

# 5. LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA CONSOMMATION DES AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS

## ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE

### Cannabis

Les risques liés à la consommation de cannabis sont proches de ceux du tabac : tout comme le tabac, la fumée de cannabis contient des substances cancérigènes nocives pour le système respiratoire. Aucun décès par surdose au cannabis n'a été enregistré à ce jour. D'après l'enquête Sam<sup>87</sup> le nombre de victimes d'accidents de la route imputable au cannabis serait de l'ordre de 250 décès par an.

### Usage de drogues par voie intraveineuse et VIH

Aujourd'hui, la région reste particulièrement touchée par l'épidémie, de VIH/sida. Si l'on rapporte les cas diagnostiqués au nombre d'habitants, c'est la région la plus touchée. Sur la période 2000-2005, l'incidence annuelle des cas de sida a été de 5,5 p. 100 000 habitants en Île-de-France, alors que la moyenne nationale est de 2,1 p. 100 000. Tous les départements franciliens affichent une surmortalité au VIH/sida par rapport à la moyenne nationale. Paris et la Seine-Saint-Denis présentent les taux de mortalité les plus élevés de la région.

Depuis 1996, environ 40 % des cas de sida sont diagnostiqués dans la région.

En Île-de-France, les caractéristiques des personnes touchées par le sida se sont modifiées depuis quelques années : la part des personnes contaminées par voie hétérosexuelle est en constante progression. En moyenne, entre 2000 et 2005, 57 % des cas de sida diagnostiqués l'ont été chez des personnes contaminées par voie hétérosexuelle (10 % avant 1990). À l'inverse, cette proportion est passée de 64 % à 22 % chez les hommes contaminés par voie homosexuelle.

Les nouvelles déclarations de VIH confirment cette tendance en Île-de-France : depuis 2003, « si on exclut les 20 % de cas pour lesquels le mode de transmission n'est pas renseigné, les personnes contaminées par voie hétérosexuelle représentent 71 % des découvertes de séropositivité en Île-de-France, les personnes contaminées par voie homosexuelle 26 % et les usagers de drogues 2 % »<sup>88</sup>. Parmi ces nouvelles déclarations, 63 % concernent des personnes de nationalité étrangère, dont la quasi-totalité est originaire d'Afrique subsaharienne. Ces chiffres attestent du succès de la politique de réduction des risques.

Seuls 0,3 % des usagers de drogues de moins de 30 ans fréquentant le dispositif de prise en charge sont contaminés aujourd'hui contre 17 % chez les UD âgés de 35 à 39 ans<sup>89</sup>.

La politique de réduction des risques a également permis une baisse très importante des décès par surdoses : les surdoses d'héroïne sont ainsi passées de 302 en 1997 à 23 en 2004.

### Usage de drogues par voie intraveineuse et VHC

L'impact de la politique de la RdR sur le VHC semble être moins efficace, puisque la prévalence du VHC chez les usagers de drogues reste élevée, y compris chez les plus jeunes (28 % chez les moins de 30 ans<sup>90</sup>).

87 - OFDT / Laboratoire PSA / Inserm / Ceesar / Inrets, « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet Sam), synthèse des principaux résultats », septembre 2005

88 - ORS Île-de-France, *Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France* n°11, décembre 2006

89 - M.Jauffret-Roustide, E.Couturier, Y.Le Strat, F.Barin, J.Emmanueli, C.Semaille, M.Quaglia, N.Razafindratsima, G.Vivier, C.Lefevre, J-C.Desenclos, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude de l'InVS-ANRS, Coquelicot 2004 », *BEH* n°33, 5 septembre 2006

90 - op. cit.

Ce constat résulte à la fois d'une « prévalence globale beaucoup plus élevée (59,8%) dans la population des usagers de drogues et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH »<sup>91</sup>. Cela est dû aussi au fait que les messages de prévention des professionnels ont été moins clairs que ceux visant à prévenir le VIH, en particulier sur les risques liés au partage du matériel d'injection autre que la seringue.

#### Usage de drogues par voie intraveineuse et problèmes psychiatriques

Les questions des comorbidités psychiatriques constituent un autre problème chez les usagers de drogues. La prise en charge des usagers de drogues présentant des troubles psychiatriques semble être problématique, aucune structure n'apparaissant réellement adaptée.

## 5.1. MORBIDITÉ LIÉE À L'USAGE DE CANNABIS

Le pourcentage moyen de goudron inhalé se déposant dans les poumons est plus élevé après consommation de cannabis fumé (>80%) qu'après inhalation de tabac (64%). Le dépôt pulmonaire de goudrons issus de la combustion de cannabis est environ trois fois supérieur à celui induit par la fumée de tabac.

