

L'état de santé des usagers problématiques ■

Pierre-Yves Bello*, **Agnès Cadet-Tairou****, **Sandrine Halfen**

**Médecin de santé publique (DRASS)*

***Responsable du pôle TREND (OFDT)*

****Médecin de santé publique (ORSIF)*

La santé¹, au sens que lui donne l'OMS (Organisation mondiale de la santé), n'est que difficilement mesurable et les données disponibles ne permettent que des abords parcellaires largement dominés par les thématiques sanitaires. Sous cet angle, l'état de santé des usagers de drogues (UD) est une résultante de leurs prises de risque en lien ou non avec l'usage de drogues, de leurs conditions de vie fréquemment précaires ou de leurs difficultés d'accès à une prise en charge².

L'image que l'on perçoit de la santé des usagers de drogues est d'abord un reflet des indicateurs accessibles et des priorités de santé publique. Ainsi, les pathologies concentrant l'attention des politiques sont particulièrement documentées, telles les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou celui de l'hépatite C (VHC) de même que leurs facteurs de risques ou les décès directement liés à l'usage de drogues, tandis que d'autres aspects de la santé

de ces populations (infections bactériennes, état de santé général, morbidité psychique) suscitent moins d'intérêt collectif ou sont plus difficiles à mesurer et apparaissent moins documentés.

Au cours de ces dix dernières années, le dispositif TREND a participé par des explorations qualitatives et quantitatives à l'observation de l'état de santé des UD problématiques et ce essentiellement auprès des populations les plus fragiles socialement qui fréquentent « l'espace urbain »³. Le dispositif a notamment pu percevoir à quel point des éléments marquants de cet état de santé

1. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

2. Quelles que soient les raisons : absence ou méconnaissance des droits ; inadaptation aux contraintes du soin ou du système de santé ; absence de perception du besoin ou encore par défiance de certains professionnels de santé.

3. Voir dans l'annexe, la partie consacrée à l'origine et aux outils du dispositif TREND (p. 146).

pouvaient être liés aux contextes et aux politiques socio-sanitaires.

LES ACQUIS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'évolution du dispositif de réponses aux problèmes de santé des usagers de drogues au cours des deux dernières décennies s'est largement structurée autour des deux épidémies majeures (VIH, VHC) touchant particulièrement les populations injectrices.

L'objectivation, dans les années 1980, d'une épidémie liée à des pratiques de partage de matériels d'injection et les craintes de dissémination vers la population générale amènent par étape à la construction d'une stratégie de réduction des risques⁴. Dès 1987 s'amorce une libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacie, suivie, au début des années 1990, par la mise en place des programmes d'échanges de seringues (PES) et des « boutiques » pour usagers de drogues.

Parallèlement au développement de ces structures, de nombreux usagers de drogues, percevant les risques qu'ils encourent, modifient leurs modalités de consommation. L'usage du sniff (consommation de drogues par voie nasale), moins risqué que l'injection, se développe chez les nouveaux usagers, de même que la pratique de la fumette⁵. Ainsi, la décennie 2000 est marquée par la poursuite de la diminution régulière de la fréquence de la pratique récente de l'injection, notamment chez les usagers en traitement [1-4].

Entre 1993 et 1995, les traitements de substitution des opiacés (méthadone

et buprénorphine haut dosage) sortent de l'expérimentation et sont proposés à de nombreux usagers. Cet autre volet majeur de la politique publique en direction des usagers d'opiacés entraîne des modifications profondes des modalités de prise en charge de la toxicomanie. Il « médicalise » une part de celle-ci, jusqu'alors largement dominée par des approches psychothérapeutiques ou psychanalytiques [5]. Cette politique permet à des personnes dépendantes des opiacés de s'inscrire dans un processus de prise en charge de leur état de santé, leur situation personnelle, familiale et professionnelle, et de se libérer des affres du manque et des contraintes financières et délictuelles liées à la recherche de stupéfiant sans qu'un sevrage préalable leur soit imposé. Enfin, l'objectif de réduction des risques (RDR) va légitimer une délivrance d'informations aux usagers, non plus tournée exclusivement vers le rappel de l'interdit et des dangers, mais vers la maîtrise des risques pour réduire les dommages. Ces informations pratiques sont nécessairement élaborées avec des groupes d'auto-support d'usagers de drogues, dont la connaissance des croyances et des pratiques est incontournable. Les associations prônant l'éducation par les pairs occupent notamment une place primordiale dans l'éducation des usagers de drogues à travers l'édition de brochures, de journaux ou encore de sites internet, [6]. L'allègement, à l'époque, de la pression répressive sur les usagers semble favoriser également cet accès à la prévention et aux soins.

