

d'une meilleure adaptation aux exigences extérieures, d'une reconnaissance par les pairs est sans doute en filigrane de la consommation. À ce titre le dopage en milieu sportif soulève la même problématique tant par les comportements induits que par les produits utilisés. Considérer l'usage occasionnel comme une aide à l'intégration dans un groupe et non comme une fuite ou une volonté d'isolement oriente la prévention vers un renforcement des compétences de chacun à vivre en société.

Les évaluations récentes ont souligné les résultats positifs des politiques de réduction des dommages et la permanence du déficit de la prévention dans les domaines des usages de produits psychoactifs. La recherche d'efficacité dans ce domaine conduit à affiner les analyses concernant les comportements de consumma-

tion afin de mettre en phase le discours préventif et la réalité du terrain.

Lionel Fournier

Données épidémiologiques en France

Le cadre législatif français (loi du 31 décembre 1970) structure notre connaissance des usages de drogues et des toxicomanies. Les deux grandes filières statistiques existantes (sanitaire, répressive) sont le reflet de la dualité du toxicomane établie par la loi (malade, délinquant).

L'usage de drogue, de par sa nature illicite, est difficilement repérable et donc descriptible. En France, le dispositif d'observation des usages de drogues en population générale est incomplet. Néanmoins de nombreuses données sont disponibles. Elles proviennent le plus souvent des institutions qui interviennent en la matière. Elles ne reflètent donc qu'une partie du phénomène et sous un angle particulier, celui de l'institution. C'est toutefois par la mise en perspective de données provenant de sources d'information diverses qu'il est possible de dégager des tendances.

L'ampleur du phénomène

Entre usage de drogues et toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d'usage : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs, dépendance... Ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane ou toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du phénomène, notamment dans son évaluation quantitative : combien y a-t-il de toxicomanes ? Les fluctuations de ces évaluations sont d'autant plus fortes qu'elles portent sur des populations différentes. En effet, le rapport de grandeur varie de un à dix selon que l'on considère l'usage ou la dépendance.

Ainsi, nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes qui ont, en France,

La prévention de la toxicomanie (1996-2000)

Ce programme d'actions communautaire axé sur la promotion de la santé publique est doté d'un budget de 27 millions d'Euros. Il inclut l'organisation de la Semaine européenne de lutte contre la toxicomanie dont la prochaine édition se déroulera en novembre 1998.

Les priorités de ce programme intègrent les différents niveaux de la prévention, y compris la réinsertion et correspondent aux thèmes suivants :

- jeunes, drogues de synthèse et polytoxicomanie,
- amélioration des pratiques à travers des échanges (programme multivilles, Erit, T3E, Eurometh, etc.),
- prévention de la rechute,
- prise en compte de populations particulièrement vulnérables (usagers de drogues faisant l'objet de mesure pénale, populations migrantes).

Les coopérations dans le domaine répressif

La lutte contre le trafic de stupéfiants repose sur la coopération

étroite entre les services de polices, de douanes et de gendarmerie des différents États de l'Union.

Elle nécessite également une harmonisation des textes législatifs et réglementaires. Les réalisations les plus évidentes concernent la coopération policière (Europol), la coopération de lutte contre le blanchiment de l'argent du trafic (GAFI), la lutte contre le détournement de produits précurseurs susceptibles de permettre la synthèse de drogues de type amphétaminique (ecstasy).

Les actions internationales

L'union européenne développe une série d'actions en direction des États d'Europe orientale (programme Phare), des pays du Moyen-Orient et de la région caraïbe.

Lionel Fournier

1. Convention unique sur les narcotiques 1961, Convention sur les psychotropes 1971 et Convention sur le trafic illicite des narcotiques et des psychotropes 1988

consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de celles qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Dans près de la totalité des cas, il s'agit de cannabis.

Quant au nombre d'héroïnomanes, nous l'estimons actuellement à environ 160 000. Il s'agit de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système sanitaire et social. Le même modèle, pour estimer le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse, aboutirait à un résultat identique.

