Les cas de sida liés à l'injection intraveineuse de drogues ont également forte-

ment diminué (1 319 en 1995, 142 en 2003), passant de 25 à 15 % de l'ensemble des cas de sida [74]. La mise à disposition de traitements antiviraux efficaces à partir de 1996, permet en outre de retarder l'apparition du sida, stade avancé de l'infection par le VIH, chez les patients déjà contaminés.

### Diffusion massive de l'hépatite C

On observe, en revanche, la persistance d'une forte propagation de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues. Elle est liée à un pouvoir contaminant important du virus VHC lors de l'injection et à sa résistance au milieu extérieur. Le partage des seringues mais aussi du matériel de préparation (cuillères, coton, eau de rinçage) constitue des occasions de transmission du virus. Le partage des pailles lors du sniff est un facteur possible mais non démontré de contamination. Les taux de contamination obtenus à partir des déclarations des usagers ayant fait un test sont élevés : 43 % chez les usagers des structures de première ligne, dont 58 % chez les injecteurs récents. L'ignorance fréquente par les patients de leur séropositivité favorise la transmission du virus. Ainsi, les tests biologiques effectués à Marseille, en 2002, auprès d'usagers de drogues montrent que 73 % des participants à l'étude sont contaminés, alors qu'ils ne sont que 51 % à déclarer l'être. Après 40 ans, le taux de contamination vérifiée atteint 89 %, contre 65 % d'après les déclarations [75]. Parmi les patients pris en charge pour une hépatite C en service hospitalier spécialisé en 2001, la part des usagers de drogues injectables (UDI) est d'environ 38 % (21 % des femmes et 47 % des hommes) [76, 77]. Cependant, une proportion probablement non négligeable des UDI n'est

pas suivie à l'hôpital. Environ 80 % des hépatites C évoluent vers une hépatite chronique. En l'absence de traitement, celle-ci mène dans de nombreux cas à une **cirrhose** et/ou à un cancer du foie. Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une co-infection au VIH. Une enquête hospitalière, menée en 2001, a constaté que 84 % des patients co-infectés par le virus de l'hépatite C et par le sida étaient toxicomanes [78].

### Hépatite B : une situation mal connue

Il n'existe pas de données fiables récentes permettant d'établir la situation des usagers de drogues par rapport à l'hépatite B. Le statut d'un individu vis-à-vis du virus de l'hépatite B (vaccination complète ou incomplète, antécédent d'hépatite guérie, hépatite aiguë ou chronique) est en effet plus complexe à déterminer que pour l'hépatite C. Différentes enquêtes au sein de populations restreintes montrent, entre 1997 et 2001, de faibles taux de vaccination des usagers de drogues contre l'hépatite B (entre 21 et 28 %) sachant que l'information est inconnue pour 20 à 45 % des patients [79-81]. Dans une enquête datant de 1997-1998 réalisée dans les CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) avec hébergement, 21 % des patients déclaraient avoir contracté une hépatite B. Ce taux s'élevait à 45 % chez les injecteurs de plus de 35 ans [79]. Dans 15 à 20 % des cas, l'hépatite B évolue vers une hépatite chronique menant le plus souvent à la cirrhose ou au cancer du foie.

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

Les usagers de drogues injecteurs souffrent fréquemment de problèmes locaux : veines bouchées et/ou infections

bactériennes ou mycosiques [Tableau 14]. Par le sang, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites...), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier. L'injection de la **buprénorphine haut dosage** (BHD) provoquerait davantage de dégâts que celle des autres produits [Tableau 14].

### Drogues, psychiatrie et précarité : l'intrication des problèmes

Les **comorbidités psychiatriques** chez les toxicomanes semblent fréquentes, mais la part des usagers de drogues concernés n'est actuellement pas quantifiée en France. Les pathologies psychiatriques peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psychoactives (notamment les **psychoses** liées à la consommation répétée d'**hallucinogènes**, d'**amphétamine** ou de cocaïne). La fréquence de « personnalités limites » est également mentionnée par

certains auteurs. La consommation de substances peut alors constituer un facteur aggravant [82, 83]. La question de la causalité du lien entre consommation régulière de cannabis et pathologies psychiatriques reste toujours très discutée [Voir : Encadré page suivante]. Selon des données internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité (de 50 à 90 % des toxicomanes selon les sources), la dépression et les états d'angoisse (20 à 60 %) et les **troubles psychotiques** (15 à 20 %) [10].

