

Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne de cocaïne ou de crack

Indicateur primordial de santé publique, la mortalité liée aux drogues illicites est pourtant peu documenté en France. Les systèmes statistiques existants permettent de renseigner, avec de plus ou moins grandes lacunes, les décès par surdose et par Sida des consommateurs par voie injectable. Ces informations ne couvrent qu'une partie des causes de décès et ne permettent pas de calculer la surmortalité des consommateurs de drogues. Celle-ci reste présumée à partir des éléments dont on dispose sur la dangerosité des différentes substances et des résultats d'études menées à l'étranger.

La mesure de la mortalité demande que le nombre de décès enregistré sur une période donnée puisse être rapporté à une population exposée à un facteur de risque. En définitive, l'estimation rigoureuse de la mortalité suppose la mise en place et le suivi prospectif d'une cohorte de consommateurs actifs de drogues illicites. Cette solution complexe à mettre en œuvre, et très coûteuse, n'a jusqu'à présent pas été adoptée en France.

Pour pallier ce manque, l'OFDT a élaboré un projet d'étude rétrospective d'une cohorte permettant de produire une estimation de la surmortalité chez des consommateurs de drogues illicites à partir des décès survenus parmi les personnes interpellées au début et au milieu des années 1990 pour usage ou usage-revente de stupéfiants. Cette étude¹ a reçu l'agrément de la CNIL en juin 2002.

Sources et méthodes

L'ensemble des informations disponibles pour l'analyse résulte de l'appariement de trois registres statistiques différents, dans le cadre d'une procédure garantissant l'anonymat gérée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Les données d'interpellation issues du fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) tenu par l'OCRTIS² ont été confrontées, dans un premier temps, au Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) administré par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), pour connaître le statut vital (en 2002) des personnes interpellées. Pour les décès ainsi recensés, il a ensuite été fait une recherche dans le registre des causes médicales de décès du CépiDc-INSERM.

Pour des raisons de coût, le nombre de personnes enregistrées dans le FNAILS incluses dans l'étude a été limité à 50 000. Elles ont été réparties volontairement en deux groupes de taille sensiblement égale : les personnes interpellées pour usage ou usage - revente d'héroïne / cocaïne / crack et les personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cannabis. Après validation du fichier et appariement, le statut vital a pu être déterminé pour environ 42 500 individus nés en France et interpellés en 1992, 1993, 1996 ou 1997³. Un groupe d'interpellés pour usage d'ecstasy a été constitué. Mais, du fait de la faiblesse des effectifs, l'analyse approfondie de la mortalité n'a pu y être menée.

En raison de biais importants sur les résultats du « groupe cannabis » (voir discussion), seules les analyses concernant les personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack sont développées dans cet article.

Résultats

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 en CIM9⁴) ont pu être documentées. À l'époque de l'appariement entre

1. Le rapport complet sera disponible sur le site de l'OFDT en juillet 2004.

2. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

3. Le FNAILS est nominatif depuis 1990 mais des problèmes d'enregistrement signalés par l'OCRTIS ont conduit à exclure les années 1990 et 1991. À l'époque du lancement de l'étude, le ministère de l'Intérieur n'a autorisé l'exploitation des données du FNAILS qu'à partir de 1996 pour les interpellations pour usage simple et sans limitation de date pour les interpellations pour usage-revente.

4. Neuvième version de la Classification internationale des maladies.

les différentes bases de données (en 2002), l'INSERM n'était pas en mesure de renseigner les décès survenus après l'année 1999 (soit 407 décès).

Les décès des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/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.

