

ment connue. Elle semble toutefois devoir être au moins trois fois plus importante (sinon beaucoup plus) que celle de la population générale de même âge. Parmi les décès liés à l'usage de drogue, décès qui ne constituent qu'une partie de la mortalité des toxicomanes, on peut repérer les décès par sida des usagers de drogue par voie intraveineuse et les décès par « surdose » recensés par les services de police et de gendarmerie.

Après un accroissement très fort du nombre de ces deux types de décès jusqu'en 1994, la tendance est désormais à la baisse. En 1996, 649 toxicomanes dont le sida avait été déclaré sont décédés et 393 décès par surdose ont été constatés sur la voie publique ou à domicile. Pour ces derniers, l'héroïne reste très largement dominante (85 % en 1996) dans les produits mis en cause, mais la part des médicaments n'est pas négligeable (13 % en 1996). Par ailleurs, nombreux sont ceux dus à une consommation associée abusive d'alcool et d'héroïne ou de médicaments.

Chloé Carpentier, Jean-Michel Costes

Mortalité et morbidité des toxicomanes

La toxicité des drogues et les pathologies qui en découlent ont souvent été utilisés comme arguments pour justifier une politique avant tout répressive de lutte contre la toxicomanie. Ainsi, jusqu'à un proche passé, seuls les décès liés à la toxicomanie, comme les overdoses d'héroïne étaient soulignés, et les publications s'attachant à démontrer la toxicité du cannabis mises en exergue.

Aujourd'hui, dans les suites de la tempête sida, la prise en considération de l'ensemble des problèmes médicaux de morbidité et de mortalité témoigne d'une approche plus globale, centrée sur les toxicomanes eux-mêmes, leurs souffrances et leur problèmes de santé.

En France cependant, de trop rares études sont réellement en mesure de préciser la nature de cette morbidité, l'importance des recours aux soins ou le nombre de décès, toutes causes confondues dans cette population. On citera en exemple un travail de la région Paca, où l'on

constate, chez les toxicomanes, une surmortalité pour la population des 15-34 ans. Cette nette surmortalité est essentiellement liée au sida, aux homicides et morts violentes suspectes. Elle contribue à la mortalité prématurée dont le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé en France estimait que 20 % était imputable à des comportements à risque. Les résultats d'une recherche bibliographique menée récemment sur « Medline » (mots clés : substance abuse, intravenous and mortality) par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France sur des études de cohortes, c'est-à-dire des études qui suivent des toxicomanes pendant plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années, permettent de mieux préciser et d'évaluer au long court, l'éventail des pathologies dont souffrent et souvent meurent les toxicomanes. Ces études, 22 retrouvées au total, publiées dans des revues médicales internationales, sont toutes étrangères et proviennent essentiellement de pays anglo-saxons.

Quel que soit le pays, les études de cohortes, qui comparent la mortalité des toxicomanes à celle de la population générale, mettent en évidence une forte surmortalité, les taux de mortalité allant de 8,8 à 63,8 ‰ personnes-années (‰ PA) et les ratios standardisés de mortalité de 3,5 à 63.

On observe qu'au sein d'une même cohorte les taux annuels de mortalité se sont accrus de façon considérable au début des années quatre-vingt-dix. D'ailleurs, certaines études n'ont pas même calculé de taux global de mortalité sur la période de suivi, dans la mesure où un chiffre global aurait mal traduit les évolutions de la mortalité.

Ainsi en Espagne, la cohorte de Orti sur 15 000 toxicomanes montre que la mortalité s'est régulièrement accrue de 14 ‰ toxicomanes en 1985 à 35 ‰ en 1991.

Pour Selwyn aux États-Unis d'Amérique, la mortalité passe de 12,9 ‰ PA en 1984 à 44,0 ‰ PA en 1987.

Pour Zaccarelli, elle est de 8 ‰ PA en 1985 puis de 28 ‰ PA en 1991.

Enfin pour Galli, les taux de mortalité varient de 10,6 ‰ PA en 1983 à 15,6 ‰ PA en 1986, 25,6 ‰ PA en 1987 et 63,8 ‰ PA pour le premier semestre 1991.

Cet accroissement de la mortalité coïncide, dans les pays concernés, avec l'émergence de l'épidémie de sida, mais semble également être associé à bien d'autres facteurs.

