

9.3 L'usage de drogues illicites

Contexte national

L'usage de drogues illicites est pour l'ensemble des pays occidentaux un problème politique et social. Le marché de la drogue a connu un développement considérable ces dernières décennies. De plus, les usages de drogues sont devenus un véritable phénomène de société passant de la marginalité et l'exotisme à la consommation de masse.

En France, en 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne " à problèmes ". La prévalence des toxicomanies dans les grandes agglomérations françaises était estimée en 2000 à plus d'un pour cent de la population des 15 à 59 ans.

La toxicomanie engendre des effets sociaux et sanitaires, en particulier chez les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse (UDVI). Les toxicomanes, en raison de leurs conditions de vie souvent précaires, de leurs pratiques d'injections et des effets des produits sont particulièrement confrontés au VIH et aux hépatites mais également à d'autres infections, aux accidents et autres morts violentes dont les suicides.

Depuis 1994, le nombre de décès par surdose a fortement diminué (564 en 1994, 107 en 2001) alors qu'il avait presque triplé entre 1986 et 1994.

La prévalence de la séropositivité au VIH chez les UDVI a été estimée selon différentes sources entre 16 et 25 % en 1999 et tendrait à diminuer depuis 1994. La contamination par le VHC (hépatite C) est plus préoccupante, dans la mesure où les 2/3 des UDVI seraient infectés et 25 % d'entre eux seraient également séropositifs au VIH, selon des estimations de 1999.

Ces problèmes sanitaires et sociaux sont également largement présents en milieu carcéral où d'après le Haut Comité de Santé Publique 15 à 20 % des détenus seraient concernés par la toxicomanie.

La politique française de lutte contre la toxicomanie a été établie à partir de la loi du 31 décembre 1970 ; elle présente un double aspect : réprimer le trafic et l'usage des stupéfiants et proposer une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). A partir de 1987, en raison notamment de l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque associées à l'injection de drogue : mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, mise sur le marché de trousses de prévention vendues en pharmacie (Stéribox®), ouverture de Programmes d'Echange de Seringues (PES) en 1993.

A partir de 1994, des programmes de traitements de substitution par la méthadone ont été institués dans les CSST ; en 1996, la France autorisait la mise sur le marché d'un autre produit de substitution aux opiacés : la buprénorphine haut dosage (Subutex®). En 2001, environ 84 000 usagers d'opiacés bénéficiaient d'un traitement de substitution, la buprénorphine étant plus souvent prescrite (74 000) que la méthadone (10 000). Cependant, l'usage de buprénorphine est fréquemment détourné des protocoles médico-sociaux (mésusage, vente sur le marché noir, initiation de la toxicomanie par ce produit...). L'éventail thérapeutique dans la prise en charge des toxicomanes s'est donc diversifié au cours des dernières années. Cependant, le recul n'est pas encore suffisant, des travaux d'évaluation manquent pour apprécier la qualité du suivi des personnes sous Subutex®, l'impact du traitement dans la vie des individus et les effets néfastes de la polyconsommation...

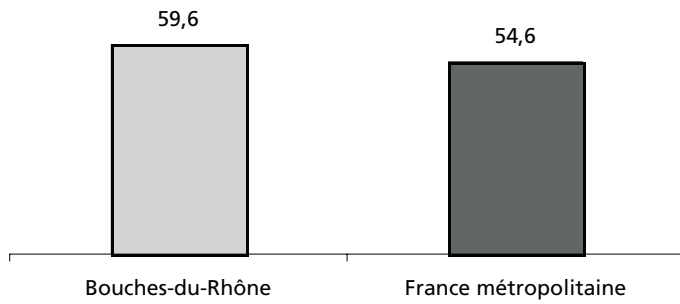
Situation à Marseille : faits marquants

· En novembre 1999, près de 700 toxicomanes domiciliés dans les Bouches-du-Rhône étaient pris en charge dans les établissements de Marseille, la majorité dans les établissements spécialisés.

· A Marseille, les taux de ventes de boîtes de Stéribox, de Subutex® et de flacons de méthadone suivent la même évolution que les taux départementaux et nationaux, mais leur restent très supérieurs (environ deux fois supérieurs aux taux nationaux).

· En 1999, une enquête a estimé le nombre de toxicomanes dans l'agglomération marseillaise à près de 6 000, soit plus de dix toxicomanes pour 1 000 habitants âgés de 15 à 59 ans. Cette prévalence est légèrement inférieure à celle estimée dans l'agglomération niçoise (15,3 ‰).

