

9

Usages par les toxicomanes : repères épidémiologiques en 1995-1996

Parmi différentes approches des comportements d'usage et d'abus de drogue, l'épidémiologie s'est trouvée peu à peu requise :

- pour donner une vision des groupes de sujets concernés plus globalisante que les descriptions spécifiques de quelques centres spécialisés ;
- pour participer aux études d'évaluation des politiques de santé en matière de toxicomanie.

Par rapport à la démarche habituellement empruntée par les épidémiologistes dans d'autres domaines de la santé, la toxicomanie présente des particularités qui impliquent certaines limites et adaptations de la méthode.

Législation et organisation des soins

La législation touchant au trafic et à l'usage des drogues se base principalement sur la loi du 31 décembre 1970 :

- Le trafic est sévèrement réprimé.
- L'usage de stupéfiants est également réprimé, de 2 mois à 1 an de prison. Lors d'une première arrestation, le procureur peut enjoindre l'usager à se soumettre à un traitement : c'est l'injonction thérapeutique.
- L'anonymat et la gratuité des soins sont assurés à tous les toxicomanes qui en font la demande.

La conséquence directe de cette législation est l'absence de registre des toxicomanes, contrairement à ce qui existe dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne. Pour le statisticien et l'épidémiologiste, il n'y a ainsi ni registre, ni base de sondage pour constituer des échantillons représentatifs. Par ailleurs, les définitions retenues étant multicritères, l'appréciation d'un cas sur une échelle de gravité de la toxicomanie se trouve en pratique très subjective et liée à l'orientation d'une équipe clinique. Toutefois, dans la plupart des équipes cliniques, la notion de toxicomanie au sens des conduites addictives explicitées par l'OMS (produits, abus, dysfonctionnement) est utilisée pour définir leurs patients.

L'option française de réponse sociale aux conséquences de la toxicomanie est de prendre en charge les toxicomanes aux drogues illicites indépendamment du système de soins aux alcooliques ou aux malades mentaux (des pays comme le Canada, par exemple, font des structures communes aux alcooliques et aux toxicomanes).

Le dispositif spécialisé mis en place depuis 1970 se caractérise par la diversité des prises en charge offertes par les structures. A côté du dispositif spécialisé, les hôpitaux généraux et psychiatriques et les établissements sociaux sont susceptibles d'accueillir des toxicomanes.

Stratégie des systèmes d'information

En l'absence de recensement d'une « population toxicomane », les sujets étant, par définition, dans des situations illégales, un faisceau d'enquêtes depuis la population générale jusqu'à des « clientèles » de centres spécialisés est organisé pour donner des éclairages différents sur les comportements d'usages, d'abus et de dépendance.

La toxicomanie se développant au-delà de l'adolescence et entraînant des conséquences sociales et/ou médicales, ce sont les structures sanitaires, spécialisées ou non (y compris en milieu carcéral), qui constituent les lieux d'observation privilégiés pour les épidémiologistes.

Les groupes de toxicomanes analysés à partir des différents lieux d'observation ou de signalement des cas reflètent automatiquement les effets de sélection des modes d'intervention sous-jacents.

Le système d'information actuel français comprend :

- la réalisation d'enquêtes directes auprès de la clientèle des centres spécialisés, à partir des recours aux soins en milieu hospitalier et des signalements aux CEIP (Centres d'Etudes et d'Information sur les Pharmacodépendances) ;
- l'utilisation de registres généraux, registre des causes médicales de décès (INSERM SC8) et registres des maladies à déclaration obligatoire (exemple : Sida, RNSP).

Choix des indicateurs et contexte européen

Pour répondre à la fois aux objectifs de connaissance du phénomène « toxicomanie » et de planification des réponses médicales et sociales, des experts épidémiologistes ont été réunis au Conseil de l'Europe (1985) et ont élaboré une liste d'indicateurs :

- premières demandes de traitement ;
- admissions dans les hôpitaux ;

- hépatites virales ;
- décès liés à la drogue ;
- arrestations par la police ;
- emprisonnements ;
- saisies de drogues illicites ;
- prix/degré de pureté des drogues illicites ;
- données provenant d'enquête ;
- autres (urgences, SIDA, marques de piqûres).