D. Cotrell, A. Childs-Clarke, A. H. Ghodse. « British opiates addicts : an 11 year Follow-up ». *Br J Psychiatry*, 1985, 146, p. 448-450

Le taux de mortalité et les ratios standardisés de mortalité

Auteur	Pays, année	Effectif	Décès	Particularités de la cohorte	Recrutement	Durée suivi	Taux de mortalité**	RSM
G. W. Joe	EUA, 1982	3 324	179	Consommateurs d'opiacés étude multi-centrique prise en charge diversifiée	1969-1973	6 ans	15,2‰ PA	4 à 14 selon l'âge*
G. W. Joe	EUA, 1987	697	52	Échantillon randomisé à partir de l'étude précédente		6 ans supplément.	13,8‰ PA	6,9*
J. M Mac Anulty	EUA, 1995	1 769	33	Toxicomanes non traités	Avril 1989 à mars 1991	3 ans	10,5‰ PA	8,3*
A. Selwyn	EUA, 1989	1 598	94	3 centres méthadone à New York	1984-1987	Arrêt en 1987	27,1‰ PA	-
K. Tunving	Suède, 1988	524	62	Tous types de drogues (recrutement : hospitalisation relative à un abus de drogue)	1970-1978	10 ans de suivi	12‰ PA	3,5
A. Engström	Suède, 1991	1 630	446	Tous types de drogues Hospitalisation avec notion de toxicomanie	1971-1972	Arrêt en 1984	en moyenne 2,3 % par année	5,3
L. Grönbladh	Suède, 1990	281	96	4 groupes d'héroïnomanes • traitement par méthadone (MT) 166 dont – arrêt volontaire du traitement (AV) 34 – exclusion involontaire (EI) 53 – non traités (NT) 115	1967-1988	6 à 11 ans selon le groupe	MT : 1,40 % par année AV : 1,65 % par année EI : 6,91 % par année NT : 7,20 % par année	MT : 8,4 EI : 55 NT : 63
A. Eskild	Norvège, 1993	1 009	87	Drogues administrées par voie IV centre de dépistage du VIH	1985-1991	Arrêt en janvier 1991	28‰ PA	31
A. Perucci	Italie, 1991	4 200	239	3 centres de traitement à Rome proposant une substitution par méthadone	1980-1988	Arrêt le 31 décembre 1988	9,0‰ PA	10,1
M. Zaccarelli	Italie, 1994	2 431	181	2 centres de traitement spécialisé à Rome	1985-1991	Arrêt le 31 décembre 1991	1985 : 8‰ 1991 : 28‰	-
M. Galli	Italie, 1994	2 432	413	Plusieurs centres de traitement à Milan (dont centres méthadone)	1980-1988	Arrêt le 30 juin 1991	25,2‰ PA	20,5
E. Oppenheimer	RU, 1994	128	43	Traitement par héroïne dans des cliniques de Londres	1969	Arrêt 1991	1,84 % par année	11,9
J. R. Caplehorn	Australie, 1994	307	47	Centres méthadone à Sydney	Avant 1979	Arrêt 1 ^{er} janvier 1991	11‰ PA	
J. J. Goebert	Italie, 1995	4 962	332	Centre de traitement de la province de Bologne, urgences des 2 grands hôpitaux de Bologne et centre médical de la prison.	1 ^{er} janvier 1980 au 1 ^{er} juillet 1990	1 ^{er} janvier 1980 au 1 ^{er} novembre 1990	15,7‰ PA	18
R. M. Orti	Espagne, 1996	15 711	1 315	Services d'urgences (4 hôpitaux de Barcelone) et des centres de traitement dans Barcelone	1985-1991	Arrêt le 31 décembre 1991	1985 : 14‰ 1991 : 35‰	

* RSM calculé par rapport à la population générale, par tranche d'âge, sans distinction de sexe, contrairement aux autres calculés par âge et par sexe.

** Les taux de mortalité sont exprimés en personnes-années. Le taux de mortalité tient compte du nombre de toxicomanes suivis. Un toxicomane suivi pendant 10 années correspond à 10 personnes-années ou 10 PA.

