

Annexes

Lexique	150
Chronologie	166
Liste des sigles	172
Repères méthodologiques	174
Bibliographie	191
A propos de l'OFDT	201

Lexique

Ce lexique a été développé en s'appuyant sur certains ouvrages [4, 37, 140].

Abus / Usage nocif

Consommation qui induit ou peut induire des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ces dommages peuvent dépendre de contextes particuliers de consommation (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'usager lui-même ou à un tiers. Par sa définition, l'abus implique une répétition du comportement. On parle indifféremment d'abus ou d'usage nocif.

L'abus de substances **psychoactives**, selon la quatrième version du *Diagnosis and statistical manual of mental disorders* (DSM IV) est défini comme un mode d'utilisation inadéquate d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement de la personne ou à une souffrance caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes pendant une période de 12 mois :

- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école (absences répétées par exemple) ou à la maison (négligence des enfants par exemple) ;
- utilisation répétée d'une substance dans des circonstances où cela peut être physiquement dangereux (conduite automobile par exemple) ;
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance ;
- utilisation de la substance malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants, causés par l'utilisation de la substance.

On parle d'abus lorsque les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la **dépendance** à une substance.

La dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) utilise la notion d'usage nocif et la définit comme un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé, en l'absence de dépendance. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne, par ailleurs, souvent lieu à des critiques et a généralement des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas à établir le diagnostic. L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux. Cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Addiction

Voir **toxicomanie**.

Addictologie

Champ d'investigation théorique et pratique centré sur les **addictions** et en particulier sur les pratiques de consommation de substances **psychoactives** pouvant engendrer des dommages et des **dépendances**. L'addictologie est à la croisée de tous les domaines qui s'intéressent non seulement à l'homme et à ses conduites, mais aussi aux substances qu'il consomme pour leurs effets psychoactifs et aux contextes qui interagissent avec ces conduites.

Agoniste

Molécule qui mime l'action d'une molécule physiologique (ici des neurotransmetteurs) sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.

Alternative aux poursuites

Pour les infractions de faible gravité, le parquet peut prononcer à l'encontre de l'auteur de l'infraction une mesure « alternative aux poursuites » : l'exécution de la mesure met fin aux poursuites pénales. Cette mesure peut être un rappel à la loi, une **injonction thérapeutique**, une composition pénale (consistant en l'exécution d'une ou plusieurs obligations : versement d'une amende, remise du permis de conduire, etc.), une mesure de réparation ou une médiation pénale (qui consiste à réunir l'auteur et la victime sous l'égide d'un médiateur, pour parvenir à une solution négociée).

Amphétamine, amphétaminiques

Chef de file d'une famille de molécules (les amphétaminiques), l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celle-ci se présente généralement sous forme de poudre essentiellement sniffée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la **méthamphétamine** (ice, crystal, yaba...), la **MDMA** (méthylènedioxyméthamphétamine, **ecstasy**), etc. Produits **stimulants**, les amphétaminiques effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy, à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une **dépendance psychique** et une **tolérance**. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite qu'en cas de syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®), uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la méthamphétamine sont classées comme **stupéfiants** en France.

Analgésique

Supprime ou atténue la sensibilité à la douleur (anti-douleur).

Antagoniste

Réduit ou supprime l'action d'une molécule physiologique donnée (ici, des neuro-médiateurs) – et du ou des **agonistes** correspondants – en se fixant au niveau de son site récepteur sans le stimuler.

Antidépresseurs

Classe de médicaments agissant contre certaines dépressions. Stimulants ne produisant pas d'effet « flash », il donnent rarement lieu à un usage addictif.

Anxiolytiques

Médicaments destinés à réduire l'anxiété ; appelés aussi « tranquillisants » (voir **benzodiazépines**).

Ayahuasca

Boisson **hallucinogène** issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : *Banisteriopsis caapi* (une liane) et *Psychotria viridis* (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classé comme **stupéfiant** en France.

Benzodiazépines (BZD)

Famille de molécules apparues dans les années 1960 en France. Produits **sédatifs**, les BZD sont prescrites essentiellement comme **anxiolytiques** (exemple : Valium®, Lexomil®) et comme **hypnotiques** (exemple : Rohypnol®, Halcion®) à plus forte dose. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire (voire des amnésies de quelques heures). Les différentes BZD se caractérisent également par des durées de vie variables dans l'organisme, qui déterminent la durée de leurs effets. Elles entraînent très rapidement une **dépendance physique**. La **dépendance** est plus problématique.

matique lorsqu'il s'agit d'une **dépendance psychique**, qu'elle survienne dans un cadre d'**abus** et/ou de mésusage et/ou de dépendance associée à d'autres produits (alcool en particulier). Elles peuvent induire une **tolérance**.

Boutiques

Lieux d'accueil créés en 1993 pour les usagers de drogues en situation de grande précarité ne souhaitant ou ne pouvant pas encore stopper leur consommation de produits. Les boutiques offrent l'accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention (préservatifs, seringues), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. L'occasion peut être mise à profit pour engager un suivi social et sanitaire avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex®

Molécule **opiacée agoniste** et **antagoniste** de la **morphine** disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les **traitements de substitution aux opiacés** depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex® sous forme de comprimés destinés à un usage sublingual. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'**héroïne** et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque de **tolérance** mais donne lieu à une **dépendance physique**. Son classement comme produit **stupéfiant** est actuellement en discussion.

Cannabis

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (Delta9-**tétrahydrocannabinol** ou Δ9-THC) est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (*space-cake*) ou d'infusion, ces modes de consommation restant très marginaux. Souvent classé parmi les **hallucinogènes**, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une **dépendance psychique** chez les consommateurs quotidiens. Le Δ9-THC est classé comme produit **stupéfiant** en France.

Champignons hallucinogènes

Champignons contenant des substances **hallucinogènes**. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisés par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de **dépendance**. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits **stupéfiants**.

Cirrhose du foie

Sclérose du foie, les cellules de l'organe étant progressivement remplacées par du tissu fibreux. Les principales complications sont liées à l'insuffisance hépatique (le foie ne fait plus son travail) et à la rétraction du foie qui gêne la circulation sanguine au niveau de l'intestin (hypertension portale). La cirrhose du foie peut évoluer vers le cancer.

Cocaïne

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de **crack**. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une **dépendance psychique** forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme **stupéfiant** en France.

« Cocaïne base »

Voir **crack**.

Codéine

Médicament **opiacé**, dérivé synthétique de la **morphine** et utilisé comme **analgésique** soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Néo-Codion®). Les comprimés sont avalés, parfois injectés. En cas d'injection, l'action pharmacologique de la codéine et ses effets sont comparables à ceux de la morphine ; administrée par voie orale, elle développe une action analgésique environ dix fois plus faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux **traitements de substitution**, de les utiliser comme substitut à l'**héroïne** (mais cela nécessitait des quantités très importantes). La codéine est classée comme **stupéfiant** en France.

Communauté thérapeutique

Lieu de vie communautaire basé sur un processus thérapeutique particulier, dans lequel l'impact de la vie collective et de la pression du groupe des pairs sont des facteurs essentiels. De ce fait, ces institutions se distinguent des structures de soins spécialisés, des **structures de première ligne** ou de celles intégrées au dispositif sanitaire.

Comorbidités psychiatriques

Associations de deux ou plusieurs pathologies sans lien de causalité affirmé. Dans le cadre de la **toxicomanie**, on appelle comorbidités psychiatriques, la co-occurrence chez une même personne de troubles liés à la consommation d'une substance **psychoactive** et de troubles psychiatriques. Il convient de distinguer les troubles psychiatriques ou les troubles de la personnalité non spécifiques de l'usage de drogues, qui peuvent préexister à cet usage, des complications psychiatriques induites par la consommation de drogues.

Conduite en état alcoolique (CEA)

Délit de la compétence du tribunal correctionnel, dans le cas où le taux d'alcool du conducteur du véhicule est supérieur ou égal à 0,8 g/l de sang ou 0,40 mg/l d'air expiré.

Crack

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de **cocaïne**. Le produit est également dénommé « *free-base* » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus puissante que celle induite par la cocaïne, la **dépendance psychique** s'installe plus rapidement. Le crack est un produit classé comme **stupéfiant**.

Crystal

Voir **Ice**.

Datura stramonium

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés **hallucinogènes**. Les espèces de *datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992.

Dépendance

Désigne la sujétion à l'usage d'une drogue **psychoactive**, dont la suppression induit un malaise psychique, voire physique, obligeant le sujet devenu dépendant à pérenniser sa consommation. La dépendance s'appuie sur des définitions médicales mais qui sont encore discutées.

La quatrième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) définit les critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance à une substance, quelle qu'elle soit. La dépendance correspond à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- **tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- **sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des deux manifestations suivantes : **syndrome de sevrage** caractéristique de la substance quand la personne diminue/arrête sa consommation ou lorsque la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager/éviter les symptômes de sevrage ;
- prise de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue ;
- désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- temps passé pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacements sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer) ou à se remettre de ses effets ;
- abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'utilisation de la substance ;
- poursuite de l'utilisation du produit bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

La dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) propose une organisation des critères un peu différente (par exemple, elle place en premier critère le désir puissant et compulsif d'utiliser une substance psychoactive), mais sa définition ne diffère pas sur le fond de celle de la DSM IV.

Dépendance physique

Se définit par l'existence d'un **syndrome physique de sevrage** lors de l'arrêt de la consommation d'un produit (état de manque) parfois accompagné de troubles psychiques (anxiété, nervosité, insomnie...). Le syndrome de sevrage peut être limité par une diminution progressive des doses et un accompagnement médical. La dépendance physique ne constitue généralement pas à elle seule un obstacle à l'abandon de la consommation d'une substance.

Dépendance psychique

Constitue la principale composante de la **dépendance**. On peut se rapporter à la définition de la dépendance, à l'exclusion du **syndrome physique de sevrage** et de la **tolérance** qui en constituent les aspects physiques.

Ecstasy

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA.

Équipe de liaison en addictologie

Équipe composée de 3 à 4 personnes comprenant un médecin et, selon les cas, un infirmier, un psychologue, un travailleur social, un diététicien, chargés d'intervenir au sein d'un hôpital pour favoriser la prise en charge des conduites addictives. Selon les termes de la circulaire de la Direction des hôpitaux du 8 septembre 2000, les principales missions des équipes de liaison sont « de former et d'assister les équipes soi-

gnantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prises en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences, de développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients. Ces équipes mènent des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement ».

Espace festif

Désigne, dans le cadre du dispositif de recueil d'informations TREND de l'OFDT, les lieux où se déroulent des événements festifs relevant le plus souvent, mais pas exclusivement, de la culture techno. L'événement a lieu dans le cadre fermé d'un club ou d'une soirée privée, ou à l'extérieur, lors d'une *free-party* (fête à l'origine clandestine dont l'accès est gratuit) ou d'une *teknival* (festival de musique techno, à l'origine clandestin, réunissant pour plusieurs jours un grand nombre d'organiseurs de *free-party*).

Espace festif de « musique électronique »

Espace festif où l'on peut observer des personnes adeptes de musique électronique. Dans le cadre d'une étude menée en 2004 à Nice et à Toulouse, quatre populations, issues de milieux distincts ne fréquentant pas les mêmes lieux de sortie et n'écoutant pas la même musique, ont été identifiées : milieu « alternatif (*free-party*, *rave-party*) » (musique Hard-core, Hard-teck, Tribe, dans des soirées légales ou non, en extérieur), « soirées urbaines » (musique Hard-core, Tribe, Trance, Drum'n'Bass, Electro Dub dans des pubs électro et soirées légales en intérieur), « clubbing » (musique House, Dance, Tek, Hard-tek, Drum & Bass, Hot Electro Beat dans des boîtes de nuit électro ou soirées événements avec préventes) et « select » (musique recherche House, Tek House, Dance, Mix dans des boîtes de nuit électro ou pubs électro). L'espace musique électronique recouvre un champ un peu plus large que l'**espace festif techno**.

Espace festif techno

Désigne les événements de l'**espace festif** relevant de la culture techno : club, *teknival*, *free-party*.

« Espace urbain »

Défini par le dispositif de recueil d'informations TREND de l'OFDT comme l'ensemble des lieux de la ville où l'on peut observer des **usagers actifs** de drogues. Il se compose, pour l'essentiel, des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de **première ligne** (**boutiques** et **programmes d'échange de seringues**), dans certains centres de soins spécialisés et dans des lieux « ouverts » tels la rue et les squats.

Expérimentation / expérimentateur

Avoir consommé une substance **psychoactive** au moins une fois dans sa vie.

Fraction attribuable

Proportion de cas (d'une maladie ou d'une cause de décès) qui découle de l'exposition de certains individus à un facteur de risques par rapport à l'ensemble des cas de cette maladie ou par rapport à un ensemble de décès. Par exemple, on estime qu'en France 90 % des décès par cancer du poumon chez l'homme sont dus à la consommation de tabac.

Free-base

Voir **crack**.

Fumeur actuel

Personne déclarant fumer du tabac au moment de l'enquête.

Générique

Médicament tombé dans le domaine public, pouvant être produit par tous les laboratoires pharmaceutiques. Entraîne une baisse du prix de la molécule en autorisant la concurrence.

GHB, Gamma OH (gamma-hydroxybutyrate)

Anesthésique humain, délivré sur prescription médicale, se présentant sous la forme d'un liquide incolore et inodore. Appelé « drogue du viol » quand il s'agit d'un usage non consenti. Le GHB est un **produit de synthèse** détourné de son emploi pour ses propriétés anabolisantes, euphorisantes, dissociatives, aphrodisiaques et amnésiques. Sa consommation induit une **dépendance psychique** forte, avec un effet de **tolérance** particulièrement marqué. Ce produit est classé comme **stupéfiant** en France.

