

## **12. Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique**

### **12.1. Introduction.**

La réduction de la mortalité par surdoses de substances illicites ou de traitements hors protocole médical demeure un enjeu majeur de santé publique en France comme le rappelle encore le plan 2008-2011 présenté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). Mieux lutter contre ce phénomène passe par une connaissance régulièrement mise à jour de ses tendances, et donc la disponibilité d'outils de mesure efficaces. La situation à ce niveau apparaît comme paradoxale : il existe plusieurs sources officielles de recensements des décès liés aux surdoses de substances illicites, mais sur lesquelles planent toujours le soupçon d'un sous-enregistrement (Lecomte et al. 1994; Lepère et al. 2001; Janssen, E. 2010). Ces sources, les niveaux estimés ainsi que leurs limites méthodologiques ont déjà fait l'objet de descriptions dans les différents rapports nationaux transmis à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). La question de leur validité prend une acuité particulière au vu de la hausse du nombre de surdoses enregistrés depuis 2003.

Une approche alternative et complémentaire à ces registres fournissant des données transversales est la constitution de cohortes d'usagers et leur suivi sur le long terme (plusieurs années). La surmortalité des usagers de drogues en France, comparée à celle de la population générale, a fait l'objet de plusieurs études (Gremy et al. 1997; Lopez et al. 2004). En France, on ne dispose actuellement que des résultats d'une enquête rétrospective menée au début des années 2000. La mise en place d'une cohorte cette fois-ci prospective a fait l'objet de plusieurs recommandations de la part de la communauté scientifique, de santé publique et épidémiologique. C'est pour répondre à cette double attente que l'OFDT a lancé une étude, répondant aussi aux demandes de l'OEDT, en s'appuyant sur le réseau des centres de soins des usagers et les structures bas-seuil ou de réduction des risques.

Les causes de décès des usagers de substances psychoactives ne se restreignent pas aux seules surdoses. Le partage de matériels utilisés pour la prise de ces substances (seringues, eaux, pailles) demeure une des principales causes de diffusion de pathologies mortelles, telles que le sida et les hépatites. Des registres spécifiques existent et renseignent les évolutions enregistrées au cours des deux dernières décennies.

### **12.2. Suivi récent des études cohorte mortalité parmi les UPD**

#### **12.2.1. L'étude rétrospective Usagers d'héroïne, cocaïne et crack.**

On ne dispose à ce jour en France que d'une seule étude de cohorte finalisée dont les résultats ont fait l'objet d'une publication. Celle-ci a été menée par l'OFDT, en collaboration avec les services de police de l'Office central de répression des trafics Illicites de stupéfiants (OCRTIS), à partir d'une cohorte rétrospective d'usagers interpellés par les services de police (Lopez et al. 2004)<sup>122</sup>.

Un total de 42 500 individus nés en France et interpellés en 1992, 1993, 1996 ou 1997 pour usage simple ou usage et revente d'héroïne, de cocaïne ou de crack et les personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cannabis. Un troisième groupe d'interpellés pour

---

<sup>122</sup> Pour plus de détails, consulter l'URL <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftadlk5.pdf> pour une version en anglais.

usage d'ecstasy a été constitué mais l'effectif trop réduit n'a pas permis une analyse fiable de la mortalité. Seules les personnes interpellées pour usage/revente d'héroïne, cocaïne et crack ont pu faire l'objet d'une exploitation statistique.

La cohorte des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack comprend environ 23 000 individus, à 82 % de sexe masculin, âgés en moyenne de 27 ans. Un peu plus de 70 % sont chômeurs ou sans profession déclarée. Ils sont plus nombreux dans les régions situées au nord et au nord-est de la France ainsi que dans le pourtour méditerranéen. Une majorité des individus de ce groupe (52 %) a été interpellée plus d'une fois. Au terme des appariements de fichiers, 1 016 décès de personnes incluses dans cette cohorte ont été recensés entre 1992 et 2001. Parmi ces décès, 609 causes (codées selon les règles de la CIM9) ont pu être documentées. Les 407 décès restant n'ont pu être renseignés au moment de l'analyse des données.