Références des études

- G.W. Joe, W. Lehman, D.D. Simpson. « Addict death rates during a four-year posttreatment follow-up ». *Am J Public Health*, 1982, 72, p. 703-709
- G.W. Joe, D.D. Simpson. « Mortality rates among opioid addicts in a longitudinal study ». *Am J Public Health*, 1987, 77, p. 347-348
- J.M. McAnulty, H. Tesselaar, D. W. Fleming. « Mortality among injection drug users identified as « out of treatment » ». *Am J Public Health*, 1995, 85, p. 119-120
- P. A. Selwyn, D. Hartel, V. A. Lewis et al. « A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency

- virus infection ». *N Engl J Med*, 1989, 320, p. 545-50
- K. Tunving. Fatal outcome in drug addiction. *Acta Psychiatr Scand*, 1988, 77, p. 551-566
- A. Engström, C. Adamsson, P. Allebeck, U. Rydberg. « Mortality in patients with substance abuse : a follow-up in Stockholm county, 1973-1984 ». *Intern J Epidemiol*, 1991, 26, n°1, p. 91-106
- L. Grönbladh, L.S. Ohlund, L.M. Gunne. « Mortality in heroin addiction : impact of methadone treatment ». *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 82, p. 223-227
- A. Eskild, P. Magnus, S.O. Samuelson et al. « Differences in mortality rates and causes of death between HIV

- positive and HIV negative intravenous drug users ». *Intern J Epidemiol*, 1993, 22, p. 315-319
- C.A. Perucci, M. Davoli, E. Rapiti et al. « Mortality of intravenous drug users in Rome : a cohort study ». *Am J Public Health*, 1991, 81, p. 1307-1310
- M. Zaccarelli, P. Gattari, G. Rezza et al. Impact of HIV infection on non-AIDS mortality among Italian injecting drug users. *AIDS*, 1994, 8, p. 345-350
- M. Galli, M. Musicco. « Mortality of intravenous drug users living in Milan, Italy : role of HIV-1 infection ». *AIDS*, 1994, 8, p. 1457-1463
- E. Oppenheimer, C. Tobutt, C. Taylor, T. Andrew. « Death and survival in

- a cohort of heroin addicts from London clinics : a 22-year follow-up study ». *Addiction*, 1994, 89, p. 1299-1308
- J.R. M. Caplehorn, M.S. Y.N. Dalton, M.C. Cluff, A.M. Petrenas. « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death ». *Addiction*, 1994, 89, p. 203-207
- J.J. Goedert, G. Pizza, F.M. Gritti, P. Costigliola, A. Boschini, A. Bini, C. Lazzari, A. Palareti. « Mortality among drug users in the AIDS era ». *Intern J Epidemiol*, 1995, 24, p. 1204-1210
- R.M. Orti, A. Domingo-Salvany, A. Munoz, D. Macfarlane, J.M. Suelves, J. M. Anto. « Mortality trends in a cohort of opiates addicts, Catalonia, Spain ». *Intern J Epidemiol*, 1996, 25, p. 545-553

En effet, l'importance de la mortalité dépend, outre des éléments contextuels (variations d'un pays à l'autre des modes de recrutement des toxicomanes dans la cohorte, des schémas thérapeutiques ou des habitudes de consommation), de différents facteurs de risque tels que le produit principal de dépendance (les opiacés sont davantage associés à la mortalité), les autres produits et la consommation combinée d'alcool (cette dernière ainsi que son rôle pathogène étant probablement très sous-estimés). La mortalité est également associée à des variables comme l'âge, l'ancienneté de la toxicomanie, le statut sérologique vis-à-vis du VIH et le programme de traitement de la toxicomanie dans lequel les toxicomanes sont recrutés. S'il est difficile de mesurer l'impact des traitements de substitution sur la mortalité, quelques tendances semblent cependant se dégager. L'abandon d'un traitement de substitution entraîne un risque significativement plus élevé de décès, dans les études de Davoli et de Perrucci. Caplehorn met en évidence une meilleure survie des patients traités par des doses élevées (120 mg de méthadone par jour), et aussi, des taux d'abandon au traitement inférieurs à ceux des patients traités avec de plus faibles doses de méthadone.

Quatre causes principales de mortalité sont retrouvées chez les toxicomanes par voie intraveineuse suivis dans ces cohortes :

- les décès par sida (et stade pré-sida), qui sont devenus aux alentours de 1989, quelque soit le pays, la première cause de mortalité chez les toxicomanes,

- les surdoses qui, bien que reléguées en deuxième position, ont vu également leur taux de mortalité s'accroître, comme le montre l'étude de Galli dans laquelle le taux par surdose est passé de 3,5 % personnes-années en 1981 à 19,6 % personnes-années en 1991,

- les suicides et les autres morts violentes. Les pourcentages de décès par suicide varient selon les cohortes de 1,7 % à 16 % selon les études. Celui des morts par actes de violence, généralement plus élevé que celui des suicides, oscille de 7,8 % à 28,8 %,

Enfin, les infections « hors sida » et la pathologie hépatique (cirrhoses et hépatites principalement).