Hallucinogène (ou psychodysléptique)

Substance **psychoactive** dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline, **ecstasy** à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, **psilocybine**, **ayahuasca**, **LSD**) ou d'autres hallucinogènes à structures diverses : **saugé divinatoire**, **cannabis**, **poppers**, **kétamine**. L'alcool est souvent classé dans ce groupe. Les hallucinogènes n'entraînent ni **dépendance**, ni **tolérance**.

Hépatite

Pathologie inflammatoire du foie. Les hépatites peuvent être liées à des toxiques (alcool, médicaments, toxiques industriels), à des virus ou à des dérèglements du système immunitaire. Les hépatites virales les plus fréquentes sont les hépatites à virus A, B et C. L'hépatite A, transmise par l'alimentation, n'évolue jamais vers une forme chronique et/ou grave. Un vaccin permet de l'éviter. L'hépatite B, à transmission sexuelle et sanguine, peut évoluer vers une hépatite chronique, puis une **cirrhose** et/ou un cancer **du foie**. Un vaccin est également disponible. L'hépatite C dont le virus résiste très longtemps dans le milieu extérieur (hors du corps humain), se transmet à l'occasion de contacts sanguins, même très indirects et minimes : matériel de **piercing**, partage du matériel d'injection ou de la paille lors du sniff par exemple. Elle évolue dans 80 % des cas vers une hépatite chronique qui peut être suivie d'une cirrhose et/ou d'un cancer. Aucun vaccin n'est encore disponible.

Héroïne

Molécule **opiacée**, synthétisée à partir de la **morphine**, elle-même produite à partir du pavot. Introduite en 1878 en thérapeutique humaine dans les traitements de la douleur, sous le nom de Héroïne®, mais également en tant que médicament de substitution de pharmacodépendance à la morphine, son usage médical a rapidement été interdit. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance **sédative**, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une **dépendance psychique** et **physique** ainsi qu'une **tolérance**, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'**addiction** en France. L'héroïne est un produit classé comme **stupéfiant** en France.

Hypnotiques

Classe de médicaments utilisés comme somnifères (voir aussi **benzodiazépines**).

Ice

Dénomination populaire d'une forme cristallisée de la **méthamphétamine**, plus facile à fumer que la forme poudre. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents dont elle tire son nom (« glace » ou « crystal »). Les usagers dénomment parfois par erreur « ice » ou « crystal » d'autres substances lorsqu'elles se présentent sous forme de cristaux.

Incidence / taux d'incidence

Nombre de nouveaux cas (d'une maladie, d'un événement, d'un problème...) qui apparaissent au cours d'une période donnée. Le taux d'incidence est ce nombre de nouveaux cas, rapporté à la taille de la population concernée.

Infraction principale

Pour les condamnations, il s'agit de la première infraction inscrite au casier judiciaire dans la catégorie pénale la plus grave (crime, délit ou contravention). Si la plupart des juridictions inscrivent les infractions dans l'ordre de gravité, certaines ont adopté un ordre chronologique de constatation des faits. Pour les incarcérations, il s'agit de l'infraction inscrite en premier sur le mandat de dépôt.

Injonction thérapeutique

Mesure prévue dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970 (n° 70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la **toxicomanie** et la répression du trafic et l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971) permettant au parquet de suspendre les poursuites à l'encontre d'un usager de **stupéfiants** qui accepte d'être pris en charge par le système sanitaire et social. Au terme du traitement, l'usager bénéficie d'un classement sans suite. En cas de refus ou d'arrêt du traitement, les poursuites peuvent être réengagées.

Ivresse publique et manifeste

Contravention de deuxième classe réprimée par l'article R3353-1 du Code de santé publique qui donne lieu à une procédure judiciaire poursuivie devant le tribunal. L'article R 3353-1 punit le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux désignés par l'article L 3341-1 (rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics). Dans ce cas, « par mesure de police », la personne est « conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison » (article L 3341-1).

Kétamine

Produit **hallucinogène** utilisé en France en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les cauchemars ou hallucinations consécutifs à ces anesthésies ont conduit à une forte réduction de son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée ou fumée. La kétamine est classée comme produit **stupéfiant**.

LSD (acide lysergique)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micropointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni **dépendance**, ni **tolérance**. Le LSD est classé comme **stupéfiant** en France.

MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine)

Principe actif de l'**ecstasy**, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des **amphétaminiques**. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps et un effet empathogène pour se sentir mieux avec les autres. La MDMA est un produit **sédatif** à doses modérées et **hallucinogène** à fortes doses. Elle est classée comme **stupéfiant** en France.

Médian(e)

Valeur d'une série statistique ordonnée qui la partage en deux groupes de même effectif (par exemple, le prix médian d'un ensemble d'échantillons d'un produit partage la série en deux : 50 % des échantillons observés sont moins chers et 50 % sont plus chers).

Médicaments psychoactifs

Médicaments qui ont un effet **psychoactif**, même si celui-ci ne constitue pas l'effet visé (exemple : la **morphine**). Voir **médicaments psychotropes**.

Médicaments psychotropes

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier le psychisme. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les **hypnotiques**, les **anxiolytiques**, les **antidépresseurs**, les **neuroleptiques** et les thymo-régulateurs (régulateurs de l'humeur). Les **médicaments psychoactifs** constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotrope » et « psychoactif » ont la même signification.

Méthadone

Molécule **agoniste** des récepteurs **opiacés** disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le **traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés**. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin exerçant en Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou en hôpital. La méthadone est un médicament classé comme **stupéfiant**.

Méthamphétamine

Les dénominations les plus connues de cette molécule **amphétaminique** sont **ice** (cristal de **méthamphétamine** appelé encore **crystal**) et **yaba** (comprimés de méthamphétamine). Les effets **stimulants** de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une **dépendance psychique** et une augmentation des doses consommées. La méthamphétamine est classée comme **stupéfiant**.

Milieu festif

Voir **espace festif**.

Morphine (sulfate de)

Molécule **agoniste** opiacée disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits **analgésiques**. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme **traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés**. La morphine est un **sédatif** classé comme **stupéfiant**.

Neuroleptiques

Classe de médicaments principalement prescrits dans les **psychoses** (schizophrénie par exemple).

Opiacés

Famille de produits obtenus à partir de l'**opium**, produit **sédatif** d'origine naturelle provenant de la culture du pavot. Leurs effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs spécifiques (opiorécepteurs). Leur action peut être **agoniste** et/ou **antagoniste** à l'opiacé de référence (la **morphine**). Outre la morphine, l'**héroïne**, la **codéine**, la **méthadone**, la **buprénorphine haut dosage**, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une **dépendance psychique** et **physique**.

Opium

Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une **toxicomanie** spécifique, l'**opiomanie**. En France, avant la première guerre mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium). Le produit est classé comme **stupéfiant** en France.

Peines de substitution

Peines destinées à remplacer, pour des délits, une courte peine d'emprisonnement ou une peine d'amende. Il s'agit essentiellement des peines privatives ou restrictives de droit (suspension ou interdiction du permis de conduire, interdiction du territoire français), de travaux d'intérêt général (le condamné doit accomplir, sur une durée limitée, un travail non rémunéré au profit d'une collectivité publique, d'un établissement public ou d'une association) ou de jours-amende.

Peyotl

Plante d'Amérique centrale, de la famille des cactacées, utilisée lors de pratiques chamaniques pour ses propriétés **hallucinogènes** dues à la présence de mescaline. Le produit est généralement mâché, parfois bu sous forme d'infusion. En France, le peyotl comme ses préparations ont été inscrits sur la liste des **stupéfiants**.

Politique de réduction des risques

Ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par les virus du **sida** et des **hépatites**, mais également les problèmes et les complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues. Il s'agit principalement de prévenir les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse ou à l'injection de produits réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, **surdoses**, septicémies).

Polyconsommation / polyconsommateur

Désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances **psychoactives**. À l'échelle de la population française, l'étude de la polyconsommation se limite à l'association d'alcool, de tabac et de **cannabis** car les consommations d'autres substances illicites sont très rares. Chez les **usagers actifs**, d'autres associations de produits sont examinées. Voir également : **polytoxicomanie**.

Polyconsommation régulière

Désigne dans les enquêtes le fait d'avoir un usage régulier d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le **cannabis** au cours des trente derniers jours, c'est-à-dire le fait d'avoir déclaré au moins dix usages au cours des trente derniers jours pour l'alcool ou le cannabis, le fait de déclarer une consommation quotidienne de cigarettes au cours des trente derniers jours pour le tabac.

Polyconsommation répétée

Désigne dans les enquêtes le fait de déclarer un usage répété pour au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le **cannabis** : alcool (au moins 3 fois par semaine sur la dernière semaine ou plus de 10 fois par mois), tabac (fumer quotidiennement), cannabis (au moins 10 fois par an).

Polytoxicomanie

Conduite toxicomaniaque associant de façon simultanée ou séquentielle la consommation de plusieurs substances **psychoactives**. Ce comportement a des conséquences d'autant plus redoutables que les signes caractéristiques de l'usage d'un seul produit ne sont plus visibles. Le diagnostic clinique devient alors difficile à établir en cas d'intoxication aiguë. Le traitement de ces intoxications est également souvent délicat.

Poppers

Préparations contenant des nitrites d'alkyl (amyle, butyle, propyle, cyclohexyle), dissous dans des **solvants organiques**, se présentant sous la forme de petit flacon ou d'ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu. Ces produits circulent dans le milieu homosexuel depuis les années 1970, puis se sont progressivement étendus à d'autres usagers. Classés comme **hallucinogènes**, ils produisent une euphorie éventuellement accompagnée de rire, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Les poppers sont utilisés par certains pour améliorer les performances sexuelles. Ceux contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France et classés comme **stupéfiants**. D'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle, de propyle par exemple), ne sont pas réglementés et sont encore disponibles de manière licite dans les sex-shops notamment.

Poussières (avoir des)

Jargon des usagers de drogues par voie injectable désignant une réaction fébrile souvent accompagnée de douleurs musculaires ou articulaires. Cette poussée de fièvre survient dans les quelques heures suivant l'injection pour disparaître de façon spontanée. Elle pourrait être induite par l'injection de substances pyrogènes (diluants divers dont le talc) présentes dans la drogue.

Prémix

Mélange industriel de boissons alcoolisées et non alcoolisées sucrées. Ils contiennent entre 4 et 5,5° d'alcool pur. Ces préparations sont soumises en France à une taxation spéciale.

Prévalence / taux de prévalence

Nombre de cas (d'une maladie, d'un phénomène, d'un problème) nouveaux ou déjà présents, décompté pendant une période donnée. Par exemple, la prévalence du **sida** en France en 2003 est le décompte de tous les individus ayant un sida déclaré pendant une période quelconque de l'année 2003, que celui-ci se soit déclaré avant ou au cours de l'année, ou qu'il y ait eu décès en 2003. Le taux de prévalence est calculé en rapportant ce même nombre à la taille de la population (pour 1 000 personnes par exemple).

Primo-consommateur de buprénorphine haut dosage

Personne ayant utilisé la **buprénorphine haut dosage** comme premier **opiacé** sans avoir jamais consommé d'**héroïne** auparavant.

Prix relatif

Prix d'un produit corrigé de l'augmentation de l'indice des prix (par exemple, l'augmentation du prix relatif du tabac signifie que la hausse du prix du tabac a été supérieure à celle des prix des autres produits).

Produits à inhaler

Voir **solvants organiques**.

Programme d'échange de seringues (PES)

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousse de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

Psilocybine

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. La psilocine et la psilocybine sont classées produits **stupéfiants** en France.

Psychoactif(ve) (produit, substance)

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large,

beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les **sédatifs**, les **stimulants** et les **hallucinogènes**. En dehors du cas particulier des médicaments (voir **médicaments psychotropes**), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

Psychoses / symptômes ou troubles psychotiques

Maladies mentales affectant profondément le comportement et dont le malade ne reconnaît pas le caractère maladif. Les symptômes psychotiques sont de deux ordres :

- les symptômes délirants : idées ou perceptions (hallucinations) en opposition avec la réalité. Le patient est convaincu, adhère à l'idée délirante ;
- la dissociation : rupture de l'unité psychique, responsable de difficultés de communication, d'une altération de la logique, de discordances entre le discours, le comportement et le contexte des situations, de repli sur soi et d'apathie.

La schizophrénie est l'une de ces psychoses. Apparaissant chez l'adolescent ou chez l'adulte jeune, sa survenue peut être accompagnée, révélée ou aggravée par l'usage de drogues.

Rachacha

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet **opiacé** se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée ou ingérée en décoction. Ce produit est classé comme **stupéfiant**.

Réseaux ville hôpital

Réseaux de coordination professionnelle destinés à améliorer la prise en charge des patients en assurant notamment la continuité et la globalité des interventions. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation et de soins. Encouragés par les pouvoirs publics, les premiers réseaux ont vu le jour au début des années 1990, pour favoriser la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'une infection à VIH. Les réseaux existants ont élargi leur missions ou se sont créés sur les questions de prises en charge de la **toxicomanie**, de l'**hépatite C**, des problèmes d'alcool, puis, plus généralement, à de nombreux domaines de santé.

Rose des bois

Plante produisant des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif **hallucinogène**, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimiquement du **LSD**. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction, aisée, du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures. Le classement du LSA comme **stupéfiant** est actuellement en discussion.

Salvia divinorum (ou sauge divinatoire)

Plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge (*salvia*). Elle doit son nom à ses effets **hallucinogènes**. Les feuilles fraîches de la sauge peuvent être mâchées, chiquées ou infusées. Une fois séchées, elles peuvent être fumées (avec une pipe à eau ou mélangée avec du tabac) ou encore réhydratées et mâchées. La salvinine A, contenue dans la plante, est classée comme **stupéfiant**.