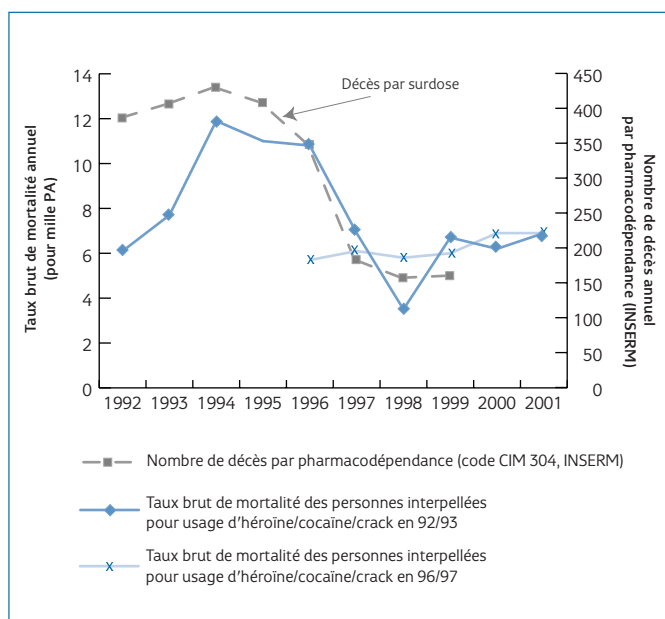
Une mortalité en diminution

Sur l'ensemble de la période d'observation, le taux brut de mortalité s'établit à 7,3 décès pour mille personnes années⁵ (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 ; $p = 0,001$) et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (7,7 pour mille PA vs 5,3 ; $p = 0,01$).

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 ; $p = 0,01$).

Comme le montre le graphique 1, cette baisse s'accompagne d'un phénomène épidémique pour les années 1992 à 1997, le pic étant atteint en 1994 avec un taux de mortalité proche de 12 pour mille PA. Cette évolution est similaire à celle observée pour le nombre de décès par surdose. À la fin des années 1990

Graphique 1 - Taux brut de mortalité annuel (1992-2001) et nombre de décès par surdose (1992-1999)



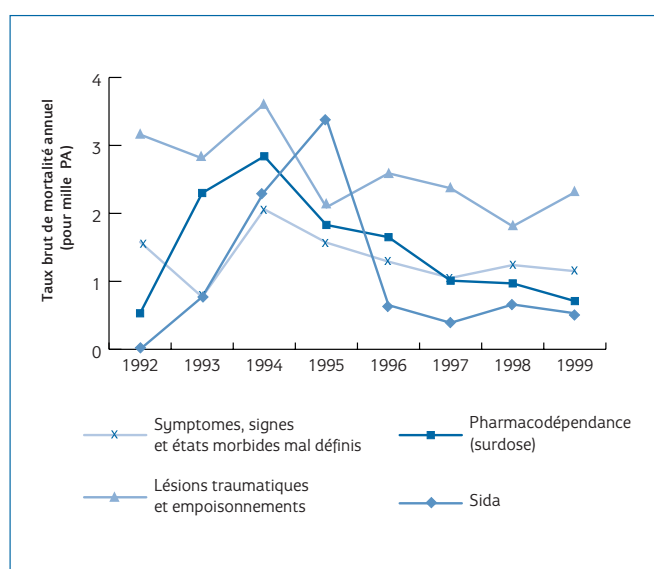
Graphique à deux axes permettant de mettre en perspective les taux annuels de mortalité dans la cohorte des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack (axe de gauche) et un des principaux indicateurs de la mortalité des usagers de drogues (à droite - décès par pharmacodépendance).

Sources : cohorte de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT (données OCRTIS, INSEE et INSERM) ; fichier national des causes de décès (CépiDc- INSERM).

et au début des années 2000, la mortalité de ce groupe semble stabilisée⁶, quelle que soit la date d'inclusion dans la cohorte, autour d'un taux de 6 à 7 pour mille PA.

Les données sur les causes de décès permettent d'apporter des éléments d'explication supplémentaires. Ce mouvement de baisse de la mortalité est en effet principalement lié à la chute des taux bruts de mortalité par Sida et par surdose, respectivement divisés par 6 et 4 entre le milieu et la fin des années 1990. Pour les décès par lésions traumatiques et empoisonnements, les taux, plus fluctuants, sont également orientés à la baisse mais de façon plus modeste (baisse comprise entre 50 % pour les suicides et 100 %, environ, pour les accidents de la circulation et les autres accidents). La mortalité classée en causes inconnues, dont une partie pourrait être des décès par surdose, est également en diminution.

Graphique 2 - Taux brut de mortalité annuel par cause (1992-1999)



Source : cohorte de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT (données OCRTIS, INSEE et INSERM).