En outre, l'état général des consommateurs de drogues apparaît très lié aux conditions de vie, comme le montre la mise en perspective d'un indicateur de précarité et de problèmes de santé déclarés par les personnes fréquentant les structures de première ligne : la survenue de complications traduisant la dégradation de l'état de santé apparaît nettement plus fréquente lorsque l'indice de précarité est élevé [Tableau 15] [37].

**Tableau 14 : Fréquence des problèmes liés à l'injection au cours du mois écoulé dans les structures de première ligne, 2003**

	Injecteurs de BHD	Injecteurs d'autre(s) produit(s)
Abcès	31 %	19 %
Veine bouchée, thrombose, phlébite	42 %	30 %
Gonflement mains ou avant-bras	44 %	26 %
« Poussière » (pic fébrile) <sup>(1)</sup>	27 %	22 %
Hématome	44 %	36 %

(1) Se reporter au lexique pour plus d'informations.

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

**Tableau 15 : Part des usagers des structures de première ligne déclarant la présence de certains problèmes de santé au cours du mois précédent, 2003**

Indice de précarité <sup>(1)</sup>	Bas (3-5)	Intermédiaire (6-7)	Élevé (8-10)	Total
Dépression	19 %	36 %	42 %	32 %
Perte de poids	34 %	46 %	53 %	44 %
Problèmes de peau	16 %	26 %	29 %	23 %
Problèmes de dents	50 %	60 %	64 %	58 %
Toux grasse	21 %	32 %	34 %	29 %
Toux sanglante	2 %	4 %	8 %	4 %

(1) L'indice de précarité est calculé sur la base des situations de logement, de protection sociale et de ressources. Il varie de 3 (situation optimale) à 10 (situation la plus défavorable).

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

#### Le cannabis : ni surdoses, ni infections, mais...

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

##### Les effets 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 [84]. Ces signes sont aggravés par la consommation concomitante d'autres substances psychoactives. Le cannabis perturbe en outre la mémoire et les capacités d'apprentissage. La modification des perceptions peut prendre la forme d'hallucinations. L'impact sur la conduite automobile qui en découle n'a pu être mis en évidence ailleurs qu'en laboratoire mais devrait être documenté dès 2005 par une vaste étude menée de 2001 à 2003 auprès de conducteurs impliqués dans un accident mortel [Voir : Contrôles et délits routiers].

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... Elle régresse avec l'arrêt des prises. Aucun cas de décès après intoxication aiguë au cannabis n'a jamais été rapporté chez l'homme [85].

##### Les effets de la consommation chronique : dose et vulnérabilité individuelle sont 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 psychopathologies (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, troubles de l'humeur et troubles anxieux) [84, 86].

L'usage de cannabis pourrait être un des nombreux facteurs de causalité (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 [84, 86].

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 l'athérosclérose, la bronchite chronique et peut provoquer une artériopathie inflammatoire (pathologie des artères). Le cannabis peut également augmenter, par un effet propre, le risque de certains cancers (notamment poumon et voies aérodigestives supérieures) [85, 87].

#### Repères méthodologiques

Coquelicot ; DRAMES ; FNAILS ; Registre national des causes de décès ; Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires ; Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida ; TREND.