Sédatif (ou psycholeptiques)

Substance ayant des effets calmants. Les principales substances addictives ayant des effets sédatifs sont les **opiacés**, les **benzodiazépines** (**anxiolytiques**, **hypnotiques**) et les **solvants**. Certaines classifications incluent l'alcool, classé par d'autres avec les psychodysléptiques (**hallucinogènes**).

Sevrage

Au sens strict, arrêt de la consommation d'une substance dont le corps est devenu

physiquement dépendant. Par extension, il s'agit de l'ensemble des mesures thérapeutiques destinées à aider un sujet à mettre un terme à la consommation de substances **psychoactives** dont il est dépendant physiquement ou psychologiquement.

Sida (Syndrome d'immunodéficience acquise)

Syndrome d'immunodéficience d'évolution progressive, conséquence de l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'infection est longtemps silencieuse avant l'apparition des symptômes définissant l'entrée dans le sida. Cette phase silencieuse tend actuellement à s'allonger en France du fait des traitements préventifs pris par les personnes infectées. La transmission du VIH chez les usagers de drogues peut se produire lors de l'injection du produit, s'il y a eu partage de seringues ou lors du partage de matériel nécessaire à l'injection.

Solvants organiques

Molécules volatiles ou gazeuses ayant la propriété de dissoudre les substances grasses. On les trouve dans de très nombreux produits, notamment les peintures, vernis, encres, colles, pesticides, dans des produits d'entretien (produits de lavage des vitres, détachants, cirage...), dans des cosmétiques (laques à cheveux), des désodorisants d'intérieurs, des carburants, de l'antigel, comme gaz propulseur dans les bombes aérosols et comme gaz anesthésique d'usage hospitalier. Consommés par inhalation, ils provoquent une euphorie accompagnée de sensations d'ivresse, voire d'hallucinations, suivie d'une somnolence. Ils sont classés parmi les **sédatifs**. Ils peuvent donner lieu à une **dépendance psychique** et à une **tolérance**. L'existence d'une **dépendance physique** est contestée.

Stimulants (ou psychoanaleptiques)

Produits qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la **cocaïne** (dont **crack**), les **amphétamines** (dont l'**ecstasy** à doses modérées). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

Structures de première ligne

Structures d'accueil pour les usagers de drogues dites de « bas seuil », c'est-à-dire qu'elles appliquent des critères d'admission à faible niveau d'exigence. Ces structures offrent des prestations à des **toxicomanes** qui ne souhaitent ou ne peuvent pas suivre une prise en charge classique. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages : il s'agit par exemple des **boutiques**, des **programmes d'échange de seringues**...

Stupéfiant (produit ou substance)

Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles ont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (**opiacés** essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

Subutex®

Voir **buprénorphine haut dosage**.

Surdose

Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de la consommation d'une drogue.

Syndrome d'alcoolisation foetale (SAF)

Syndrome décrit pour la première fois à la fin des années 1960, provoqué par une

exposition in utero du fœtus à l'alcool. Le SAF se caractérise par des modifications morphologiques de la face du nouveau né, des malformations cardiaques et d'autres organes et ultérieurement par un déficit intellectuel. Il existe aussi des formes mineures de ce syndrome caractérisées essentiellement par un retard du développement intra-utérin, une diminution des capacités intellectuelles, des aptitudes aux apprentissages et des troubles du comportement.

Syndrome de sevrage (ou état de manque)

Ensemble des signes pathologiques physiques et psychiques qui surviennent à l'arrêt brutal d'une substance dont le corps est devenu dépendant. Les symptômes varient avec la substance en cause. Il peut être supprimé ou atténué par une décroissance progressive des doses ou par une prise en charge médicale adaptée.

Synthèse (drogue, produit ou substance de)

Droque produite artificiellement et non extraite de végétaux. Couramment, le terme de « drogues de synthèse » constitue l'appellation générique de diverses drogues spécifiquement conçues (synthétisées) pour leurs effets euphorisants, stimulants ou psychodysléptiques par exemple : **LSD**, **ecstasy**, **kétamine**, dérivés du fentanyl, **GHB**... Ces produits se présentent généralement sous la forme de comprimés ou de gélules.

Test de Fagerström

Le *Fagerström test for nicotine dependence* (FTND) fait aujourd'hui référence pour mesurer quantitativement la **dépendance physique** au tabac. Il permet une évaluation de la **dépendance** tabagique sur la base des réponses aux six questions suivantes :

- À quel moment après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
- Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?
- Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?
- Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit (fièvre, grippe, angine...)?

Test DETA

Ensemble de quatre questions utilisées à l'origine par les cliniciens pour dépister les consommateurs d'alcool à risque de **dépendance**. Ce test est désormais souvent utilisé dans les enquêtes épidémiologiques dans le but de déterminer un nombre et une proportion de consommateurs d'alcool à risque de dépendance :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Tétrahydrocannabinol

Principe actif du cannabis (Δ^9 -THC ou THC). Voir **cannabis**.

Tolérance

Se caractérise par une diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la drogue. L'utilisateur, pour ressentir les mêmes effets, doit consommer des doses de plus en plus fortes ou augmenter la fréquence des prises.

Toxicomane

Individu ayant développé une **toxicomanie**.

Toxicomanie

Comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives.

Trafic (interpellation pour)

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international.

Trafic international (interpellation pour)

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international.

Trafic local (interpellation pour)

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international.

Traitement de substitution aux opiacés

Modalité de traitement médicamenteux d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à stabiliser la consommation d'opiacés illicites ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. En limitant ou en supprimant le manque psychique (besoin compulsif de consommer le produit illicite), elle permet d'échapper aux risques de cette consommation et offre surtout un répit qui facilite l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'Autorisation de mise sur le marché (AMM).

Traitement substitutif de pharmacodépendance aux opiacés

Voir traitement de substitution aux opiacés.

Usage (interpellation pour)

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international.

Usage concomitant

Prise simultanée de plusieurs produits.

Usage dans l'année

Désigne dans les enquêtes le fait de consommer une substance psychoactive au moins une fois dans l'année. Pour le tabac, l'usage occasionnel correspond aux fumeurs actuels.

Usage nocif

Voir abus.

Usage non substitutif de buprénorphine haut dosage

Désigne une consommation de buprénorphine haut dosage qui ne vise pas à remplacer une consommation d'héroïne ou n'est pas rendue nécessaire par une dépendance à l'héroïne. Cet usage peut concerner un primo-consommateur de BHD. Il peut aussi s'agir d'une primo-dépendance, si une personne devient dépendante de la BHD, sans jamais avoir été dépendante de l'héroïne.

Usage problématique

Usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui : définition adoptée par l'OFDT. Pour l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), la « consommation problématique de drogues » (drogues illicites) est définie, du point de vue opérationnel, comme étant « la toxicomanie par voie d'injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines ».

Usage quotidien

Désigne dans les enquêtes le fait de consommer une substance psychoactive tous les jours.

Usage récent

Désigne dans les enquêtes le fait de consommer une substance psychoactive au moins une fois au cours des 30 derniers jours.

Usage régulier

Désigne dans les enquêtes le fait de consommer une substance psychoactive au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours. Pour le tabac, l'usage est considéré comme régulier à partir d'une cigarette par jour.

Usage répété

Désigne dans les enquêtes le fait de consommer une substance psychoactive au moins 10 fois dans l'année mais moins de 10 fois dans le mois.

Usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour)

Dans le fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, les interpellations sont classées en quatre catégories :

- usage (sans trafic ni revente) ;
- usage-revente (désigne des usagers qui se livrent à des activités de vente, souvent pour leur propre consommation) ;
- trafic local (introduit la notion de réseau et désigne des vendeurs qui ne consomment pas ou des personnes qui consomment et qui vendent à des usagers-revendeurs) ;
- et trafic international (désigne les auteurs de trafics à grande échelle, généralement internationaux).

Les interpellations pour trafic regroupent les catégories usage-revente, trafic local et trafic international.

L'ensemble des quatre catégories prend en compte le statut de consommateur de l'auteur de l'infraction, la structure et l'importance du trafic et le rôle de l'apprehendé dans ce trafic et, de manière moins explicite, l'importance des quantités de stupéfiants détenues. Le policier ou le gendarme retient une des catégories à partir des éléments de son enquête, les critères ne pouvant être tous explicités. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une qualification policière mais seules les décisions de justice établissent la qualification définitive à partir des infractions inscrites au Code pénal (pour les trafics) ou au Code de la santé publique (pour l'usage).

Usage-revente (interpellation pour)

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international.

Usagers actifs

Désigne des usagers de drogues qui se situent dans une période de consommation plus ou moins intensive, pour les différencier d'usagers engagés dans un processus de prise en charge. Les premiers consomment en général davantage de produits, à des fréquences supérieures, se trouvent dans des situations plus précaires et prennent davantage de risques en consommant. Cette notion est théorique, puisque tous les parcours ne sont pas identiques et que les toxicomanes alternent le plus souvent des phases différentes de consommation. Elle est cependant utile pour comprendre les différences entre les populations rencontrées dans les structures de première ligne (qui sont le plus souvent des usagers actifs) et les structures qui offrent une prise en charge médico-sociale.

Yaba

Forme de méthamphétamine répandue en Asie du Sud-Est.

Zyban® (bupropion)

Médicament psychotrope, apparenté à l'amphétamine, prescrit comme aide au sevrage tabagique chez les personnes d'au moins 18 ans présentant une dépendance à la nicotine. Il doit être accompagné d'un soutien psychologique.

Chronologie

Cette rétrospective, essentiellement nationale, reprend depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les principales dates relatives à la politique publique sur les drogues et aux événements s'y rapportant. Il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif.

3 août 1953

Décret n° 53-726 qui met en place l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), chargé de centraliser les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite des toxiques stupéfiants et de coordonner les opérations tendant à la répression de ce trafic.

7 janvier 1959

Ordonnance n° 59-107 stipulant l'interdiction de la vente d'alcool à des mineurs (JO du 30 novembre 1960).

1969

Premier cas de décès par surdose médiatisé en France.

9 juillet 1970

Loi n° 70-597 fixant pour la première fois un taux légal d'alcoolémie en matière de sécurité routière. Elle met en place deux paliers : contravention si le taux est compris entre 0,8 et 1,2 g/l de sang et délit si le taux est supérieur à 1,2 g/l de sang.

31 décembre 1970

Loi n° 70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (JO du 2 janvier 1971). Constitue depuis le cadre légal de la politique française dans ce domaine.

1971

Constitution au plan européen du groupe Pompidou, groupe de coopération intergouvernementale chargé « d'examiner, d'un point de vue pluridisciplinaire, les problèmes de l'abus et du trafic des stupéfiants ». À partir de 1973 le Conseil de l'Europe soutient l'action du groupe Pompidou.

5 juillet 1974

Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 complète l'ordonnance de 1959 en interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de seize ans.

18 juin 1976

Publication dans le quotidien *Libération* de « l'appel du 18 joint » qui regroupe 150 signataires (parmi lesquels Gilles Deleuze, André Glucksmann, Isabelle Huppert, Bernard Kouchner, Maxime Le Forestier, Edgar Morin, Jérôme Savary, Philippe Sollers, Philippe Val...). Se prononçant pour la dépénalisation du cannabis, ce texte demande de mettre fin « à une situation absurde ».

9 juillet 1976

Loi n° 76-616, dite « loi Veil » (JO du 10 juillet 1976). Il s'agit de la première loi française contre le tabagisme qui en réglemente notamment la publicité.

1978

Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de drogues remis par Monique Pelletier au président de la République Valéry Giscard d'Estaing. La circulaire 69F389 du 7 mai 1978 dite « circulaire Peyrefitte » s'inspire de ce texte et demande aux parquets de ne pas poursuivre les usagers de cannabis.

12 juillet 1978

Loi n° 78-732 instaurant des contrôles d'alcoolémie au volant, même en l'absence d'infraction ou d'accident (JO du 13 juillet 1978).

8 janvier 1982

Décret n° 82-10 qui met en place la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MPLT) rattachée au ministère de la Solidarité nationale. Cette mission, dont la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) est aujourd'hui l'héritière, est chargée de définir, animer et coordonner la politique du gouvernement, notamment dans les domaines de la prévention, de l'information et de la formation ainsi que la réinsertion des toxicomanes et de participer aux activités internationales (Conseil de l'Europe et Nations unies). Franck Colcombet (en mars 1982), puis Franck Perriez (en mai 1983) sont successivement nommés présidents de cette mission.

2 février 1983

Pour la première fois, un Comité interministériel sur la question des drogues et des toxicomanies se réunit. Il rassemble tous les ministères concernés par ces sujets, sous l'autorité du Premier ministre et adopte un programme de 25 actions.

8 décembre 1983

Loi n° 83-1045 fixant un seuil d'alcoolémie légal à 0,8 g/l (JO du 9 décembre 1983).

1984

Campagne de lutte contre l'alcoolisme menée par le ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale : « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts ».

Juin 1984

Premiers cas de sida diagnostiqués en France chez des toxicomanes.

19 septembre 1984

Circulaire CRIM.84-15-E.2, dite « circulaire Badinter », concerne le trafic de drogues et son usage. En matière d'usage, la circulaire reprend les principes de celle de 1978.

7 février 1985

Décret n° 85-191 mettant en place la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT), rattachée au Premier ministre. Elle succède à la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie. En septembre, adoption du programme « 31 mesures contre la toxicomanie » qui crée les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT). La MILT est présidée par Jean-Claude Karsenty jusqu'en mars 1986, puis par Dominique Charvet jusqu'en juillet 1986. Guy Fougier devient ensuite président jusqu'en décembre 1987 avant Claudius Brosse jusqu'en novembre 1988.

1986

Première campagne nationale de prévention des toxicomanies : « La drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle. »

Campagne de l'Association pour la prévention des comportements toxicomaniaques : « La drogue c'est de la merde. »

Création de l'association Toxibase chargée au plan national de la collecte et de la diffusion de la documentation spécialisée en toxicomanie.