Population générale

Les consommations de drogues, du fait de leur faible fréquence, sont difficilement repérables en population générale. Le produit le plus consommé reste le cannabis. Toutefois, le phénomène récent le plus marquant est la progression considérable de la consommation d'ecstasy, dont l'usage se développe plus particulièrement dans le cadre des « raves » mais également dans les boîtes de nuit et dans certaines soirées privées, parmi une population en général jeune et bien insérée.

La proportion d'adultes entre 18 et 75 ans qui déclarent avoir pris une drogue au cours de leur vie est passée de 12 % en 1992 à 16 % en 1995. Cette augmentation peut s'expliquer par la banalisation et donc la meilleure déclaration de l'usage de drogue mais aussi par le fait que les générations les plus anciennes sont remplacées par des générations pour lesquelles l'usage de drogues est moins rare. Les hommes sont plus consommateurs que les femmes (21 % vs 11 % au cours de la vie). L'expérimentation diminue avec l'âge (de 32 % pour les 18-24 ans à 1,5 % pour les 60-75 ans). En 1995, la part des consommateurs au cours des 12 derniers mois est de 4 % (6 % chez les hommes et 3 % chez les femmes). Comme pour la consommation au cours de la vie, il s'agissait à plus de 90 % de cannabis.

Chez les jeunes adultes, la prévalence de l'usage de drogue est plus élevée. Un peu moins de la moitié (40 %) des jeunes hommes des centres de sélection des armées déclare en 1996 avoir pris ne serait-ce qu'une fois du cannabis : 25,5 % disent avoir essayé et 14,5 % en consommer régulièrement (dont 39 % toutes les semaines et 19 % tous les jours). L'usage d'ecstasy s'est fortement accru par rapport aux

Toxicomanes incarcérés

La population incarcérée compte un grand nombre de toxicomanes. Des enquêtes épidémiologiques de l'Inserm sous la responsabilité de Françoise Facy permettent de mieux les connaître.

Depuis 1989, les études épidémiologiques (Inserm, U. 302) portent sur les toxicomanes dépistés en prison dans le cadre des antennes, centres spécialisés en toxicomanie, au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPPR).

Pour mesurer l'évolution actuelle de la population dépistée et suivie par les antennes, deux années de références sont choisies : 1992 et 1995. Les échantillons de sujets retenus respectent la répartition géographique observée en 1992, entre les deux zones de densité de populations différentes : Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et les autres régions. Cette distinction est justifiée par les séroprévalences au VIH, très différentes entre ces régions, depuis le début de l'épidémie du sida. Au total, 2 649 sujets sont décrits en 1992, 2 256 sujets sont comparables pour 1995.

Aspect sociaux et familiaux

Les hommes demeurent majoritaires en prison, mais les femmes sont un peu plus nombreuses en 1995 (10,5 %). Les étrangers représentent 25 % de la population en 1995 contre 23 % en 1992.

30 % des toxicomanes vus en prison ont moins de 25 ans en 1995 contre 39 % en 1992. 32 % ont plus de 30 ans en 1995, contre 22 % en 1992.

Le logement est indépendant des parents pour 37 % des sujets en prison, plus souvent qu'en 1992 (31 %) ; les sujets sans domicile fixe sont peu nombreux (9 %). L'activité professionnelle est rarement continue (13 % en 1995 contre 20 % en 1992), le manque de qualification professionnelle touche 47 % des sujets en prison en 1995 et

41 % en 1992. On note une augmentation des sujets percevant le RMI : 17 % en 1995 contre 11 % en 1992.

La situation matrimoniale des toxicomanes incarcérés montre que 58 % en 1995 et 61 % en 1992 sont célibataires, un tiers vit en couple, en 1992 ou 1995. Par contre, 32 % en 1995 contre 29 % en 1992 des toxicomanes incarcérés sont parents. Les risques liés à la santé du sujet et de son environnement proche sont ainsi soulignés et renforcent les préoccupations de santé publique vis-à-vis de la transmission du VIH et des maladies infectieuses (hépatite, tuberculose, ...).

L'entourage familial des sujets incarcérés montre une exposition à des risques multiples associés à la toxicomanie : 18 % ont un membre de leur fratrie toxicomane, et 6 % un membre de leur fratrie alcoolique (20 % en 1992), 18 % ont un partenaire toxicomane (17 % en 1992).