Les données provenant de ces indicateurs ont été progressivement rassemblées pour 13 villes européennes (Conseil de l'Europe, 1994). Leur analyse globale a permis de tester la faisabilité et la validité de la méthode, qui est reprise par l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, situé à Lisbonne, dans ses missions épidémiologiques de surveillance et d'évaluation des politiques, dès sa création en 1995. Les pays de l'Union Européenne s'efforcent de constituer, à l'aide des observatoires nationaux, une batterie commune d'informations comparables suivant ces indicateurs.

En France, plusieurs indicateurs sont suivis par des statistiques régulièrement fournies par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur. Le service de statistiques du Ministère de la Santé organise au mois de novembre de chaque année une enquête auprès de l'ensemble des services sanitaires et sociaux susceptibles de recevoir des toxicomanes.

L'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) répertorie l'ensemble des interpellations sur l'année, les quantités de produits saisies par les douanes et les décès survenus sur la voie publique après surdosage.

Ce sont des statistiques d'activité, de répression ou de soins qui permettent de suivre les grandes tendances de l'évolution de la toxicomanie, mais qui subissent certains biais : comptes multiples, activités des services pouvant fluctuer...

Les enquêtes principalement menées en dehors des statistiques régulières sont essentiellement épidémiologiques, ou relèvent du domaine des sciences sociales. Elles sont organisées pour tenir compte des contraintes inhérentes à l'infrastructure et à la législation nationale, des demandes des pouvoirs publics et de l'avancée des recherches méthodologiques et de leur contexte international.

Recueil de données épidémiologiques auprès des toxicomanes traités

Les enquêtes épidémiologiques sont réalisées sur la base d'un volontariat des équipes intervenant sur le champ de la toxicomanie. Une collaboration régulière s'est développée avec l'équipe de recherche de l'INSERM (U 302),

qui a permis de constituer une base de données minimales sur les profils des consultants, les produits et les modes d'usage et les difficultés et pathologies associées. Les produits étant indiqués en clair sur les questionnaires individuels, il est possible de faire des analyses sur différents groupes d'usagers.

Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques menées auprès des centres spécialisés en toxicomanie et auprès des antennes « toxicomanie » en milieu carcéral, l'aspect des usages d'ecstasy est abordé à plusieurs niveaux :

- par rapport à la place qu'ils occupent dans la succession de produits au cours de l'intoxication et de la dépendance ;
- par rapport aux caractéristiques des sujets qui y ont recours.

Pour analyser les usages d'ecstasy, trois enquêtes ont été menées :

- auprès des centres de soins en 1995-1996 (n = 2 375) ;
- auprès des antennes « toxicomanie en milieu carcéral » en 1995-1996 (n = 3 585) ;
- auprès des centres prescrivant de la méthadone depuis 1994 (n = 4 969).

Importance de l'ecstasy parmi les produits consommés par les toxicomanes

La notion d'usage d'ecstasy est définie à partir des produits indiqués par les cliniciens au niveau du produit principal ou des produits associés (parmi les trois principaux). Du fait des questions ouvertes pour les produits dans les questionnaires, tous les produits n'ont pas été notés avec la même précision dans les différents centres. Ce sont donc des chiffres minimaux qui sont indiqués.

Dans les centres de soins, 2,4 % des sujets sont usagers d'ecstasy ; dans les antennes, ce sont 3,8 % des sujets qui utilisent l'ecstasy ; dans les programmes méthadone, 2 % des sujets consomment de l'ecstasy, avec une augmentation à partir de 1996 : 3 % sont usagers d'ecstasy, contre 1 % avant 1996. Les usages d'ecstasy demeurent toutefois dans un contexte de polyintoxication.