Sur l'ensemble de la période d'observation, le taux brut de mortalité s'établit à 7,3 décès pour mille personnes-années (PA). Les taux de mortalité parmi les personnes interpellées, augmentent, logiquement, avec l'âge à l'interpellation (3,8 pour mille PA pour les moins de 25 ans vs 17,9 parmi les 45-59 ans) et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (7,7 pour mille PA vs 5,3). Les taux bruts de mortalité ont connu une forte évolution à la baisse au cours de la période d'observation. Calculés sur les quatre années qui suivent l'interpellation, les taux de mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack en 1996/1997 sont près de deux fois inférieurs à ceux des personnes interpellées en 1992/1993 (en moyenne 6,2 pour mille PA contre 10,3 pour mille PA). Les données standardisées permettent de comparer les données de la cohorte à celle de la population française. À âge égal, les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont un risque de décéder 5 fois plus élevé que la moyenne masculine nationale ; pour les femmes interpellées, le risque par rapport à la population féminine française est supérieur à 9.

Les ratios de mortalité standardisés désagrégés selon la cause immédiate sont présentés dans le tableau suivant :

**Tableau 12-1 : RSM par cause de décès et par sexe, cohorte d'interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack (1992-1999).**

| Causes  | Hommes   | Femmes   |
|---|----------|----------|
| Maladies infectieuses et parasitaires                 | 22,0***  | 23,2***  |
| dont sida avéré et infection par le VIH               | 24,0***  | 28,7***  |
| Tumeurs   | 2,3**    | 3,2*     |
| Troubles mentaux                                      | 42,6***  | 139,9*** |
| dont pharmacodépendance                               | 102,7*** | 677,4*** |
| Maladies du système nerveux et des organes des sens   | 1,5      | -        |
| Maladies de l'appareil circulatoire                   | 3,5***   | 12,9***  |
| Maladie de l'appareil respiratoire                    | 5,1**    | 5,9      |
| Maladie de l'appareil digestif                        | 4,9***   | 14,5**   |
| Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements | 4,1***   | 10,2***  |
| dont : accidents de la circulation                    | 3,1***   | 5,4**    |
| intoxication accidentelle                             | 26,2***  | -        |
| autres accidents et séquelles                         | 10,0***  | 22,7**   |
| suicides  | 3,5***   | 12,6***  |
| homicides   | 10,7***  | -        |
| Symptômes, signes et états morbides mal définis       | 12,0***  | 34,9***  |

Année de référence : 1997, 15-54 ans. \*\*\* p<0.001; \*\* p<0.01; \* p<0.05. Source : Lopez et al. 2004.

Les décès des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack pour lesquels les causes de décès sont connues, se répartissent en 20 % de décès par surdose directement liés à l'usage de drogues, 13 % de décès par sida, un peu plus d'un tiers de décès pour causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement (parmi lesquels 10 % par accidents de la circulation et 11 % par suicides) et un cinquième de décès dont la cause est inconnue. Les 15 % restant comprennent les décès par tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif.

Cette étude présente plusieurs limites importantes : la première est qu'elle se centre sur un type d'usager particulier, susceptible d'avoir été arrêté par les forces de l'ordre. La population délimitée ne correspond qu'à un profil particulier d'usagers, dont on ne connaît pas les usages (fréquence, modalités de prises). La seconde renvoie à une hypothèse de détention pour usage. Or, on sait en pratique que les services de police et de gendarmerie ont recours au motif d'usage de substances illicites pour assurer une détention, pour un motif plus facilement prouvé que la revente de stupéfiants illicites. Une troisième limite concerne les échecs d'appariement entre les différents fichiers, concernant 11 % des individus suivis.

### **12.2.2. L'étude prospective Cohorte santé mortalité des usagers.**

La constitution d'une cohorte prospective d'usagers de substances illicites (population soumise au risque) demeure la seule solution rigoureuse afin d'estimer les risques de mortalité (approche quantitative) ainsi que les causes des décès (approche qualitative). Cette solution, méthodologiquement complexe à mettre en œuvre et très coûteuse, n'avait jusqu'à présent pas été adoptée en France.