1. TAUX DE TOXICOMANES PRIS EN CHARGE* DANS LES STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES POUR 100 000 HABITANTS DE 15 ANS OU PLUS EN 1999



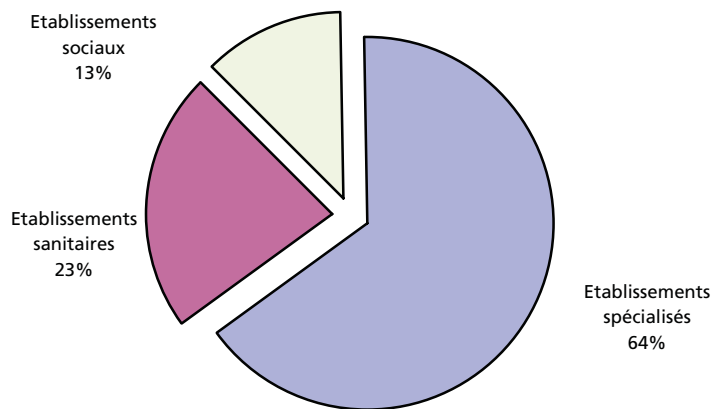
DES DONNÉES NON DISPONIBLES POUR MARSEILLE

Les données disponibles ne permettent pas d'identifier les toxicomanes marseillais. Seul le nombre de toxicomanes domiciliés dans le département des Bouches-du-Rhône et pris en charge dans les établissements Marseillais peut être estimé. A titre indicatif, 866 personnes habitant les Bouches-du-Rhône sont prises en charge dans le département, dont 686 (79,2 %) à Marseille.

* Toxicomanes ayant eu recours au système sanitaire et social au cours de l'année. Dans cette enquête menée par la DREES, une personne toxicomane est définie comme toute personne ayant eu une consommation régulière et prolongée de produits illicites ou produits de substitution détournés de leur usage normal au cours des derniers mois. Les usagers occasionnels et ponctuels sont exclus du champ de l'enquête.

Sources : DREES enquête du mois de novembre 1999, INSEE

2. RÉPARTITION DES TOXICOMANES* PRIS EN CHARGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE MARSEILLE EN NOVEMBRE 1999, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT



* Toxicomanes habitant le département des Bouches-du-Rhône et pris en charge dans les établissements de Marseille.

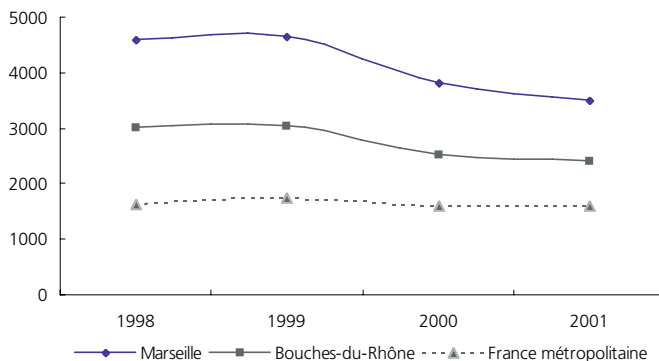
Les établissements spécialisés comprennent les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) accueillant principalement des toxicomanes, les antennes toxicomanes des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les centres d'accueil pour toxicomanes.

Les établissements sanitaires comprennent les Centres hospitaliers régionaux (CHR), les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) et Hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP), les centres hospitaliers (CH) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Les établissements sociaux comprennent les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) n'étant pas considérés comme établissements spécialisés et les clubs et équipes de prévention.

Sources : DREES enquête du mois de novembre 1999, INSEE

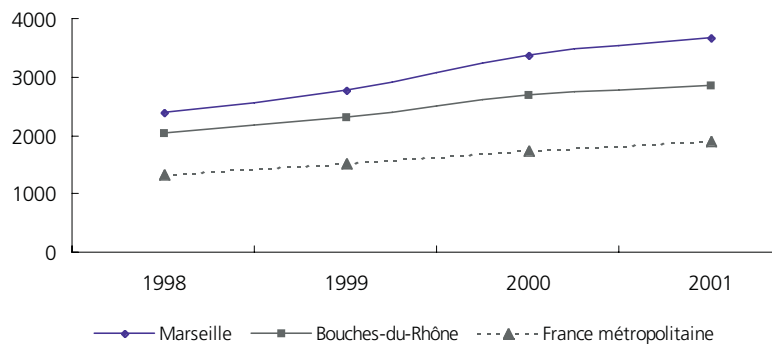
3. TAUX DE VENTE DE BOÎTES DE STÉRIBOX* POUR 10 000 PERSONNES DE 20-39 ANS DE 1998 À 2001



* Stéribox est une trousse de prévention qui contient deux seringues jetables, le matériel stérile pour la préparation des injections et un préservatif.