L'importance des usages d'ecstasy apparaît très faible chez les toxicomanes traités, parmi les quatre principaux produits utilisés, même si des usages occasionnels sont fréquemment cités en entretien clinique. Toutefois, une augmentation brutale des usages est repérée dans cette population particulièrement exposée à diverses comorbidités, psychiatriques ou infectieuses, de façon tout à fait parallèle aux usages repérés en population générale.

Les questions qui découlent de ces informations concernent l'évolution quantitative des usages mais aussi leur lien avec les risques de morbidité et mortalité, accrus par rapport à ceux déjà connus chez les toxicomanes, ou spécifiques.

Des comparaisons peuvent être faites avec les informations traitées par les CEIP en France ou d'autres enquêtes épidémiologiques internationales. Pour

la région marseillaise, le CEIP a étudié pendant la période 1990-1995 l'évolution des produits utilisés, et leur mode de consommation, chez les toxicomanes traités en centre de soins spécialisés, en milieu carcéral, dans l'intersecteur de psychiatrie ou signalés au centre antipoison (San Marco et coll., 1996). Sur 1 283 sujets, 50 signalent des amphétamines, 16 parmi eux indiquent l'ecstasy (1,3 %). Les opioïdes sont les plus consommés (53 %) : héroïne et codéine dominent le tableau des produits. Ce sont les patients vus en milieu carcéral qui consomment relativement plus d'amphétamines, de barbituriques, de benzodiazépines, de cannabis ou de cocaïne. L'âge des usagers d'ecstasy apparaît plus jeune (22,5 ans) que celui des usagers d'amphétamines (26 ans). Dans une analyse des correspondances multiples sur les produits, leurs mode et rythme d'usage et les effets recherchés, les auteurs suggèrent trois modes de consommations dont l'un, intitulé « lune de miel », est caractérisé par une consommation occasionnelle, en groupe, sans manque à l'arrêt, sans augmentation de dose, avec recherche d'effet positif, associée au cannabis et à un moindre degré à la cocaïne.

Une faible prévalence de l'abus de MDMA parmi les toxicomanes est signalée dans une étude allemande (Keup, 1990), à partir des statistiques de la structure de surveillance des toxicomanies mise en place en Allemagne (SAWS). Cet auteur remarque que ce produit n'a jamais été utilisé en psychothérapie en RFA, contrairement à la Suisse, au Canada ou aux Etats-Unis.

Dans deux rapports récents publiés sur la toxicomanie à San-Francisco (Newmeyer, 1991, 1992), le dernier mentionne l'explosion de la consommation de MDMA parmi les 17-26 ans. Ce rapport analyse les effets négatifs d'un usage fréquent et les risques encourus.

Cregg et Tracey (1993) analysent 37 cas d'ingestion d'ecstasy transmis au centre national d'information sur les drogues d'Irlande (recueillis en 1991 et 1992). Ils notent une augmentation importante de ce type de signalements. La grande majorité des patients sont de sexe masculin (80 %) et ont entre 10 et 30 ans (avec un pic entre 16 et 25 ans). Les symptômes les plus fréquemment associés à la prise d'ecstasy sont l'agitation (24 %), les hallucinations (14 %), l'excitation (13 %) ou des symptômes psychiatriques (8 %).

Les études effectuées dans des lieux d'observation autres que les centres d'accueil de toxicomanes permettent de comparer les fréquences d'usages d'ecstasy repérables par des professionnels de santé, ainsi que les comorbidités associées. Robson et Bruce (1997) comparent les populations d'usagers de drogues ayant ou n'ayant pas de contact avec la police ou les services de prise en charge. La population « invisible » est plus souvent composée de consommateurs de stimulants tels que cocaïne et amphétamines, et d'ecstasy. Cette population ne consomme pas de façon quotidienne, elle présente un score de dépendance inférieur à la population « visible ».

