

# Prévalence des toxicomanies

**dans les agglomérations**  
de Marseille et de Nice

rapport  
final

*Avec le soutien de :*

- ▶ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies - ORS Midi-Pyrénées  
(convention du 25-09-98)
- ▶ Conseil Régional Provence Alpes Côte d'Azur  
(arrêté n°98/00728)
- ▶ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence Alpes Côte d'Azur  
(convention du 03-11-98)
- ▶ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes Maritimes  
(convention du 04-12-98)
- ▶ Préfecture des Alpes Maritimes  
(arrêté du 16-11-98)
- ▶ Ville de Marseille  
(commande LLG/ADG/n°2668)
- ▶ Ville de Nice  
(convention du 28/10/98)

## **Sommaire**

Prévalence des toxicomanies : objectif et méthode - n° 1 à 8 .....	p 3
Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Nice - n° 9 à 10 .....	p19
Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Marseille - n°11 à 12 .....	p23
Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Lens, Lille et Toulouse - n°13.....	p27
Comparaison avec d'autres enquêtes - n°14 .....	p29
Caractéristiques des personnes toxicomanes résidant à Lens, Lille, Marseille, Nice et toulouse - n°15 à 18 .....	p31
Le recours au "Bas seuil" à Marseille et Nice - n°19 à 20 .....	p39
La consommation d'héroïne et de cocaïne à Marseille et Nice - n°21 à 24 .....	p43
Les pratiques à risques - n°25 à 26.....	p51
La consommation médicamenteuse à Marseille - n°27 .....	p55
Prise en charge des toxicodépendances et traitements de substitution à Marseille et à Nice - n°28 à 32 .....	p57

# Prévalence des toxicomanies

## Estimations nationales - FRANCE

Méthodes	Nombre d'usagers d'opiacés "à problèmes"
Extrapolation des données de police	164 000
Démographie multiplicative	176 000
Extrapolation des données de traitement	156 000
Retrocalcul sur les données de SIDA	142 000 - 176 000

Source : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies, 1999

En juin 1996, à l'initiative du Conseil de l'Europe et de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, un séminaire de travail s'est tenu à Strasbourg dans l'objectif d'améliorer les méthodes d'estimation de la prévalence de l'usage de drogues à l'échelle locale et nationale. Plus de 80 scientifiques originaires de 30 pays ont abouti à deux constats.

En premier lieu, dans leur ensemble, les pays européens ont recours à des méthodes d'estimation différentes : enquête en population, estimation par capture-recapture, démultiplication du nombre de décès, désignation nominative ou technique "boule de neige".

Plus particulièrement en France, plusieurs méthodes ont concouru à établir entre **146 000 à 172 000 le nombre de personnes toxicomanes dépendantes aux opiacés** vivant dans le pays entre 1995 et 1999.

Le second constat dressé par les experts européens insiste sur le soutien à apporter aux expérimentations, notamment, au développement de la technique dite "capture-recapture" déjà utilisée dans certains pays d'Europe du nord, comme l'Allemagne, les Pays-Bas, la Pologne, la Suède et le Royaume-Uni, mais aussi dans certains pays du sud, comme l'Espagne ou l'Italie.

# Prévalence des toxicomanies

- Objectifs
- Population cible
- Méthode
- Résultats

## N°2

Pour ce qui est de la France, cette technique a été expérimentée, en 1996 pour estimer la prévalence de l'usage des opiacés dans l'agglomération de Toulouse.

La seconde phase de cette expérimentation s'appuie sur la généralisation de cette expérience avec une investigation « multisite » à laquelle participe cette étude.

Après un rapide rappel de la méthode, seront présentées :

- les prévalences estimées par modélisation pour chaque site,
- les caractéristiques propres aux groupes de toxicomanes vivant dans les agglomérations de Marseille et de Nice,

- les données recueillies pour le calcul de la prévalence nous permettant d'améliorer notre connaissance de ces populations, les caractéristiques propres aux groupes de toxicomanes vivant dans les agglomérations de Marseille et de Nice seront abordées.

## Les objectifs

Estimer le nombre de personnes toxicomanes vivant dans cinq agglomérations françaises

- Lens
- Lille
- Marseille
- Nice
- Toulouse

Caractériser

- leur statut socio-économique
- leur recours aux drogues
- leur profil épidémiologique

## N°3

Cinq sites ont donc participé à cette seconde phase, 2 situés dans le nord de la France, Lens et Lille, et 3 dans le sud, Marseille, Nice et Toulouse.

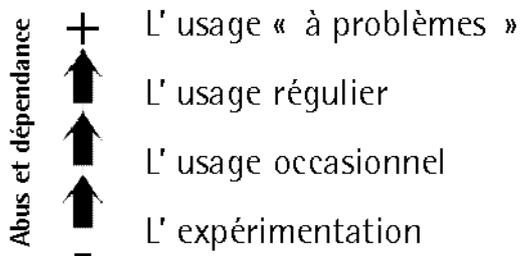
Plusieurs impératifs ont présidé au choix des sites :

- la recherche de contextes locaux différents, d'où l'importance du clivage nord/sud,
- la présence d'un dispositif de soins diversifié, qui impose un travail sur une agglomération et non pas sur une commune,
- la cohérence géographique, excluant toute unité urbaine trop vaste, Paris par exemple.

Le recours à un questionnaire nominatif pour repérer les cas susceptibles d'être inclus dans la modélisation, a rendu possible un travail sur le statut socio-économique des toxicomanes identifiés, sur leur consommation de drogues, et sur leur profil épidémiologique.

# La population concernée

**1999** : L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) retient 4 niveaux de consommation de drogues



## N°4

Les cas dont il est question se rapportent au quatrième type de consommation établi par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Un travail de conceptualisation de l'usage de drogues a abouti en 1999 à la construction d'une échelle à quatre niveaux qui se caractérisent par un degré de dépendance ou d'addiction de plus en plus élevé. Derrière le vocable " usage à problèmes ", on retrouve la notion d'abus et de dépendance. L'abus implique des dommages au niveau sanitaire ou judiciaire ; la dépendance, quant à elle, se présente comme une psychopathologie à caractère social. Pour l'OFDT, est qualifiée de personne toxicomane toute personne témoignant d'un usage de drogue " à problèmes ".

## La méthode

Procéder à une modélisation log-linéaire  
selon la méthode «Capture-Recapture»



Identifier les personnes toxicomanes à partir d'une série de sources d'observation indépendantes



Délimiter un territoire d'observation



Définir une période de recueil

La technique " capture-recapture " s'appuie sur une modélisation log-linéaire. Cette méthode statistique nécessite d'identifier des cas au travers de sources d'observation différentes réparties sur un territoire donné. Les cas devant être identifiés lors d'une période définie.