Afin de contourner ce problème, la cohorte prospective s'appuie sur la participation des centres de traitement dispensant des soins spécialisés aux toxicomanes, généralisés avec le

développement d'une politique de réduction des risques. Ce choix présente plusieurs avantages de taille : panel élargi et diversité accrue de la population usagère perçue ; personnel spécialement formé et expérimenté aux réalités du terrain ; réseau constitué et familier aux demandes d'information. Il a fallu ensuite constituer une source d'information renseignant les activités de ces centres. Un tel dispositif existe en France : il s'agit du Recueil commun des addictions et prises en charge, mené depuis 2005 par l'OFDT dans le cadre du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays de l'Union européenne se sont engagés à respecter (Palle et al. 2007a). Il recense l'ensemble des individus en traitement pour une addiction dans les CSST et les CCAA, réunis depuis 2007 sous l'appellation Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, dans le cadre du plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et prévention des addictions). Enfin, les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, regroupant les structures bas-seuil) sont en contact permanent avec les usagers actifs, en particulier les plus précaires qui échappent aux centres de soin. La prise en charge du financement de leurs activités par la Sécurité sociale, engagée en 2005, s'est accompagnée d'une obligation de passation d'enquête, l'ENa-CAARUD, dont le premier exercice a été réalisé en 2006 sous la responsabilité de l'OFDT (Toufik, A. et al. 2008a). Le questionnaire rempli est une version modifiée du questionnaire RECAP (application du protocole IDT en France), aussi appliqué dans le cadre de l'enquête biannuelle des CAARUD. Outre les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau scolaire, profession, origines des revenus), le questionnaire renseigne sur les usages de substances (types, fréquence, modalités) et l'état général de santé des usagers<sup>123</sup>.

Le critère d'inclusion se définit comme tout individu étant en contact avec un CAARUD ou ayant engagé un traitement dans un CSAPA pour usage d'une ou plusieurs substances illicites (à l'exclusion du cannabis comme seule substance problématique), ou d'un traitement de substitution aux opiacés hors cadre médical. Ces individus peuvent être mineurs comme majeurs, quelle que soit la ou les substances en cause, la modalité de prise en charge (volontaire, spontanée, demande d'un tiers) ou le nombre de traitements antérieurs éventuels. Pour des raisons d'identification aux registres concernés, les individus devront avoir la nationalité française ou être bénéficiaire d'une prestation de la Sécurité sociale.

La participation des différents centres est basée sur le volontariat, certains centres refusant la levée de l'anonymat imposée pour assurer le suivi du statut vital des usagers. Alors que la cohorte rétrospective précédemment décrite s'appuyait sur les données de la police, qui recueille obligatoirement des informations nominatives, les noms, prénoms, dates et lieu de naissance doivent être fournis par les individus acceptant d'être inclus dans cette cohorte prospective. Ce sujet demeure particulièrement sensible au sein de la communauté des intervenants dans le champ des addictions, et requiert leur adhésion au projet afin de bien informer les usagers. A ce jour, 97 centres ont officiellement accepté de participer à l'étude.

La première vague de sélection s'est étendue durant le premier semestre 2010, permettant l'inclusion de 1 300 individus environ. Ce nombre est à remettre en perspective avec la demande expresse d'information nominative. Au moins une autre vague d'inclusion est prévue pour 2011.

---

<sup>123</sup> Pour plus de détails méthodologiques et consulter le questionnaire, consulter l'URL : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/cohorte2009.html>