En France, l'étude réalisée par la CPAM de Paris auprès d'un échantillon de 3 658 bénéficiaires de bilans de santé gratuits en 1995, âgés de 20 à 35 ans,

permet d'apprécier l'importance des usages de produits psychotropes (tabac, alcool, cocaïne, ecstasy, héroïne, cannabis), parallèlement à des caractéristiques de traits de personnalité suivant le test du Mini-Mult (abrégé du MMPI américain). Si le cannabis reste la principale substance illicite consommée, d'autres drogues illicites sont citées par 4 % des sujets en consommation actuelle ou antérieure, sans cannabis. L'ecstasy, consommé par 29 sujets, est cité en produit associé à d'autres drogues illicites (cocaïne ou cannabis) dans la plupart des cas (21/29). Le groupe des consommateurs d'ecstasy, composé à 62 % de femmes, est âgé de 25 ans en moyenne. Douze de ces consommateurs sont des utilisateurs actuels (17 ont abandonné cet usage). Ces 29 consommateurs présentent un profil moyen clinique d'allure psychotique et psychopathique : les échelles 8 (schizophrénie) et 4 (psychopathie) dominent le profil, associées à l'élévation de l'échelle 7 (psychasthénie) et 3 (hystérie). Dans cette étude, les moyennes des scores de toutes les échelles cliniques chez les différents consommateurs abusifs de substances psychotropes (alcool, cocaïne, ecstasy, héroïne et LSD) ne sont pas significativement différentes.

En résumé, les différentes études repérant les usages d'ecstasy auprès des toxicomanes traités datent du début des années 1990. Elles suggèrent que l'usage seul d'ecstasy est rarement un motif de consultation auprès d'un centre spécialisé. Les usages sont associés la plupart du temps à une polytoxicomanie. Leur évolution récente montre une augmentation relative importante, en parallèle avec les augmentations repérées en dehors des lieux de soins spécialisés. La similitude des comorbidités indiquées à travers différentes sources de données (centres de pharmacovigilance, bilans de santé, médecine générale, centres spécialisés en toxicomanie), si elle ne démontre pas de lien direct, incite toutefois à prévoir une surveillance épidémiologique de cette population.

A partir des données des trois enquêtes épidémiologiques effectuées en France (INSERM U 302), l'analyse porte sur les descriptifs globaux pour dégager les tendances socio-démographiques et sanitaires des usagers d'ecstasy. Une comparaison est faite entre les sous-groupes de toxicomanes, usagers ou non d'ecstasy.

Comparaison entre toxicomanes usagers et non usagers d'ecstasy dans les antennes « toxicomanie » en milieu carcéral

Caractéristiques sociales et familiales

Il y a plus d'hommes dans le 1^{er} groupe « usagers d'ecstasy » (86 % vs 75 %). Ils sont en moyenne plus jeunes : presque la moitié ont moins de 25 ans, contre 25 % chez les autres toxicomanes. Dix pour cent ont plus de 30 ans (vs 36 %).

Ils sont moins souvent en couple (31 % vs 34 %), habitent aussi souvent dans leur famille (35 %). Ils ont un peu plus souvent un diplôme ou une qualification (57 % vs 53 %, mais D.N.S., données non significatives) et leur activité professionnelle est proche, continue (16 %), épisodique (37 %).

Ils ont moins souvent le RMI (10 % vs 18 %). Les parents vivent moins souvent ensemble (43 % vs 48 %), et le père est souvent décédé (22 %).

Vingt et un pour cent ont un partenaire toxicomane (vs 15 %).

Nature des produits utilisés

Pour les usagers d'ecstasy, le produit principal est moins souvent l'héroïne (48 % vs 63 %) et plus souvent les médicaments (21 % vs 12 %). L'âge au début du produit principal est plus précoce, 52 % avant 20 ans (vs 43 %).

Le produit de début est moins souvent l'héroïne (7 % vs 18 %), mais plus souvent le cannabis (65 % vs 56 %) et l'alcool (13 % vs 10 %). Les produits en association sont moins souvent :

- l'héroïne (62 % vs 74 %),
- l'alcool (8 % vs 24 %),
- la codéine (et autres opiacés) (2 % vs 9 %), et les médicaments (18 % vs 33 %),

mais plus souvent :

- la cocaïne (54 % vs 22 %),
- le cannabis (60 % vs 49 %).