Le cannabis a des effets nocifs sur le système respiratoire et cardiovasculaire : les effets vasculaires aigus et chroniques peuvent être liés au THC mais aussi aux nombreux autres constituants de la fumée de cannabis. Ces effets peuvent également être dus aux conséquences du tabagisme associé. Les manifestations cardiovasculaires varient en fonction de la concentration de THC. La pression artérielle peut être modérément augmentée en position couchée. Une prise prolongée de quantités importantes de cannabis peut entraîner un ralentissement de la fréquence cardiaque<sup>92</sup>.

Les effets broncho-pulmonaires aigus sont proches de ceux du tabac. L'exposition chronique chez les grands fumeurs de cannabis entraîne des perturbations bronchiques indéniables : cette exposition est associée à une bronchite chronique avec toux chronique. La voix des fumeurs peut être enrouée en raison d'une laryngite chronique liée au cannabis. Certains signes broncho-pulmonaires sont significativement plus fréquents chez les fumeurs de cannabis que chez les fumeurs de tabac. À long terme, la consommation de cannabis peut exposer comme pour le tabac à des risques d'athérosclérose, de cancer bronchique et des voies aérodigestives supérieures.

L'ensemble des études sur le sujet montre que les effets de cannabis et du tabac seraient multiplicatifs sur les pathologies bronchiques et cancéreuses.

Enfin, à long terme, la consommation chronique de cannabis expose, comme pour le tabac, au risque de maladies cardiovasculaires et à des cancers bronchiques et des VADS<sup>93</sup>.

L'usage répété peut révéler ou aggraver des troubles psychiatriques tels que des troubles anxieux (attaque de panique, syndromes de dépersonnalisation, insomnies...), et dépressifs. Le cannabis aggraverait les troubles schizophréniques chez les personnes prédisposées et en accélérerait le cours évolutif, mais la question de la causalité entre consommation de cannabis et pathologie mentale est controversée.

Aucun décès par surdose lié à la consommation de cannabis n'a été recensé et à court terme il n'existe pas de surmortalité liée à cette consommation. En revanche, la mortalité des fumeurs réguliers de cannabis est probablement à comparer avec celle des fumeurs réguliers de cigarettes, les mêmes causes pouvant entraîner les mêmes effets.

## 5.2. CANNABIS ET ACCIDENTS DE LA ROUTE

Une récente enquête, « Stupéfiants et accidents mortels » (Sam) menée entre 2001 et 2003<sup>94</sup> portant sur l'impact de la consommation de stupéfiants dans les accidents de la route été menée en France.

91 - op. cit.

92 - M.Reynaud, *Cannabis et santé, vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge*, Médecine-Sciences, Flammarion, mai 2004

93 - « Expertise collective, cannabis, quels effets sur le comportement et la santé? », Paris, Inserm, 2001

94 - OFDT / Laboratoire PSA / Inserm / Ceasar / Inrets, « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet Sam), synthèse des principaux résultats », septembre 2005

Les principales conclusions de l'étude montrent que la conduite sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'avoir un accident mortel (contre 8,5 pour l'alcool) ; et que 2,5% des accidents lui sont imputables, contre plus du quart pour l'alcool. D'autre part, 8,8% des conducteurs responsables d'accidents mortels ont été détectés positifs au cannabis.

Le nombre de victimes imputables au cannabis serait de l'ordre de 250 morts par an sur les routes, et environ une victime sur deux a moins de 25 ans.

Chez 40% des conducteurs on retrouve une consommation conjointe d'alcool, ce qui multiplie par 14 le risque d'être victime d'un accident mortel.

On constate également l'existence d'un effet-dose dépendant, c'est à dire que le risque augmente avec la concentration de THC dans le sang.

### 5.3. MORBIDITÉ ET MORTALITÉ LIÉES À LA CONSOMMATION D'AUTRES PRODUITS ILLICITES

Peu de données statistiques sont disponibles sur les produits illicites. Les chiffres existants concernent principalement les décès par surdose constatés par la police et les cas de VIH et de VHC notifiés par l'Institut de veille sanitaire. De plus, aucune source ne permet de connaître les décès pour lesquels la consommation de drogues est une cause indirecte (violences, suicides, accidents de la route). Pour l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), les décès liés à l'usage de drogues regroupent les décès par psychose due aux drogues, certains cas de pharmacodépendance, d'abus de drogue sans dépendance, d'intoxication accidentelle, de suicide par substances solides ou liquides et d'empoisonnement par substances solides ou liquides.

Cependant il existe des causes de décès plus indirectes et toutes les études montrent une surmortalité importante chez les toxicomanes, surtout chez les consommateurs d'opiacés utilisant la voie intraveineuse. La mortalité des toxicomanes suivis dans les études de cohortes est de 3 à 63 fois supérieure à celle de la population générale d'âge et de sexe équivalent.

Les suicides et autres morts violentes sont des causes très importantes de décès chez les toxicomanes. Les pourcentages de décès par suicide varient de 1,7% à 16% selon les études.