Sur le plan technique, la modélisation log-linéaire est une méthode statistique qui permet d'estimer la taille globale du groupe à partir du nombre d'individus repérés par des sources d'observation indépendantes. Ainsi, dans le cadre de notre enquête, il s'agit d'estimer la taille de la population toxicomane résidant dans les agglomérations cibles depuis plus de trois mois, à partir du nombre de personnes toxicomanes identifiées par les sources sanitaires ou répressives.

Le respect des procédures imposées par la Commission Nationale Informatique et Liberté a permis de garantir la confidentialité la plus stricte sur les informations recueillies.

## La méthode (2)

Les sources sélectionnées

**Les centres ou services spécialisés**

Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST)

Points « écoute »

**Le dispositif de soins**

Services hospitaliers participant au Centre d'Information Sur l'Immunodéficience Humaine (CISIH)

Secteurs psychiatriques

Réseaux de médecins ou de pharmaciens

**Les programmes de réduction des risques**

« Boutiques » ou dispensaires de vie

Unités mobiles (bus)

**La police (fichier de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants)**

Les sources d'observation sélectionnées peuvent être regroupées en deux catégories : la première, celle des sources sanitaires où se retrouvent les programmes de réduction des risques, les composantes du dispositif spécialisé de soins, la médecine de ville et certains services hospitaliers, tout particulièrement les services à forte file active de personnes infectées par le VIH. La seconde, est celle des sources répressives, essentiellement les interpellations pour usage et "usage revente" de stupéfiants, répertoriées par l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCTIS).

## La méthode (3)

### **Les territoires sélectionnés**

**Agglomération de Marseille (905 007 habitants / recensement 90)**

**Unité urbaine :** Allauch, Aubagne, Cassis, Ceyreste, La Ciotat, Plan de Cuques, La Penne sur Huveaune, Marseille (800 550 habitants)

**Agglomération de Nice (516 740 habitants / recensement 90)**

Nice (342 439 habitants), Communes voisines

**La durée de l'enquête : 6 mois**

Les aires géographiques choisies sont l'unité urbaine de Marseille-Aubagne et l'agglomération de Nice qui comptaient respectivement en 1990, environ neuf cent milles habitants pour la première et plus de cinq cent milles pour la seconde.

Selon le découpage réalisé par l'INSEE l'agglomération de Marseille s'étend jusqu'à Aix-en-Provence. Les difficultés méthodologiques liées à la modélisation log-linéaire nous ont contraint à limiter le territoire d'agglomération à l'unité urbaine Marseille-Aubagne donc à exclure la commune d'Aix-en-Provence et ses environs. En effet, avoir recours à un trop grand nombre de sources d'observation indépendantes nuit au fonctionnement du modèle et cette situation n'aurait pas pu être évitée si nous avions respecté le découpage fait par l'INSEE.

L'agglomération de Nice, en revanche, est de ce point de vue, une entité géographique cohérente avec la ville de Nice comme principal centre urbain. Dans le département des Alpes Maritimes, l'INSEE a identifié trois agglomérations, Nice, Grasse-Cannes-Antibes, Menton-Monaco.

L'enquête s'est déroulée sur 6 mois de janvier à mai 1999.

## La méthode (4)

### ✓ tableau de contingence à 3 sources

		<b>Source OCRTIS</b>			
		Oui		Non	
<b>Source</b>		<b>Source sanitaire</b>			
		Oui	Non	Oui	Non
<b>"Bas Seuil"</b>	Oui	n111	n121	n211	n221
	Non	n112	n122	n212	n222

Estimer n222 par modélisation log-linéaire

Cette modélisation possède néanmoins quelques limites : au-delà de trois sources d'observation indépendantes, l'extrapolation statistique s'avère impossible et impose des regroupements.

La fusion des sources se fonde sur l'hypothèse que les personnes toxicomanes en situation de grande exclusion ont principalement recours aux programmes de réduction des risques, au détriment du système de soins, spécialisé ou général, système qui s'adresserait à des individus mieux insérés.

Trois regroupements ont donc été utilisés dans la modélisation :

- la source bas seuil, où ont été identifiées les personnes toxicomanes au contact des programmes de réduction des risques

- les sources sanitaires, qui regroupent les composantes du dispositif de soins spécialisés, la médecine de ville et les services hospitaliers

- la source répressive, le fichier de l'OCRIS.

Le tableau de contingence de la diapositive nous donne l'ensemble des interactions possibles entre les trois sources : par exemple, l'effectif reporté dans la case n11 concerne les individus au contact des trois sources et identifiées comme telles. L'enjeu est donc d'estimer l'effectif n22, c'est-à-dire le nombre de personnes toxicomanes qui, bien que vivant dans l'agglomération, n'ont été identifiées par aucune des trois sources.

# Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Nice (1)

Modèle à 3 sources : Sources Sanitaires X Bas Seuil / OCRTIS

- ▶ 1113 questionnaires récupérés + 148 personnes interpellées
- ▶ 928 personnes toxicomanes identifiées

## Source OCRTIS\*

Oui Non

## Source sanitaire

		Source OCRTIS*		Source sanitaire	
		Oui	Non	Oui	Non
Source	Oui	1	8	29	619
	"Bas Seuil"	Non	1	138	132

\* Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants

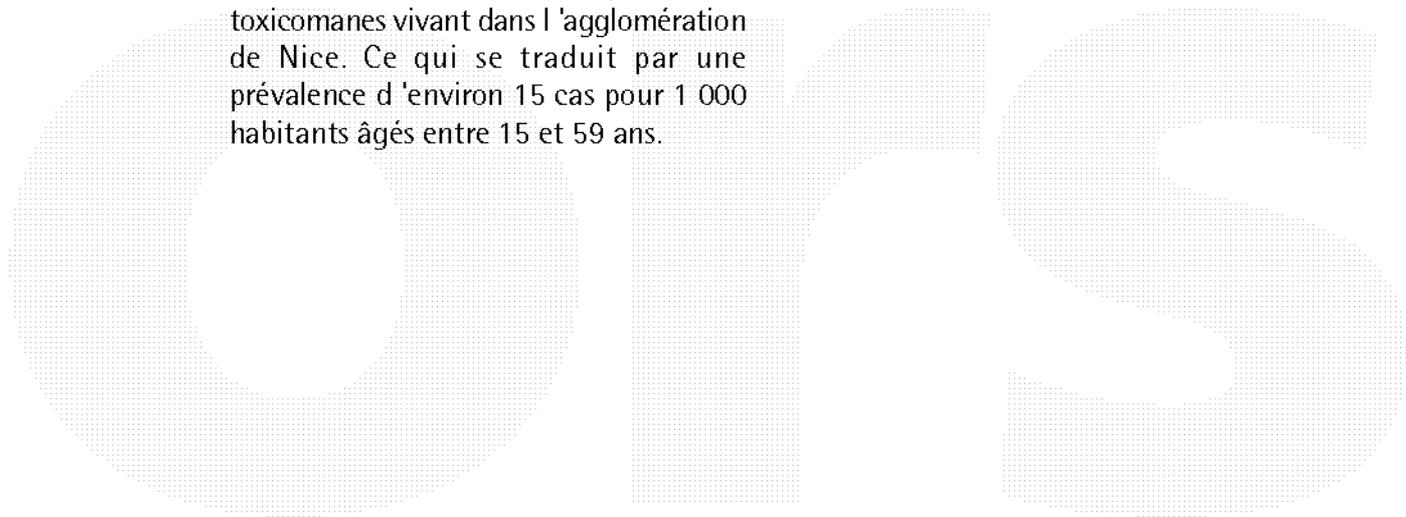
Pour l'agglomération de Nice, 849 personnes toxicomanes ont été identifiées, dont 619, par l'intermédiaire des programmes de réduction des risques. Ainsi, ce tableau nous montre qu'un seul individu a été repéré par les trois sources lors du recueil et 29, de manière conjointe, par les sources bas seuil et sanitaire.

## Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Nice (2)

- ▶ Nombre de personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Nice **4541** [3255-5826]
- ▶ Prévalence des toxicomanies en population générale **8,8 ‰** [ 6,29-11,2]
- ▶ Prévalence des toxicomanies chez les 15-59 ans **15,3 ‰** [11,17-19,58]

## N°10

La modélisation a donc permis d'estimer à 4541 le nombre de personnes toxicomanes vivant dans l'agglomération de Nice. Ce qui se traduit par une prévalence d'environ 15 cas pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 59 ans.



## Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Marseille (1)

Modèle à 3 sources : Sources sanitaires X Bas Seuil, Bas Seuil X OCRTIS

- ▶ 1238 questionnaires récupérés + 232 personnes interpellées
- ▶ 1160 personnes toxicomanes identifiées

		<b>Source OCRTIS*</b>			
		Oui		Non	
<b>Source</b>		<b>Source sanitaire</b>			
		Oui	Non	Oui	Non
<b>Source</b>	Oui	3	7	58	154
<b>"Bas Seuil"</b>	Non	13	209	716	?

\* Office Central pour la Répression du Trafic Illégitime de Stupéfiants

## N°11

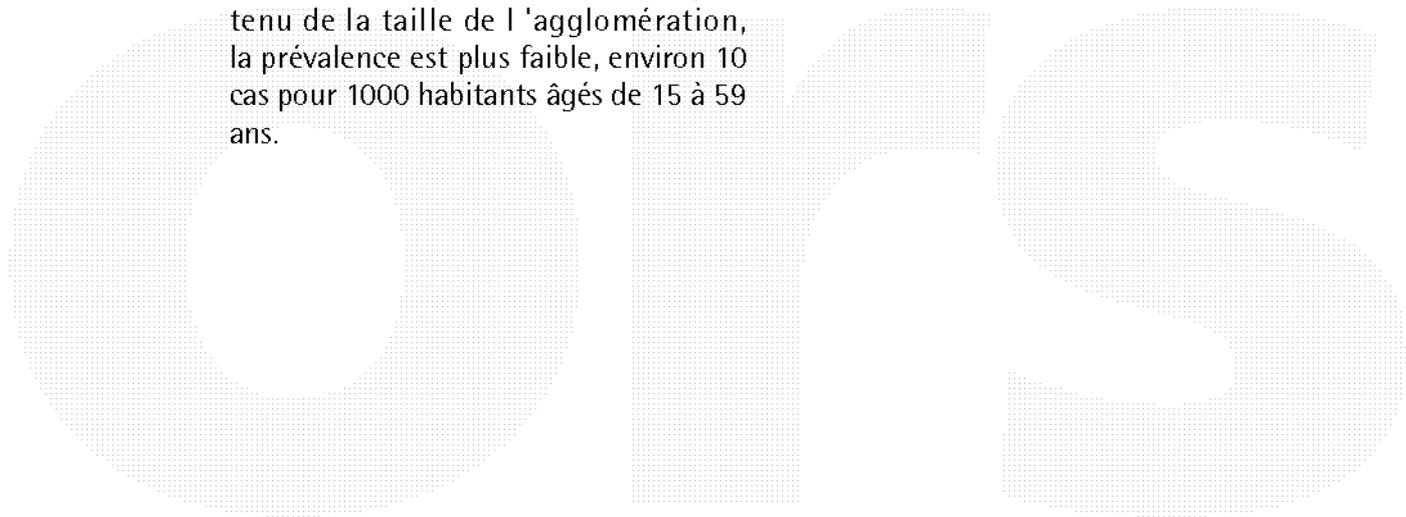
Pour l'agglomération de Marseille, la plupart des 1160 personnes toxicomanes identifiées l'ont été par contact avec les sources sanitaires, soit 731 personnes. On peut préciser que 3 personnes ont été identifiées au contact des trois sources et qu'on retrouve 58 cas communs entre le bas seuil et la source sanitaire.

## Prévalence des toxicomanies dans l'agglomération de Marseille (2)

- ▶ Nombre de personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Marseille **5748** [4663 - 6853]
- ▶ Prévalence des toxicomanies en population générale **6,4 ‰** [ 5,18 - 7,61 ]
- ▶ Prévalence des toxicomanies chez les 15-59 ans **10,6 ‰** [ 8,39 - 12,62 ]

## N° 12

A Marseille, le nombre estimé est plus élevé, soit 5748 personnes, mais compte-tenu de la taille de l'agglomération, la prévalence est plus faible, environ 10 cas pour 1000 habitants âgés de 15 à 59 ans.



## Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Lens, Lille et Toulouse

	Lens	Lille	Toulouse
Nombre estimé des personnes toxicomanes vivant dans l'agglomération	1 557	5 296	2 802
Prévalence des toxicomanies en population générale	3,5	6,2	4,3
Prévalence des toxicomanies chez les 15-59 ans	7,0	10,0	6,5

## N°13

Si l'on compare ces estimations à celles obtenues pour les autres sites, on se rend compte du poids des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice. Ainsi pour l'agglomération de Nice, la prévalence estimée est deux fois plus élevée que pour Lille et Lens.

## Comparaison avec d'autres enquêtes

Prévalence pour 1000 habitants (1997)	Midi - Pyrénées	PACA	Nord-Pas-de- Calais	FRANCE
OCRTIS (taux d'interpellations)	0,941	1,451	2,802	1,433
SESI (personnes bénéficiant d'une prise en charge sanitaire)	0,372	0,659	0,767	0,479

Les données disponibles au niveau des différentes régions avaient déjà établi l'importance des toxicomanies en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cependant, si la logique des positions est respectée avec le site de Midi-Pyrénées, ce n'est pas le cas pour les sites du Nord-pas-de-Calais qui semblaient davantage concernés par ce phénomène.