Lorsque l'on aborde les pathologies liées à la drogue il est habituel de les diviser en pathologies : liées au produit ; liées au mode d'administration ; liées au mode de vie.

G. E. Woody, D. S. Metzger. « Causes of death in injection-drug users ». *N Engl J Med*, 1993, 329, p. 1661

Don C. Des Jarlais, S. R. Friedman. « Editorial review HIV infection among intravenous drug users : epidemiology and risk reduction ». *AIDS*, 1989, 1, p. 67-76

J. R. Robertson, P. J. M. Ronald, G. M. Raab, A. J. Ross, T. Parpia. « Deaths, HIV infection, abstinence, and other outcomes in a cohort of injecting drug users followed up for 10 years ». *BMJ*, 1994, 309, p. 369-72

Effective medical treatment of heroin addiction National Institutes of Health Consensus development statement. novembre 1997

H. J. A van Haastrecht, G. H. C. Mientjes, A. A. R. van den Hoek, R. A. Coutinho. « Death from suicide and overdose among drug injectors after disclosure of first HIV test result ». *AIDS*, 8, p. 1721-1725

G. V. Stimson, E. Oppenheimer, A. Thorley. « Seven-year follow-up of heroin addicts : drug use and outcome ». *BMJ*, 1978, 1, p. 1190-1192

• H. J. A. van Haastrecht, A. A. R. van den Hoek, R. A. Coutinho. « High mortality among HIV-infected injecting drug users without AIDS diagnosis : implications for HIV infection epidemic modellers ? ». *AIDS*, 1994, 8, p. 363-366

• P. Chossegros. « Les complications somatiques de la toxicomanie » *Toxibase. Revue documentaire*, 1995, n°3, 25 pages

Les traitements de substitution et la politique de réduction des risques agissent fortement sur les pathologies liées au produit et mode d'administration. Ainsi l'accès à un matériel d'injection stérile, la promotion de la désinfection et du « shoot propre » ont largement contribué à la modification de l'éventail des pathologies comme les phlébites, les abcès et les endocardites, fréquemment retrouvées lors des années quatre-vingt. La contamination par le VIH et par le virus des hépatites semblent décroître, même si pour l'hépatite C d'autres facteurs interviennent pour expliquer le très haut niveau de contamination actuellement retrouvé.

Le produit lui-même est l'objet d'actions de prévention. Un travail de « testing » est maintenant proposé par certaines associations sur les produits vendus dans les « rave parties » : il s'agit d'analyser les produits et de déconseiller ceux qui sont les plus toxiques, de confirmer la présence d'une MDMA (ecstasy) tolérable en terme de morbidité.

On distingue donc des pathologies selon le type de produit utilisé, et enfin, une toxicité aiguë ou chronique.

L'héroïnomanie est génératrice d'un nombre important de pathologies, mais les interactions entre les drogues, le milieu et l'alcool rendent les recherches de causalité malaisées : le traitement est alors difficile à mettre en œuvre. C'est le champ de la « pathologie liée au milieu » qui recouvre les accidents et séquelles d'accidents (accidents de la voie publique, rixes...), les pathologies de la précarité, la tuberculose, etc. Ce champ est particulièrement mal exploré, même par les études de cohorte citées plus haut. Les chiffres des overdoses sont parmi les mieux connus, annuellement, dans notre pays. Une enquête menée en Île-de-France en 1990 montre que 10 % des décès sont directement liés à l'usage de stupéfiants chez les 20-29 ans. Pourtant, l'Inserm signale, par exemple, n'avoir des informations que pour 36 % des décès liés aux drogues.

Toutefois, et coïncidant avec la mise en place des traitements de substitutions, les surdoses repérées par l'Octris sont, depuis trois ans, en très forte diminution.