L'injection intraveineuse est aussi fréquente actuellement (34 % vs 38 %), mais moins fréquente antérieurement (11 % vs 17 %).

Problèmes associés

Les contacts avec une institution spécialisée sont moins fréquents (27 % vs 34 %), de même que les sevrages antérieurs (17 % vs 25 %).

Les difficultés psychopathologiques associées à la toxicomanie sont significativement plus fréquentes. Les consultations psychiatriques sont plus fréquentes avant la toxicomanie (12 % vs 7 %), ainsi que les tentatives de suicide (23 % vs 16 %). Le parcours de délinquance est moins lourd puisque 53 % sont délinquants primaires vs 26 %. C'est une infraction à la législation sur les stupéfiants qui caractérise le délit dans 58 % des cas (vs 38 %).

L'état de santé est moins gravement atteint :

- Le test VIH, qui est pratiqué aussi souvent (89 %), est positif dans 1,5 % des cas contre 10 % (24 % des statuts sont non précisés) ;
- Les hépatites (B ou C) sont moins fréquentes (15 % vs 25 %).

Comparaison entre toxicomanes usagers et non usagers d'ecstasy dans les centres de soins

Les toxicomanes usagers d'ecstasy représentent 2,5 % de l'échantillon de 2 375 sujets.

Caractéristiques sociales et familiales

Il y a un peu plus d'hommes dans le groupe « usagers d'ecstasy » (81 % vs 78 %), et plus de français (95 % vs 86 %) (D.N.S.), en moyenne plus jeunes (D.S.) : seuls 10 % ont plus de 30 ans, contre 40 % chez les autres toxicomanes. Cinquante-huit pour cent ont moins de 25 ans.

Ils sont moins souvent en couple (19 % vs 30 %), habitent souvent avec leurs parents (39 % vs 29 %). Le niveau scolaire est plus élevé : 33 % ont un niveau baccalauréat ou plus vs 15 %). Dix-neuf pour cent ont une activité professionnelle continue, 29 % sont employés (vs 17 %). Dix pour cent sont étudiants (vs 4 %).

Nature des produits utilisés

Pour les usagers d'ecstasy, le produit principal est moins souvent l'héroïne (46 % vs 62 %), et plus souvent le cannabis (22 % vs 14 %).

Les produits en association sont moins souvent :

- l'héroïne (56 % vs 73),
- l'alcool (20 % vs 32 %),
- les médicaments (7 % vs 28 %), la codéine (et autres opiacés) (8 % vs 27 %),

mais plus souvent,

- la cocaïne (53 % vs 14 %)
- le cannabis (63 % vs 57 %).

La durée de dépendance est en moyenne plus courte : 63 % ont une dépendance au produit principal de moins de 5 ans (vs 34 %).

L'injection intraveineuse est moins fréquente actuellement (19 % vs 29 %) et aussi fréquente antérieurement (33 %).

Le produit de début est moins souvent l'héroïne (8 % vs 16 %), autant le cannabis (52 %), plus souvent l'alcool (19 % vs 10 %).

L'âge de début est plus précoce (mais D.N.S.) : 53 % avant 16 ans.

Problèmes associés

Les contacts avec une institution spécialisée sont aussi fréquents (41 %), mais les sevrages antérieurs moins fréquents (29 vs 38 %).

Les difficultés associées à la toxicomanie sont bien moins fréquentes au niveau des incarcérations (20 % vs 43 %), mais les tentatives de suicide sont plus fréquentes (29 % vs 23 %).

L'état de santé est moins gravement atteint :

- Le test VIH est aussi souvent pratiqué (66 %). Il est positif dans 5 % des cas contre 20 %, mais 13 % sont en attente de résultat (vs 5 %),
- Les hépatites (B ou C) sont moins fréquentes (13 % vs 40 %).

La demande de soins est plus souvent individuelle (57 % vs 50 %), ou de la famille (12 % vs 7 %).