Plusieurs explications peuvent être avancées.

Le premier ordre d'explications est technique ; il concerne les procédures de modélisation, plus précisément, la convergence des modèles retenus sur chaque site. Des sources d'observation très indépendantes, c'est-à-dire ayant peu de cas communs identifiés, peuvent conduire à une surestimation, et réciproquement, des sources trop liées atténuent la portée du modèle.

Le deuxième ordre d'explications a trait au caractère urbain des toxicomanies qui serait, peut-être, plus marqué dans le sud et conclurait à une concentration de cette

population dans les grandes agglomérations.

Enfin, cette différence peut aussi se comprendre par les caractéristiques propres à chacune des deux populations toxicomanes sélectionnées en PACA. Dans le cadre d'une modélisation, le profil du groupe captif conditionne celui du groupe caché. En l'occurrence, il est difficile d'intégrer dans ce modèle les jeunes consommateurs, ceux par exemple qui consomment exclusivement des drogues de synthèse et qui n'ont jamais recours au dispositif de soins spécialisés.

Comme le montrent les résultats de l'enquête transversale qui suit, le profil de la personne toxicomane identifiée par les différentes structures partenaires à Marseille et Nice, prend l'aspect d'un homme, héroïnomanes ou substitué, âgé d'une trentaine d'années ; profil peut-être plus dominant dans les régions du sud de la France.

## Caractéristiques des personnes toxicomanes résidant dans les agglomérations de Marseille et de Nice (1)

- ▶ Analyse descriptive  
(comparaison des sites et des sources de recueil)
  
- ▶ Analyse multivariée  
(les héroïnomanes, les cocaïnomanes, les pratiques à risque, la consommation médicamenteuse, les injecteurs de buprénorphine)

## N°15

En effet, cette enquête de prévalence a aussi été l'occasion de restituer le profil particulier des personnes toxicomanes vivant dans les agglomérations de Marseille et de Nice. Deux échantillons de 701 et 1076 personnes toxicomanes, respectivement, pour l'agglomération de Nice et celle de Marseille, ont été constitués.

## Caractéristiques des personnes toxicomanes résidant dans les agglomérations de Marseille et de Nice (1)

### ► Analyser les données collectées sur :

- ☒ La situation sociale des personnes toxicomanes
- ☒ Leurs consommations de drogues
- ☒ Leurs pratiques à risques

### ► Méthode statistique

- ☒ Univariée                      Chi2 de Pearson et Odds Ratio
- ☒ Multivariée                    Modèles de régression logistique

## N° 16

Sur ces deux sites, le questionnaire d'identification proposé dans les sources sanitaires et les programmes de réduction des risques, comportait des questions supplémentaires relatives aux caractéristiques socio-démographiques, aux produits consommés et aux pratiques à risques.

L'exploitation des données recueillies permet de cerner plusieurs groupes au sein de la population toxicomane vivant dans ces deux agglomérations.

Du fait du caractère " institutionnel " des échantillons constitués, trois d'entre-eux dominant : il s'agit, bien évidemment, des consommateurs d'héroïne quel que soit le mode d'administration du produit,

des consommateurs de cocaïne et des personnes consommant des produits de substitution, principalement la buprénorphine, dans le cadre ou non, d'une prescription médicale. Dans ce dernier groupe, notre attention s'est concentrée sur ceux ayant eu recours à l'injection.

## Caractéristiques des personnes toxicomanes résidant dans les agglomérations de Marseille et de Nice (3)

	<b>Marseille</b> N = 1 076	<b>Nice</b> N = 701	<b>France</b> (Novembre 1997) N = 60 170
Ratio H/F	<b>3</b>	<b>2,8</b>	3,3
Age moyen	<b>33,6</b>	<b>33</b>	30
Sans emploi (%)	<b>84,2</b>	<b>79,6</b>	68,8
Logement précaire (%)	<b>20,2</b>	<b>19,6</b>	+
Produits consommés au cours du dernier mois (%)	<i>/ par injection</i>	<i>/ par injection</i>	<i>/ dépendance déclarée</i>
· Héroïne	<b>18,7 / 78,1</b>	<b>13,3 / 72</b>	23 / 69
· Cocaïne	<b>21,1 / 74,4</b>	<b>13,3 / 48,4</b>	9 / 2,5
· Subutex®	<b>50,3 / 31,5</b>	<b>50,6 / 14,9</b>	26 – traitement
· Méthadone	<b>23,2 / 1,6</b>	<b>28,5 / 2</b>	14 – traitement
Ont eu recours à l'injection quel que soit le produit	<b>31,4</b>	<b>18,0</b>	14 – usage actuel
Statut sérologique (%)			
· VIH+	<b>28,9</b>	<b>13,4<sup>1</sup></b>	12,1 – 15,8
· VHB+	<b>17,5</b>	<b>35,7<sup>1</sup></b>	+
· VHC+	<b>48,9</b>	<b>22,4<sup>1</sup></b>	52,3 – 66,3

<sup>1</sup>Taux de non-réponse=20,3%

A Marseille comme à Nice, on retrouve dans les deux échantillons une majorité d'hommes dont l'âge moyen est de 33 ans et dont le statut social reste fragile : près d'un sur cinq possède un logement précaire et presque tous sont sans emploi. Pour la plupart, les toxicomanes inclus dans ces deux groupes ont une dépendance aux opiacés, qu'ils consomment de l'héroïne, des dérivés morphiniques, de la buprénorphine ou de la Méthadone. Les prévalences du VIH et du VHC, bien que supérieures à la moyenne française, se situent approximativement dans l'ordre des estimations réalisées au niveau national. Toutefois, l'existence d'une série de biais (lieu d'identification des personnes, mode de recueil, présence d'intervenants spécialisés), a pu entraîner une sous déclaration des produits consommés et des statuts sérologiques positifs.

Du point de vue des modes d'administration des produits, le recours à l'injection semble plus fréquent. Paradoxalement, une grande majorité des personnes consomment des produits de substitution.

Si l'on compare ces deux échantillons à celui constitué au niveau national par la DREES en novembre 1997, on assiste à une augmentation de la consommation de cocaïne.