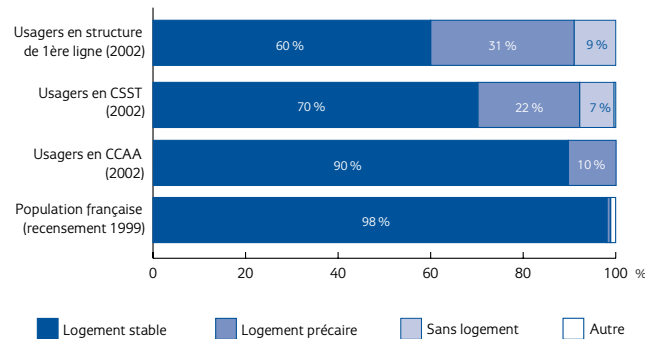
## Insertion sociale et usages d'alcool et de drogues illicites

Les usagers de drogues se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de la population française. Mais l'état exact de leur situation est difficile à cerner. Les caractéristiques socio-économiques révélées lors du passage des usagers de drogues dans les dispositifs d'accueil permettent d'estimer les niveaux d'insertion, tout en sachant que ces structures (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, Centres de soins spécialisés pour toxicomanes, **structures de première ligne**...) s'adressent à différents usagers. Des éléments sur les consommations et les **dépendances** aux drogues recueillies auprès de personnes précarisées permettent de compléter ce bilan.

### Situation économique des personnes prises en charge CCAA : un patient sur deux en activité

En 2002, les patients fréquentant les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont principalement des hommes (77 %), âgés de plus de 40 ans pour la majorité. La moitié des consultants a une activité professionnelle stable (52 %), 30 % ont une activité précaire ou sont demandeurs d'emploi et les 18 % restants ne sont pas en situation d'exercer une activité (retraités, personnes handicapées...). Ils sont 10 % à ne pas avoir de logement stable : cette part est en baisse continue depuis 1995 [Graphique 10] [20].

**Graphique 10 : Répartition des usagers de drogues selon le type de logement et les structures fréquentées (2002), en comparaison avec l'ensemble de la population française (1999)**



Sources : TREND/Première ligne 2003, OFDT ; rapports d'activité des CSST, 2002, DGS/OFDT ; rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie 2002, DGS/OFDT ; recensement de la population française 1999, INSEE

### Exclusion et toxicomanie, existe-t-il une relation entre les deux ?

Aucune étude n'a démontré que les personnes avec un niveau de vie faible consomment plus de substances **psychoactives** (alcool ou drogues illicites) que les personnes plus riches : les habitudes de consommation et les produits consommés peuvent varier, mais les niveaux de consommation excessives sont similaires dans les deux populations. Cependant, dès lors que les usages problématiques de substances psychoactives s'inscrivent durablement chez des personnes vivant en milieu défavorisé ou issues de minorités ethniques, la détérioration des conditions de vie s'ensuit presque inévitablement. De même, parmi les personnes déjà en situation d'errance, une **polyconsommation** associant l'alcool et d'autres substances psychoactives aggrave encore leur vulnérabilité [88]. Néanmoins, pour les personnes qui vivent dans la rue, les produits sont une « aide » qui permet de supporter le reste : « le recours aux produits psychoactifs apparaît comme un moyen de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce » [89].

### CSST : modification de la situation des nouveaux patients

Les patients des Centres de soins pour toxicomanes (CSST) sont relativement plus jeunes que dans les CCAA, puisque 80 % ont moins de 40 ans [19]. Ceux disposant d'un logement stable sont majoritaires (70 % en 2002), part en progression depuis 1998 [Graphique 10]. Depuis 1998, la part des patients salariés a augmenté (36 % en 2002 contre 26 % en 1998) et le pourcentage des bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) a diminué (17 % en 2002 contre 24 % en 1998) [Tableau 16]. Rares sont les individus qui ne bénéficient pas d'une

couverture sociale (4 %), du fait de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU).

### Structures de première ligne : fragilité professionnelle des « injecteurs »

Dans les structures de première ligne, qui accueillent essentiellement des **usagers actifs**, le public rencontré est composé à 80 % d'hommes. Les niveaux de scolarisation sont bas : 9 % seulement des usagers de drogues ont un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat. Si 95 % des personnes déclarent bénéficier d'une couverture sociale, pour 55 % d'entre eux, il s'agit de la CMU [37].