4. Voir Annexe, p. 148.

5. Inhalation du produit chauffé.



L'ensemble de ces actions, même si une mesure exhaustive de leur impact est difficile, débouchera néanmoins sur plusieurs résultats tangibles.

Recul des contaminations par le VIH

En France, on observe un développement des cas de sida survenant chez des UDI (usagers de drogues par voie intraveineuse) à partir de la seconde moitié des années 1980 [7]. Toutefois, la diminution du recours à l'injection, du partage et de la réutilisation du matériel d'injection [Graphique 3] et la politique publique de RDR se combinent, dès 1996, avec le début des prescriptions de trithérapies antirétrovirales qui ralentissent drastiquement l'évolution l'infection, et auront un impact certain sur la contamination par le VIH des UDI et sur l'évo-

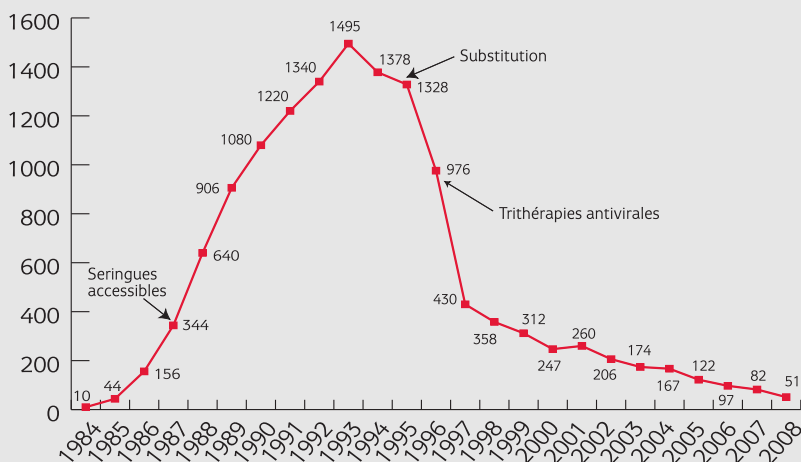
lution vers le stade sida pour ceux qui sont déjà contaminés.

Le nombre de cas de sida attribués à l'usage de drogues par voie injectable connaît un maximum de 1 495 nouveaux cas en 1993 pour diminuer jusqu'à 51 en 2008⁶ [Graphique 1] [8].

Au cours du temps, l'évolution des données de prévalence déclarée de l'infection par le VIH au sein de populations d'usagers de drogues en France dessine une tendance décroissante, reflet d'une fréquence de plus en plus rare des nouvelles contaminations [Graphique 2].

Si ces évolutions sont satisfaisantes, il n'en reste pas moins que le problème n'est pas résolu. En effet, le taux de nouvelles contamination par le VIH chez les UDI de 18 à 69 ans, estimé à 91 pour 100 000 UDI, est 18 fois supérieur à celui de la population du même âge (et hété-