Comparaison entre toxicomanes usagers et non usagers d'ecstasy dans les programmes « méthadone »

Les toxicomanes usagers représentent 2 % de l'échantillon de 4 969 sujets traités avec de la méthadone au 15 octobre 1997. Parmi les toxicomanes dont le traitement avec la méthadone a été initié en 1994 et 1995, l'usage d'ecstasy concerne 1 % des patients alors qu'il est de 3 % pour les patients en traitement en 1996 et 1997.

Caractéristiques sociales et familiales

Il y a un peu plus d'hommes dans le groupe « usagers » (76 % vs 71 %), ils sont en moyenne plus jeunes (28 ans vs 32 à l'admission). Ils sont moins souvent en couple (21 % vs 34 %).

Ils habitent aussi souvent dans leur famille (31 %). Le niveau scolaire est plus haut : 33 % ont le baccalauréat (vs 22 %). L'activité professionnelle est continue (19 %), intermittente (39 %) ou bien n'existe pas encore (13 %). Ils ont moins souvent le RMI (16 % vs 20 %). Les parents vivent aussi souvent ensemble (45 %), le père est souvent décédé (21 %).

Nature des produits utilisés

Pour les usagers d'ecstasy, le produit principal est moins souvent l'héroïne (48 % vs 63 %), et plus souvent les médicaments (21 % vs 12 %).

Le produit de début est moins souvent l'héroïne (28 % vs 33 %), plus souvent le cannabis (44 % vs 40 %), moins souvent l'alcool (3 % vs 6 %).

Les produits en association sont moins souvent :

- l'alcool (5 % vs 15 %),
- la codéine (et autres opiacés) (19 % vs 44 %),
- les médicaments (12 % vs 27 %),

mais plus souvent :

- l'héroïne (92 % vs 88 %),
- la cocaïne (72 % vs 34 %),
- le cannabis (48 % vs 39 %),
- les hallucinogènes (22 % vs 5 %)

L'injection intraveineuse est moins fréquente actuellement (52 % vs 61 %), mais plus fréquente antérieurement (34 % vs 30 %) (D.N.S.).

Ils ont pris plus souvent des produits à visée substitutive et parmi eux, la buprénorphine (62 % vs 44 %) (D.N.S.).

Problèmes associés

Les contacts avec une institution spécialisée sont aussi fréquents (67 %). Les sevrages antérieurs (67 % vs 71 %) et les recours aux urgences (40 % vs 47 %) sont moins fréquents (D.N.S.).

Les difficultés associées à la toxicomanie sont significativement moins fréquentes au niveau des incarcérations (33 % vs 51 %), des tentatives de suicide (36 % vs 38 %) et des surdosages (39 % vs 49 %).

L'état de santé est moins gravement atteint :

- Le test VIH, pratiqué aussi souvent (96 %), est positif dans 3,3 % des cas.
- Les hépatites C (42 % vs 63 %) et les hépatites B (25 % vs 44 %) sont moins fréquentes.

Les échelles d'appréciation des difficultés (de 1 à 7) montrent les scores moyens pour les usagers d'ecstasy (tableau 9.I).

Les scores sont très comparables aux scores observés pour l'ensemble des toxicomanes initiant un traitement avec de la méthadone. Seuls les troubles du comportement sont plus importants pour les usagers d'ecstasy et les troubles psychotiques sont plus bas. Le niveau d'insatisfactions sociales est plus bas, allant dans le même sens que les autres données sociales, globalement plus favorables.

En conclusion, la fiabilité et la validité des données épidémiologiques actuellement disponibles ne sont pas satisfaisantes, elles reflètent à la fois les difficultés habituelles rencontrées dans le domaine des toxicomanies et l'émergence d'un phénomène nouveau, encore mal répertorié. Les trois enquêtes ne peuvent à elles seules fournir les caractéristiques des usagers actuels

Tableau 9.I : Scores des difficultés rapportées par les usagers d'ecstasy dans les programmes « méthadone ».