**Tableau 16 : Répartition des nouveaux patients accueillis en CSST suivant le type de ressources, 1998 et 2002**

	1998	2002
Revenus du travail	26,3 %	36,0 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	14,3 %	12,2 %
Revenu minimum d'insertion (RMI)	23,9 %	17,2 %
Allocation adulte handicapé (AAH)	5,5 %	4,7 %
À la charge d'un tiers	17,0 %	19,0 %
Autres	13,0 %	10,9 %
Total Ressources	100,0 %	100,0 %

Source : Rapports d'activité des CSST, DGS/OFDT

Depuis quelques années, la population fréquentant les structures de première ligne rajeunit. On trouve dans ces structures de plus en plus de jeunes âgés de moins de 25 ans qui ont à faire face à des conditions de vie plus précaires que leurs aînés : 6 sur 10 déclarent vivre dans un logement précaire ou ne pas avoir de logement, 37 % n'ont aucune ressource [37].

Si les injecteurs se caractérisent par un niveau de formation plus faible et une situation professionnelle plus problématique que les non-injecteurs, ces derniers sont plus nombreux à être sans ressources (plus de 50 % des injecteurs perçoivent des aides : RMI, Allocation adulte handicapé (AAH), aide de proches...) [Tableau 17]. En revanche, il n'existe pas de situation significativement différente entre ces sous-populations pour ce qui concerne le logement ou la couverture sociale. Si environ 20 % vivent dans un logement précaire (en institution ou chez des proches), 30 % vivent dans des

**Tableau 17 : Répartition des personnes fréquentant les structures de première ligne en fonction de leur pratique d'injection au cours de la vie et de leurs ressources, 2003**

	Injecteurs <sup>(1)</sup>	Non-injecteurs
Emploi	26,0 %	31,3 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	8,6 %	9,6 %
Aide (RMI, AHH, aide de proche...)	51,7 %	40,2 %
Aucune ressource	13,7 %	18,9 %
Total	100,0 %	100,0 %

(1) S'être injecté au moins une fois dans la vie

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

camions, des squats ou dans la rue. Grâce à la CMU, une grande majorité (90 %) bénéficie d'une couverture sociale [37].

### Consommations problématiques des personnes en situation de précarité

La question du lien exclusion-toxicomanie peut également être abordée en s'intéressant aux consommations de drogues des populations précarisées. Dans les centres de soins de Médecins du monde (MDM) et en dehors des programmes spécifiques menés auprès des usagers de drogues, des consommations problématiques de produits psychoactifs ont été identifiées chez les patients. Ainsi, parmi les personnes démunies venues dans un centre de MDM pour y recevoir des soins, 11 % déclarent une dépendance à l'alcool, 26 % au tabac, 5 % aux médicaments, 5 % au cannabis et 2 % à d'autres produits psychoactifs [90].

Les personnes dépendantes au cannabis ou à d'autres produits psychoactifs sont majoritairement des hommes, âgés de 20 à 29 ans, alors que la moyenne d'âge des hommes dépendants à l'alcool est plus élevée, entre 30 et 39 ans. Ils sont dans des situations plus précaires que la population de ces mêmes centres qui ne déclare pas de dépendance : ils sont plus souvent seuls, sans logement, sans travail ou victimes de maltraitements [90, 91]. Alors que la majorité des personnes accueillies dans les centres de soins sont de nationalité étrangère (85 %), celles qui déclarent avoir une consommation abusive de substances sont principalement de nationalité française. La prépondérance de ces problèmes parmi les personnes de nationalité française a déjà été mise en exergue dans d'autres études [92,

93]. Il a également été démontré que les consommations abusives d'alcool des patients étrangers évoluaient en fonction de leur durée de séjour en France : au fur et à mesure que leur présence sur le territoire s'allonge, leur comportement

tend à rejoindre celui des patients de nationalité française. Ce rapprochement pourrait s'interpréter en terme d'acquisition progressive des habitudes de vie du pays résident [90, 94].

### Repères méthodologiques

Bases consultations et patients des CASO ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Rapports d'activité des CSST ; TREND/Première ligne.