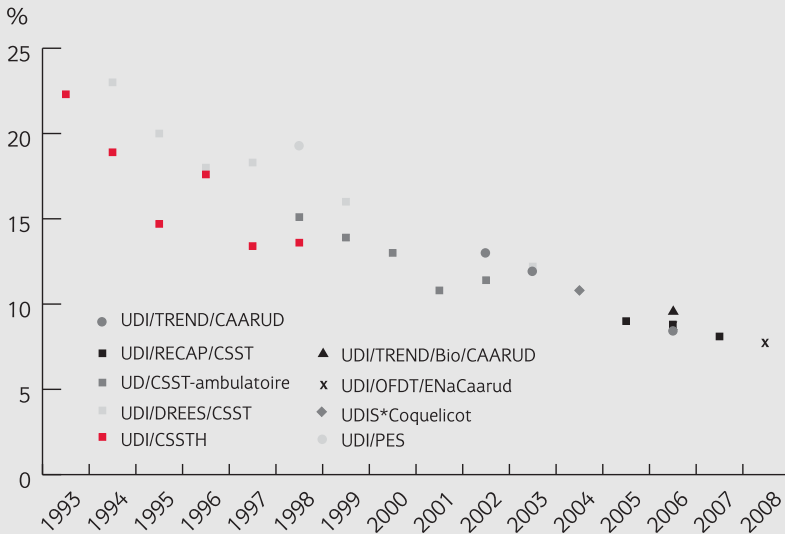
Graphique 1 - Nombre de cas de sida chez des personnes contaminées par usage de drogues injectées en France entre 1984 et 2008



InVS. Données au 31 décembre 2008 ; années 2007 et 2008 non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration

6. Données au 31 décembre 2008 ; années 2007 et 2008 non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de déclaration.

Graphique 2 - Prévalence déclarée de l'infection à VIH chez les usagers de drogues en France de 1992 à 2008



*Usagers de drogues par voie injectable ou sniff

Sources : voir note 7

rosexuelle) [16]. Par ailleurs, la poursuite d'une augmentation de l'incidence des contaminations dans certains pays d'Europe de l'Est [17] incite à une vigilance continue et à une poursuite des actions de prévention, de réduction des risques et de prise en charge.

Baisse de la mortalité par surdose

La politique de réduction de risques, sans doute du fait du développement de la substitution, va également s'accompagner, à partir de 1995, d'une diminution spectaculaire du nombre des surdoses après près de 10 ans de croissance continue [Graphique 4]. Les usages d'héroïne vont rapidement diminuer sous l'effet de l'entrée des usagers de drogues dans des processus de soins

mais également du fait du remplacement progressif, chez les consommateurs les plus précaires, de l'usage quotidien d'héroïne par celui de la buprénorphine haut dosage (BHD) hors du cadre strictement thérapeutique,

7. UDI/CSSTH : Usagers de drogues injectables en hébergement [9]

UD/CSST-ambulatoire : Usagers de drogues pris en charge en CSST [10]

UD / RECAP/CSST : [11]

UDI/TREND/CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant des structures de bas seuil (données à champ géographique constant) [12]

UDI/Ena-CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD [11,20]

UDI/PES : Usagers de drogues injectables utilisant un PES [13]

UIDS /Coquelicot : Usagers de drogues, données biologiques [14]

UDI/TREND bioPRELUD : usagers de drogues utilisant les CAARUD, données biologiques [15]



particulièrement accessible et peu onéreux à cause du trafic de rue⁸ [18-19]. Or, la BHD, outre son dosage maîtrisé puisqu'il s'agit d'un médicament, a pour particularité pharmacologique d'entraîner très peu de surdoses. Celles-ci surviennent presque toujours lors du recours à d'autres psychotropes en association. En quatre ans (1995-1999), le nombre de décès par surdose va ainsi être divisé par quatre [5].

Quid des autres causes de décès ?

Hormis les surdoses, les usagers de drogues connaissent une surmortalité liée à un ensemble d'autres causes (prise de risque, précarité, etc.) dont l'évolution a été beaucoup moins observée. Une étude de mortalité réalisée à partir de deux cohortes rétrospectives intégrant des personnes interpellées en 1992 et 1993, puis en 1996-1997 pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack, si elle ne décrit pas la mortalité strictement liée à l'usage de drogues, montre clairement une division par deux du taux annuel de mortalité, toute cause confondue, entre 1994 et 1999, avant de se stabiliser. Cependant, ce travail montre également une surmortalité importante par rapport à la population générale liée aux accidents, aux suicides (risque multiplié par douze chez les femmes par rapport à la population générale du même âge), ainsi qu'aux pathologies des sphères cardiovasculaires, respiratoires, digestives, etc. [20].