Le pourcentage de décès par acte de violence, généralement plus élevé que celui des suicides, varie de 7,8% à 28,8%<sup>95</sup>.

#### 5.3.1 Décès par surdose

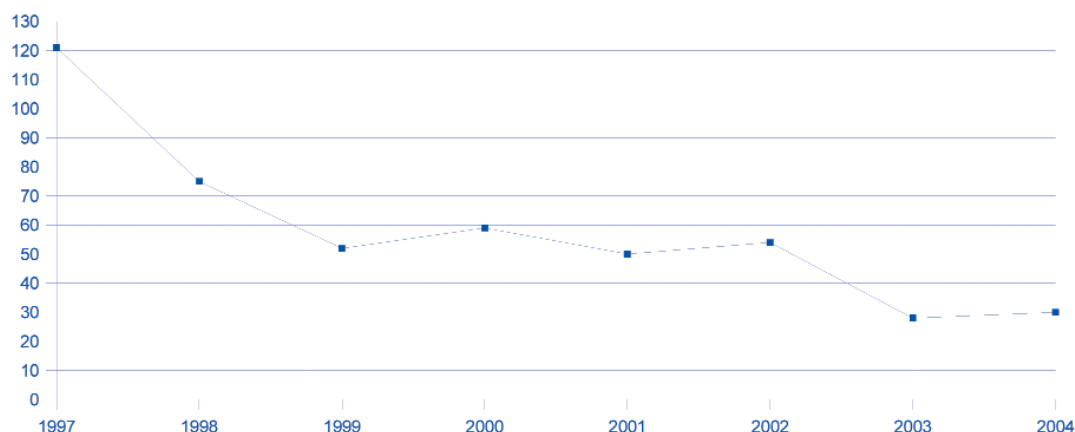
**Les surdoses :** elles désignent la dépression respiratoire, parfois mortelle, consécutive à la prise d'une quantité trop importante de produit, ou, dans le cas où la quantité de produit consommé ne dépasse pas son niveau habituel, lors de variations brutales de la pureté du principe actif qu'il contient, ou encore lors de mélanges de plusieurs produits dont les effets dépresseurs se potentialisent réciproquement (association polymédicamenteuse avec alcoolisation).

En 2004, les services répressifs ont enregistré 69 cas de décès liés à l'usage de drogues en France<sup>96</sup>. Ce chiffre ne recouvre que les décès qui sont portés à la connaissance des services de police ou des unités de gendarmerie nationale. En sont exclus les décès des ressortissants français constatés à l'étranger et ceux survenant en milieu hospitalier. Depuis une dizaine d'années, les décès par surdose sont en très forte diminution en Île-de-France (graphique 19). Ils ont été divisés par quatre entre 1997 et 2004. Cette tendance s'explique en grande partie par la diffusion des traitements de substitution qui ont permis une baisse de la consommation d'héroïne et donc une baisse des surdoses d'héroïne. Les surdoses d'héroïne sont ainsi passées de 302 en 1997 à 23 en 2004. En 1994, 299 décès ont été constatés en Île-de-France, ce nombre s'est stabilisé autour de 50 depuis 1999 et est passé à 30 en 2004. Au niveau national, les décès par surdose d'héroïne représentent un tiers de l'ensemble des surdoses mortelles (soit 23 décès).

95 - I.Grémy, C.Rubino, « Tendances de la mortalité chez les toxicomanes, étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes », ORS Île-de-France, mars 1997

96 - OCRTIS

**Graphique 19. Évolution des décès par surdose en Île-de-France 1997-2004**



source : OCRTIS

À Paris, après une phase de baisse (27 décès en 2001, 13 en 2002, et 10 en 2003), le nombre de surdoses mortelles en 2004 est de 10, soit le même que l'année précédente<sup>97</sup>.

Entre 2003 et 2004, la baisse est la plus significative dans les Yvelines (7 décès en 2003, 1 en 2004).

**Tableau 20. Évolution du nombre de décès par surdoses par département 1997-2004**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Paris	38	32	17	25	27	13	10	10
Seine-et-Marne	6	2	1	2	0	2	0	1
Yvelines	10	3	4	3	5	5	7	1
Essonne	8	6	1	3	0	4	2	3
Hauts-de-Seine	21	10	8	8	11	13	6	7
Seine-Saint-Denis	20	10	15	9	3	7	1	4
Val-de-Marne	10	6	3	3	2	3	1	2
Val-d'Oise	8	6	3	6	2	7	1	2
total	121	75	52	59	50	54	28	30