17 janvier 1986

Loi n° 86-76 permettant aux officiers et aux agents de police judiciaire de confisquer immédiatement le permis de conduire d'un conducteur lorsque les épreuves de dépistage et son comportement permettent de présumer qu'il conduisait sous l'empire de l'état alcoolique (taux au moins égal à 0,8 g/l de sang) (JO du 18 janvier 1986).

1987

Rapport du Professeur Albert Hirsch « Lutter contre le tabagisme ».

12 mai 1987

Circulaire CAB 87-01 abroge les circulaires précédentes et introduit une nouvelle distinction au niveau de l'usage, en se basant non plus sur le produit, mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de produits stupéfiants.

13 mai 1987

Décret 87-328 autorisant la mise en vente libre des seringues pour les personnes majeures, à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la Santé. Ce texte abolit le décret 72-200 du 13 mars 1972 qui réglementait l'accès aux seringues en obligeant à justifier de son identité. Le 11 août 1989, un nouveau décret officialise et pérennise la vente libre de seringues aux personnes majeures.

31 décembre 1987

Loi n° 87-1157 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants, qui incrimine pour la première fois le blanchiment d'argent de la drogue (JO du 5 janvier 1988).

1989

Rapport d'Evelyne Sullerot « Problèmes posés par la toxicomanie ».

Octobre 1989

Remise par Catherine Trautmann, présidente de la MILT depuis novembre 1988, d'un rapport au Premier ministre sur la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants ; ce rapport insiste notamment sur la nécessité d'une coordination nationale et européenne.

François Mitterrand, président de la République, propose la création d'un Observatoire européen des drogues.

1990

Rapport de René Padiou « L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies ». Ce rapport note la nécessité d'un système d'observation et d'une réflexion sur les indicateurs.

9 mai 1990

Adoption par le Conseil des ministres d'un programme d'actions de 42 mesures de lutte contre la drogue dans les domaines suivants : prévention, répression, sanitaire et social, recherche, évaluation, international.

25 juillet 1990

Décret n° 90-657 relatif à la fusion entre la MILT (présidée par Geneviève Domenach-Chich depuis décembre 1989) et la Délégation générale à la lutte contre la drogue (DGLD, mise en place le 6 décembre 1989 par le décret n° 89-880). Cette fusion donne naissance à la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont la déléguée générale est Georgina Dufoix jusqu'en juin 1993. À cette date, Jean-Louis Langlais lui succède, puis Nicolas Theis en décembre 1994.

Décembre 1990

Création de Drogues info service, service d'écoute téléphonique, qui deviendra Drogues Alcool Tabac info service en juin 2001.

10 janvier 1991

Loi n° 91-32 dite « loi Évin » relative à la lutte contre le tabagisme et la lutte l'alcoolisme (JO du 12 janvier 1991) ; constitue le fondement du dispositif légal dans ces domaines.

Décembre 1991

Première vague de la campagne contre l'alcool : « Tu t'es vu quand t'as bu ? » visant plus particulièrement les jeunes (cette campagne durera jusqu'en 1995).

1992

Création de l'association d'usagers ASUD : Auto-support des usagers de drogues.

29 juin 1992

Décret n° 92-590 relatif à la création de Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

8 février 1993

Création officielle de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ; basé à Lisbonne, il sera opérationnel au début de l'année 1995.

5 mars 1993

Création de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), chargé de mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies et de représenter la France au sein du REITOX (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies).

21 septembre 1993

Plan gouvernemental de lutte contre la drogue pour la période 1994-1996 ; un de ses axes prioritaires concerne la réduction des risques ou des dommages liés au sida.

9 novembre 1993

Circulaire n° 72 de la Direction générale de la santé (DGS) qui permet les premières prescriptions non expérimentales de méthadone aux usagers d'héroïne en France. Complétée par la circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994.

17 décembre 1993

Le Comité interministériel de la sécurité routière demande à un groupe d'experts un livre blanc sur les effets des médicaments et des drogues. Ce rapport au Premier ministre « Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments » sera publié en 1996.

11 juillet 1994

Décret n° 94-570 portant le taux d'alcoolémie toléré au volant à 0,7 g/l de sang.

Février 1995

Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le professeur Roger Henrion, dit « rapport Henrion ». Insiste sur la nécessité de développer les dispositifs de réduction des risques et les traitements de substitution.

Mars 1995

Autorisation de mise sur le marché de la méthadone dans l'indication de « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ».

7 mars 1995

Décret n° 95-255 permettant aux personnes physiques et aux associations à but non lucratif de délivrer des seringues stériles.

31 juillet 1995

Autorisation de mise sur le marché du Subutex® (buprénorphine haut dosage). Le produit sera mis sur le marché en février 1996.

29 août 1995

Décret n° 95-962 fixant le seuil d'alcoolémie pour la conduite d'un véhicule à 0,5 g/l de sang (JO du 30 août 1995).

14 septembre 1995

Plan gouvernemental de 22 mesures pour l'année 1996, complétant celui de 1993.

24 avril 1996

Décret n° 96-350 mettant en place la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle est présidée par Françoise de Veyrinas.

1997

Rapport du Professeur Philippe-Jean Parquet : « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives ». Il distingue les notions d'usage, d'usage nocif, d'abus et de dépendance.

Rapport « Drogues, église et société - médecins, éducateurs, politiques, chercheurs, associations s'expriment ».

1998

Rapport des professeurs Philippe-Jean Parquet et Michel Reynaud sur « Les personnes en difficulté avec l'alcool ».

Parution de l'expertise collective de l'INSERM « Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage ».

16 juin 1998

Rapport du professeur Bernard Roques : « Problèmes posés par la dangerosité des drogues », remis au secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner. Le rapport classe les produits en fonction de leur pouvoir de dépendance.

Juillet 1998

Rapport de la Cour des comptes au président de la République sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie qui examine les conditions d'application de la loi du 31 décembre 1970 et des textes ultérieurs relatifs à la lutte contre la toxicomanie dans les domaines de l'emploi, des crédits budgétaires et de l'organisation administrative.

31 mars 1999

Mise en place de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes ; elle succède à la Commission des stupéfiants et des psychotropes (1989) ayant elle-même pris la suite de la Commission interministérielle des stupéfiants née en 1930. Le classement des produits intervient sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

16 juin 1999

Adoption du « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 », élaboré par la MILDT (présidée par Nicole Maestracchi depuis juin 1998). Ce plan traite ensemble toutes les substances psychoactives, réaffirme l'interdit de l'usage et souligne les nouveaux enjeux de santé publique. Il sera prorogé en 2002.

17 juin 1999

Circulaire DACG-DAP-DPJ relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes (dite « circulaire Guigou »). Le garde des Sceaux recommande notamment aux procureurs de préférer les mesures « de la troisième voie » aux poursuites et à l'emprisonnement à l'égard d'un usager de drogues n'ayant commis aucun délit connexe.

18 juin 1999

Loi n° 99-505 dite « loi Gayssot » relative à la sécurité routière (JO du 19 juin 1999). Elle aborde la question de la consommation de stupéfiants. Son décret d'application du 27 août 2001 instaure la recherche de stupéfiants chez tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel entre le 1^{er} octobre 2001 et le 30 septembre 2003 afin de mener à bien une enquête épidémiologique de grande envergure.

15 septembre 1999

Extension des champs de compétence du Comité interministériel à l'ensemble des produits psychoactifs dont l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

30 novembre 1999

Arrêté du ministère de l'Emploi et de la solidarité sur la mise en vente libre des substituts nicotiques (JO du 5 décembre 1999).

26 avril 2000

Sortie du livret d'information de la MILDT « Savoir plus risquer moins » diffusé, au total, à 4,5 millions d'exemplaires.

2001

Parution de l'expertise collective de l'INSERM « Alcool, effets sur la santé ». Le volet « Dommages sociaux, abus et dépendances » paraît en 2003.

Parution de l'expertise collective de l'INSERM « Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé » actualisée en 2004.

Janvier 2002

Campagne de la MILDT et du CFES (Comité français d'éducation pour la santé) à l'attention des jeunes : « Alcool, cannabis, tabac et autres drogues, et vous, savez-vous où VOUS en êtes ? »

3 mai 2002

Décret n° 2002-887 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 : précise les modalités d'organisation des rassemblements festifs à caractère musical (*rave-party*).

24 octobre 2002

Nomination à la présidence de la MILDT de Didier Jayle.

3 février 2003

Loi n° 2003-87 (JO du 4 février 2003) crée un délit de conduite sous l'emprise de stupéfiants, passible de 2 ans d'emprisonnement et d'une peine de 4 500 € d'amende.

24 mars 2003

Le président de la République, Jacques Chirac, qui avait annoncé le 14 juillet 2002 l'ouverture d'un grand chantier national de lutte contre le cancer, présente le Plan cancer : la « guerre au tabac » est déclarée.

Mai 2003

Campagne de publicité télévisée : « C'est surprenant tout ce qu'on peut mettre dans une cigarette » de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

4 juin 2003

Publication du rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites : « Drogue : l'autre Cancer ». Il formule 64 propositions pour « une nouvelle politique de lutte contre les drogues ».

31 juillet 2003

Loi n° 2003-715 instaurant l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (JO du 3 août 2003).

2004

Parution de l'expertise collective de l'INSERM « Tabac : comprendre la dépendance pour agir ».

30 juillet 2004

Publication du « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008 », élaboré par la MILDT. Il s'agit notamment d'accorder une nouvelle dynamique à la prévention. Au même moment le gouvernement annonce renoncer à une réforme de la loi de 1970.

8 février 2005

Campagne d'information « Le cannabis est une réalité » à l'initiative du ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, de la MILDT et de l'INPES.

Printemps 2005

Rendu de l'étude sur le rôle des stupéfiants dans les accidents mortels de la route, consécutive à la « loi Gayssot » de 1999.

Liste des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé	FFA	Fédération française d'addictologie
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
AMM	Autorisation de mise sur le marché	FND	Fichier national des détenus (ministère de la Justice)
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (allocation chômage)	GIR	Groupes d'intervention régionaux
BAAC	Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation	GNR	Médicament générique
BHD	Buprénorphine haut dosage	ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
BZD	Benzodiazépines	INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
CA	Chiffre d'affaires	INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Médecins du monde)	INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
CAST	Cannabis abuse screening test	InVS	Institut de veille sanitaire
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie	IT	Injonction thérapeutique
CEA	Conduite en état alcoolique	M	Million(s)
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance	M	Million(s) d'euros
CépiDc	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès	Md	Milliard(s) d'euros
CIDT	Centre de documentation et d'information sur le tabac	MDM	Médecins du monde
CILAD	Comité interministériel de lutte contre la drogue	MDMA	Méthylènedioxymétamphétamine
CILAT	Comité interministériel de lutte contre le terrorisme	MILD	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
CIM	Classification internationale des maladies	OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales)
CIP	Club interpharmaceutique	OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
CJN	Casier judiciaire national (ministère de la Justice)	OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
CMU	Couverture maladie universelle	OMS	Organisation mondiale de la santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes	OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
CTSU	Clinical Trial Service Unit (University of Oxford)	OSIAP	Ordonnances suspectes indicateur d'abus et de pharmacodépendance (CEIP)
DATIS	Drogues alcool tabac info service	PES	Programme d'échange de seringues
DCSN	Direction centrale du service national (ministère de la Défense)	RMI	Revenu minimum d'insertion
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects (ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie)	RPC	Recommandation de pratique clinique
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)	SAF	Syndrome d'alcoolisation foetale
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé et de la protection sociale)	SDSED	Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (ministère de la Justice)
DLPAJ	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques (ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales)	SIAM	Système d'information de l'Assurance maladie (CNAMTS)
DMT	Déméthyltryptamine (hallucinogène)	SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (InVS)
DOM	Département d'outre-mer	SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	THC	Tétrahydrocannabinol ou Δ9-THC (agent actif du cannabis)
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes (OFDT)	TOM	Territoires d'outre-mer
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (OFDT)	TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (INSERM/OFDT/MJENR)	TTC	Toutes taxes comprises
		TVA	Taxe à la valeur ajoutée
		UDIV	Usagers de drogues par voie intraveineuse
		UE	Union européenne
		VADS	Voies aérodigestives supérieures
		VHB	Virus de l'hépatite B
		VHC	Virus de l'hépatite C
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Repères méthodologiques

Baromètre nutrition : Baromètre Santé nutrition

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Ce Baromètre Santé, exclusivement consacré à la nutrition, vise à décrire les opinions, les attitudes et les comportements des Français en matière de nutrition et de santé. La méthode employée consiste à demander aux personnes interviewées de se rappeler tout ce qu'ils ont mangé au cours des dernières 24 heures tout en cherchant parfois à estimer la fréquence de consommation de certains aliments. Le questionnaire porte aussi sur les habitudes alimentaires, les relations perçues entre l'alimentation et la santé, les achats... Comme tous les Baromètre Santé, il s'agit d'une enquête téléphonique, à partir d'un échantillon national représentatif de la population française (par sexe, âge, taille d'agglomération et régions). L'enquête de 2002 a porté sur 3 153 individus âgés de 12 à 75 ans. Une première enquête sur l'alimentation des Français avait été réalisée en 1994 (1 003 personnes interrogées), puis une seconde en 1996 sur le modèle des enquêtes « Baromètre Santé ».

Pour en savoir plus : GUILBERT (P.) et PERRIN-ESCALON (H.) (eds.), *Baromètre Santé Nutrition 2002*, Vanves, CFES, 2004, 259 p.