Les problématiques multiples d'insertion sociale, d'équilibre affectif et de santé physique et psychologique, apparaissent renforcées au cours des dernières années pour une population qui déjà cumulait des risques bien connus au plan épidémiologique pour être traduites en termes de morbidité et d'exclusion sociale.

Aspects légaux

Parmi les toxicomanes incarcérés, 49 % des sujets sont prévenus en 1992 et 1995. 46 % ont commis une infraction à la législation sur les stupéfiants. Plus de sujets en 1995 sont condamnés (48 % vs 40 % en 1992), mais 12 % des sujets vus en 1995 sont à la fois prévenus et condamnés, contre 2 % en 1995. Le délit est en relation exclusive avec la drogue pour 29 % des cas (contre 31 %). 71 % sont récidivistes (contre 70 % en 1992). Presque la moitié ont été incarcérés pour la première fois avant 20 ans, un peu moins en 1995. D'après les premières études, un pourcentage important de toxicomanes incarcérés (presque 40 %) était passé auparavant devant un tribunal pour enfants.

L'importance des comportements de délinquance et des difficultés précoces avec la justice est confirmée, survenant bien avant les comportements de toxicomanie pour un nombre non négligeable de sujets (26 % en 1995 vs 29 % en 1992).

Aspects sanitaires

La grande majorité des toxicomanes (90 %) vus dans les antennes en prison ont effectué un test VIH. Mais 21 % ne connaissent pas leur statut ou ne le précisent pas (contre 19 % en 1992). 11 % sont séropositifs en 1995 contre 15 % en 1992.

La variation des séroprévalences est importante : en région parisienne et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, les taux sont les plus élevés en 1992 et font plus que doubler en 1995. Pour les autres antennes, les taux restent inférieurs à 6 %. En moyenne en 1995, l'Île-de-France et Paca sont à 17 % contre 3 % ailleurs. Cependant les tests non effectués et les résultats non précisés y sont plus fréquents, ce qui évoque des dépistages inégalement effectués, en raison de risques minimes connus pour les sujets concernés, ou de pratiques professionnelles différentes, du fait d'une médicalisation moins importante. Les données concernant les hépatites virales vont dans le même sens : les prévalences sont deux fois plus élevées en moyenne dans les régions Île-de-France et Paca que dans les autres régions.

19 % des toxicomanes ont eu des problèmes d'overdose (20 % en 1992), 24 % des hépatites virales (19 % en 1992). Les problèmes de santé mentale se révèlent fréquents chez les toxicomanes incarcérés : 18 % ont fait une tentative de suicide (20 % en 1992). 37 % ont eu une consultation psychiatrique (31 % en 1992). 21 % ont été hospitalisés en psychiatrie (contre 20 % en 1992). Les prises en charge antérieures au titre de la toxicomanie semblent en diminution, ainsi les sevrages antérieurs sont moins fréquents (26 % vs 29 %).

Aspects toxicologiques

Les toxicomanes incarcérés sont surtout des héroïnomanes : 70 % en 1995, 79 % en 1992. L'injection intraveineuse est utilisée avant l'incarcération par 42 % des toxicomanes en 1995 ; en 1992 elle l'était par 52 %. Parallèlement à la diminution d'héroïne, on remarque une augmentation de cannabis (11 % contre 7 %), et de médicaments (5 % vs 3 %) en produit principal.

Chez les sujets incarcérés, les produits pris en association montrent les fréquences suivantes en augmentation pour 1995 : cannabis (49 % vs 41 %), médicaments (32 % vs 30 %), alcool (23 % vs 15 %). L'usage de cocaïne concerne 24 % des sujets (vs 29 %).

La population vue par les antennes constitue à travers ses particularités une « cible » pour la prévention secondaire de nombreux comportements à risque de dépendance, de délinquance et d'exclusion sociale.

Pour cette population qui cumule les difficultés, sans avoir toutefois le même dénuement par rapport aux soins que les sujets incarcérés dans certains pays, même développés, le temps d'incarcération semble privilégié pour sensibiliser et accompagner dans une démarche d'éducation à la santé pour l'après sortie de prison.