# Caractéristiques des personnes toxicomanes résidant dans les agglomérations de Lens, Lille et Toulouse

	<b>Toulouse</b> N = 837	<b>Lens</b> N = 453	<b>Lille</b> N = 1477
<b>Ratio H/F</b>	<b>2,5</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>
<b>Age moyen</b>	<b>31 ans</b>	<b>26 ans</b>	<b>28 ans</b>
<b>Sans emploi (%)</b>	<b>*</b>	<b>*</b>	<b>*</b>
<b>Logement précaire (%)</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>17,4</b>
<b>Produits consommés au cours du dernier mois (%)</b>	<i>/ par injection</i>	<i>/ par injection</i>	<i>/ par injection</i>
· Héroïne	<b>36,9 / 67,7</b>	<b>67,9 / 20,8</b>	<b>69,3 / 37,6</b>
· Cocaïne	<b>30,2 / 58,9</b>	<b>22,3 / 28,2</b>	<b>20 / 41,9</b>
· Subutex®	<b>75,3 / 46,1</b>	<b>77,9 / 7,8</b>	<b>40,2 / 20,9</b>
· Méthadone	<b>13,7</b>	<b>2,8</b>	<b>6,2</b>
<b>Statut sérologique (%)</b>			
· VIH+	<b>16,1</b>	<b>6,2</b>	<b>2,5</b>
· VHB+	<b>31,1</b>	<b>4,2</b>	<b>15,2</b>
· VHC+	<b>64,4</b>	<b>32,4</b>	<b>58,4</b>

## N° 18

Ce mouvement se retrouve de manière plus nette sur les autres sites et tendrait à confirmer le constat fait par les professionnels d'une augmentation de la consommation de cocaïne ces dernières années.

On peut aussi noter que les échantillons constitué en PACA sont relativement plus âgés que ceux des autres sites. La sélection des sources opérée sur chacun des sites, est en partie responsable de ce décalage. L'absence sur le site d'une offre organisée de soins spécialisés ou le refus de participation de certaines structures impose un plus grand recours à des structures non spécialisées : c'est le cas à Lens, où le repérage des cas, a, en grande partie, été réalisé par l'intermédiaire des

secteurs psychiatriques ou d'équipements sociaux tels les CHRS, et à Lille, où toutes les structures spécialisées n'ont pas participé à l'enquête. Cette situation permet de relativiser les écarts constatés sur ces deux sites.

## Le recours aux structures "bas seuil" dans l'agglomération de Marseille

Marseille, 1999  
n = 951

		1- Bas seuil (%) n=161	2- Sanitaire (%) n=729	3- Les deux (%) n=61	P
<b>Hommes</b>	n=712	80,7	72,8	83,6	ns
<b>33 ans et plus</b>	n=462	42,9	50,5	41,0	ns
<b>A son propre logement</b>	n=392	26,7	45,8	24,6	< 0,001
<b>Couverture sociale complète</b>	n=615	63,4	64,5	70,5	ns
<b>Bénéficie d'allocations</b>	n=584	59,6	60,6	75,4	< 0,05
<b>A des pratiques à risque</b>	n=62	13,7	4,4	13,1	< 0,001
<b>VHC positif</b>	n=479	57,8	47,6	63,9	< 0,01
<b>VIH positif</b>	n=282	16,1	32,8	27,9	ns
<b>Substitution</b>					
<b>Subutex</b>	n=364	50,9	36,9	21,3	< 0,001
<b>Méthadone</b>	n=229	10,6	25,0	49,2	< 0,001
<b>Consommation</b>					
<b>Héroïne</b>	n=169	21,7	17,0	16,4	ns
<b>Cocaïne</b>	n=203	44,7	15,4	31,1	< 0,001
<b>Plusieurs produits</b>	n=453	37,6	67,0	51,8	< 0,001
<b>Médicaments</b>	n=402	61,5	46,6	72,1	< 0,001

De manière comparative, on peut caractériser le profil des différents groupes, selon leur type de recours au système de soins: c'est-à-dire, opposer les toxicomanes identifiés qui ont eu uniquement recours au cours des six mois, aux programmes de réduction des risques, à celles qui ont eu uniquement recours aux structures de soins spécialisés ou non, mais aussi à celles qui ont eu recours aux deux types de structures.

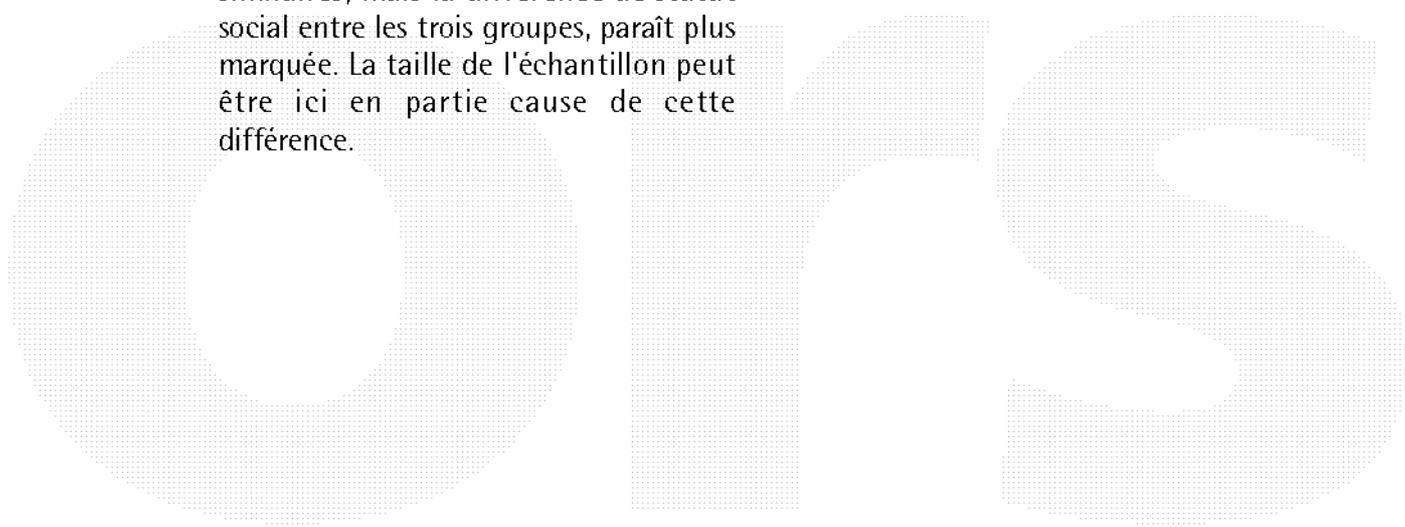
Le statut social des personnes ayant recours aux programmes de réduction des risques reste beaucoup plus fragile que les autres comme en témoigne leurs conditions de logement plus précaires, ou de l'instabilité de leurs revenus.

Conséquence immédiate, à accès égal au traitement de substitution, elles sont principalement orientées vers une maintenance par la buprénorphine. Par ailleurs, ce groupe de toxicomanes semble plus concerné par le VHC, indépendamment du recours à l'injection. Ceci peut néanmoins s'expliquer par des pratiques d'intoxication persistantes comme le montre une consommation plus fréquente de cocaïne ou d'héroïne.