Baromètre Santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le Baromètre Santé 2000 sur le comportement et les opinions des Français en matière de santé, est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon de 13 685 individus de 12 à 75 ans, représentatif de la population vivant en France. Cette enquête a été réalisée entre octobre et décembre 1999. Elle fait suite à deux enquêtes « Baromètre Santé adultes » (1993 et 1995) et un « Baromètre Santé jeunes » (1997). Le questionnaire porte sur les consommations de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illicites et sur de nombreux autres comportements ayant une influence sur la santé (pratique de dépistage, geste vaccinal, activité sportive, comportements de violence, sexualité...). Cette enquête est coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). Pour en savoir plus : GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.) (eds.), *Baromètre Santé 2000*, vol. 1 et 2, Vanves, CFES, 2001, 142 et 474 p.

Baromètre Santé médecins généralistes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Depuis 1992, l'INPES a réalisé quatre enquêtes auprès de médecins généralistes (1992, 1993/1994, 1994/1995, 1998/1999) et une enquête auprès de pharmaciens en officine (1998/1999), suivant la méthodologie développée dans les enquêtes « Baromètre Santé ».

L'enquête réalisée par téléphone fin 2002 et début 2003, interroge 2 057 médecins généralistes exerçant en libéral et 1 062 pharmaciens titulaires d'officine soit 1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26. Les taux de refus ont été respectivement de 32 % et 9 %. Les données sont redressées en tenant compte de la structure des populations

interrogées en France. Les questionnaires portent sur leurs comportements personnels de santé, leurs opinions et leurs attitudes vis-à-vis de la prévention et l'éducation du patient, la vaccination, le VIH, l'hépatite C, le cancer, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction. En ce qui concerne ce dernier thème, les questions ont trait : au nombre d'héroïnomanes suivis par mois, au type de traitement de substitution proposé et aux opinions du médecin à propos de la drogue ; au nombre de patients pris en charge au cours de la semaine précédant l'enquête pour un traitement du tabagisme ou de l'alcoolisme, aux méthodes de sevrage tabagique préconisées.

L'extrapolation au nombre total de patients accueillis, une semaine donnée, pour sevrage tabagique ou alcoolique est obtenue en multipliant le nombre moyen de patients (issu de cette enquête) avec le nombre total de médecins généralistes exerçant en libéral (de l'ordre de 60 000 en 2003). Ce calcul suppose que les non-répondants (32 %) ont vu autant de patients que les répondants.

Pour en savoir plus : GAUTIER (A.) (ed.), *Baromètre Santé médecins - pharmaciens 2003*, Saint-Denis, INPES, 2005 (à paraître).

Bases consultations et patients des CASO : Bases consultations et patients des centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde

Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde

Les données sont recueillies depuis 2001, dans vingt centres d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du monde auprès des patients venus consulter. Pour chaque patient, un dossier social et un dossier médical sont remplis lors de sa première venue, puis réactualisés lors de nouveaux passages. En 2003, la base « patients » contenait 18 753 enregistrements détaillant les caractéristiques sociales des patients. Les diagnostics médicaux, les orientations et les soins bucco-dentaires recueillis lors de chaque consultation médicale constituent la base des « consultations » (38 076 consultations médicales dont 5 450 consultations dentaires). L'analyse des deux bases permet d'avoir

une description sociodémographique précise des patients, de leurs pathologies et d'analyser finement les typologies de certaines populations fortement précarisées (sans papiers, demandeurs d'asile...).

Pour en savoir plus : FAHET (G.) et al., *Rapport 2003 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, Paris, Médecins du monde/ORSMP, 2004, 144 p. (<http://www.medecinsdumonde.org/>).

Cadres des parquets

Ministère de la Justice

Les cadres des parquets dénombrent les affaires (et non les personnes) traitées chaque année par les parquets des tribunaux de grande instance. Cette statistique renseigne sur le volume d'affaires présentées aux parquets (contraventions de 5^e classe, délits et crimes) et les orientations proposées (poursuite, composition pénale, procédures alternatives, classement sans suite). Au niveau national, ces données ne sont pas détaillées par infraction, ce qui ne permet pas de savoir combien d'affaires de stupéfiants sont traitées à ce stade de la procédure pénale. Les alternatives aux poursuites proposées aux auteurs d'ILS ne sont pas non plus détaillées (ni par type de contentieux, ni par type de mesures). Seule l'injonction thérapeutique apparaît clairement et peut être rattachée aux usagers de stupéfiants. L'informatisation et la centralisation des données des tribunaux (projet Infocentre), déjà effectives dans certaines régions, permettront à l'avenir d'obtenir le détail par infraction. Quelques chiffres provenant de sept juridictions de la région parisienne sont présentés dans ce rapport (les parquets de Paris, Créteil, Bobigny, Nanterre, Pontoise, Évry et Versailles traitent environ un quart de l'ensemble des affaires de stupéfiants en France). Ces données, non publiées, ont été exploitées précédemment

dans : OFDT, *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*, Paris, OFDT, 2003, 390 p. (<http://www.int.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eval0.htm>).

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice, Édition 2004*, Paris, La Documentation française, 2004, 371 p.

CDT : Consultation de dépendance tabagique

Laboratoire SPIM (Faculté de médecine Broussais/Hôtel Dieu)

Le projet CDT, Consultation de dépendance tabagique, est né en 2001 de la volonté du ministère de la Santé d'évaluer l'activité des consultations de tabacologie au sein des établissements hospitaliers français. L'évaluation des centres est basée sur l'informatisation du dossier de tabacologie, élaboré selon les avis conjoints d'un comité d'experts et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Ce dossier est un support pour le médecin destiné à établir le diagnostic de dépendance tabagique, mener la première consultation d'aide au sevrage et permettre un suivi personnalisé de ces patients. Ce dossier est rempli pour chaque nouveau patient. Quelques résultats concernant 13 000 dossiers, enregistrés entre 2001 et 2003, sont présentés sur le site internet du projet : profil des nouveaux patients, dépendance tabagique et autres pathologies (dépendance à l'alcool, anxiété, dépression, maladies cardio-vasculaires ou respiratoires). Des résultats plus détaillés devraient être publiés courant 2005. En 2004, le projet a été interrompu pour cause de restructuration du dispositif. Il devrait reprendre dès 2005.

Pour en savoir plus : <http://cdt.hegp.bhdc.jussieu.fr/index.jsp>

CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) du ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du Casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire les concepts d'infraction principale et d'infraction(s) associée(s). L'infraction principale est en principe la plus grave, bien qu'il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fournis dans le procès-verbal (un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). Dans la statistique en infraction principale, de nombreuses infractions d'usage de stupéfiants restent donc cachées dès lors qu'elles ne sont pas inscrites en tête de la liste des infractions. L'analyse des infractions associées permet de recenser l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction d'usage, quel que soit son rang d'apparition sur la liste des infractions. Elle permet également de mettre en évidence les associations d'infractions les plus fréquentes et les peines prononcées pour chaque cas d'association. Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice, édition 2004*, Paris, La Documentation française, 2004, 371 p.

Consultants des CCAA : Consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

Étude épidémiologique réalisée chaque année dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie gérés par le réseau de l'ANPAA en partenariat avec une équipe d'épidémiologie en santé mentale de l'INSERM. Tout au long de l'année, chaque nouveau

consultant des structures mentionnées fait l'objet d'un recueil d'informations (données sociodémographiques, antécédents, bilan clinique, renseignements relatifs à l'alcoolisation, type de demande, etc.). Les centres participant à cette étude utilisent un logiciel commun de gestion des dossiers patients, ce qui permet d'extraire automatiquement les données épidémiologiques traitées par l'INSERM. En 2002, le recueil d'informations a été réalisé auprès d'environ 22 200 nouveaux consultants.

Pour en savoir plus : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), *Consultants des CCAA 2002*, Paris, ANPAA, 2003, 28 p.

Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues

Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti de tests sanguins) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues par injection et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des pratiques à risques. Financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida, hépatites virales B et C (ARNs), elle est réalisée en partenariat avec l'Institut national d'études démographiques (INED), le Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société (CESAMES) et le Centre national de référence de Tours.

Une étude de faisabilité a été menée en 2002 à Marseille auprès de 167 injecteurs ou sniffers au moins une fois dans la vie. La première édition de l'étude s'est déroulée en 2004 à Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection et/ou le sniff au moins une fois dans la vie. Ces personnes ont été recrutées dans diverses structures (hébergements, centres de soins, dispositifs de réduction des risques, cabinets de médecine générale). Elles appartiennent donc à des groupes aux niveaux de risques diversifiés.

La périodicité de cette étude n'est pas encore connue.

Pour en savoir plus : EMMANUELLI (J.) et JAUFFRET-ROUSTIDE (M.), *Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)*, Saint-Maurice, InVS, 2003, 80 p.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) ; Organisme responsable et financeur : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

DRAMES est un outil de recueil des décès liés à l'abus de substances ou de médicaments psychotropes. Il recense les cas de décès dus à l'abus de médicaments et de substances signalés par les différents laboratoires partenaires réalisant des analyses toxicologiques dans le cadre médico-légal. DRAMES permet l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes pharmacodépendantes ou ayant fait un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non, à l'exclusion de l'alcool ou du tabac. Depuis 2002, un recueil prospectif des cas de décès est mené (7 laboratoires participaient en 2002, 9 en 2003). Les informations recueillies pour chaque décès renseignent sur : les caractéristiques des sujets concernés (antécédents, pathologie, âge, sexe, stade d'évolution de l'abus), les circonstances de la prise mortelle (volontaire ou accidentelle, collective ou solitaire) et les résultats de l'autopsie et des analyses pratiquées.

Données non publiées.

Enquête auprès des consultations de tabacologie

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) / Office français de prévention du tabagisme (OFT)

En 2003, et pour la troisième année consécutive, cette enquête a été réalisée une semaine donnée (en janvier) auprès de 210 consultations hospitalières et 73 consul-

tations non hospitalières (taux de réponses de respectivement 82 et 48 %). Le terme de « consultation de tabacologie » désigne une consultation d'aide au sevrage qui a recours, comme méthode principale, à un mode de prise en charge recommandé par la conférence de consensus de 1998, en particulier à la substitution nicotinique. Le questionnaire envoyé à chaque structure porte sur le nombre de patients venus au cours de la semaine d'enquête (en distinguant les premières consultations, le suivi de sevrage, les femmes enceintes et les patients hospitalisés), les délais d'attente, les outils de diagnostic utilisés (test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine, dépistage des troubles dépressifs ou anxieux, dossier médical développé par l'INPES et marqueurs biologiques de la dépendance au tabac) et les informations relatives à la structure (moyens en personnel notamment). Les résultats de l'année 2004 devraient être publiés en 2005.

Pour en savoir plus : JEAN-FRANÇOIS (M.) *et al.*, « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003 », *BEH*, n° 22-23, 2003, p. 108.

Enquête sur les traitements de substitution en prison

Direction générale de la santé (DGS)/Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

L'enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, menée par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a été reconduite, un jour donné, en février 2004, après trois exercices similaires, en mars 1998, novembre 1999 et décembre 2001. L'enquête s'appuie sur un questionnaire adressé à tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire relevant du secteur public hospitalier (Unité de consultation et de soins ambulatoires – UCSA, Service médicopsychologique régional – SMPR – ou secteurs de psychiatrie générale).

La première partie du questionnaire concerne les personnes détenues présentes dans l'établissement pénitentiaire un jour donné : nombre total d'écroués, de traitements de substitution en cours, de traitements initiés ou poursuivis en milieu carcéral. La seconde partie du questionnaire concerne les personnes détenues entrées dans l'établissement pénitentiaire durant la période du 1^{er} janvier au 1^{er} février 2004 : elle donne le nombre total d'entrants, de personnes sous substitution au moment de l'incarcération, de traitements interrompus et de sevrages entrepris.

Pour en savoir plus : résultats à paraître en 2005.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête mesure les opinions et les perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Les enquêtés sont également interrogés sur leurs consommations. EROPP 2002 constitue le second exercice, la première enquête ayant été menée en 1999. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon constitué par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération) de 2 009 personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatives de la population française métropolitaine. Les données ont été recueillies entre le 28 novembre et le 13 décembre 2001 par l'institut de sondage SOFRES. Un autre échantillon comprenant 201 individus possédant un téléphone portable, mais pas de ligne fixe, a également été interrogé, afin d'évaluer l'impact d'une telle lacune sur la base de sondage.

Pour en savoir plus : BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATTEL (P.), *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002*, Paris, OFDT, 2003, 228 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Direction centrale du service national (DCSN)

L'enquête ESCAPAD se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), qui remplace désormais le service national. Une fois par an, dans toute la France, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme d'une vingtaine de minutes centré sur leur santé, leur mode de vie et leurs consommations de substances psychoactives licites ou illicites. En 2003, ce fut le cas de 21 151 jeunes : 15 710 en métropole, 4 138 dans les départements d'outre-mer et, pour la première fois, de 1 303 jeunes résidant dans les collectivités d'outre-mer du Pacifique (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française). Ces adolescents, âgés de 17-18 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, mais certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures. Les dates de la passation (10 et 14 mai en 2003) sont choisies de façon à éviter les examens scolaires et tout autre événement susceptible de biaiser l'échantillon. Depuis 2000, cette enquête a été réalisée tous les ans, sur la base d'un questionnaire fixe, pour permettre des comparaisons fiables dans le temps.

Pour en savoir plus : BECK (F.), LEGLEYE (S.) et SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>).

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, U472)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)/Ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche (MJENR)

Cette enquête en milieu scolaire a été menée au premier semestre 2003 dans trente cinq pays européens sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux drogues. Ce projet est soutenu par le Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Reconduite tous les quatre ans à la même époque (mais pour la seconde fois en France), ESPAD permet de suivre les tendances de consommations en France et au niveau européen. En 2003, le recueil des données a eu lieu comme en 1999, de mars à mai. 16 833 élèves sélectionnés après stratification et tirage au sort des classes ont répondu individuellement à un auto-questionnaire passé en classe, en présence d'un professionnel de santé.