Le moment de l'incarcération montre l'importance de la reconnaissance de la toxicomanie et la nécessité des bilans de santé, en particulier les dépistages des infections liées au VIH et des hépatites.

L'importance des toxicomanes incarcérés n'ayant pas eu de contact antérieur avec une équipe spécialisée en toxicomanie montre aussi combien l'équipe de l'antenne a un rôle déterminant pour faciliter une démarche individuelle de recours à des soins spécialisés.

Françoise Facy

1. F. Facy et coll. *Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Paris : EDK, 1997, 107 p.

années antérieures : 5 % des jeunes en ont déjà pris et, parmi eux, le quart en consomme régulièrement. L'usage régulier de cocaïne, héroïne ou solvants reste marginal (moins de 1 %).

Populations institutionnelles

Le nombre de toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social et le nombre d'interpellations pour usage illicite de stupéfiants peuvent être considérés comme des indicateurs indirects de l'importance du phénomène toxicomanie en France. Le premier est toutefois avant tout un indicateur de la demande de soins, et le deuxième fortement lié à l'activité des services de police, de gendarmerie et de douanes.

Le nombre de toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social s'accroît d'une année sur l'autre (doublement en 5 ans) mais la tendance est plus marquée dans les centres spécialisés en 1994 et 1995 (+ 20 %). Cet accroissement peut être le reflet combiné d'une augmentation du nombre de toxicomanes, de changements dans les pratiques de soins, d'un recours aux soins plus fréquent ou encore le signe d'une morbidité accrue. Dans les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie, la relative stabilité des effectifs peut être en partie liée à des problèmes de fluctuation du nombre d'établissements répondants.

Au cours de l'année 1995, 64 738 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés ; pour 41 % d'entre eux, il s'agissait d'un premier recours à ce type de structure. En novembre 1995, 11 114 toxicomanes ont eu recours aux centres spécialisés, 7 026 aux hôpitaux et 4 763 aux centres sociaux. Si l'on tient compte des sujets simultanément suivis dans deux établissements, on estime à environ 20 300 le nombre de toxicomanes suivis en novembre 1995 dans le système sanitaire et social.

Le nombre de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution s'est considérablement accru au cours des deux dernières années. On estime à plus de 35 000 le nombre de patients substitués en médecine de ville (32 000 à 40 000 sous Subutex® et environ 2 000 sous méthadone) et à 6 000 le nombre de patients sous méthadone suivis dans les centres spécialisés.

L'usage illicite de stupéfiants constitue le motif d'interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants le plus fréquent. Le nombre d'interpellations pour usage n'a cessé

de s'accroître au cours des vingt dernières années avec une accélération de la tendance depuis cinq ans.

En 1996, on en compte 69 228, dont 81 % pour usage simple. L'augmentation des interpellations pour usage de cannabis explique près de la totalité de l'accroissement du nombre d'interpellations pour usage depuis 1995. Le renforcement des contrôles d'identité dans le cadre de l'opération Vigipirate à la suite des attentats islamistes en 1995 pourrait permettre d'expliquer une partie de l'augmentation des interpellations pour usage et notamment de cannabis en 1995.

Les usagers de stupéfiants sont également repérés par les statistiques sur les injonctions thérapeutiques, les condamnations et les incarcérations, mais elles ne peuvent être mises en relation, ni entre elles, ni avec les interpellations, du fait de classifications différentes des infractions.

L'alternative aux poursuites judiciaires que constitue l'injonction thérapeutique est chaque année plus employée (8 812 prononcées en 1996) et fait l'objet d'une meilleure collaboration entre les instances judiciaires et sanitaires (suivis effectifs dans les trois quarts des cas).

L'usage de stupéfiants (11 767) représente, en 1995, 19 % de l'ensemble des infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans les condamnations. Dans 89 % des cas, l'usager de drogue sanctionné par une condamnation est également poursuivi pour d'autres infractions.

On recense enfin, en 1996, 845 incarcérations pour lesquelles l'usage de stupéfiants constitue l'infraction unique ou principale (inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt), mais ce chiffre ne représente pas le nombre total d'usagers de stupéfiants en prison.