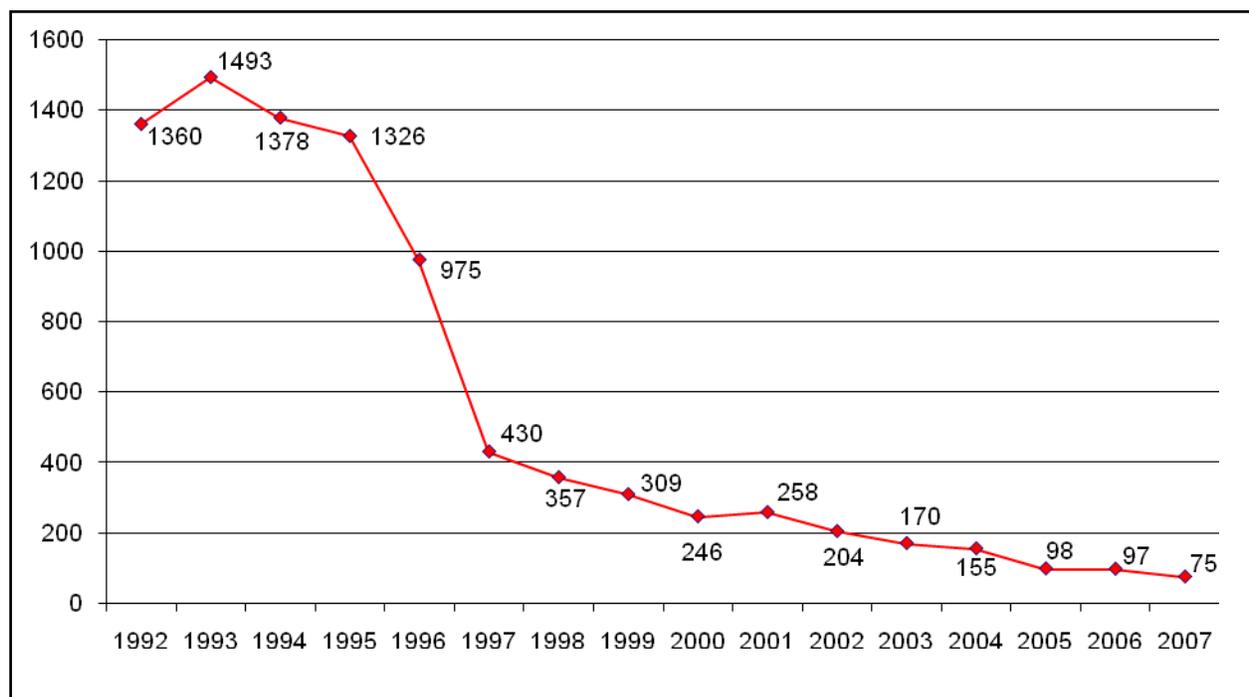
### 12.3. Sources complémentaires d'information sur la mortalité liée à l'usage de drogues.

#### Les décès par pathologies (HIV et hépatites).

Il n'existe pas en France de systèmes de surveillance ou d'information spécifique se rapportant aux décès des usagers de drogues en lien avec des maladies infectieuses (sida ou hépatite C). Il existe toutefois un système de surveillance national du VIH/sida coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS, voir annexe 6-T), qui repose en particulier sur la notification obligatoire des cas de sida d'une part (par tous les cliniciens depuis 1986) et des cas d'infection à VIH d'autre part (rendue obligatoire depuis 2003).

Ces notifications ont pour objectif de décrire la population des personnes séropositives ou malades du sida afin de pouvoir suivre la dynamique de l'infection pour mieux adapter les actions de prévention. Ce système permet ainsi d'obtenir des informations en fonction du mode de contamination des sujets. Il est en particulier possible d'obtenir annuellement le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Graphique 12-1).