Pour en savoir plus : CHOQUET (M.) *et al.*, « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis 10 ans », *Tendances*, n° 35, 2004, p. 1-6 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm>). HIBELL (B.) *et al.*, *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450 p.

Estimation nationale du nombre d'usagers problématiques de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'application de la méthode « capture-recapture », particulièrement indiquée pour travailler sur des populations difficiles d'accès, permet de disposer d'estimations locales du nombre d'usagers problématiques de drogues dans plusieurs villes de France. Le principe de cette méthode consiste, à partir des recoupements entre groupes d'usagers enquêtés dans différents points d'observation (centres de soins, structure de première ligne, hôpital...), à faire une estimation des personnes qui en sont absentes. La somme des usagers rencontrés et l'évaluation des absents permettent une estimation du nombre d'usagers de drogues sur la zone géographique considérée.

Ces prévalences locales sont ensuite utilisées pour réaliser une extrapolation au niveau national. L'OFDT obtient ainsi une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en rapportant le nombre connu de toxicomanes pris en charge par le système de soins français à la proportion estimée localement de toxicomanes pris en charge par les structures de soins. Cette méthode « multiplicateur/référence » est également appliquée au nombre d'usagers problématiques de drogues enregistrés par les services de police. Une dernière méthode est utilisée : celle des indicateurs multiples. Il s'agit de réaliser une régression multiple à l'aide des estimations locales et d'une série de facteurs explicatifs indirects et d'utiliser ensuite les valeurs nationales de ces mêmes indicateurs indirects pour prédire le nombre d'usagers problématiques de drogues sur l'ensemble du pays.

Pour en savoir plus : COSTES (J.-M.), « Country report : France », in *National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000*, vol.II, Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003, p.33-49. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

Fichier des infractions au Code de la route

Direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPJA) du ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

Bilan de l'ensemble des infractions au Code de la route verbalisées par les forces de l'ordre et détaillées suivant les infractions relatives à la limitation de vitesse, les contrôles spécifiques (casques, ceintures, feux rouges, stops...) et les résultats de l'alcoolémie au volant. Les informations sont présentées par mois et en fonction des services chargés de la verbalisation (sécurité publique, compagnies républicaines de sécurité, police aux frontières, préfecture de police, gendarmerie nationale). Les chiffres sont disponibles sur Internet.

Pour en savoir plus : Direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPJA) du ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, *Les infractions au Code de la route, année 2003*, Paris, 2004 (http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a3_statistiques/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere/ et http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere/a71_bilans_departementaux?theme=2003).

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Le fichier recense les informations recueillies par les forces de l'ordre sur tous les accidents corporels. Ces éléments sont consignés par le service de police et de gendarmerie compétent (selon le lieu de survenue de l'accident) dans un BAAC (Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), organisé en quatre grands chapitres : caractéristiques de l'accident, du lieu de l'accident, des véhicules et des usagers impliqués (y compris les résultats de leur alcoolémie). Les BAAC sont centralisés, puis transmis à l'ONISR qui constitue ainsi le fichier national des accidents corporels de la circulation routière et en assure la gestion, la qualité et l'exploitation.

Pour en savoir plus : Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2003*, Paris, La Documentation française, 2004, 240 p. (<http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/observatoire/>).

FNAILS : Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAILS, sauf les infractions constatées par les services des douanes n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal. L'OCRTIS étant destinataire par ailleurs des

procédures, elles sont utilisées pour requalifier certaines données fournies par les services de police (ce qui explique un certain décalage entre cette statistique et celle sur la criminalité et la délinquance constatées en France, publiée par la police nationale et la gendarmerie nationale).

Le FNAILS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international) et aux saisies. Le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » qui est retenue.

Le FNAILS enregistre également les décès par surdoses portés à la connaissance des services de police (normalement tous les décès par surdosage ou les accidents mortels directement liés aux conditions d'administration de la substance, parmi les morts jugées suspectes par le médecin ayant constaté le décès et occasionnant donc l'ouverture d'une procédure judiciaire). Les variables renseignées ont trait aux caractéristiques sociodémographiques de la personne décédée, au lieu du décès (voie publique, domicile, hôpital, etc.) et aux produits en cause (pas forcément identifiés dans la procédure transmise à l'OCRTIS).

Pour en savoir plus : Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003*, Nanterre, OCRTIS, 2004, 112 p.

FND : Fichier national des détenus

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice

Depuis 1993, la statistique de l'exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l'année, c'est-à-dire le nombre d'entrants et de sortants des établissements pénitentiaires entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année, pour chaque infraction. La différence entre les entrées et les sorties permet également de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée.

Une nouvelle version du FND est en cours d'application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l'origine de cette sanction, alors que seule l'infraction principale était retenue auparavant. Cependant, l'état actuel de l'application ne permet pas de repérer le rang et le nombre total d'infractions reprochées. Les données de 2003 sont donc pour l'instant moins intéressantes. Le nombre d'incarcérations pour usage de stupéfiants en infraction principale ou en infraction unique n'est pas encore connu. Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l'usage, provocation à l'usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l'ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé.

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice, édition 2004*, Paris, La Documentation française, 2004, 371 p.

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Le programme OPPIDUM est un système de surveillance épidémiologique de l'évolution de la consommation des stupéfiants et des psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage) organisé sous la forme d'une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux toxicomanes réalisée au niveau national depuis 1995. Ce programme a été développé par le réseau des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP).

Le protocole de cette enquête prévoit l'inclusion de tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution, se présentant dans les structures d'accueil et de soins au cours du mois d'octobre. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques du sujet inclus (données sociodémographiques, conduites addictives associées, participation à un traitement de substitution) et sur chacun des produits consommés au cours des sept derniers jours (description du ou des produits, mode d'obtention et de consommation, effet recherché et signes de dépendance).

En 2003, 99 centres ont participé à l'enquête, essentiellement des CSST mais également quelques équipes hospitalières de liaison, des médecins généralistes et un certain nombre d'autres structures. 3 299 patients ont été inclus dans l'enquête, correspond à 6 994 substances psychoactives consommées.

Pour en savoir plus : CEIP de Marseille, OPPIDUM, *Résultats de l'enquête 15 (octobre 2003)*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2004, 13 p.

OSIAP : Ordonnances suspectes indicateurs d'abus et de pharmacodépendance

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

OSIAP est un système de recueil permettant d'identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances falsifiées présentées en pharmacie d'officine et de déterminer le palmarès des médicaments les plus détournés aux niveaux régional et national par rapport aux chiffres de vente. Une ordonnance falsifiée correspond à une ordonnance qui n'est pas la traduction d'une prescription médicamenteuse selon les critères réglementairement admis. Depuis 2001, une collecte exhaustive se déroule chaque année au mois de mai et novembre auprès de réseaux sentinelles de pharmaciens d'officine, selon une méthode unique. Chaque ordonnance suspecte donne lieu au recueil de la spécialité en cause, du critère de suspicion et des caractéristiques démographiques du demandeur.

Pour en savoir plus : LACROIX (I.) et LAPEYRE-MESTRE (M.), *Rapport OSIAP 2003, Ordonnances suspectes indicateurs d'abus et de pharmacodépendance*, Toulouse, CEIP de Toulouse, 2004, 70 p.

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. Pour les séjours hospitaliers MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le résumé de sortie standardisé (RSS). Sur chaque RSS sont notamment mentionnés un diagnostic principal et éventuellement des diagnostics associés, codés selon la 10^e classification internationale des maladies (CIM10). C'est cette information qui a été utilisée ici pour attribuer un séjour à une cause, en l'occurrence à la consommation d'un produit.

Il faut noter que cet outil n'a pas un objectif de connaissance épidémiologique, mais d'estimation des moyens nécessaires aux hôpitaux selon les pathologies prises en charge par chacun. Ainsi, les règles d'attribution d'un diagnostic principal à un séjour ne favorisent pas la connaissance de l'origine de la pathologie ayant entraîné le séjour, mais l'identification de la pathologie la plus coûteuse au cours du séjour. Cependant, et en dépit de ces limites, l'origine de pathologies telle que la cirrhose du foie, marqueur classique du niveau d'imprégnation alcoolique chronique de la population, est le plus souvent précisée dans le diagnostic. Ces données peuvent donc constituer des indicateurs de l'évolution des recours aux soins hospitaliers liés à certains produits.

Pour en savoir plus : <http://www.atih.sante.fr>

Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie : Exploitation du rapport d'activité type des structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1994, la DGS a établi un rapport d'activité type pour les structures spécialisées en alcoologie financées par l'État jusqu'en 1998, puis par la sécurité sociale depuis 1999. L'objectif de ce recueil d'information est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient, mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure. Les questions, en nombre réduit, portent sur les aspects sociodémographiques, sur l'alcoolisation et sur l'orientation vers la structure. En 2002, 146 entités juridiques du dispositif spécialisé alcool ont renvoyé un rapport d'activité exploitable. Ces structures ont déclaré avoir accueilli près de 87 000 consultants (buveurs ou proches des buveurs) dont un peu moins de 40 % de nouveaux consultants buveurs qui seuls sont décrits plus en détail.

Pour en savoir plus : PALLE (C.) et MARTIN (D.), *Le Dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 2002*, Saint-Denis, DGS/OFDT, 2004, 20 p. (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dispc_alc.htm).

Rapports d'activité des CSST : Exploitation des rapports d'activité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST remplissent chaque année un rapport d'activité type qui est envoyé à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil d'informations est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure. Pour l'année 2002, les rapports de 169 CSST en ambulatoire ont pu être intégrés dans la base, ce qui correspond à un taux de réponses d'un peu plus de 80 %. Les rapports manquants ne sont pas parvenus à la DGS, ou bien ne sont pas conformes au rapport type et n'ont donc pas pu être exploités.

Pour en savoir plus : PALLE (C.) et BERNARD (C.), *CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 1998-2002. Exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 32 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst02.htm>)

Registre des cancers

Association des registres français des cancers (FRANCIM)

L'enregistrement de l'incidence des cancers en France (nombre de nouveau cas, rapporté à l'ensemble de la population) repose sur des registres départementaux. Débuté en 1975 dans le Bas-Rhin, cet archivage s'est progressivement étendu : en 2000, il existait 9 registres généraux (tous cancers) et 7 registres spécialisés dans certains types de tumeurs, couvrant environ 13 % de la population française. Chaque cas diagnostiqué dans le département couvert par un registre est notifié dans celui-ci. Les données sont ensuite versées dans une base commune gérée par FRANCIM et le service de biostatistique du CHU de Lyon.

Cette base n'est pas représentative des taux d'incidence français, les régions fortement touchées par le cancer y étant surreprésentées. Le calcul de taux d'incidence au plan national par FRANCIM passe donc par des modélisations des rapports incidence/mortalité (la mortalité étant disponible pour la France entière).

Pour en savoir plus : REMONNET (L.) et al., « Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000 », *BEH*, n° 40-41, 2003, p. 190-193 (<http://www.invs.sante.fr/beh/>).

Registre national des causes de décès

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépi-DC) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Le service Cépi-DC (anciennement SC-8) de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la Classification internationale des maladies (CIM). Les causes médicales de décès codées avec la CIM9 jusqu'en 1999 sont, depuis l'année 2000, enregistrées selon la CIM10.

Il faut savoir que les informations relatives aux causes de décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM. Ces décès restent classés en cause inconnue, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier les morts violentes et les décès par surdose).

Pour en savoir plus : <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080> ; voir également le protocole européen de sélection des causes de décès liés à l'usage de drogues <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>

Saisies de tabac : Saisies de tabac par les services des douanes

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) du ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie

Dans son activité de lutte contre la fraude, la douane réalise des saisies de cigarettes, introduites illégalement sur le territoire (contrebande) et, plus rarement, des saisies de cigarettes de contrefaçon. Ces chiffres sont une mesure exhaustive de l'activité de contrôle de la douane, mais ne fournissent pas une mesure exhaustive du phénomène de contrebande ou de contrefaçon de cigarettes en France. Seule une partie des produits introduits illégalement en France sont effectivement appréhendés par les services douaniers. Cette part n'est pas chiffrée.

Pour en savoir plus : Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), *La douane en 2003*, Paris, 2004, 39 p.

Score santé : site commun d'observation régionale en santé

Ministère de la Santé et de la protection sociale/Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)/Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)/Institut de veille sanitaire (InVS)/Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)/Mutualité sociale du monde agricole et rural (MSA)/Assurance maladie des professions indépendantes

Le site commun d'observation régionale en santé réunit un certain nombre d'indicateurs de santé régionaux et départementaux, répartis en cinq grands thèmes (population et modes de vie, état de santé des populations, pathologies, comportements et environnements, soins et prévention), eux-mêmes divisés en thèmes et sous-thèmes à l'intérieur desquels se trouvent les indicateurs. Il réunit également quelques données infradépartementales, sur quatre thèmes (causes de décès, morbidité, santé de l'enfant et santé de la femme).

Le site est financé par le ministère de la Santé et de la protection sociale et la CNAMTS. Son pilotage est assuré par une équipe projet, sous la responsabilité d'un comité de pilotage et avec l'appui d'un comité scientifique.

La FNORS est chargée de la maintenance et de l'évolution du site et s'appuie pour cela sur les compétences du réseau des ORS en France et sur les experts des domaines concernés, ce qui permet une cohérence nationale du travail, assortie d'une validation des informations dans toutes les régions.