LA PERSISTANCE DE ZONES D'OMBRE

L'accès facilité aux matériels d'injection et aux traitements de substitution n'a évidemment pas résolu l'ensemble des problèmes de santé des usagers de drogues. Les consommations, principalement centrées sur l'héroïne dans les années 1980, se sont diversifiées, notamment par l'usage plus fréquent des stimulants et la polyconsommation. L'approche thérapeutique par la substitution opiacée apparaît désormais insuffisante. D'autant plus que certains héroïnomanes, sous traitement de substitution, tendent à rentrer dans d'autres addictions, notamment vis-à-vis de l'alcool et de la cocaïne.

De plus, en dépit de la régression de la pratique d'injection, celle-ci persiste à un niveau important, en particulier parmi les groupes d'usagers les plus précaires. En 2008, 46 % des usagers fréquentant les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) ont déclaré l'avoir utilisée au cours du mois précédent [21]. Ainsi, une part de la morbidité liée à l'injection n'a pas régressé. Enfin, les autres pathologies liées à l'usage de drogues et à la précarité perdurent.

La « résistance » de l'hépatite C

La découverte du virus de l'hépatite C (VHC) en 1989 [22] permet de disposer de tests diagnostiques et d'expliquer de nombreux cas d'hépatites mal documentés déjà fréquentes chez les UD. Cette hépatite présente une évolution

8. Voir chapitre sur la substitution, p. 10.



naturelle longtemps silencieuse mais souvent péjorative à long terme : évolution vers la cirrhose dans 5 à 25 % des cas en 10 à 20 ans, puis vers le cancer ou une insuffisance hépatique (25 % des cirrhotiques) [23]. Cependant, l'hépatite C est une infection dont on peut guérir à l'aide d'un traitement relativement lourd et contraignant.

C'est principalement l'injection qui pérennise l'épidémie d'infection par le VHC, que la moindre fréquence du partage des seringues n'a pas réussi à endiguer. La forte résistance et contagiosité du virus de l'hépatite C exige en effet de porter aussi une attention particulière au petit matériel d'injection, à la propreté des mains et de l'environnement. En France, les données disponibles depuis les années 1980 montrent des taux estimés de prévalence très élevés chez les injecteurs : entre 40 et 65 % selon les enquêtes [Graphique 5].

Des complications locales plus fréquentes liées à l'injection

La diffusion très large de la buprénorphine haut dosage (BHD) s'accompagne aussi d'usages en dehors des normes thérapeutiques. Rapidement après l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, la BHD est en effet devenu

un opiacé particulièrement disponible et accessible dans la rue [13]. Une enquête auprès de 202 personnes utilisant la BHD en dehors d'un usage thérapeutique montre, dès 2001, que les voies d'usage sont l'injection (65 %), suivi du sniff (40 %), de la voie sublinguale (34 %) et enfin de la voie pulmonaire (4 %) [24].

La fréquence des complications liées à l'injection est restée assez élevée parmi les usagers des structures de première ligne [Tableau 1] et les données disponibles témoignent d'un accroissement pendant les années 2000. Une des raisons de cette évolution réside vraisemblablement dans la diffusion de son injection et de son usage comme drogue de rue. En effet, au cours de ces dix dernières années, des complications, assez spécifiques de l'injection de BHD, sont décrites et en particulier des lymphoedèmes⁹ des avant-bras (syndrome dit de « Popeye ») ou des jambes [2, 18, 24]. On constate que ces complications sont plus fréquentes chez les injecteurs récents de BHD que chez ceux d'autres produits n'ayant pas injecté récemment de BHD [Tableau 2, page suivante].