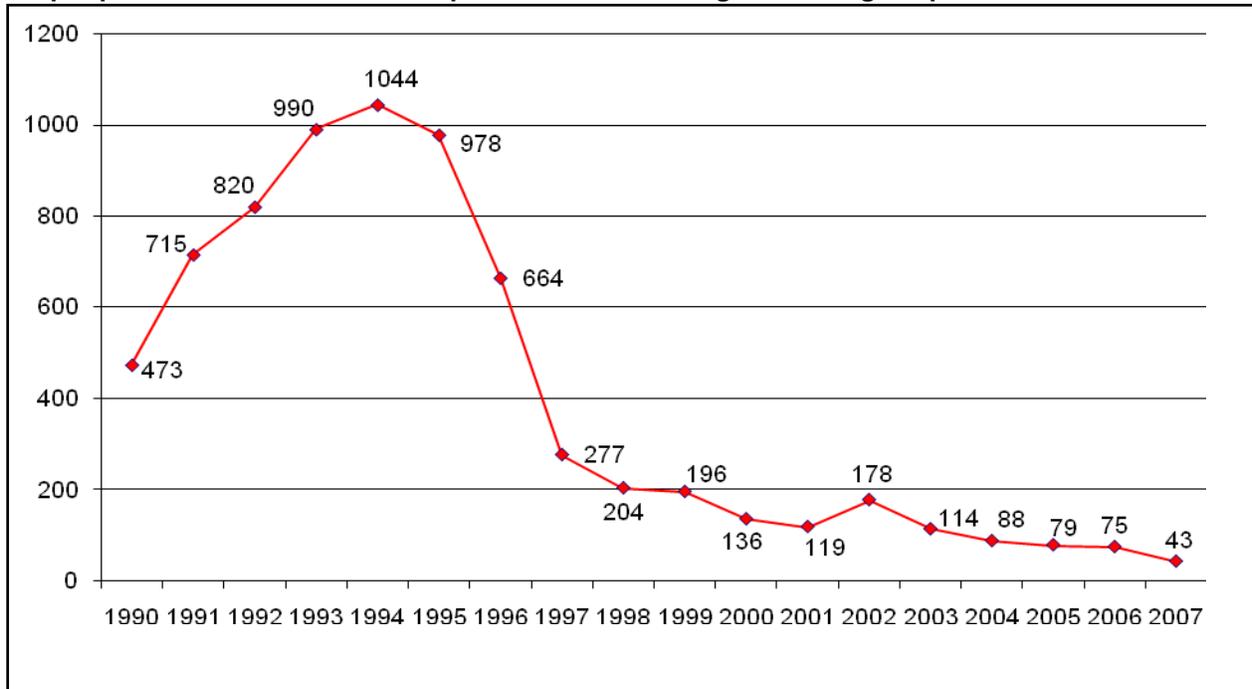
**Graphique 12-1 : Nombre de nouveaux cas de sida déclarés chez les usagers de drogues par voie injectable.**



Source : InVS.

Les décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse sont présentés dans le graphique 12-2. Une tendance à la baisse de ces décès liée à une contamination intraveineuse avait été initiée au milieu des années 1990, puis s'était poursuivie à un rythme plus lent depuis 1999. En 2007, un peu moins de 50 décès par sida ont été recensés. Les décès parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse représentaient toutefois en 2007 20 % de l'ensemble des décès par sida.

**Graphique 12-2 : Nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse**



Source : InVS.

Le registre général de mortalité sous la responsabilité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), de l'Inserm, est une base nationale des causes médicales de décès constitués annuellement à partir des informations fournies par les certificats médicaux de décès rédigés par les médecins. Ces informations sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM) dont les règles permettent la sélection de la cause initiale de décès à partir de laquelle les statistiques des causes de décès sont émises annuellement. Les hépatites C peuvent ainsi être retrouvées au travers de 3 catégories distinctes (*B17.1 : hépatite aigue C, B18.2 : hépatite virale chronique C, B19 : hépatite virale sans précision*). Les cas de VIH ou de sida se retrouvent au travers des catégories *B20 à B24*, en fonction des maladies infectieuses, tumeurs malignes ou d'autres infections dont le VIH peut être responsable. Si ce système d'information peut donner une estimation globale des décès annuels par VIH ou sida, il n'est toutefois pas en mesure de préciser la part au sein de ceux-ci des décès en lien avec une contamination intraveineuse. En effet, la mention d'un usage de substance n'est pas automatique ni obligatoire et relève de la seule décision du médecin en charge de remplir le constat de décès.

#### **12.4. Perspectives de santé publique**

Trois sources d'information sur les décès liés aux usages de drogues existent en France : la base de données sur les causes médicales de décès tenue par le registre général de mortalité (CépiDC) ; le fichier de l'OCRTIS ; le fichier Décès en relation aux abus de médicaments et de substances (DRAMES) de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Leurs données sont présentées dans le tableau 2.

**Tableau 12-2 : Décès par surdoses en France selon trois sources.**

| Année | OCRTIS | CépiDc        |           | DRAMES |
|-------|--------|---------------|-----------|--------|
|       |        | (sélection B) |           |        |
|       |        | Ensemble      | 15-64 ans |        |
| 2000  | 120    | 248           | 225       | 101    |
| 2001  | 107    | 274           | 243       | Nd     |
| 2002  | 97     | 244           | 225       | 74     |
| 2003  | 89     | 233           | 212       | 64     |
| 2004  | 69     | 268           | 239       | 86     |
| 2005  | 57     | 303           | 264       | 68     |
| 2006  | nd     | 305           | 275       | 168    |
| 2007  | 93     | 333           | 287       | 192    |
| 2008  | nd     | 374           | 322       | 217    |

Nd : non disponible. Sources : OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports.