Pour en savoir plus : <http://www.fnors.org/Score/accueil.htm>

SIAM : Système d'information de l'assurance maladie

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Il s'agit des bases de données du régime général de l'assurance maladie, dans lesquelles sont enregistrés, dans chaque caisse primaire, les soins remboursés à chacun des bénéficiaires : actes, examen, médicaments. Les médicaments enregistrés dans les bases sont ceux délivrés en ambulatoire, qu'ils aient été prescrits en médecine de ville ou à l'hôpital. Pour chaque délivrance sont notamment accessibles les informations suivantes : spécialités remboursées (identifiées par le code CIP), dosages unitaires, nombre de boîtes délivrées, identification du patient et du prescripteur. Ces bases de données contiennent en outre des informations administratives et comptables sur les bénéficiaires des prestations, sur les professionnels de santé et sur les montants remboursés. L'exploitation de ces données dans une optique épidémiologique nécessite leur anonymat et fait l'objet d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Pour en savoir plus : <http://www.ameli.fr/>

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Institut de veille sanitaire (InVS)

Le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution, initié par la Direction générale de la santé et développé par l'Institut de veille sanitaire, a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution. Ces données sont transmises par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS) pour l'industrie pharmaceutique. En rapportant ces données à la population des 20-39 ans, dans laquelle se retrouvent l'essentiel des usagers de drogues, on obtient des indicateurs permettant des comparaisons au niveau régional et départemental. Par ailleurs, SIAMOIS permet de confronter sur une base annuelle ces données au nombre des nouveaux cas de sida liés à l'injection de drogues (données InVS), aux interpellations pour usage d'héroïne et de cocaïne (données OCRTIS) et au nombre de décès par surdose (données OCRTIS).

Pour en savoir plus : EMMANUELLI (J.), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*, (2 tomes), Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 et 93 p. (<http://www.invs.sante.fr/>).

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

SINTES est un dispositif de recueil et d'analyse des drogues de synthèse mis en place en 1999 par l'OFDT. Les échantillons sont collectés :

- par des acteurs de prévention ou de soins auprès des usagers dans divers milieux (concerts, bars, milieu festif...). Des informations sur le contexte de consommation et le profil des consommateurs sont alors également recueillies ;
- par les services répressifs, qui transmettent le résultat des analyses toxicologiques réalisées sur les saisies dès qu'une drogue synthétique est repérée.

Les échantillons de produits sont analysés par les laboratoires de la police, des douanes ou par l'un des trois laboratoires de toxicologie des hôpitaux partenaires du dispositif. SINTES produit alors deux types de données :

- les résultats d'analyses physico-chimiques des échantillons : composition des produits, teneur en principes actifs, produits excipients ;
- les informations relatives au contexte de consommation : type d'événement, profil des consommateurs, appellation et prix du produit, etc. Ce dernier point constitue le caractère original de la base de données.

De 1999 à la fin du premier trimestre 2004, plus de 9 000 échantillons de produits de synthèse collectés ont été intégrés à la base.

Pour en savoir plus : GIRAUDON (I.) et BELLO (P.-Y.), *Regards sur l'ecstasy et d'autres produits de synthèse en France*, Paris, OFDT, 2003, 213 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ecstasy.htm>).

Également : <http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/index.htm>

BELLO (P.-Y.), et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 271 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).

Statistiques des ivresses publiques et manifestes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de : Direction centrale de la sécurité publique, Préfecture de police de Paris et Direction générale de la gendarmerie nationale

L'ivresse publique et manifeste est une contravention de la 2^e classe réprimée par l'article R3353-1 du code de santé publique. Le mode de comptage de l'infraction est différent selon les organismes qui la constatent :

- Gendarmerie nationale : nombre d'infractions commises après dégrisement et audition de la personne ;
- Police nationale : nombre d'interventions de police secours ayant pour motif l'ivresse publique et manifeste, le nombre d'infractions lui-même ne fait pas l'objet d'une comptabilisation spécifique ;
- Préfecture de police de Paris (nombre de contraventions dressées après complet dégrisement de la personne et dépistage de l'imprégnation alcoolique). Les cas ne donnant pas lieu à procès-verbal d'infraction ne sont pas comptabilisés. Ces trois sources sont rassemblées par l'OFDT pour avoir une estimation nationale du nombre d'infractions pour ivresse publique et manifeste.

Données non publiées.

Surveillance de l'hépatite C au niveau national à partir des pôles de référence volontaires

Institut de veille sanitaire (InVS)

Ce réseau de surveillance développé par l'InVS a pour objet la surveillance des patients nouvellement pris en charge dans les « pôles de référence volontaires » afin de suivre l'évolution des caractéristiques cliniques, épidémiologiques et virologiques des patients à leur première prise en charge. Les pôles de référence de l'hépatite C sont des services d'hépatologie situés dans des centres hospitaliers universitaires. La surveillance permanente a démarré le 1^{er} avril 2000, s'appuyant sur 23 pôles volontaires parmi les 30 existants (actuellement 31). Elle recense les patients anti-VHC positif consultant ou hospitalisé pour la première fois dans un pôle de référence volontaire ou dans un service appartenant au réseau inter-hospitalier du pôle. Les données recueillies pour chaque patient anti-VHC positif sont les suivantes : âge, sexe, date du premier contact pour l'hépatite C avec le réseau, modalité de découverte, facteurs de risques, données permettant l'estimation du stade de la maladie et facteurs de gravité.

Entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 décembre 2001, 2 063 patients ont été pris en charge pour la première fois dans l'un des 23 pôles de référence volontaires.

Pour en savoir plus : DELAROCHE-ASTAGNEAU (E.) et al., « Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaire, 2000-2001 », *BEH*, n° 16-17, 2003, p. 90-93 (<http://www.invs.sante.fr/>).

Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. La notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (séropositivité VIH) a été mise en place en mars 2003.

Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. Les notifications du sida sont transmises par les seuls médecins.

Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à la DDASS puis transmises à l'InVS. La création du code d'anonymat se fait à l'aide d'un logiciel, à partir de la date de naissance, du prénom et de l'initiale du nom de la personne.

Pour en savoir plus : LOT (F.) et al., « Premier résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 », *BEH*, n° 24-25, 2003, p. 102-110 (<http://www.invs.sante.fr/>).

Tableau de bord mensuel Tabac

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de : Altadis, Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Drogues alcool tabac info service (DATIS) et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

Mis en place en avril 2004, ce tableau de bord regroupe chaque mois une vingtaine d'indicateurs relatifs au tabac, produits par ailleurs : ventes de cigarettes, prix de la cigarette la plus vendue, taux de taxation, nombre et quantité de tabac saisie, ventes de substituts nicotiques (dont timbres transdermiques, formes orales et Zyban®), nombre d'appels traités par les lignes spécialisées de téléphonie sociale, nombre d'articles traitant du tabac parus dans la presse nationale, coût et ampleur des campagnes d'information relatives au tabac menées par l'INPES ainsi que des informations sur les consultations de tabacologie (nombre moyen de patients accueillis, pourcentage de nouveaux patients, pourcentage de nouveaux patients adressés par un professionnel de santé et pourcentage de nouveaux patients incités par une action de communication). Ces dernières informations sont directement produites par l'OFDT sur la base d'un questionnaire rempli quotidiennement par une vingtaine de structures (réseau RIACT : Réseau d'information sur l'activité des consultations de tabacologie).

Pour en savoir plus : http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_pres.htm

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants, mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place. L'observation est menée sur deux espaces sociaux, qui, bien que non représentatifs de l'usage de drogues illicites en France, sont considérés comme innovateurs en termes d'usage de nouveaux produits et de nouvelles modalités d'usage :

- l' « espace urbain » qui permet d'observer des personnes ayant en général un usage problématique de drogues illicites, recouvre essentiellement le dispositif des structures d'accueil dites de première ligne – boutiques et programmes d'échange de seringues – et les lieux « ouverts » tels la rue et les squats ;
- l' espace festif désigne les lieux où se déroulent des événements festifs, le plus souvent mais pas exclusivement, relevant de la culture techno et ce quel que soit le type d'événements, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un *teknival*, d'une *free-party* voire d'une soirée privée.

Le dispositif TREND s'appuie sur un recueil continu d'informations qualitatives et quantitatives provenant : d'un réseau de 12 sites en 2003 (en France métropolitaine –

Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et en outre-mer – Guyane, Martinique et Réunion) dotés d'une stratégie commune de collecte et d'analyse des données ; du système SINTES (voir ci-dessus) ; d'investigations spécifiques (enquêtes portant sur l'approfondissement d'une thématique identifiée par le dispositif, l'exploration d'un espace social particulier ou l'élaboration de nouveaux outils d'observation) et sur les informations des systèmes d'information partenaires (OPPIDUM, SIAMOIS, ESCAPAD, EROPP, FNAILS).

Pour en savoir plus : BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 271 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).

TREND/Première ligne : Enquête quantitative réalisée auprès des usagers des structures de « première ligne »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Complétant les observations sur les sites TREND dans l'« espace urbain », cette enquête est réalisée chaque année depuis 2001 auprès d'usagers de structures de « première ligne » (boutiques et programme d'échange de seringues) des sites couverts par TREND. Le questionnaire évolue légèrement chaque année pour prendre en compte les remarques émises l'année précédente. Le recueil d'information se déroule pendant quelques semaines. Le questionnaire fermé aborde la description sociodémographique de la personne, quelques éléments de son état de santé et ses consommations de produits psychoactifs. En 2003, 1 082 personnes ont été interrogées dans neuf villes de France et dans trois départements d'outre-mer. Ces personnes ne sont pas forcément représentatives de la population fréquentant les structures de « première ligne » car la participation à l'enquête repose sur le volontariat des usagers.

Pour en savoir plus : BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 271 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).

TREND/Musique électronique : étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques » (étude de faisabilité)

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (Nice)/Graphiti/Université Toulouse Le Mirail (Toulouse)

L'objectif de cette étude de faisabilité, réalisée pour l'instant dans deux villes de France (Nice et Toulouse), est de produire une méthodologie quantitative permettant de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les consommations de substances psychoactives des personnes qui fréquentent l'espace festif « musiques électroniques ». Des investigations ethnographiques préalables permettent d'établir une typologie des événements et des sous-populations à investiguer. Un plan de sondage est alors établi pour sélectionner le nombre et les caractéristiques des répondants (sexe et âge). Le questionnaire, passé en face à face, aborde les pratiques festives, les pratiques de consommation de substances psychoactives, leur accessibilité/proximité, les conduites à risques et les caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées. Pour cette enquête de faisabilité, 596 questionnaires ont été passés à Nice et Toulouse entre novembre 2003 et juin 2004. Cette enquête est financée par l'OFDT.

Pour en savoir plus : REYNAUD-MAURUPT (C.), AKOKA (S.) et CHAKER (S.), « Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques" : compte rendu intermédiaire », dans BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, p. 231-252 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).

Ventes d'alcool : ventes d'alcool en litre d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de : Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fédération française des spiritueux

Les quantités d'alcool pur équivalentes au volume de boissons alcoolisées consommées par les personnes présentes sur le territoire français au cours de l'année sont calculées à partir des volumes de boissons soumis à taxation. Connaissant les recettes fiscales et les taux de taxation par type de boissons alcoolisées, il est en effet possible de reconstituer la consommation taxée par type de boissons. Il faut ensuite appliquer les titrages moyens en alcool pour obtenir des quantités équivalentes d'alcool pur par catégorie de boissons. Le montant des recettes fiscales est fourni depuis 1992 par la Direction générale des douanes et des droits indirects et auparavant par la Direction générale des impôts.

À cette consommation taxée, il faut ajouter la consommation non taxée qui peut se décomposer en autoconsommation (produits de l'exploitation viticole consommée par l'exploitant) et en ventes non déclarées (fraude). Si l'autoconsommation peut être évaluée selon des méthodes fiables, le montant des boissons écoulées en fraude est plus difficile à établir.

Actuellement, plusieurs organismes fournissent des données sur les ventes d'alcool exprimées en litres d'alcool pur. Les chiffres proposés ne sont pas identiques en raison principalement des différences de convention adoptée en ce qui concerne l'estimation de l'autoconsommation et de la fraude. Une démarche est en cours pour que soit déterminé un chiffre officiel unique pour la France. En attendant ces données, l'OFDT a choisi d'utiliser la série statistique proposée par l'OMS pour les années 1961 à 1989, puis la série statistique proposée par la Fédération française des spiritueux entre 1990 et 2003.

Pour en savoir plus : GOT (C.), WEILL (J.) (eds.), *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan, 1997, 350 p.

Ventes de médicaments

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Tous les ans, les professionnels de chaque firme de l'industrie pharmaceutique sont tenus de déclarer leur chiffre d'affaires et leurs ventes à l'AFSSAPS. Il s'agit d'une statistique des sorties des industriels vers les grossistes répartiteurs de médicaments, en métropole uniquement. Les ventes sont exprimées en « unités de vente » (nombre de boîtes de médicaments vendues) ce qui pose le problème des variations de conditionnement d'un produit à l'autre. Les ventes des médicaments destinés au milieu hospitalier sont distinguées de celles destinées aux officines de ville (du fait notamment de modes de conditionnement des produits très différents). Pour les médicaments psychotropes évoqués dans cet ouvrage (anxiolytiques/hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques), les ventes aux hôpitaux sont très inférieures à celles aux officines et comme l'une et l'autre ne peuvent être additionnées, seules les ventes aux officines sont retenues ici.

Données récentes non publiées.

Pour en savoir plus : CAVALIÉ (P.), *Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux 1999-2001*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2003, 94 p. (<http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/ventmed.pdf>).

Ventes de substituts nicotiques

Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS)

Le GERS centralise des données de ventes de médicaments en provenance des grossistes-répartiteurs. Ces chiffres mesurent donc les livraisons des pharmacies et non les ventes directes aux particuliers. Plus d'une cinquantaine de produits de la désintoxication tabagique sont en vente en France en 2004 (type de produits, marque et

conditionnement différents). Pour les besoins du rapport, les données sont regroupées en vente de timbres transdermiques (*patches*), de formes orales (gommes ou comprimés) et de Zyban®. Les ventes de produits à inhaler, plus rares sur le marché, ne sont pas reprises. Les données du GERS sont payantes. Destinées en priorité à l'industrie pharmaceutique, elles sont néanmoins disponibles pour d'autres établissements après accord des laboratoires pharmaceutiques concernés.