source : OCRTIS

### 5.3.2. Mortalité par VIH/sida

#### 5.3.2.1. Situation en France

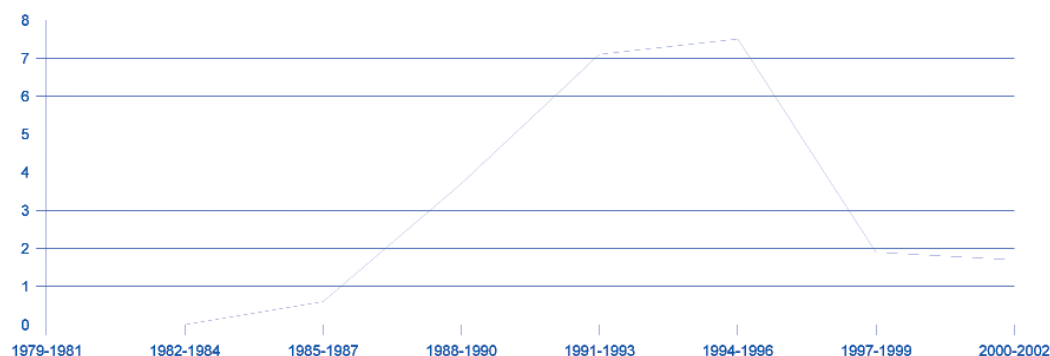
Les premiers décès dus à l'épidémie de VIH ont été constatés dans les années 80. Entre 1985 et 1991, une hausse très significative des décès est constatée. Le taux de mortalité est ainsi passé de 0,6 p. 100 000 sur la période 1985-1987 à 7,5 p. 100 000 sur la période 1994-1996.

Les hommes, et plus spécifiquement les hommes homosexuels, ont été particulièrement touchés par l'épidémie : sur cette même période, le taux de mortalité masculine s'élève à 14 p. 100 000. S'en est suivi une chute de la mortalité en 1997-1999 (1,7 p. 100 000), qui correspond à l'arrivée des traitements antirétroviraux et des traitements de substitution aux opiacés.

Les décès dus au sida en France en 2003 sont au nombre de 950.

97 - OCRTIS, « Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2004 », Nanterre, OCRTIS, 2005

**Graphique 20. Évolution du taux de mortalité par sida et maladies à VIH en France (pour 100 000) – Évolution 1979-2002**



source : CépiDc, Insem

### 5.3.2.2. Situation en Île-de-France

En Île-de-France, le taux de mortalité par sida suit la même évolution qu'en France, mais il est supérieur au taux de mortalité français. En effet, le taux de mortalité féminine est deux fois supérieur au taux français, et le taux de mortalité masculine est une fois et demie plus élevé.

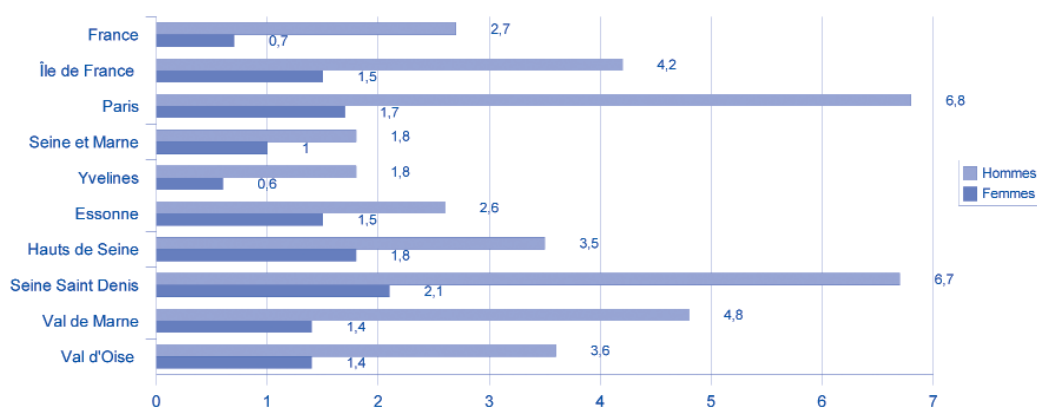
De fortes disparités départementales existent.

Chez les hommes, Paris et la Seine-Saint-Denis présentent une surmortalité particulièrement importante par rapport au niveau national. L'Essonne, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise affichent également une surmortalité.

Chez les femmes, hormis pour les Yvelines où la mortalité ne diffère pas de la mortalité nationale, tous les départements affichent une surmortalité.

En 2002, on comptait 311 décès par sida, dont 227 hommes et 84 femmes, en Île-de-France selon l'InVS.

**Graphique 21. Taux de mortalité par sida et maladies à VIH par sexe et par département en 2002 (pour 100 000)**



source : CépiDc, Insem

### 5.3.3. Morbidité liée au VIH/sida

#### 5.3.3.1. Situation actuelle en France

En France, 60 833 cas de sida ont été recensés au 31/12/2005 (cas cumulés), dont plus de la moitié sont décédés. Parmi eux, les transmissions par usage de drogues par voie intraveineuse représentent 13 106 cas, soit 21,5% des transmissions totales (cas cumulés).