Une surmortalité généralisée

Pour pouvoir comparer la mortalité de la cohorte à celle de l'ensemble de la population française, il est nécessaire de tenir compte des différences d'âge et de sexe. En effet, les personnes de la cohorte sont en moyenne beaucoup plus jeunes que l'ensemble de la population française et très majoritairement de sexe masculin. Le ratio standardisé de mortalité (RSM) permet d'effectuer des comparaisons de mortalité, à structure par âge et par sexe identique⁷.

À âge égal, les hommes interpellés pour usage d'héroïne/cocaïne/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.

5. Les taux de mortalité sont calculés par personnes années, calcul généralement adopté dans le cadre d'études de cohortes. Pour plus de détail se reporter à « Définitions »

6. Les taux bruts annuels sont calculés sur des effectifs faibles ; les variations de faible ampleur comme entre 1999 et 2000 pour les interpellés en 1996/1997 ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 1 : RSM selon le produit impliqué dans l'interpellation (1992-2001)

Produit	Hommes	Femmes
	RSM	RSM
Personnes interpellées pour usage d'Her/coc/crack	5,19***	9,52***
Héroïne	5,27***	9,74***
Cocaïne	4,31***	8,50***
Crack	4,50***	5,39
Ensemble de la population française	1,0	1,0

Année de référence : 1997 pour les taux bruts de mortalité de la population générale française; et en considérant les personnes âgées de 15 à 59 ans uniquement.

*** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$

Lecture : les hommes interpellés pour héroïne/cocaïne/crack ont un risque 5,19 fois plus élevé de décéder que les hommes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif et calculé avec un intervalle de confiance à 95 %.

Source : cohorte de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT (données OCRTIS, INSEE et INSERM).

Un RSM plus élevé pour les femmes ne signifie pas que la mortalité des femmes soit plus élevée que celle des hommes. Il indique que la différence observée entre la mortalité des femmes incluses dans la cohorte et celle de la moyenne des femmes françaises est plus importante que pour les hommes. Autrement dit, le risque de décéder des femmes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack est très supérieur à celui des françaises (9 fois plus de risque), cet écart étant moindre chez les hommes (5 fois plus).

Tableau 2 : RSM par cause et par sexe (1992-1999)

Causes	Hommes	Femmes
	RSM	RSM
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***
Ensemble des décès ⁷	6,3***	13,3***

Année de référence : 1997 pour les taux bruts de mortalité des hommes de la population générale française; et en considérant les personnes âgées de 15 à 54 ans uniquement

*** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$

Lecture : les hommes interpellés pour héroïne/cocaïne/crack ont un risque 22,0 fois plus élevé de décéder de « maladie infectieuses et parasitaires » que les hommes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif et calculé avec un intervalle de confiance à 95 %.

Source : cohorte de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT (données OCRTIS, INSEE et INSERM).

Une surmortalité apparaît pour toutes les causes considérées (à l'exception des maladies du système nerveux et des organes sensoriels) chez les personnes incluses dans la cohorte. La surmortalité est, sans surprise, très élevée pour le

7. Les données de cette ligne sont calculées pour la période 1992-1999, les causes de décès n'étant pas disponibles au-delà de 1999. Cela explique la différence avec les chiffres du tableau 1, calculés, quant à eux, sur la période 1992 - 2001.

Sida et les surdoses (RSM respectivement de 24 et plus de 100 chez les hommes et de 29 et plus de 600 chez les femmes). Elle est moins élevée mais tout de même d'un rapport de trois à cinq pour les accidents de la route, les suicides, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif, chez les hommes. Le facteur est de 5,4 pour les accidents de la circulation et de 12,6 pour les suicides chez les femmes. La mortalité par surdose et par Sida ne rend donc pas compte de l'ensemble de la surmortalité des personnes de la cohorte qui paraissent ainsi globalement plus vulnérables que l'ensemble de la population française.

Discussion

Cette étude repose sur l'utilisation de données d'interpellation pour usage ou usage-revente de stupéfiants. Cette approche a pour mérite de permettre d'inclure à moindre coût dans l'étude une population bien plus nombreuse que dans les études prospectives. Elle s'accompagne cependant d'un certain nombre de limites.