## Le recours aux structures "bas seuil" dans l'agglomération de Nice

Marseille, 1999 n = 790		1- Bas seuil (%) n=133	2- Sanitaire (%) n=627	3- Les deux (%) n=30	P
<b>Hommes</b>	n=588	<b>82,0</b>	<b>72,9</b>	<b>73,3</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>33 ans et plus</b>	n=390	<b>41,2</b>	<b>52,5</b>	<b>50,0</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>A son propre logement</b>	n=338	<b>25,8</b>	<b>62,7</b>	<b>28,6</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Couverture sociale complète</b>	n=379	<b>31,9</b>	<b>67,6</b>	<b>53,3</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Bénéficiaire d'allocations</b>	n=349	<b>58,0</b>	<b>63,2</b>	<b>65,4</b>	ns
<b>A des pratiques à risque</b>	n=18	<b>6,0</b>	<b>1,4</b>	<b>3,3</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>VHC positif</b>	n=249	<b>15,8</b>	<b>34,2</b>	<b>46,7</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>VIH positif</b>	n=282	<b>9,0</b>	<b>23,0</b>	<b>16,7</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>Substitution</b>					
<b>Subutex</b>	n=329	<b>24,1</b>	<b>45,6</b>	<b>36,7</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Méthadone</b>	n=174	<b>11,3</b>	<b>22,6</b>	<b>56,7</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Consommation</b>					
<b>Héroïne</b>	n=93	<b>10,5</b>	<b>11,5</b>	<b>23,3</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>Cocaïne</b>	n=98	<b>18,0</b>	<b>11,0</b>	<b>16,7</b>	ns
<b>Plusieurs produits</b>	n=396	<b>32,3</b>	<b>53,9</b>	<b>50,0</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Médicaments</b>	n=402	<b>21,8</b>	<b>43,9</b>	<b>63,3</b>	<b>&lt; 0,001</b>

A Nice, les résultats obtenus sont similaires, mais la différence de statut social entre les trois groupes, paraît plus marquée. La taille de l'échantillon peut être ici en partie cause de cette différence.



## La consommation d'héroïne chez les personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Marseille

Marseille, 1999 n = 1076		1- Consomme de l'héroïne (%) n=201	2- N'en consomme pas (%) n=875	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
<b>Sexe</b>					
hommes	n=809	77,6	74,6	1,18	1,12
femmes	n=267	22,4	25,4	(0,81-1,70)	(0,92-1,36)
<b>Age</b>					
15-32 ans	n=557	57,7	50,4	1,34	1,11
33 ans et plus	n=519	42,3	49,6	(0,98-1,83)	(0,92-1,34)
<b>Emprunte du matériel d'injection</b>					
Oui	n=58	11,4	3,9	3,20	1,62
Non	n=1018	88,6	96,1	(1,84-5,56)	(1,17-2,23)
<b>Consomme de la cocaïne</b>					
Oui	n=227	45,3	15,5	4,49	1,67
Non	n=849	54,7	84,5	(3,22-6,27)	(1,40-2,01)
<b>Nombre de produits consommés</b>					
2 produits ou plus	n=678	85,6	57,8	4,33	1,68
1 seul produit	n=398	14,4	42,2	(2,85-6,55)	(1,35-2,10)

## N°21

L'âge et le sexe n'influencent pas le recours à l'héroïne. Les consommateurs d'héroïne se caractérisent par une polytoxicomanie: 4 sur 5 ont déclaré avoir consommé au moins deux produits. De manière significative, la cocaïne se trouve souvent associée à l'héroïne. De plus, chez les consommateurs d'héroïne, on retrouve une plus grande prise de risque associée à l'injection : 11.4% ont emprunté au cours du dernier mois précédent l'enquête, du matériel servant à l'injection et 12.9% en ont prêté.

## La consommation d'héroïne chez les personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Nice

Nice, 1999 n = 701		1- Consomme de l'héroïne (%) n=93	2- N'en consomme pas (%) n=608	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
<b>Sexe</b>					
hommes	n=518	78,5	73,3	1,33	1,18
femmes	n=182	21,5	26,7	(0,78-2,24)	(0,66-2,14)
<b>Age</b>					
15-32 ans	n=343	47,3	49,7	0,82	0,64
33 ans et plus	n=352	52,7	50,3	(0,61-1,49)	(0,39-1,05)
<b>Emprunte du matériel d'injection</b>					
Oui	n=15	7,5	1,5	5,42	5,51
Non	n=685	92,5	98,5	(1,97-14,92)	(1,66-18,32)
<b>Consomme de la cocaïne</b>					
Oui	n=93	45,2	8,4	8,99	4,80
Non	n=608	54,8	91,6	(5,46-14,81)	(2,79-8,25)
<b>Nombre de produits consommés</b>					
2 produits ou plus	n=256	86,0	30,6	14,29	6,47
1 seul produit	n=435	14,0	69,4	(7,69-25)	(3,39-12,35)

Le profil des héroïnomanes dans l'agglomération de Nice est similaire.

Les personnes toxicomanes consommant plusieurs produits ont, 6,5 fois plus de risques de consommer de l'héroïne, à l'image de ceux empruntant leur matériel d'injection qui voit leur risque relatif de consommer de l'héroïne 5,5 fois supérieur à celui des autres.

## La consommation de cocaïne chez les personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Marseille

Marseille, 1999 n = 1076			1- Consomme de la cocaïne (%) n=227	2- N'en consomme pas (%) n=849	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
<b>Sexe</b>	<b>hommes</b>	n=809	<b>74,9</b>	<b>75,3</b>	<b>0,98</b>	<b>0,99</b>
	<b>femmes</b>	n=267	<b>25,1</b>	<b>24,7</b>	<b>(0,70-1,37)</b>	<b>(0,75-1,11)</b>
<b>Age</b>	<b>15-32 ans</b>	n=557	<b>52,9</b>	<b>51,5</b>	<b>1,06</b>	<b>1,02</b>
	<b>33 ans et plus</b>	n=519	<b>47,1</b>	<b>48,5</b>	<b>(0,79-1,42)</b>	<b>(0,82-1,34)</b>
<b>Emprunte du matériel d'injection</b>						
	<b>Oui</b>	n=58	<b>18,5</b>	<b>1,8</b>	<b>12,62</b>	<b>3,08</b>
	<b>Non</b>	n=1018	<b>81,5</b>	<b>98,2</b>	<b>(6,85-23,24)</b>	<b>(2,22-4,28)</b>
<b>Consomme de l'héroïne</b>						
	<b>Oui</b>	n=227	<b>45,3</b>	<b>15,5</b>	<b>4,49</b>	<b>1,98</b>
	<b>Non</b>	n=849	<b>54,7</b>	<b>84,5</b>	<b>(3,22-6,27)</b>	<b>(1,65-2,37)</b>
<b>Consomme de l'ecstasy/LSD</b>						
	<b>Oui</b>	n=21	<b>6,2</b>	<b>0,8</b>	<b>7,90</b>	<b>2,14</b>
	<b>Non</b>	n=1055	<b>93,8</b>	<b>99,2</b>	<b>(3,15-19,83)</b>	<b>(1,26-3,63)</b>
<b>Consomme du cannabis</b>						
	<b>Oui</b>	n=436	<b>59,0</b>	<b>35,6</b>	<b>2,61</b>	<b>1,50</b>
	<b>Non</b>	n=640	<b>41,0</b>	<b>64,4</b>	<b>(1,93-3,52)</b>	<b>(1,28-1,77)</b>