Depuis 1994, le nombre de nouveaux cas de sida a régulièrement diminué et est passé de 1 377 cas diagnostiqués en 1994 à 131 cas en 2004 en France.

L'âge moyen à la découverte de la séropositivité au VIH varie selon le mode de contamination : 37,3 ans pour les infections par rapports homosexuels ; 36,6 ans pour les rapports hétérosexuels ; 38,6 ans pour les modes indéterminés et 37 ans pour les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse.

La diffusion du matériel de prévention pour les usagers de drogues (Stéribox®, seringue, kit d'injection etc.) a permis de limiter les pratiques de partage du matériel d'injection et de réduire ainsi les risques infectieux, notamment le VIH. On observe ainsi une nette diminution du nombre de nouvelles contaminations au VIH chez les usagers injecteurs. Ainsi, les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne constituent plus aujourd'hui un mode majeur de transmission. Parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2005, 51% ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 27% par rapports homosexuels et 2% par usage de drogue par voie injectable.

Il semble que les personnes contaminées par voie intraveineuse de drogues connaissent mieux que les autres leur statut sérologique puisqu'elles sont 17% seulement à ignorer leur statut sérologique, alors que c'est le cas de près de 70% des hommes et de près de 60% des femmes contaminés par voie hétérosexuelle.

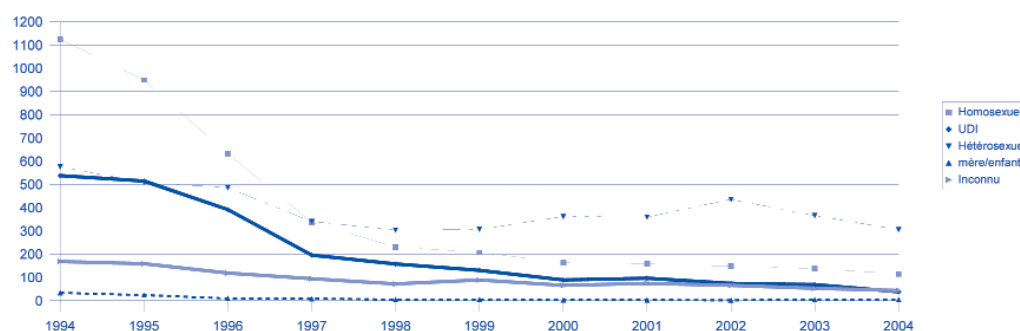
#### 5.3.3.2. Situation de l'épidémie VIH en Île-de-France

Le nombre de cas de sida est en constante diminution chez les homosexuels et chez les usagers de drogues depuis 1994. En revanche, l'évolution des nouveaux cas de sida chez les hétérosexuels est beaucoup moins favorable. Alors que les autres modes de transmission sont en régression, la transmission par voie hétérosexuelle a continué à augmenter jusqu'en 2002. Elle semble depuis s'orienter à la baisse.

En 2003-2004, 6 302 cas de séropositivité ont été diagnostiqués en France, parmi lesquels 49% sont domiciliés en Île-de-France. Dans la région, une grande part des cas est diagnostiquée en Seine-Saint-Denis et à Paris.

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées positives au VIH, 54% ont été contaminées par voie homosexuelle en Île-de-France, 15% par voie hétérosexuelle et 12% par usage de drogues par voie intraveineuse. Cette forte proportion est le signe que l'épidémie reste dynamique chez les homosexuels, mais aussi qu'ils recourent plus fréquemment et plus précocement au dépistage.

**Graphique 22. Évolution du nombre de cas de sida selon l'année de diagnostic et le mode de contamination en Île-de-France**

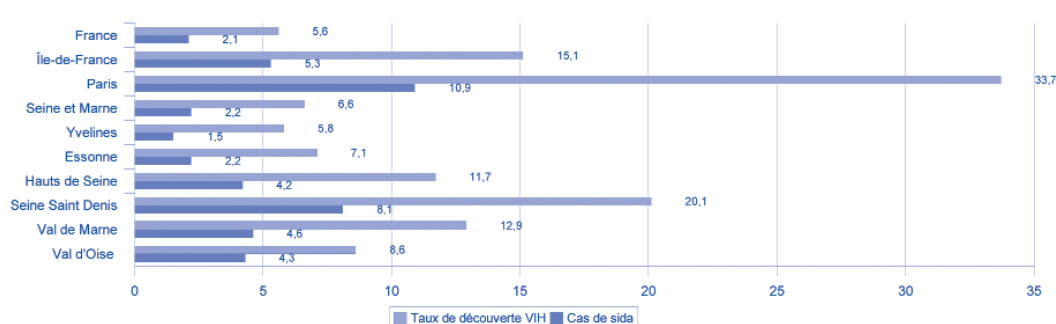


source : InVS

#### 5.3.3.3. Comparaisons départementales

Comme l'illustre le graphique 22, l'Île-de-France reste particulièrement touchée par le VIH/sida et détient un taux de découverte de séropositivité trois fois plus élevé que celui de la France. Les incidences de cas de sida et de découvertes de séropositivité sont supérieures à la moyenne nationale dans tous les départements, sauf dans les Yvelines.