	Moyenne	Médiane
Contamination sanguine	3	2
Contamination sexuelle	3	2
Troubles dépressifs	3	3
Troubles anxieux	4	4
Troubles du comportement	3	2
Troubles alimentaires	2	1,5
Troubles psychotiques	1	1
Délinquance	3	2
Insatisfactions familiales	4	4
Insatisfactions sociales	3	3

d'ecstasy, du fait des sélections qu'elles opèrent sur les populations vues en centres de soins spécialisés pour les toxicomanes ou repérées dans le milieu pénitentiaire. Toutefois, ces trois échantillons montrent des tendances communes (tableau 9.II). Les usages d'ecstasy sont en augmentation et, même s'ils restent limités à des modes moins réguliers que les produits habituellement utilisés par les toxicomanes, surtout héroïnomanes, leur apparition parmi les produits principaux est notable depuis 1995. Ils sont effectués dans un contexte de polytoxicomanie récent, et plus souvent observés chez les toxicomanes les plus jeunes, plutôt masculins.

Au niveau des caractéristiques des usagers, des différences apparaissent entre les enquêtes, reflétant soit les effets de sélection des lieux de soins ou d'observation, soit des évolutions rapides et fluctuantes des usages eux-mêmes.

Ainsi, le sex-ratio, qui dans la plupart des études montre une surreprésentation masculine des usagers importants ayant des problèmes sanitaires et sociaux associés, suggère également une part plus importante de femmes ayant des usages épisodiques, qu'elles interrompraient plus facilement et qui n'auraient donc pas recours aux soins. Au niveau socio-économique, la surreprésentation des usages d'ecstasy chez les toxicomanes dépistés en prison indique un sous-groupe bien différent, en termes de niveau d'études et d'insertion socioprofessionnelle, des usagers rencontrés par ailleurs, chez qui le niveau socioprofessionnel est plus favorable que celui des toxicomanes en général. La similitude avec les usagers de cocaïne, tels qu'ils ont été décrits dans des études antérieures de l'INSERM ou de l'IREP, est à évoquer, avec des sous-groupes très différents sur un plan socio-économique et culturel, et par suite très différents en termes de motivation dans les démarches de santé.

Tableau 9.II : Comparaison (%) de trois échantillons de toxicomanes utilisateurs d'ecstasy (INSERM U 302).

	Antennes en prison	Centres de soins	Programme méthadone
Prévalence d'ecstasy	3,8	2,5	2
<u>Caractéristiques</u>			
Hommes	86	81	76
< 25 ans	50	58	âge moyen : 28 ans
> 30 ans	10	10	
Couple	31	19	21
Famille	35	39	31
Niveau ≥ Bac	-	33	33
RMI	10	-	16
Activité intermittente	43	-	39
Activité continue	-	19	19
<u>Produit principal</u>			
Héroïne	48	46	48
Cannabis		22	
<u>Produit de début</u>			
Héroïne	7	8	28
Cannabis	65	52	44
Alcool	13	19	3
<u>Produits associés</u>			
Héroïne	62	56	92
Alcool	8	20	5
Codéine	2	8	19
Médicaments	18	7	12
Cocaïne	54	53	72
Cannabis	60	63	48
Voie IV actuelle	34	19	52
Voie IV antérieure	11	33	34
<u>Problèmes associés</u>			
Contacts	27	41	67
Sevrages	17	29	67
Consultations psy	12	-	-
Tentatives de suicide	23	29	36
Incarcérations		20	33
Sérol. VIH pratiquée	89	66	96
Résultat positif	1,5	5	3,3
Hépatite B ou C	15	13	25 + 42

Au niveau de la toxicomanie, les produits les plus souvent retrouvés quand il y a usage d'ecstasy montrent plusieurs profils d'intoxication :

- l'héroïnomanie classique en France, prévalant sur les autres produits, même en association avec la cocaïne ;
- l'association à part presque égale héroïne-cocaïne, à laquelle s'ajoute le cannabis ;
- d'autres associations où cannabis, alcool, codéine ou médicaments sont retrouvés sans prédominance d'héroïne.

Chez les usagers d'ecstasy vus dans les centres de soins aux toxicomanes, les pratiques intra-veineuse sont bien moins fréquentes, montrant l'impact certain des actions de prévention engagées dans ce domaine. De nouvelles pratiques sont enregistrées, le contexte de polyintoxication traduisant à la fois la panoplie importante de produits et les stratégies changeantes des toxicomanes.