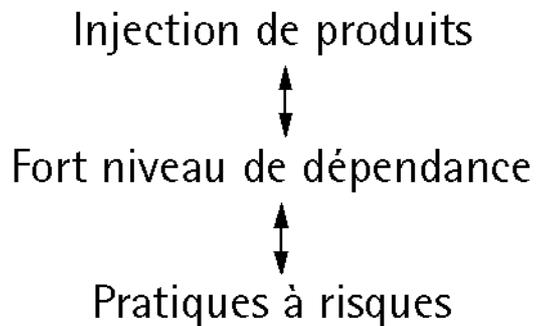
Comme c'était le cas pour les héroïnomanes, les consommateurs de cocaïne se caractérisent aussi par une polytoxicomanie, avec bien évidemment un très forte association d'héroïne. Néanmoins, ils témoigneraient d'une plus grande prise de risque lors de l'injection. A Marseille, la consommation de cocaïne implique aussi plus souvent une consommation d'ecstasy et de LSD ainsi que de cannabis.

## La consommation de cocaïne chez les personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Nice

Nice, 1999 n = 701		1- Consomme de la cocaïne (%) n=93	2- N'en consomme pas (%) n=608	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
<b>Sexe</b>					
hommes	n=518	78,5	73,3	1,33	1,12
femmes	n=182	21,5	26,7	(0,78-2,24)	(0,62-2,02)
<b>Age</b>					
15-32 ans	n=343	57,6	48,1	1,47	1,34
33 ans et plus	n=352	42,4	51,9	(0,94-2,28)	(0,82-2,22)
<b>Consomme de l'héroïne</b>					
Oui	n=93	45,2	8,4	8,99	9,72
Non	n=608	54,8	91,6	(5,46-14,81)	(5,63-16,80)
<b>Consomme des ecstasy/LSD</b>					
Oui	n=182	10,8	1,3	9,03	3,58
Non	n=683	89,2	98,7	(3,47-23,54)	(1,21-10,58)
<b>Consomme du cannabis</b>					
Oui	n=199	54,8	24,3	14,29	4,02
Non	n=502	45,2	75,7	(7,69-25)	(2,42-6,69)

De la même façon pour l'agglomération de Nice, les consommateurs d'héroïne ont 10 fois plus de risque de consommer également de la cocaïne. Les consommateurs d'ecstasy, de LSD et de cannabis ont un risque relatif quatre fois plus élevé de consommer de la cocaïne.

## Les pratiques à risques



Il existerait par conséquent une relation évidente entre injection, niveau de dépendance et pratiques à risque, auxquels peut s'ajouter la précarité.

## Les pratiques à risques chez les personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Marseille

Marseille, 1999 n = 1076		1- Emprunte du matériel d'injection (%) n=57	2- N'en emprunte pas (%) n=1019	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
<b>Sexe</b>					
	hommes	n=809 59,6	76,1	0,47	0,61
	femmes	n=265 40,4	23,9	(0,27-0,81)	(0,45-0,81)
<b>Age</b>					
	15-32 ans	n=557 56,1	51,5	1,21	1,12
	33 ans et plus	n=519 43,9	48,5	(0,70-2,06)	(0,83-1,88)
<b>Sans Domicile Fixe</b>					
	Oui	n=58 14,0	4,9	3,16	2,32
	Non	n=1018 86,0	95,1	(1,42-7,04)	(1,47-3,66)
<b>Statut sérologique VHC</b>					
	positif	n=526 78,9	47,2	4,19	2,23
	néгатif	n=550 21,1	52,8	(2,19-8,02)	(1,59-3,13)
<b>Nombre de produits consommés</b>					
	2 produits ou plus	n=678 98,2	39,0	35,74	6,33
	1 seul produit	n=398 1,8	61,0	(4,93-89,06)	(2,33-16,67)

## N°26

Le modèle réalisé à partir de l'échantillon marseillais pour rechercher les déterminants associés aux pratiques les plus à risque, à savoir l'emprunt de matériel d'injection, concerne davantage les usagers en situation de forte exclusion, les sans domicile fixe. Cependant, le partage du matériel d'injection est une pratique marginale. A Marseille, seule 5,3% des personnes toxicomanes interrogées ont déclaré avoir eu des pratiques à risque au cours du dernier mois.

## La consommation médicamenteuse des personnes toxicomanes résidant dans l'agglomération de Marseille

Marseille, 1999 n = 1076			les médicaments (%) n=541	consomme pas (%) n=535	tests 1 vs 2	multivarié. régression logistique
Sexe	hommes	n=809	72,6	77,8	0,76	0,80
	femmes	n=265	27,4	22,2	(0,58-1,00)	(0,70-0,94)
Age	15-32 ans	n=557	55,5	48,0	1,35	1,10
	33 ans et plus	n=519	44,5	52,0	(1,06-1,71)	(0,96-1,25)
Vit chez la famille ou des amis						
	Oui	n=524	55,8	41,5	1,78	1,34
	Non	n=552	44,2	58,5	(1,40-2,27)	(1,18-1,52)
Statut sérologique VHC						
	Positif	n=526	54,5	43,2	1,58	1,15
	Négatif	n=550	45,5	56,8	(1,24-2,01)	(1,01-1,31)
Consomme de la cocaïne						
	Oui	n=227	26,6	15,5	1,98	1,29
	Non	n=849	73,4	84,5	(1,46-2,67)	(1,10-1,51)
Consomme du cannabis						
	Oui	n=436	49,5	31,4	2,14	1,35
	Non	n=640	50,5	68,6	(1,67-2,75)	(1,19-1,56)
Suit un programme de substitution						
	Oui	n=644	66,2	53,5	1,70	1,21
	Non	n=432	33,8	46,5	(1,33-2,18)	(1,06-1,38)

A Marseille toujours, plusieurs éléments seraient déterminants d'une consommation médicamenteuse : le statut sérologique VHC, la consommation de cannabis, la consommation de cocaïne, la mise sous traitement de substitution. Cette dernière relation n'est pas surprenante car dans ce cas, la consommation médicamenteuse peut s'inscrire plus ou moins directement, dans la stratégie de soins.