Les usagers et leurs usages

Les consommateurs de drogues appréhendés par les sources d'informations existantes et dont les caractéristiques sont décrites ci-dessous sont principalement ceux en contact avec les institutions sanitaires, sociales et répressives. Cette description est toutefois complétée par des observations de type ethnographique auprès de populations non sélectionnées institutionnellement.

Caractéristiques socio-démographiques

Le sexe masculin est de loin le plus représenté chez les toxicomanes. Les proportions d'hommes observées dans le domaine répressif et le secteur sanitaire et social sont stables : respectivement autour de 90 % et de 75 %. Les différences selon le sexe dans les conduites toxicomaniaques et dans les pratiques institutionnelles expliquent probablement cet écart entre les deux secteurs.

L'usage de drogues et les toxicomanies sont très liés à l'âge, et ce quelles que soient les institutions qui repèrent les sujets consommateurs. La grande majorité d'entre eux se concentre fortement entre 20 et 35 ans.

La tendance au vieillissement (accroissement des âges moyens) constatée depuis une dizaine d'années chez les usagers de drogues en contact avec des institutions aussi bien sanitaires que répressives persiste. Il est toutefois difficile de savoir si c'est une plus grande tolérance de l'entourage vis-à-vis des toxicomanes qui retarde leur visibilité par les institutions, si c'est la sortie de la toxicomanie qui est plus tardive, s'il s'agit d'un non-renouvellement partiel de la population, ou encore si de nouveaux itinéraires dans lesquels les plus âgés auraient plus de place apparaîtraient.

L'insertion des toxicomanes dans la vie active est faible. 72 % des toxicomanes suivis en novembre 1995 n'exercent pas d'activité professionnelle ; parmi ceux-ci 57 % sont au chômage. La situation de ceux qui exercent un emploi est cependant relativement précaire puisque parmi eux, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée.

Enfin, 7 % des toxicomanes suivis n'ont aucune couverture sociale et 26 % perçoivent le RMI.

Il semble que, par rapport aux années antérieures, les états de pauvreté et les situations précaires (logement, insertion sociale, revenu,...) soient de plus en plus fréquents chez les toxicomanes, qu'ils soient suivis ou pas en institution, ces derniers connaissant toutefois des situations bien plus difficiles.

Consommations

Le produit principalement consommé varie sensiblement selon l'âge des usagers. Les plus âgés présentent une toxicomanie plus lourde et sont plutôt consommateurs d'héroïne, d'autres opiacés, de médicaments psychotropes, de cocaïne et de crack. Les plus jeunes utilisent principa-

lement du cannabis, mais également du LSD, des colles et des solvants.

Les deux tiers des interpellations pour usage illicite de stupéfiants concernent des usagers de cannabis, alors que ce sont en majorité des héroïnomanes qui ont recours au dispositif de soins.

La part du cannabis au sein des interpellations pour usage s'accroît d'une année sur l'autre : elle est de 74 % en 1996. L'héroïne, qui vient ensuite, représente 21 % d'entre elles.

En novembre 1995, les consommateurs d'héroïne en produit principal représentent 67 % des recours aux centres spécialisés et 49 % des recours aux hôpitaux. Dans les centres sociaux, près de la moitié (49 %) des toxicomanes pris en charge prennent du cannabis.

L'usage de crack s'est fortement développé, particulièrement à Paris et dans les Antilles, depuis 1990 mais reste contenu à un niveau encore limité (environ 1 % des interpellations pour usage et des recours aux soins). Il semble qu'actuellement la consommation de crack se diffuse progressivement vers l'ensemble des usagers d'héroïne et les polytoxicomanes.

Le LSD, après un déclin de son usage jusqu'en 1989, connaît depuis 1993 un certain renouveau. Il n'est toutefois cité en produit principal que dans 0,4 % des cas.

L'usage de cocaïne est toujours aussi mal repéré par les systèmes d'information existants. Sa part, probablement sous-estimée dans les statistiques disponibles (environ 2 % des interpellations pour usage et des recours aux soins) est toutefois restée relativement stable au cours du temps.

À l'instar de la cocaïne, la consommation d'ecstasy est peu appréhendée par les sources de données institutionnelles. On enregistre toutefois un accroissement très fort (décuplement en 5 ans) des interpellations pour usage d'ecstasy qui représentent en 1996 près de 2 % des interpellations pour usage.