Tableau 1- Évolution de la fréquence des complications récentes (au cours du dernier mois) liées à l'injection chez les usagers fréquentant les structures de première ligne

	TREND 2002	TREND 2003	TREND 2006
Difficultés à s'injecter	40 %	61 %	62 %
Bleus, hématomes	30 %	41 %	51 %
Veines bouchées, thrombose, phlébite	17 %	36 %	38 %
Abcès cutané	16 %	27 %	29 %
Poussière	10 %	22 %	27 %

Note : Données à champ géographique constant

Première ligne et PRELUD / TREND / OFDT

9. Ils se traduisent pas des gonflements importants.

Cependant, à partir de 2005, les professionnels sanitaires ou de la prévention participant au dispositif TREND à Rennes, Toulouse, Metz et Paris évoquent une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection de BHD. Certains l'attribuent à la diffusion du recours à un filtre (Stérifilt®) lors des injections. Celui-ci est conçu en effet pour éviter le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès, tout en laissant passer la totalité du principe actif. Cela évite aussi aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés afin d'en extraire à nouveau du produit. En dépit de certaines résistances des usagers de drogues à l'utilisation de cet outil (liées aux croyances et aux rites des injecteurs), il semble que celle-ci progresse en 2008. Cependant, à ce jour, les données quantitatives manquent pour étayer ces observations empiriques [15].

D'autres pathologies moins documentées

Si on dispose de peu d'éléments pour estimer une tendance concernant les très

nombreuses autres pathologies dont peuvent souffrir les usagers de drogues, on sait en revanche que persiste un fort niveau de morbidité en comparaison avec la population générale du même âge. Ainsi, en 2008, 38 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (hors urgences), cette part atteignant 44 % pour les femmes (vs 37 % pour les hommes) [3].

Plus du tiers des usagers des CAARUD (35 % en 2006) se considère en mauvaise ou très mauvaise santé physique et cette proportion reste stable entre 2001 et 2008. La morbidité infectieuse est fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès, etc.), mais également les problèmes traumatologiques (fractures, violences, accidents, etc.), les problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères, etc.) ou les pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères, pathologies du foie, etc.). Quelques problèmes cardiaques sont également cités. Enfin, certaines personnes évoquent leurs usages problématiques : alcoolisme, rechute, surdoses, etc. [15].

Tableau 2 - Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD N = 239	Autre(s) produits(s) N = 232	Ensemble N = 471
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 % **
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 % **
Bleues, hématomes	56 %	46 %	51 % *
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 % **
Gonflement des mains et avant-bras	43 %	30 %	37 % **
Poussière (poussée fébrile)	31 %	24 %	27 %
Gonflement des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %

** différence significative avec un risque d'erreur < 1 % * avec un risque d'erreur < 5 %

PRELUD 2006, Trend / OFDT



Cependant, les données illustrent également la fréquente morbidité psychique qui affecte ces usagers de drogues. En 2006, 45 % se perçoivent en mauvaise santé psychique et cette proportion s'accroît avec l'âge (38 % chez les moins de 25 ans, 46 % chez les 25-34 ans et 49 % chez les plus de 34 ans). Les symptômes psychiques occupent en effet une place importante parmi les problèmes de santé cités spontanément par les usagers des CAARUD. Ils évoquent par exemple la dépression, les pulsions suicidaires, l'angoisse ou des épisodes de délire [15]. Près d'un quart des hospitalisations dans l'année mentionnées par les usagers des CAARUD en 2008 est lié à des problèmes psychiatriques. Dans les CSST (Centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie (hors sevrage). Un quart de ces usagers (24 %) a fait une tentative de suicide [11].

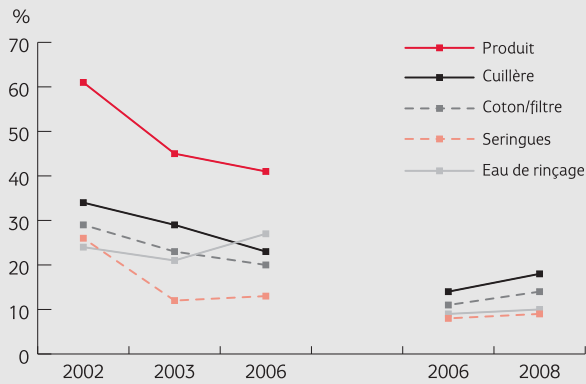
Ainsi, la morbidité psychiatrique (préalable, aggravée ou provoquée par les drogues ou des conditions de vie à la marge) reste un problème sanitaire extrêmement présent dans la vie de ces usagers de drogues.