## Traitement des toxicodépendances dans les agglomérations de Marseille et de Nice

	Nice (N=701)	Marseille (N=1 076)	OFDT 1999 Au 31-12-98
<b>Toxicomanes consommant des opiacés</b>	<b>N=555</b>	<b>N=813</b>	<b>160 000 (méthode démographique)</b>
· dont traités par Subutex®	<b>55,6</b>	<b>49,9</b>	35,7 (n=57 200 SIAMOIS)
· dont traités par Méthadone	<b>37,0</b>	<b>29,3</b>	4,4 (n=7 150 SIAMOIS)
<b>Démarche d'abstinence</b>	<b>0,5</b>	<b>2,4</b>	*

Sur les deux sites, une grande majorité des personnes consomme des produits de substitution, pour la plupart, dans le cadre d'un traitement donnant lieu à une prescription médicale.

Si l'extension de cette stratégie thérapeutique est avérée, il nous faut cependant constater qu'elle se réalise au détriment d'autres types d'intervention, en l'occurrence de celles fondées sur l'abstinence et la désintoxication. Respectivement, le nombre de personnes inscrites dans une pareille démarche, qui ne déclare aucune prise de produit au cours du dernier mois, reste extrêmement faible.

## La substitution aux opiacés dans les agglomérations de Marseille

	<b>Subutex® (n=542)</b>	<b>Méthadone (n= 250)</b>
<b>Avec prescription</b>	<b>74,2</b>	<b>94,4</b>
· En consommant d'autres produits illicites <sup>1</sup>	43,5	56,4
· En consommant d'autres produits licites ou illicites	65,2	79,7
· Ont recours à l'injection	22,1	*
<b>Sans prescription</b>	<b>25,8</b>	<b>5,6</b>
· En consommant d'autres produits illicites <sup>1</sup>	79,3	92,9
· En consommant d'autres produits licites ou illicites <sup>1</sup>	90,7	92,9
· Ont recours à l'injection	58,6	*

<sup>1</sup> Le cannabis est exclu des produits considérés

De manière significative, on constate aussi que l'existence d'un cadre thérapeutique environnant la consommation de la Méthadone et du Subutex® serait déterminant du mode de consommation de ces produits. Sur le site de Marseille, l'utilisation hors cadre d'une prescription, le recours aux traitements de substitution, implique plus fréquemment un plus grand recours à l'injection et plus souvent une association d'autres produits.

Néanmoins, trois résultats particulièrement intéressants sont à souligner.

En premier lieu, un toxicomane sur cinq en cours de traitement par la buprénorphine a pris ses doses par injection.

Par ailleurs, chez près d'un toxicomane sur deux en cours de traitement, la prise en charge médicale, n'implique pas l'arrêt de la consommation d'autres toxiques, qu'il s'agisse d'une maintenance par la Méthadone ou le Subutex®.

Enfin, un toxicomane sur cinq consommant du Subutex® sans bénéficier d'une prescription médicale, n'a eu recours à ce produit qu'au cours du dernier mois.

Ces constats conduisent naturellement à s'interroger sur la portée des traitements de substitution, notamment sur la place du Subutex®.

## L'injection de subutex® chez les personnes toxicomanes résidant à Marseille (1)

Marseille, 1999 n = 1076			1- S'injecte de la buprenorphine (%) n=171	2- Ne s'en injecte pas (%) n=905	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
Sexe	hommes	n=809	76,0	75,0	1,06	1,18
	femmes	n=267	24,0	25,0	(0,72-1,55)	(0,78-1,80)
Age	15-32 ans	n=557	65,5	49,2	1,96	2,13
	33 ans et plus	n=519	34,5	50,8	(1,40-2,76)	(1,48-3,06)
<b>Pratiques à risque lors de l'injection</b>						
	oui	n=69	20,5	3,8	6,59	4,14
	non	n=1007	79,5	96,2	(3,98-10,93)	(2,33-7,34)
<b>Statut sérologique VHC</b>						
	positif	n=526	62,0	46,4	1,88	1,67
	négatif	n=550	38,0	53,6	(1,35-2,63)	(1,16-2,40)
<b>Substitution à la buprenorphin</b>						
	Oui	n=402	52,0	34,6	2,05	2,25
	Non	n=674	48,0	65,4	(1,48-2,86)	(1,58-3,21)
<b>Consomme de la cocaïne</b>						
	Oui	n=227	41,5	17,2	3,41	2,62
	Non	n=849	58,5	82,8	(2,40-4,84)	(1,77-3,89)

Car l'injection du Subutex® caractérise des dépendances plus lourdes chez des individus significativement plus jeunes. L'injection implique bien évidemment une plus grande occurrence des pratiques à risque, et, conséquence directe, une plus forte prévalence du VHC. S'agissant d'individus plus jeunes, comparativement à un tranche d'âge particulièrement exposée, l'impact du VIH n'est pas significativement plus élevé, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas important.

## L'injection de subutex® chez les personnes toxicomanes résidant à Marseille (2)

Marseille, 1999 n = 402		1- S'injecte de la buprenorphine (%) n=89	2- Ne s'en injecte pas (%) n=313	Odds Ratio 1 vs 2	Odds Ratio multivarié: régression logistique
Sexe	hommes	n=309 75,3	77,3	0,89	0,98
	femmes	n=93 24,7	22,7	(0,52-1,55)	(0,54-1,79)
Age	15-32 ans	n=212 62,9	49,8	1,71	1,85
	33 ans et plus	n=190 37,1	50,2	(1,05-2,77)	(1,10-3,10)
Statut sérologique VHC	Positif	n=215 69,7	48,9	2,40	2,43
	Négatif	n=187 30,3	51,1	(1,45-3,97)	(1,43-4,13)
Consomme de la cocaïne	Oui	n=80 37,1	15,0	3,34	2,85
	Non	n=322 62,9	85,0	(1,96-5,67)	(1,56-5,11)
Pratiques à risque lors de l'injection	Oui	n=23 15,7	2,9	6,31	3,09
	Non	n=379 84,3	97,1	(2,63-15,12)	(1,17-8,15)

## N°31

Que la personne bénéficie d'un suivi médical dans le cadre d'un traitement de substitution ou pas, le profil reste identique comme le montre un travail réalisé à partir des consommateurs de Subutex® bénéficiant d'une prescription.

ors

## Maintenance par la buprenorphine : les nouveaux enjeux

- ▶ Traitement de la dépendance ou moyen de pallier le manque ?
- ▶ Elargissement des produits disponibles à moindre coût ?
- ▶ Mode d'entrée en toxicomanie ?

Ces résultats suscitent deux commentaires. D'une part, dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés par la buprénorphine, nous devons nous interroger sur les consommations associées de toxiques. Doit-on penser que la mise sous traitement implique forcément l'arrêt immédiat de ces consommations ou, au contraire, doit-on être plus attentif à la durée du traitement et croire que l'arrêt de toute consommation associée ne peut être que progressif.

D'autres part, le recours exclusif des plus jeunes à la buprénorphine, sans prescription médicale, nous impose de considérer la place de ce produit dans le marché de la drogue.