**Graphique 23. Nombre moyen annuel de cas de VIH et sida diagnostiqués en 2003-2004 (pour 100 000)**



source : InVS, ORS Île-de-France

Les disparités départementales sont très importantes. Parmi les départements franciliens, c'est à Paris et en Seine-Saint-Denis que l'on compte le plus de diagnostics VIH et de sida. À Paris, en 2003-2004, le nombre moyen de cas de diagnostics de VIH s'élève à 33,7 pour 100 000 et celui des cas de sida à 10,9 cas pour 100 000.

La Seine-Saint-Denis est le deuxième département le plus touché, avec un taux de 20,1 nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants et un taux de nouveaux cas de sida de 7,5 pour 100 000.

Les départements des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et l'Essonne présentent des incidences proches de la moyenne régionale. Quant aux départements des Yvelines, de la Seine-et-Marne et de l'Essonne, ils se situent à des niveaux proches de la moyenne nationale.

Parmi les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, 37 contaminations par injection de drogues ont été relevées en Île-de-France en 2003, et 26 cas en 2004. Ils représentent 2,2 % des nouveaux diagnostics en 2003-2004 en Île-de-France (tableau 21).

**Tableau 21. Proportion de personnes contaminées par le VIH par voie homosexuelle-bisexuelle, hétérosexuelle et par usage de drogues par voie intraveineuse (UDI) en 2003-2004 (%)**

	homosexuel/bisexuel	hétérosexuel	UDI
France	27,5	68,6	2,8
Île-de-France	25,2	71,5	2,2
Paris	39,8	57,9	1,4
Seine-et-Marne	12,3	84	2,8
Yvelines	16,8	77,6	4,7
Essonne	10	84,2	3,3
Hauts-de-Seine	18,4	79,7	1,5
Seine-Saint-Denis	10,8	85,5	2
Val-de-Marne	16,5	79,4	3,2
Val-d'Oise	10,2	84,4	4,1

source : InVS, ORS Île-de-France

La part des personnes contaminées par rapport hétérosexuels est en constante progression. Si l'on exclut les 20 % de cas pour lesquels le mode de transmission n'est pas renseigné, les rapports hétérosexuels constituent 71,5 % des contaminations en Île-de-France. Les personnes contaminées par voie homosexuelle représentent 25,2 % des cas et celles par usage de drogues 2,2 % des cas en Île-de-France. Parmi les départements franciliens, c'est à Paris que l'on relève la plus petite part de personnes contaminées par usage de drogues par voie intraveineuse (1,4 %) et

dans le Val-d'Oise que l'on en relève le plus (4,1%) (tableau 21). Au vu des cas cumulés de sida au 31 juin 2005, 5 151 cas de transmission par usage de drogues ont été relevés, soit 19% de l'ensemble des cas de sida cumulés en Île-de-France. Les rapports hétérosexuels constituant le mode majoritaire de transmission, les femmes se trouvent nettement plus touchées par l'épidémie qu'auparavant : alors qu'elles représentaient un dixième des cas de sida diagnostiqués dans les années 80, elles en représentent un tiers depuis 2000.

L'autre changement majeur s'avère être la part de plus en plus importante de personnes de nationalité étrangère touchées par le VIH/sida. Cette proportion est passée de 17% des cas diagnostiqués en Île-de-France dans les années 80 à 51% depuis 2000.

Si l'on exclut les 20% de cas pour lesquels la nationalité n'est pas renseignée, 63% des nouveaux diagnostics VIH réalisés depuis 2003 dans la région concernent des personnes de nationalité étrangère. Parmi ces dernières, la quasi-totalité est originaire d'Afrique subsaharienne.

#### 5.3.4. Morbidité liée au VHC et coinfection VIH-VHC

La prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues est fortement liée à l'injection.

Chez ces usagers, la prévalence du VIH est en baisse alors que celle du VHC progresse.

Ainsi, l'enquête nationale Coquelicot<sup>98</sup> menée par l'InVS en 2004, montre que 10,8% des UD ont déclaré être séropositifs au VIH ; 59,8% au VHC et 10,2% aux deux. La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC. La séroprévalence au VIH augmente régulièrement avec l'âge. Ainsi, avant l'âge de 30 ans, on ne note quasiment aucune contamination au VIH (0,3% des personnes de moins de 30 ans sont séropositives au VIH). Cette proportion atteint 17% chez les UD âgés de 35-39 ans. La séroprévalence du VHC croît aussi avec l'âge, mais elle est déjà élevée chez les moins de 30 ans (28%) et à 40 ans et plus, 71% des UD sont contaminés par le VHC.