Consommations « cachées » et modes d'usage méconnus

L'objectif de cette étude était de tenter d'améliorer les connaissances sur la mortalité des consommateurs de drogues et non pas uniquement des personnes interpellées pour usage de stupéfiants. Or, ces deux notions ne sont pas identiques. Une personne interpellée, même si elle a été trouvée en possession d'une certaine quantité d'une substance illicite, peut ne pas consommer ce produit ou en consommer un autre sans avoir jamais été interpellée pour son usage. Chez les personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack, une éventuelle consommation de cannabis ne modifiera pas, en moyenne, le risque de décès. En revanche, chez les personnes interpellées pour usage de cannabis, l'existence de consommations « cachées » d'opiacés modifie très largement ce risque. Dans la cohorte cannabis, plusieurs décès par surdose ont été recensés. Les décès par surdose de cannabis n'étant pas médicalement documentés, il s'agit donc très vraisemblablement de consommateurs d'héroïne ou d'opiacés. L'existence d'un nombre non évaluable de consommateurs de substances à plus fort niveau de risque parmi les interpellés pour usage de cannabis biaise lourdement les calculs de mortalité dans cette cohorte. Il n'est donc pas possible de mesurer la mortalité des consommateurs de cannabis à partir d'une étude sur les personnes interpellées pour l'usage de cette substance.

Une autre limite importante de cette étude est l'absence d'information sur les pratiques de consommation des individus interpellés alors que le risque de mortalité des usagers de drogues est fortement dépendant de la fréquence et du mode d'administration des substances.

On peut également se demander si l'interpellation ne constitue pas en soi une forme de sélection d'une population à risque plus élevé de décès (Barré M-D, 2000), même en l'absence de consommation de stupéfiants.

Il faut enfin mentionner le fait que l'appariement avec le RNIPP n'est pas possible pour les personnes nées à l'étranger (environ 14 % des interpellés), et que le recoupement a échoué dans 11 % des cas (faux noms, erreurs sur la date de naissance).

Une mortalité plus faible que dans les études étrangères

De nombreuses études de mortalité basées sur des cohortes prospectives ont été menées à l'étranger au cours des années 1990. Celles-ci ont toutes en commun de reposer sur

l'inclusion de consommateurs d'opiacés, la plupart du temps vus dans les structures de soins. Les différentes estimations du taux annuel de mortalité d'usagers d'opiacés varient, selon Warner-Smith, M. et al. (2001) et dans la plupart des études de cohorte coordonnées par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA, 2002) de 10 à 30 pour mille PA. Ces taux paraissent bien supérieurs à ceux calculés dans cette étude (7,3 pour mille PA en moyenne avec un maximum de 12 pour mille PA en 1994). De même, les RSM calculés uniquement pour les interpellés pour usage d'héroïne restent inférieurs à ceux qui peuvent être relatés par Warner-Smith, M. et al. (2001) ou par Bargagli, A. M., et al. (2001) auprès d'usagers actifs ou en traitement.

La plus faible mortalité de la cohorte française pourrait s'expliquer tout d'abord par le recrutement dans les structures de soins dans les études étrangères, qui a probablement pour effet de sélectionner une population plus homogène de consommateurs présentant des niveaux de risque plus élevés.

Deuxièmement, le champ géographique de l'étude peut également fortement influencer les résultats. Dans les études étrangères, il est en général limité à une grande ville, souvent la capitale. Il paraît probable que les populations les plus problématiques et les plus exposées aux risques de décès se concentrent dans les grandes villes. Dans l'étude française, le taux brut de mortalité dans la région Ile-de-France est plus élevé qu'au plan national (11,0 pour mille PA vs 7,3 ; $p = 0,001$), avec un maximum annuel (25 pour mille PA) situé dans le haut de la fourchette des taux répertoriés dans les différentes études étrangères.

Il faut en troisième lieu être attentif aux dates de début et de fin du suivi. Dans l'étude française, la période 1992-2001 a permis d'incorporer les effets sur la mortalité des progrès thérapeutiques pour les malades du Sida (introduction des trithérapies en 1996). Dans plusieurs études étrangères, les résultats ont été fournis à une date ne permettant pas ou moins complètement de prendre en compte ces effets.

Des facteurs liés aux politiques publiques menées dans les différents pays pourraient également intervenir, notamment en ce qui concerne la disponibilité des traitements de substitution et les mesures favorisant la réduction des risques.