Les polyconsommations sont fréquentes : la consommation d'un (ou plusieurs) produit(s) en association avec le produit principal de dépendance concerne au moins 62 % des toxicomanes qui ont recours aux soins en novembre 1995. Cette proportion semble s'être légèrement accrue au cours des dernières années. Le taux de polytoxicomanes varie selon le produit principalement consommé : de 54 % parmi les utilisateurs de cannabis à

Les sources d'information

Le système d'information sur les drogues et les toxicomanies repose sur trois types de sources de données classées selon les populations décrites :

- les *études ou recueils de données sur des populations institutionnelles* qui s'intéressent à l'étude de sous-groupes de population repérés lors de leur contact avec les institutions du domaine sanitaire et social ou du domaine répressif ;
- les *études sur des populations particulières* qui s'intéressent à l'étude de sous-groupes de population directement touchés par le problème de la toxicomanie mais non sélectionnés institutionnellement ;
- les *enquêtes en population générale* qui traitent exclusivement ou non de la toxicomanie et qui visent à mesurer les comportements ou les attitudes de la population globale à l'égard de la drogue, et à mesurer la fréquence des comportements toxicomaniaques.

Ces différentes sources d'information émanent d'administrations qui agissent dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Leur objectif, en organisant et traitant les données recueillies à l'occasion de leur action, est de mesurer et orienter celle-ci. Elles émanent aussi de centres de recherches ou d'administrations qui ne sont pas, à proprement dit, impliqués dans une action de lutte contre la drogue et dont l'objectif est centré sur l'amélioration de la connaissance du phénomène.

Les champs d'observation varient d'une source à l'autre, les définitions et les dénominations des sujets étudiés également. Il n'existe pas de recueil de données dont les résultats soient extrapolables à l'ensemble des usagers de drogues ou encore à l'ensemble des toxicomanes.

Le dispositif d'observation permanent repose principalement sur :

- *Baromètre Santé adultes*, Comité français d'éducation pour la santé : expérimentation et consommation de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal chez les adultes de 18 à 75 ans ;
- *Enquête « Toxicomanie » de novembre*, Service des études et des systèmes d'information du ministère de la Santé : toxicomanes usagers réguliers de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal ayant recours au système sanitaire et social ;
- *Fichier national des auteurs d'infractions à la législation*, Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants : individus interpellés pour usage illicite de stupéfiants, décès par surdose.

Chloé Carpentier, Jean-Michel Costes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues et Toxicomanies : Répertoire des sources statistiques, édition 1997*, Paris : OFDT, janvier 1998

77 % chez les consommateurs de médicaments psychotropes.

L'alcool et les médicaments psychotropes sont les produits les plus utilisés en association. Le cannabis vient ensuite.

Une grande majorité de toxicomanes utilise ou a utilisé la voie intraveineuse, particulièrement les consommateurs d'héroïne. Les seringues sont généralement achetées en pharmacies (93 %) de façon systématique (63 %). Les trois quarts des sujets injecteurs au cours des 7 derniers jours ont réutilisé leur seringue, en moyenne 2 fois ; 31 % ont réutilisé la seringue d'un autre ou prêté leur seringue usagée. Le matériel d'injection, seringue exceptée, est fréquemment partagé (54 % à 70 %).

Depuis 1988, on observe une diminution progressive et constante du partage des seringues avec un maintien des pratiques de réutilisation des seringues et du partage du reste du matériel d'injection, ainsi qu'une surexposition des toxicomanes aux risques sexuels.

L'état de santé

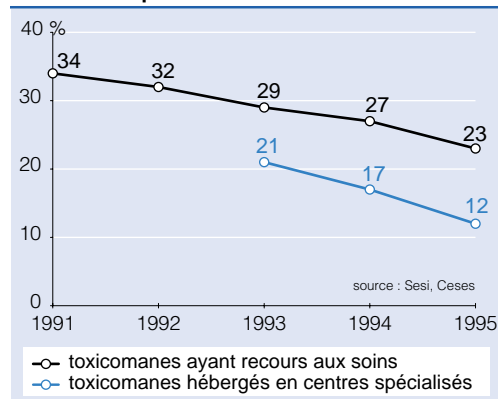
L'état de santé des toxicomanes est peu appréhendé par les enquêtes existantes. Les quelques informations dont nous disposons concernent plus particulièrement certains aspects de la mortalité et la morbidité infectieuse, notamment l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C.