Les données DRAMES ne permettent pas d'établir de tendance claire, l'augmentation des surdoses constatée en 2006 s'expliquant par le nombre croissant d'instituts médico-légaux et de laboratoires participant au recueil. Ce nombre est demeuré presque stable depuis cette date, ce qui permet de conclure à une tendance à l'augmentation du nombre de décès par surdoses entre 2006 et 2008.

Le profil des personnes décédées par surdose est établi à partir des données du CépiDc, en appliquant la sélection B. La population est restreinte aux 15-64 ans. Les surdoses mortelles sont une caractéristique masculine, avec un *sex-ratio* de l'ordre de 5 (ce ratio est de l'ordre de 4 pour les usagers en traitement). La part des femmes s'est réduite au cours de ces huit années. L'âge moyen au décès est plus élevé chez les femmes (36,8 ans) que les hommes (33,4 ans). Les différences entre sexe s'illustrent dans les types de substances ayant provoqué les décès : chez les hommes, les deux tiers des décès ont pour origine des troubles du comportement liés à la consommation de plusieurs drogues. Chez les femmes, la part de ces décès ne représente que la moitié du total, la part des surdoses accidentelles ou des suicides étant plus importante. Un peu plus de la moitié (52 %) des usagers étaient inactifs au moment de leur décès, 43 % avaient un emploi, la situation des 5 % restant étant inconnue. Les décédés sont d'origine socio-économique modeste : parmi les décédés dont l'emploi était connu, plus de la moitié étaient ouvriers (53 %), et plus du tiers étaient employés ou de professions intermédiaires (36 %). Viennent ensuite les professions libérales et supérieures (6 %), les artisans et commerçants (5 %) et les agriculteurs (1 %).

#### 12.4.1. Principales causes de décès.

La plupart des surdoses par troubles du comportement recensées par le registre de mortalité est classée sous la rubrique de polyconsommation. Cette part est le reflet à la fois d'un mode de consommation majoritaire chez les usagers de drogues, mais témoigne également de la difficulté à renseigner avec précision les produits à partir des certificats de décès.

La base DRAMES fournit l'information précieuse sur les substances utilisées, dans la mesure où elle repose entièrement sur les résultats d'analyses toxicologiques. En 2008 (voir Tableau 12-3), les substances illicites sont en cause, en tant que produit principal, dans un peu plus de la moitié des cas (52 %), les traitements de substitution dans près de 39 % des cas et les médicaments opiacés (hors substitution) dans près de 9 % des cas. Globalement, les opiacés

sont principalement en cause dans 84 % des cas et la cocaïne, seule ou associée à d'autres produits, dans environ 14 %. Entre 2006 et 2008, l'accroissement du nombre de surdose s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de décès par surdose d'héroïne (+20 cas) et de méthadone (+32 cas).

**Tableau 12-3 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2007-2008, données DRAMES.**

|   | 2006 |       | 2007 |       | 2008 |       |
|---|------|-------|------|-------|------|-------|
|   | N    | %     | N    | %     | N    | %     |
| Héroïne seule ou associée à d'autres produits       | 59   | 35,1  | 69   | 35,9  | 79   | 36,4  |
| Cocaïne seule ou associée à d'autres produits       | 31   | 18,5  | 39   | 20,3  | 30   | 13,8  |
| Autres substances illicites, seule ou associée      | 5    | 3,0   | 2    | 1,0   | 4    | 1,8   |
| Méthadone seule ou associée à d'autres produits     | 31   | 18,5  | 61   | 31,8  | 63   | 29,0  |
| Buprénorphine seule ou associée à d'autres produits | 20   | 11,9  | 11   | 5,7   | 21   | 9,7   |
| Autres médicaments opiacés, seuls ou associés       | 18   | 10,7  | 10   | 5,2   | 19   | 8,8   |
| Autres  | 4    | 2,4   | 0    | 0,0   | 1    | 0,5   |
| Total   | 168  | 100,0 | 192  | 100,0 | 217  | 100,0 |
| Nombre de services participants                     |      | 16    |      | 18    |      | 19    |