Le sida a entraîné une surmortalité majeure dans cette population, nous l'avons vu. Le pourcentage des toxicomanes représente autour de 25 % des cas de sida déclarés en France. Les déclarations montrent un recul de la maladie et le nombre de nouvelles contaminations semble

diminuer. Il n'en reste pas moins que le chiffre annuel estimé de nouvelles infections demeure élevé, de 4 000 à 6 000. Les toxicomanes en représentent une part substantielle du fait d'un risque important de contamination, par réutilisation d'une seringue contaminée et par voie sexuelle. Les pathologies infectieuses restent une préoccupation majeure, même si elles évoluent : les endocardites ou les candidoses systémiques semblent moins fréquentes, alors que l'hépatite C est un réel problème de santé publique. Ainsi, une étude menée par l'observatoire régional de la Santé de Midi-Pyrénées montre que 67 % des toxicomanes sont séro-positifs pour le VHC.

Enfin, certaines pathologies surviennent avec une fréquence difficile à évaluer, mais semblent générer une morbidité et des recours aux soins importants. Nous retiendrons en priorité les pathologies :

- cutanées,
- pulmonaires (pneumopathies, tuberculose),
- digestives (dénutrition, problèmes dentaires, diarrhées),
- hépatiques.

La morbidité liée aux pathologies psychiatriques est peu approfondie en termes épidémiologiques et doit faire l'objet d'un travail complémentaire.

L'amélioration de l'ensemble de ces connaissances est nécessaire. Elle permettra de mieux repérer et de traiter précocement les dommages somatiques des drogues chez les toxicomanes. Elle suppose de développer une épidémiologie clinique approfondie sur l'ensemble des causes de morbidité et de mortalité. Le contexte français demeure très mal adapté à un tel développement. La répression de l'usage des drogues entraîne une fuite massive des patients et l'anonymat des soins fait obstacle à la recherche épidémiologique en empêchant un suivi réel de l'ensemble des pathologies somatiques, psychiques et sociales des usagers de drogue.

Poloméni Pierre, Gremy Isabelle

- F. Hatton, F. Facy, E. Jouglu. « La mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France ». *Rev Epidémiol santé publ*, 1993, 41, p. 422-424
- P. A. Selwyn, D. Hartel, W. Wasserman, E. Drucker. « Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a new york city methadone maintenance program ». *Am J Public Health*, 1989, 79, p. 1358-1362

Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 15 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances classées comme stupéfiants. Article L. 628
Modifié par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, du Code de la Santé Publique

- D. Cotrell, A. Childs-Clarke, A. H. Ghodse. « British opiates addicts : an 11 year Follow-up ». *Br J Psychiatry*, 1985, 146, p. 448-450

Le principe de cette classification date de la loi du 12 juillet 1916, JO du 14 juillet 1916

La loi n° 86-76 du 17 janvier 1986, art. 2, crée un article L. 627-2 du CSP : *Seront punis d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 5 000 F à 500 000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront cédé ou offert des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle*

Principales dispositions législatives et réglementaires

La loi du 31 décembre 1970 est le fruit d'un compromis entre des objectifs d'ordre public, réprimer le trafic de stupéfiants, et des objectifs d'ordre sanitaire, soigner les toxicomanes et éviter la propagation de « l'épidémie ». À ce titre, elle est insérée au Code de la santé publique, livre II « Lutte contre les fléaux sociaux » et comporte à la fois une surveillance médicale et des sanctions pénales. Trois séries de mesures peuvent ainsi être distinguées, des dispositions pénales, une surveillance sanitaire générale des toxicomanes et un dispositif de renvoi des usagers sous contrôle de la justice vers le système sanitaire, sous la forme d'obligations de soins. L'ensemble du dispositif a évolué depuis 1970, par des ajustements de nature réglementaire, sans que le législateur ait été amené à se prononcer sur sa réforme.

Les dispositions pénales

Le dispositif initial

L'usage illicite de stupéfiants est incriminé par la loi du 31 décembre 1970, insérée au Code de la santé publique en son article L. 628. Ce texte très général ne distingue ni les produits, ni les usagers occasionnels des toxicomanes. Les substances concernées découlent d'une classification établie par voie réglementaire, ce qui permet à l'autorité administrative d'y intégrer ou d'en retirer un produit, sans intervention du législateur.

L'évolution postérieure et le Nouveau Code pénal

Les circulaires d'application de la loi de 1970 recommandent de discerner l'usager de stupéfiants qu'il convient de traiter avec humanité et le trafiquant passible des sanctions les plus sévères. Cette distinction, dès les premières années, va s'avérer peu pertinente, et les statistiques recueillies par le ministère de la Justice comportent trois rubriques : l'usager, l'usager-trafiquant et le trafiquant.

Avant même la fin des années soixante-dix, le traitement applicable aux deux catégories