Au regard de ces données disponibles, il semble se dessiner en France une évolution favorable de certains indicateurs, premiers résultats tangibles de la politique de réduction des risques mise en œuvre depuis une dizaine d'années. C'est le cas notamment dans les domaines de la mortalité et du sida. Même si des résultats positifs sont enregistrés, ces progrès ne doivent pas masquer d'autres conséquences sanitaires et sociales très préoccupantes, et faire oublier que même en ces domaines certaines pratiques à risque perdurent.

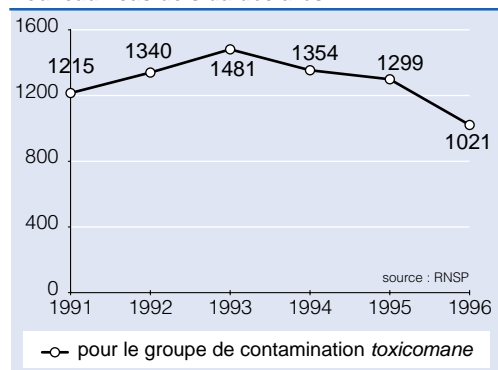
Morbidité : VIH, sida, VHC

Depuis 1991, les taux de séropositivité par le VIH baissent sensiblement chez les toxicomanes qui ont recours aux soins. En 1996, la proportion de sujets séropositifs se situe entre 12 % et 20 %. Elle est toutefois supérieure à 20 % dans les hôpitaux, probablement en raison du nombre important de sujets y ayant recours

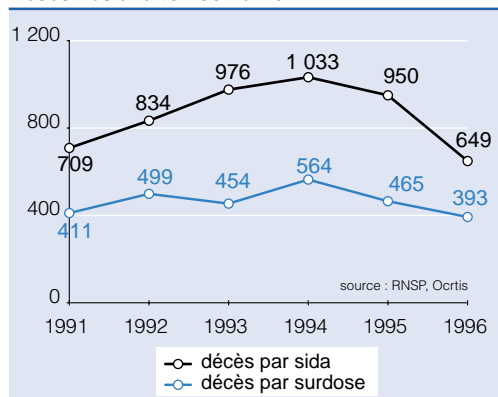
Taux de séropositivité au VIH



Nouveaux cas de sida déclarés



Décès liés à la toxicomanie



pour des pathologies liées au VIH. Lorsque ce sont des utilisateurs anciens ou actuels de la voie intraveineuse, les taux de sujets séropositifs sont plus élevés.

Les toxicomanes ont été particulièrement touchés par l'épidémie de sida : parmi l'ensemble des cas de sida enregistrés depuis le début de l'épidémie (46 032 au 30 juin 1997), plus du quart sont liés à la toxicomanie soit directement, soit par le(s) partenaire(s), soit de la mère à l'enfant. Le nombre de nouveaux cas déclarés chez les toxicomanes progresse très rapidement jusqu'en 1993. Il diminue ensuite légèrement entre 1993 et 1995. La baisse sans précédent constatée depuis 1996 (-36 % entre les deux semestres 1996, -31 % entre le second semestre 1996 et le premier semestre 1997 chez les toxicomanes), si elle peut en partie s'expliquer par une diminution des nouvelles contaminations dans les années antérieures, semble principalement due à la diffusion récente des traitements anti-rétroviraux parmi les sujets séropositifs, ceci retardant leur entrée dans le sida.

En 1996, la proportion de sujets séropositifs au VHC parmi les toxicomanes ayant recours aux soins et dont on connaît la sérologie se situe, selon différentes enquêtes, entre 46 % et 55 %. Il semble toutefois qu'il s'agisse d'un taux minimum car

parmi ceux, et ils sont nombreux, pour lesquels le statut sérologique VHC est inconnu, on estime bien plus importante la part des séropositifs.

Mortalité

La mortalité des toxicomanes n'est pas réelle-

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