Le niveau de dépistage est élevé : plus de 95% des UD déclarent avoir été déjà testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91% pour le VHC.

La comparaison entre les déclarations des UD et les résultats des tests biologiques effectués, montre une quasi-concordance pour ce qui est du VIH (2% des UD se croient négatifs à tort). En revanche, 27% des UD se croient à tort séronégatifs au VHC.

Les pratiques à risques sont largement déclarées, puisque 13% des UD déclarent avoir partagé leur seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau). De plus, 74% déclarent avoir réutilisé leur seringue et 73% avoir partagé leur pipe à crack. Enfin, 25% des UD ont partagé la paille de sniff et cette pratique est plus fréquente chez les moins de 30 ans (37% contre 20% après 30 ans).

L'enquête de novembre de la Drees<sup>99</sup> apporte des éléments complémentaires concernant les évolutions des prévalences au VIH et au VHC. Ainsi, l'évolution de la séropositivité au VIH chez les usagers de drogues en France entre 1994 et 2003 a diminué, passant dans les établissements sanitaires de 20% à 9%, et de 36% à 19,5% dans les établissements spécialisés. Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, ce taux est passé de 23% de séropositifs au VIH à 12,2% dans les établissements spécialisés, et de 44% à 31,5% dans les établissements sanitaires. Le pourcentage de cas de séropositivité au VHC est également en baisse chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les établissements spécialisés (de 23% en 1994 à 12,2% en 2003) et dans les établissements sanitaires (44%, à 31,5%). En revanche il est en progression chez les usagers de drogues par voies intraveineuses dans les établissements spécialisés : le taux est passé de 51% de sérologie positive à 57,6% en 2003.

Selon la même enquête, en Île-de-France, la proportion d'usagers de drogues pris en charge et connaissant leur statut sérologique est un peu plus forte que la moyenne nationale : 66,3% chez les usagers de drogues pris en charge en novembre

98 - M.Jauffret-Roustide, E.Couturier, Y.Le Strat, F.Barin, J.Emmanueli, C.Semaille, M.Quaglia, N.Razafindratsima, G.Vivier, C.Lefevre, J-C.Desenclos, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude de l'InVS-ANRS, Coquelicot 2004 », BEH n°33, 5 septembre 2006

99 - V.Bellamy, « La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social », Paris, Drees, 2003

2003 vivant en Île-de-France, contre 63 % pour l'ensemble des usagers de drogues pris en charge en novembre 2003. La part des usagers séropositifs parmi ceux qui connaissent leur sérologie est également plus élevée en Île-de-France : 16,3 % de séropositifs au VIH en Île-de-France contre 10,5 % pour la France entière<sup>100</sup>.

Les épidémies de VIH et de VHC se distinguent à bien des égards : alors que l'épidémie de VIH est ancienne, celle de VHC est plus récente. De plus, la contamination au VIH se fait tardivement dans la trajectoire des UD, et ils sont, par ailleurs, bien dépistés. En revanche, la contamination au VHC est plus précoce et les UD ignorent leur statut sérologique dans la majorité des cas.

#### 5.3.5. VHB

Selon l'InVS, en 2002, 143 décès dus à l'hépatite B aiguë ont été enregistrés en France, dont 30 en Île-de-France.

En France, entre le 1<sup>er</sup> mars 2003 et le 1<sup>er</sup> mars 2004, 418 cas ont été rapportés par l'InVS. Parmi ces derniers, 9 cas sont attribués vraisemblablement à l'usage de drogue (par voie pernasale ou intraveineuse), soit 9 % des cas.

## 5.4. CONSÉQUENCES SOCIALES LIÉES À LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

Les conditions de vie des usagers de drogues sont souvent plus précaires que celles de la population générale.

Les rapports d'activité des CSST rapportent qu'en France 72 % de leurs patients vivent dans un logement stable, 20 % dans un logement précaire, 7 % sont sans logement. Ils sont 35 % à tirer leurs ressources d'un revenu du travail, 20 % du RMI, 12 % des assedics, 7 % de l'AAH (Allocation adulte handicapé). D'autre part, 15 % sont à la charge d'un tiers, et 11 % sont classés dans la catégorie « autre », qui inclut les sans-revenus<sup>101</sup>.

Près de 96 % des patients possèdent une couverture sociale.

Au niveau national un quart des patients ont des enfants à charge.