Source : AFSSAPS. Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

#### 12.4.2. Principaux risques.

L'augmentation du nombre de décès par surdoses dans la seconde moitié des années 2000 peut s'expliquer par l'apparition de nouveaux usagers, jeunes, liés à la sphère festive, plus irréguliers dans leur fréquence de consommation et peu connus des centres de soins. Moins sensibilisés aux messages de réduction des risques, leur peu d'expérience à laquelle s'ajoutent leur méconnaissance des substances et de leurs modes de consommation se traduiraient par des conduites plus risquées.

L'usage croissant de la cocaïne et autres stimulants depuis le début des années 2000 ainsi que la disponibilité accrue de l'héroïne, dont les prix au détail ont baissé et qui bénéficie auprès des usagers d'une perception moins négative qu'il y a une dizaine d'années, sont d'autres explications complémentaires. Les pratiques de l'injection intraveineuse ont évolué sous l'effet de la politique de réduction des risques. Cependant, elle demeure un mode d'usage croissant chez les usagers de cocaïne, d'ecstasy et d'amphétamines. A noter l'apparition de l'injection de GHB en intramusculaire (Cadet-Taïrou et al. 2010a).

De nombreux professionnels font état de l'émergence d'un nouveau rapport entre politique de réduction des risques et politique répressive au cours des dernières années (Cadet-Taïrou et al. 2010a). Le renforcement des contrôles et les incarcérations croissantes sont à mettre en parallèle avec l'apparition de nouveaux usages, plus risqués et précipités. Certaines structures font aussi état de la difficulté de maintenir un contact avec une certaine frange d'usagers, en particuliers les plus précaires.

#### 12.4.3. Interventions prioritaires.

La réduction du nombre de surdoses mortelles en France demeure l'une des priorités des différents plans de lutte contre les addictions. Le dernier plan triennal 2008-2011 de la MILDT y

fait encore explicitement référence<sup>124</sup> mais sans en spécifier de stratégie spécifique : la réduction de la mortalité liée aux usages est une conséquence de la réduction de ces mêmes usages.

Les actions de terrain visant à réduire la mortalité liée aux usages de drogues sont menées par les associations de réduction des risques, souvent subventionnées par des fonds publics mais en pratique sans coordination de l'Etat. Les actions de ces structures ne sont pas coordonnées ni synchronisées. Il n'existe pas non plus de guide de bonnes pratiques.

## 12.5. Conclusion

La réduction de la mortalité des usagers de stupéfiants ou de médicaments hors protocole médical demeure un objectif sanitaire et politique régulièrement remis à jour mais sans mesures ciblées spécifiques. La réduction de la mortalité passe par une réduction des usages.

Trois recensements renseignent les surdoses mortelles en France ; deux autres bases décomptent les décès d'usagers par sida et hépatites. La sous-estimation du nombre de surdoses mortelles demeure un problème chronique, même si les estimations corrigées demeurent en-deçà des niveaux atteints par des pays voisins (Royaume-Uni, Allemagne). Malgré ces défaillances, les trois sources confirment la hausse du nombre de surdoses mortelles en France depuis le milieu des années 2000. Offre accrue des stimulants, cocaïne et ecstasy en particulier, persistance de l'injection comme mode d'usage, prix en baisse de l'héroïne et l'apparition de nouveaux types usagers moins sensibilisés aux messages de la réduction des risques sont quelques unes des explications avancées.

Une première étude de cohorte rétrospective regroupant des individus interpellés pour usage de certains stupéfiants a permis de quantifier la surmortalité caractéristique des usagers. Une seconde enquête, prospective cette fois-ci est basée sur les usagers en traitement ou dans les structures de réduction des risques. Les surdoses non-mortelles font l'objet d'une attention accrue (Fairbairn et al. 2008), même si peu de données sont à ce jour disponibles en France (Cadet-Taïrou et al. 2010a). Ce thème inclus fait l'objet d'une analyse spécifique dans l'enquête de cohorte en cours.

---

<sup>124</sup> <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>