LES ÉVOLUTIONS EN COURS

La montée d'une nouvelle précarité

Si la substitution a permis une sortie de la précarité pour un certain nombre d'usagers de drogues, les dispositifs de réduction des risques ont vu, particulièrement à partir de 2002, de nouveaux groupes de populations précaires recourir à leurs services. « Jeunes errants » dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou migrants totalement démunis notamment en provenance d'Europe de l'Est. Ces usagers de drogues adoptent souvent des conduites d'usage radicales (poly-usage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité souvent extrêmes, et se rapprochent peu des systèmes de soins¹⁰ [1]. Ainsi, la nouvelle génération d'usagers des CAARUD (de moins de 25 ans) est celle qui partage le plus le matériel d'injection

Graphique 3 - Prévalence du partage au cours du mois précédent l'enquête du matériel d'injection chez les usagers des CAARUD, 2001 à 2008



Première ligne 2002, 2003, PRELUD 2006, ENaCAARUD 2006, 2008

10. Voir le chapitre précédant sur les « nouveaux visages de la marginalité », p. 26.

(entre deux à trois fois plus selon l'élément concerné que les 35 ans et plus). Entre 2006 et 2008, on assiste d'ailleurs à une stagnation – voire à une légère remontée – de la prévalence du partage récent chez les usagers des CAARUD [Graphique 3] [12, 21]. Ces nouveaux usagers précaires cumulent d'autant plus les risques sanitaires qu'ils méconnaissent les pratiques de réduction des risques et qu'ils recourent fréquemment à la prostitution. En 2008, plusieurs sites TREND décrivent, parmi les groupes les plus précaires, des injections pratiquées collectivement en urgence (pour ne pas être porteurs du produit et donc coupable d'une infraction) réalisées dans des conditions sanitaires dramatiques où les contaminations paraissent inévitables [3, 25]. Enfin, parmi les jeunes désaffiliés, la présence croissante d'une population féminine observée également par le dispositif TREND depuis 2002 pose des questions spécifiques sur le plan sociosanitaire : violences, infections, grossesses non désirées, prostitution, etc.

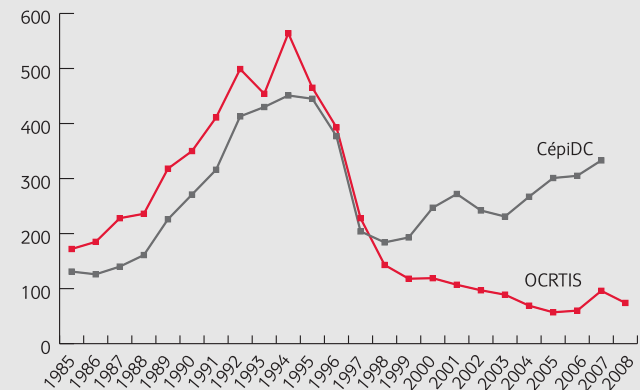
Une reprise des surdoses

Si la baisse du nombre de décès par surdose apparaît incontestable dans la seconde moitié des années 1990, en revanche, de 1999 à 2003, la situation apparaît moins claire¹¹. En 2006, alors

que des éléments qualitatifs issus du dispositif TREND évoquent de plus en plus une recrudescence des décès en lien avec les usages de drogues, cette impression semble confirmée par les données de mortalité de l'INSERM, qui montrent une remontée effective du nombre des décès à partir de 2003¹² [26].

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène. L'extension de l'usage des psychotropes et notamment des opiacés, premiers responsables de surdoses¹³, vers des populations de plus en plus diffuses, dépourvues de connaissances et d'expérience concernant ces produits, constitue un premier élément d'explication. La croissance de la consommation d'héroïne, observée clai-

Graphique 4 - Évolution du nombre de surdoses entre 1985 et 2007 selon les données OCRTIS et les données INSERM (CépiDC).



Données OCRTIS et INSERM / CépiDC

11. Les deux sources disponibles, dont l'une améliore son mode de recueil et de codage (CépiDC) alors que l'exhaustivité de l'autre semble régresser) fournissent des évolutions divergentes.