Conclusion

Cette étude portant sur des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack permet d'effectuer une mesure approchée de la mortalité des consommateurs d'héroïne/cocaïne/

crack avec toutefois un biais de sous-estimation lié à la présence éventuelle de non-consommateurs et de consommateurs occasionnels ou récréatifs parmi les interpellés. Le risque de décès est très supérieur chez les personnes incluses dans l'étude à celui de l'ensemble de la population (5 fois plus élevé chez les hommes et 9 fois plus chez les femmes). Cette surmortalité s'observe pour l'ensemble des causes de décès, ce qui témoigne d'un état de santé des consommateurs d'héroïne/cocaïne/crack globalement détérioré et de problèmes qui ne se limitent pas au Sida et aux surdoses.

Les résultats de cette étude font apparaître un mouvement de hausse de la mortalité au début des années 1990 suivi, depuis le milieu de cette décennie, d'une forte baisse liée à la chute de la mortalité par Sida et surdoses parmi les interpellés, puis enfin d'une stabilisation à la fin des années 1990. Cette chute coïncide avec l'introduction des trithérapies et la diffusion des traitements de substitution. Ces mouvements sont similaires à ceux des décès par surdose et par Sida parmi les interpellés généralement utilisés comme indicateurs de la mortalité liée à l'usage de drogues illicites.

**Dominique Lopez, Héléne Martineau
et Christophe Palle ■**

► Références bibliographiques

BARGAGLI (A.M.), et al., « Mortality among problem drug users in Rome: an 18 year follow-up study, 1980-97 », *Addiction*, 96, n° 10, 2001, p. 1455-1463.

BARRÉ (M.D.), GODEFROY (T.), CHAPOT (C.), *Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire: étude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire*, Paris, OFDT, 2000, 55 p.

EMCDDA, *Mortality of drug users in the EU: co-ordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohort and development of new methods and outputs*, EMCDDA, 2002.

WARNER-SMITH (M.), et al., « Challenges and approaches to estimating mortality attributable to the use of selected illicit drugs », *European Addiction Research*, 7, n° 3, 2001, p. 104-116.

*Vous pouvez consulter cette publication sur Internet (<http://www.ofdt.fr>)
An english version of this publication will be available soon on Web at this URL:
<http://www.ofdt.fr/ofdtlanindex.htm>*

Définitions

Taux de mortalité en personnes années (PA): les populations dont on cherche ici à étudier la mortalité ont été incluses dans cette étude à différentes dates (1992, 1993, 1996, 1997). Raisonner en termes de personnes années (PA) permet de tenir compte des différences de durée d'exposition. Chaque sujet inclus génère un nombre de personnes-années qui est le nombre d'années pendant lesquelles le sujet a été exposé au facteur risque de décéder.

Ration standardisé de mortalité (RSM): cet indicateur permet d'exprimer la surmortalité d'une population spécifique par rapport à une population de référence, à structure d'âge identique. Il est calculé en rapportant le nombre de décès observé chez les personnes interpellées au nombre attendu dans cette population. Ce dernier est obtenu en appliquant aux cohortes étudiées la mortalité spécifique par tranche d'âge et par sexe observée dans l'ensemble de la population française en 1997. Un RSM supérieur à 1 signifie que la mortalité de la cohorte étudiée est plus élevée que la mortalité attendue et l'on peut, dans ce cas, parler d'excès de mortalité ou de surmortalité par rapport à la population de référence.

Tendances

Directeur de la publication: Jean-Michel Costes ■ Comité de rédaction: François Clanché, Claude Got, Serge Karsenty, Annette Leclerc, Thomas Rouault ■ Rédaction: Julie-Émilie Adès, François Beck, Pierre-Yves Bello, Hassan Berber, Nicolas Bonnet, Agnès Cadet-Tairou, Thierry Delprat, Cristina Diaz-Gomez, Michel Gandilhon, Isabelle Giraudon, Stéphane Legleye, Dominique Lopez, Héléne Martineau, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Stanislas Spilka, Abdalla Toufik, Laure Vajssade ■ Secrétariat de rédaction: Hassan Berber ■ Maquettiste: Frédérique Million ■ Documentation: Anne de l'Épervier et Laurence Callard ■ Impression: Imprimerie Masson - 69, rue de Chabrol - 75010 Paris ■ ISSN 12956910 ■ Dépôt légal à parution ■