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE

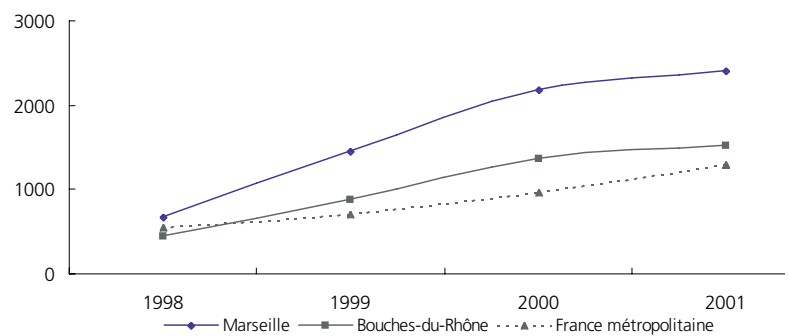
4. TAUX DE VENTE DE BOÎTES DE SUBUTEX®* POUR 10 000 PERSONNES DE 20-39 ANS DE 1998 À 2001



* Equivalent boîte de 10 mg

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE

5. TAUX DE VENTE DE FLACONS DE MÉTHADONE* POUR 10 000 PERSONNES DE 20-39 ANS DE 1998 À 2001



* Equivalent flacons de 60 mg/jour

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE

ÉVOLUTION DES VENTES DE BOÎTES DE STÉRIBOX, SUBUTEX ET DE FLACONS DE MÉTHADONE : ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

Les données précédentes mettent en évidence une diminution des ventes de boîtes de Stéribox depuis 1999, de manière encore plus marquée à Marseille qu'au niveau national ainsi qu'une augmentation des ventes de produits de substitution.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la baisse des ventes du matériel d'injection :

- l'augmentation de la consommation de produits de substitution, même si certains utilisateurs sont susceptibles de les consommer par injection,
- une modification du contenu du kit d'injection Stéribox ayant entraîné une augmentation de son prix,
- une possible reprise des comportements à risque chez certains usagers de drogues par voie injectable (partage et surtout réutilisation de la seringue),
- une baisse des comportements d'injection.

La phase pilote de l'étude Coquelicot menée par l'InVS à Marseille de septembre 2001 à juin 2002 a confirmé l'évolution des tendances récentes chez les usagers de drogues : une chute des consommations de produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes et la baisse importante des pratiques d'injection.

Dans l'échantillon de la phase pilote de cette enquête (166 individus), la prévalence déclarative et biologique du VIH est de 22 %. Pour le VHC, la prévalence déclarée est de 51,6 % et la prévalence biologique de 72,6 %.

Source : Emmanuelli J. et Jauffret-Roustide M. Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers marseillais. SWAPS n°30 avril/mai 2003

Pour en savoir plus :

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. Quatrième rapport national du dispositif TREND. OFDT, juin 2003.

Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux. BEH, numéro thématique n°16/17, 2003.

PRÉVALENCE DES TOXICOMANIES DANS LES AGGLOMÉRATIONS DE MARSEILLE ET DE NICE

En 1999, l'ORS PACA a réalisé une enquête visant à estimer la prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice. Ces estimations ont été réalisées à l'aide de la technique " capture-recapture " s'appuyant sur le croisement de différentes sources d'information (programmes de réduction des risques, sources sanitaires et nombre d'interpellations dans cette étude).

Le nombre de toxicomanes dans l'agglomération marseillaise a été estimé à 5 748 [4663-6853], soit une prévalence de 6,4 ‰ [5,18-7,61] en population générale et de 10,6 ‰ [8,39-12,62] chez les 15-59 ans. Ces prévalences sont légèrement inférieures à celles estimées dans l'agglomération niçoise : 8,8 ‰ [6,29-11,2] en population générale et 15,3 ‰ [11,17-19,58] chez les 15-59 ans.

Source : Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice, rapport final. ORS PACA, mars 2000