12. La croissance de la courbe entre 1999 et 2001 est plutôt attribuée aux évolutions du mode de codage des causes de décès mis en œuvre en 2000.

13. L'héroïne notamment est présente dans 45 % des surdoses [28].



rement sur un plan quantitatif depuis 2006 vient soutenir ce phénomène en particulier du fait de la forte hétérogénéité de la pureté des poudres en circulation (de 0 à 60 % selon une enquête réalisée en 2007 par le dispositif SINTES¹⁴ de l'OFDT). En outre, la généralisation des pratiques de polyconsommation rend la maîtrise des quantités absorbées et des effets, difficiles voire, impossibles [3, 14, 27].

Une éclaircie possible du côté de l'hépatite C

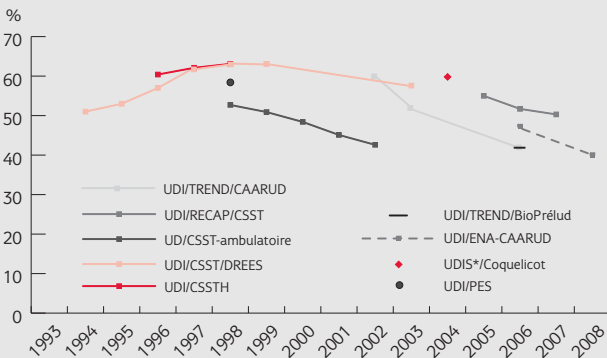
Il semble que, depuis le début des années 2000, on observe un fléchissement de la prévalence de cette infection chez les usagers de drogues injecteurs. Cela peut s'expliquer par l'impact des mesures de santé publique prises en France (voir plus haut) et par des évolutions des pratiques des usagers de drogues. L'accessibilité du traitement a aussi fait l'objet d'efforts importants. En 2008, 70,5 % des usagers des CAARUD, porteurs du virus de l'hépatite C, ont

consulté dans l'année pour cette pathologie chronique et plus du quart est sous traitement (28,0 %) soit 5,5 points de plus qu'en 2006 [12, 21].

Parallèlement la pratique du dépistage se diffuse. Elle permet à l'utilisateur infecté de bénéficier d'un suivi et le cas échéant d'un traitement. Si la part des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage du VHC a diminué, c'est surtout la régularité des dépistages, nécessaire tant que le risque persiste, qui constitue un facteur efficace pour la précocité du suivi et la protection d'autrui. La part des dépistages récents s'est en effet accrue pendant la décennie 2000 [3].

Toutefois, ces données doivent être considérées avec prudence. La plupart de ces études s'appuient sur des données déclaratives des usagers, alors qu'il est établi que la méconnaissance d'une séropositivité pour le VHC n'est pas rare, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence réelle [14].

Graphique 5 - Évolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France



*UDIS : Usagers de drogues par voie intraveineuse ou snif.

Sources : voir note 7

Par ailleurs, la prévalence est une mesure qui ne reflète qu'indirectement la dynamique de l'épidémie et l'on ne dispose pas d'estimation nationale de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues en France.

14. Système national d'identification des toxiques et des substances [29].

CONCLUSION

L'examen des vingt-cinq dernières années en matière de problèmes de santé des usagers de drogues fait apparaître des évolutions diversifiées. L'amélioration de la situation concernant les contaminations par le VIH ne doit pas en effet masquer les autres aspects de l'état de santé des usagers de drogues précaires, populations qui connaissent une morbidité et une mortalité beaucoup plus élevées que la population générale. Si la focalisation initiale sur le VIH et le VHC a certainement été bénéfique, le dispositif de prise en charge sanitaire doit tendre à une appréhension plus globale de la santé des usagers de drogues. Les consommations et les pratiques des populations d'usagers problématiques de drogues

évoluent à un rythme plus rapide que celui des réponses associatives et institutionnelles. Cette situation engendre un décalage récurrent entre des problèmes émergents et les réponses accessibles. Pourtant, le dispositif français de prise en charge a connu de véritables bouleversements organisationnels et fonctionnels entre 1980 et 2009. L'architecture médico-sociale (CSAPA et CAARUD) et sanitaire qui va émerger en France en 2010 devra développer une adaptabilité aux conséquences des usages de drogues de demain pour conserver leur pertinence. Pour autant, ce dispositif spécialisé pourra difficilement à lui seul, faire face à des problèmes sociaux (accès au logement et au travail, désaffiliations de certains jeunes, etc.) qui dépassent largement le champ de l'usage de drogues.