Au niveau des difficultés associées à la toxicomanie, les usagers d'ecstasy sont, en moyenne, moins concernés que les non-usagers que ce soit pour la répétition des sevrages, la survenue de surdosage, la délinquance ou les maladies infectieuses.

Il demeure toujours aussi difficile, face à des corrélations statistiques, d'interpréter les causes de cette « exposition », moins grande apparemment, aux troubles associés à la dépendance aux substances psychotropes : âge, niveau d'études, intégration socio-familiale, psychologie, insertion sociale...

Au niveau de la psychopathologie, toutefois, certains facteurs différencient significativement les toxicomanes usagers d'ecstasy des autres. L'importance des conduites suicidaires y est ainsi plus élevée pour les trois sources d'observation (prison, centres de soins ou programmes « méthadone »). Les consultations psychiatriques sont également plus fréquente avant la toxicomanie pour les sujets vus en prison.

De nombreux auteurs ont posé eux-mêmes les limites de leurs propres études, avec l'antériorité des troubles associés aux conduites toxicomaniaques extrêmement difficiles à dissocier des conséquences des usages des produits eux-mêmes. L'intérêt des études longitudinales est à rappeler pour proposer des pistes de recherche en psychopathologie et épidémiologie clinique.

BIBLIOGRAPHIE

CREGG MT, TRACEY JA. Ecstasy abuse in Ireland. *Drug Alcohol Dependence* 1993, 86 : 118-120

CONSEIL DE L'EUROPE. Etude multi-villes : tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, 1994

FACY F. Analyse des systèmes d'information en toxicomanie et limites. In : III^{ème} colloque scientifique international sur les drogues illicites, épidémiologie, connaissance des populations : situation actuelle en France. Eds : Mairie de Paris, Académie Nationale de Médecine, Paris 5-6 mai 1994, pp 153-168

FACY F. Des données épidémiologiques pour l'évaluation des patients recevant de la méthadone : du suivi clinique aux considérations de santé publique. In : NIZZOLI U, Evaluation des résultats des traitements médicaux, psychologiques et socio-éducatifs des toxicomanes en Europe. Etats des lieux. Mucchi Editore, 1996 : 57-61

FACY F, DUGARIN J, LAQUEILLE X, LEGALL X, WIERVIORKA S, PRAT P, JACOB C. Etude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de prescription de méthadone en France. *Psychotropes - R I T* 1996, 4 : 73-86

FACY F. Toxicomanes incarcérés. *E D K* 1997 : 1-107

KEUP W. Controlled substances analogues (designer drugs). Development of abuse in the Federal Republic of Germany. *Suchtgefahren* 1990, 36 : 251-259

LUCKETT C. Situation actuelle en Europe : Conseil de l'Europe. In : III^{ème} colloque scientifique international sur les drogues illicites, épidémiologie, connaissance des populations : situation actuelle en France. Eds : Mairie de Paris, Académie Nationale de Médecine, Paris 5-6 mai 1994, pp 205-209

NEWMeyer JA. Drug use in the San Francisco bay area. *Proc Comm Epidemiol Work Group* 1991 : 286-294

NEWMeyer JA. Drug use in the San Francisco bay area. *Proc Comm Epidemiol Work Group* 1992 : 307-316

OFDT. Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Paris, 1996

PADIEU R. L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies. DGLT, La Documentation Française, 1994

ROBSON P, BRUCE M. A comparison of « visible » and « invisible » users of amphetamine, cocaine and heroin : two distinct populations ? *Addiction* 1997, 92 : 1729-1736

SANMARCO JL, JOUGLARD J, THIRION X, ALBERTINI F, ARDITI J, COU-LOUVRAT H et coll. Abuse of lawful and unlawful psychotropic drugs - oppidum, a five year survey of consumption in a drug addict population in Marseille. *Thérapie* 1996, 51 : 586-598