Selon l'enquête Coquelicot<sup>102</sup>, 65 % des UD répondant ont déclaré ne pas travailler. Seuls 45 % d'entre eux ont un logement stable. Les situations de précarité vis-à-vis du logement sont fréquentes : 55 % des UD ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint, ni chez leurs parents. Parmi ceux-ci, 19 % vivent dans un squat ou dans la rue. Enfin, la majorité (61 %) a connu un antécédent d'incarcération.

La dépendance à l'héroïne entraîne des risques sociaux importants et peut engendrer un processus de marginalisation chez de nombreux usagers.

Plusieurs types de risques sociaux peuvent être distingués<sup>103</sup> :

- Les risques liés aux réseaux sociaux, autrement dit à l'entourage des usagers. Il s'agit notamment des risques qui conduisent les usagers de drogues à s'exposer à des dangers : les amis, partenaires, ou rencontres avec lesquels l'utilisateur partage le produit et le matériel d'injection, le revendeur de drogues à l'emprise duquel il est difficile d'échapper, la police dont l'action répressive peut parfois s'exercer à l'encontre de la réduction des risques (peur de l'utilisateur de porter une seringue neuve sur lui, ou de se la procurer sur des sites de distribution fixe ou mobile qu'il pense être sous surveillance policière).

- La détérioration des liens affectifs avec l'entourage, qui peut conduire à des ruptures familiales ou conjugales. La recherche compulsive des produits expose les usagers à une dégradation des relations avec la famille et les amis non-toxicomanes. Or, cet entourage peut parfois s'avérer un soutien solide, notamment vis-à-vis des risques liés à l'usage.

- Les risques professionnels : l'usage et la dépendance peuvent conduire les usagers à avoir des difficultés à se maintenir dans le monde du travail. Ces effets, tels que la perte de l'emploi, ou le salaire dépensé pour se procurer le produit, les fragilisent socialement.

100 - V.Bellamy, « La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social », Paris, Drees, 2003

101 - C.Palle, C.Bernard, « CSST en ambulatoire – tableaux statistiques 1998-2002. Exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire », OFDT/DGS, 2004

102 - InVS, 2004

103 - J.Emmanueli, « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques Siamois », InVS

## 5.5. COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

**Tableau 22. Pourcentage des patients suivant l'existence d'une affection psychiatrique nécessitant une prise en charge en France**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
affection psychiatrique, total des patients	10,5	11,2	10,8	13,3	12,4	11,7
affections psychiatriques, nouveaux patients	10,2	9,3	10,1	10,7	10,4	9,5

source : CCST en ambulatoire, tableaux statistiques, exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire, 2003, OFDT

Depuis 1998, le nombre de patients des CSST atteints d'affections psychiatriques a peu évolué et fluctue entre 10 % et 13 %. Cependant, ces proportions sont certainement sous-estimées.

Dans la population générale, environ 22 % des 18-30 ans ont présenté au moins une fois au cours de leur vie un trouble psychiatrique lié à l'utilisation de substances illicites et un peu moins d'un tiers d'entre eux ont présenté une comorbidité avec des troubles dépressifs ou anxieux s'étant manifestés avant l'âge de 20 ans. De plus, trois sujets sur quatre présentant une comorbidité psychiatrique rapportent que l'abus de substance a commencé avant d'autres troubles psychiatriques. On estime que 50 % des patients consultant en psychiatrie présentent une conduite addictive<sup>104</sup>. Le trouble des conduites et le trouble de la personnalité de type asocial sont depuis longtemps associés au diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances illicites. Il est généralement admis que les deux tiers des patients qui présentent un trouble de la personnalité sont également diagnostiqués pour un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives<sup>105</sup>.

D'après certaines structures à bas seuil d'exigence, le nombre d'usagers nécessitant une prise en charge psychiatrique est en augmentation. Ces structures déplorent le manque de relais avec le secteur psychiatrique<sup>106</sup>.

En 2003, les observateurs du dispositif Trend Paris ont relevé des troubles psychiques fréquents : 59 % des usagers ayant eu recours au système de soins spécialisés interrogés dans le cadre de l'enquête quantitative, ont déclaré des difficultés à dormir, 46 % un manque d'appétit, 36 % des oublis inhabituels, 21 % des tremblements ou encore 14 % des pertes de connaissance. De plus, 52 % disent s'être sentis déprimés.

Dans l'observation de 2005<sup>107</sup>, on note une extension des prescriptions d'antidépresseurs et de neuroleptiques en médecine générale de ville. Il semblerait que cette « psychiatrisation » ou « surprescription » ait abouti à une augmentation très importante des intoxications aux neuroleptiques ces dernières années.

104 - « Expertise collective, cannabis, quels effets sur la santé? », Inserm, 2001

105 - op. cit.

106 - « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004 », OFDT, ORS Île-de-France

107 - S.Halfen, I.Grémy, « Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris en 2005 », ORS Île-de-France, septembre 2005