Références bibliographiques

- [1] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2005.
- [2] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003.
- [3] CADET-TAÏROU (A.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 et 2008, neuvième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, Saint-Denis, 2010.
- [4] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFFSAPS) et Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), OPPIDUM, résultats de l'enquête 20 (octobre 2008), AFSSAPS, Saint-Denis, 2009.
- [5] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, OFDT, Paris, 2003.
- [6] JAUFFRET (M.), *L'auto-support des usagers de drogues en France*, Toxibase, 1997.
- [7] Direction générale de la Santé, *Étude des cas de SIDA domiciliés en France métropolitaine par groupe exposé au 30 septembre 1987*, BEH n° 42, 1987.
- [8] Institut de veille sanitaire (InVS) *Recueil des notifications des cas de SIDA, novembre 2009*, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>.
- [9] SIX (C.), HAMMERS (F.), BTUNET (J.-B.), *Infections à VIH, VHB et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, BEH n° 3, 1999.

- [10] PALLE (C.), BERNARD (C.), *CSST en ambulatoire, tableaux statistiques 1998-2002, exploitation des rapports d'activité des CSST*, OFDT/DGS Documents statistiques, Paris, 2004.
- [11] PALLE (C.), VAISSADE (L.), « Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005 », *Tendances* n° 54, OFDT, 2007.
- [12] TOUFIK (A.) et al., « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Profil et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête ENa-Caarud », *Tendances* n° 61, OFDT, 2008.
- [13] EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, OFDT, Paris, 1999.
- [14] JAUFFRET-ROUSTIDE (M.) et al., *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004*, BEH n° 33, 2006.
- [15] CADET-TAÏROU (A.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, huitième rapport national du dispositif TREND*, OFDT, Saint-Denis, 2008.
- [16] LE VU (S.) et al., *Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente*, 2009.
- [17] WIESSING (L.) et al., HIV among injecting drug users in Europe : increasing trend in the East, *Euro.Surveill* 13.50, 2008.
- [18] BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [19] ESCOTS (S.), « Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 », *Tendances* n° 34, Saint-Denis, 2004.
- [20] LOPEZ (D.), MARTINEAU (H.), et PALLE (C.), *Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2004.
- [21] CADET-TAÏROU (A.), COQUELIN (A.), *Profil et pratiques des usagers de drogues fréquentant les CAARUD à partir de la deuxième édition de l'enquête nationale ENa CAARUD*, OFDT, Saint-Denis, à paraître, 2010.
- [22] CHOO (Q.-L.) et al., *Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome*, *Science*, 244.4902, 1989.
- [23] THOMAS (D.L.), RAY (S.C.), LEMON (S.M.), « Hepatitis C », in *Infectious diseases*, G.L. Mandell, J.E. Bennet, and R. Dolin, Editors, Elsevier, Philadelphia, 2005.
- [24] BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Paris, OFDT, 2002.
- [25] HALFEN (S.), GREMY (I.), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2008*, TREND, ORS Île-de-France/OFD, Paris, 2009.
- [26] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *2008 National report to the EMCDDA by the REITOX national focal point*, FRANCE, New development, trends and in-depth information on selected issues, OFDT, Saint-Denis, 2009.



[27] REYNAUD-MAURUPT (C.), VERCHERE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, OFDT, Paris, 2003.

[28] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), *DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), résultats de l'enquête 2008*, Saint-Denis, 2009.

[29] LAHAIE (E.), *Composition de l'héroïne circulant en France, Résultats de l'enquête nationale SINTES, Observation 2007-2008, 2009*, OFDT, Saint-Denis, à paraître.