Pour en savoir plus : données non publiées sous forme de rapport mais reprises dans le tableau de bord mensuel sur le tabac : http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_pres.htm

Ventes de tabac

Altadis

Altadis a quasi le monopole de la distribution des produits du tabac en France métropolitaine (hors Corse). Les données provenant d'Altadis mesurent l'approvisionnement des buralistes et non les ventes directes aux consommateurs. Comme les possibilités de stockage sont souvent limitées chez les buralistes, les données d'Altadis sont proches de celles de ventes de tabac au public.

Les statistiques portent sur les quantités livrées pour les différents produits du tabac : nombre de cigarettes manufacturées, de cigares et de cigarillos et quantité (en tonnes) de tabac à fumer (à rouler et pour pipe). Le calcul effectué par Altadis pour estimer la quantité totale de tabac distribuée en France est discuté car il dépend du poids moyen considéré pour une cigarette (1 g suivant le CDIT et 0,8 g suivant C. Hill [57]), pour un cigare (respectivement 1 et 4 g en moyenne) et pour un cigarillo (respectivement 1 et 1,6 g). Ainsi, en 2003, 78 720 tonnes ont été distribuées d'après le CDIT et 69 402 suivant l'autre calcul.

Pour en savoir plus : Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT), « Le tabac en France en 2003 », *Tabac News*, n° 25, 2004, p. 1-16.

Bibliographie

1. CARPENTIER (C.) et COSTES (J.-M.), *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, Paris, DGLDT / OFDT, 1995, 127 p.
2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances, édition 1996*, Paris, OFDT, 1996, 197 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm>).
3. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances, édition 1999*, Paris, OFDT, 1999, 271 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm>).
4. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002*, Paris, OFDT, 2002, 368 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm>).
5. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et SPILKA (S.), « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes. ESCAPAD 2003 », *Tendances*, n° 39, 2004, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend39.htm>).
6. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATTEL (P.), *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002*, Paris, OFDT, 2003, 227 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).
7. GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.), *Baromètre Santé 2000*, vol. Méthode (1) et Résultats (2), Vanves, éditions CFES, 2001, 142 et 474 p.
8. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p. (<http://www.int.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>).
9. COSTES (J.-M.), « Country report : France », dans *National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000*, vol. II, Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003, p. 33-49, (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
10. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), *Rapport annuel 2004, état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2004, 113 p. (<http://annual-report.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>).
11. BECK (F.) et LEGLEYE (S.), « Les adultes et les drogues en France, niveaux d'usages et évolutions récentes », *Tendances*, n° 30, 2003, p. 1-6 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend30.htm>).
12. CHOQUET (M.) et al., « Les substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis dix ans », *Tendances*, n° 35, 2004, p. 1-6 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm>).
13. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et SPILKA (S.), *ESCAPAD 2002-2003. Exploitation régionale*, Saint-Denis, OFDT, 2005 (à paraître).

14. Regional Office for Europe (WHO), *Smoking prevalence in adults (cross country profile) in 2003* (<http://data.euro.who.int/Default.aspx?TabID=2444>).
15. Commission for Distilled Spirits, *World Drink Trends 2004*, Henley on Thames, World advertising research center, 2004, 184 p.
16. HIBELL (B.) et al., *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450 p.
17. BECK (F.) et PERETTI-WATTEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu00.htm>).
18. BECK (F.), *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie : état des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 1980*, Paris, OFDT, 1998, 62 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu00.htm>).
19. PALLE (C.) et BERNARD (C.), *CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 1998-2002*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 30 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst02.htm>).
20. PALLE (C.) et MARTIN (D.), *Lutte contre l'alcoolisme, le dispositif spécialisé en 2002*, Saint-Denis, DGS/OFD, 2004, 19 p. (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/disp_alc.htm).
21. Direction générale de la santé (DGS), *Exploitation des rapports d'activité des structures de première ligne*, Paris, 2000.
22. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, *Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)* (www.atih.sante.fr).
23. GAUTIER (A.) (ed.), *Baromètre Santé médecins - pharmaciens 2003*, Saint-Denis, INPES, 2005 (à paraître).
24. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), *Consultants des CCAA 2002*, Paris, ANPAA, 2003, 28 p.
25. CEIP de Marseille, *OPPIDUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003)*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2004, 13 p.
26. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*, Paris, EDK, 1998, 413 p.
27. JEAN-FRANÇOIS (M.) et al., « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003 », *BEH*, n° 22-23, 2003, p. 108 (http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf).
28. Laboratoire SPIM (Faculté de médecine Broussais/Hôtel-Dieu), *Consultation de dépendance tabagique (CDT)* (<http://cdt.hegp.bhdc.jussieu.fr/jlib/statsFr.jsp>).
29. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Substitution aux opiacés : synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris, OFDT, 2003, 79 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/substit.htm>).
30. COSTES (J.-M.) et al., « Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaitables ? » *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 4 (Suppl.), Texte des experts de la conférence de consensus, Lyon, 23 et 24 juin 2004, 2004, p. 61S-74S.
31. LOPEZ (D.), MARTINEAU (H.) et PALLE (C.), *Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 158 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/mort0704.htm>).

32. COSTES (J.-M.) et CADET-TAÏROU (A.), « Impact des traitements de substitution sur les dix dernières années », *Tendances*, n° 37, 2004, p. 3-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>).
33. CADET-TAÏROU (A.) et CHOLLEY (D.), *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*, Paris, CNAMTS/OFD, 2004, 118 p. (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/sub_reg.htm).
34. PALLE (C.) et al., *CSST 1998-2001 : Exploitation des rapports d'activité type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 51 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).
35. CADET-TAÏROU (A.) et al., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », *Tendances*, n° 37, 2004, p. 1-2 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>).
36. Institut de veille sanitaire (InVS), *Système d'information sur l'accessibilité au matériel officiel d'injection et à la substitution (SIAMOIS)* (données non publiées).
37. BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 277 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).
38. BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. Quatrième rapport national du dispositif TREND*, Paris, OFDT, 2003, 287 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>).
39. MOUQUET (M.-C.), DUMONT (M.) et BONNEVIE (M.-C.), « La santé en prison, un cumul des facteurs de risques », *Études et Résultats*, n° 4, 1999, p. 1-10 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er004.pdf>).
40. MORFINI (H.) et FEULLERAT (Y.), *Enquête DGS-DHOS sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (février 2004)*, Paris, DGS/DHOS, 2005 (à paraître), 6 p.
41. OBRADOVIC (I.), *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 100 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/prisons.htm>).
42. MAGUET (O.) et MICHEL (L.), « Enquête et perspectives à propos des traitements de substitution en milieu carcéral », *Le Flyer, Bulletin de liaison des CSST et médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et structures de soins auprès des usagers de drogues*, n° 14, 2003, p. 11-14 (s'adresser à novam@club-internet.fr).
43. CEIP de Marseille, *OPPIDUM, résultats de l'enquête 14 (octobre 2002)*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2002, 20 p.
44. CLAROUX-BELLOCOQ (D.) et al., « Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'Assurance Maladie », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 34, n° 2, 2003, p. 93-102.
45. BELLO (P.-Y.) et CADET-TAÏROU (A.), « Les mésusage de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004 », *Tendances*, n° 37, 2004, p. 4-7 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>).
46. ESCOTS (S.), « Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage en France, les traitements de substitution en France, résultats récents 2002-2003 », *Tendances*, n° 37, 2004, p. 7-8 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>).

47. ESCOTS (S.) et FAHET (G.), *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France en 2002-2003*, Paris, Graphiti/ORSMIP/OFDT, 2004, 115 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bhd.htm>).
48. Fédération française d'addictologie (FFA) et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution - 23 et 24 juin 2004, Texte des recommandations (version longue)*, Saint-Denis, FFA, 2004, 39 p.
49. Fédération française d'addictologie (FFA), « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », *Alcoologie et addictologie*, vol. 26, n° 4 (Suppl.), 2004, p. 396.
50. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), *Recommandations pour la pratique clinique : réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés*, Saint-Denis, ANAES/AFSSAPS, 2004, 18 p. (<http://www.anaes.fr>).
51. PETO (R.) et al., *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, 2nd ed, CTSU (University of Oxford), 2004 (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>).
52. DOLL (R.) et al., « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors », *British Medical Journal*, vol. 10, n° 328, 2004, p. 15-19.
53. LE BOT (V.), *Quantification de la mortalité par cancer attribuable au tabac en France*, Paris XI, Châtenay-Malabry, 2003, 58 p.
54. BECK (F.) et LEGLEYE (S.), « Le tabagisme en France », *Regards sur l'actualité*, n° 298, 2004, p. 77-87.
55. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), *Base de données Score Santé, site commun d'observation en santé* (<http://www.fnors.org/Score/accueil.html>).
56. REMONTET (L.) et al., « Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000 », *BEH*, n° 40-41, 2003, p. 190-193 (http://www.invs.sante.fr/beh/2003/41_42/beh_41_42_2003.pdf).
57. HILL (C.) et LAPLANCHE (A.), *Le tabac en France, les vrais chiffres*, Paris, La Documentation française, 2004, 139 p.
58. DAUTZENBERG (B.), *Tabagisme passif*, Paris, Direction générale de la santé (DGS), 2001, 109 p.
59. DELCROIX (M.), *La grossesse et le tabac, (Que sais-je ?)*, Paris, PUF, 2004, 127 p.
60. Association périnatalité, prévention, recherche et information (APPRI), *Conférence de consensus, Grossesse et tabac, Lille 7 et 8 octobre*, Lille, APPRI, 2004, 169 p.
61. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Alcool, effets sur la santé, (Expertise collective)*, Paris, INSERM, 2001, 358 p.
62. HILL (C.), « Alcool et risques de cancer », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 30, 2000, p. 14-17.
63. DEHAENE (P.) et al., « Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme foetal en maternité », *Presse Médicale*, vol. 20, n° 21, 1991, p. 1002.
64. Société française d'alcoologie, « Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, recommandations de la Société française d'alcoologie », *Alcoologie et addictologie*, vol. 25, n° 2 (Suppl.), 2003, p. 465-1045.

65. Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), *La sécurité routière en France, bilan de l'année 2003*, Paris, La Documentation française, 2004, 240 p. (<http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/infos-ref/observatoire/accidentologie/le-bilan-de-l.html>).
66. RAMSTEDT (M.), *Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period*, Stockholm, Centre for social Research on Alcohol and Drugs (Stockholm Universitet), 2001 (http://www.fhi.se/shop/material_pdf/ecas_c_6.pdf).
67. Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (Cépi-DC-INSERM), *Registre national des causes de décès* (<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080>).
68. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003*, Nanterre, OCRTIS, 2004, 112 p.
69. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), *Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS)* (données non publiées).
70. Institut de veille sanitaire (InVS), *Recueil des notifications des décès par sida* (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>).
71. Institut de veille sanitaire (InVS) et Centre national de référence pour le VIH, « Premiers résultats du dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 », *BEH*, n° 24-25, 2004, p. 102-110 (http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf).
72. BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.) et GANDILHON (M.), « Observations sur les consommations hors prescriptions médicales de buprénorphine haut dosage », dans BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.) et GANDILHON (M.), *Tendances récentes, Rapport TREND 2001*, Paris, OFDT, 2001, p. 111-118 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu01.htm>).
73. BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.) et GANDILHON (M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*, Paris, OFDT, 2002, 292 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu02.htm>).
74. Institut de veille sanitaire (InVS), *Recueil des notifications des cas de sida* (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>).
75. EMMANUELLI (J.) et JAUFFRET-ROUSTIDE (M.), *Étude multicentrique multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risques de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (InVS), 2003, 80 p.
76. HAURY (B.) et al., « Les nouveaux cycles de traitement pour hépatite C chronique dans les établissements de santé, France, 1999-2001 », *BEH*, n° 16-17, 2003, p. 94-96 (http://www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf).
77. DELAROCQUE-ASTAGNEAU (E.) et al., « Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires, 2000-2001 », *BEH*, n° 16-17, 2003, p. 90-93 (http://www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf).
78. GOUÉZEL (P.) et al., *Co-infection VIH-VHC à l'hôpital, Enquête nationale juin 2001*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (InVS), 2002, 72 p.
79. SIX (C.), HAMERS (F.) et BRUNET (J.-B.), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH et à VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, Rapport global sur les dix semestres d'enquête juillet 1993-juin 1998*, Saint-Maurice, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (CESES), 1999, 93 p.

80. SCLAFER (J.) et al., « Évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les patients vus à la consultation de médecine générale d'un centre de référence pour toxicomanes », *BEH*, n° 7, 2003, p. 41-42 (http://www.invs.sante.fr/beh/2003/07/beh_07_2003.pdf).
81. PACHABÉZIAN (V.) et Le Réseau Rive gauche, *Enquête de pratiques sur les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale, commentaires et recommandations*, Paris, Réseau Rive gauche, 2004, 45 p.
82. WIEVIORKA (S.), « Comorbidités », dans *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, France, Drug situation 2002*, Paris, OFDT, 2003, p. 92-101 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/nr03fr.pdf>).
83. BARROW (S.-M.), « Usage de drogues et comorbidités psychiatriques : synthèse des recherches américaines », *Politique et Société*, vol. 3, n° 25, 1999, p. 1-80.
84. LAQUEILLE (X.), « Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis », *Numéro spécial Toxibase-Crips* : « L'usage problématique de cannabis », n° 12 de la revue Toxibase, n° 70 de la lettre du Crips, 2004, p. 19-27 (http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf).
85. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Cannabis, Quels effets sur le comportement et la santé ?*, (Expertise collective), Paris, INSERM, 2001, 429 p.
86. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Mise à jour 2004 de l'expertise collective : Cannabis, Quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris, INSERM, 2004, 13 p. (<http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/fff931f5e832c85c80256b1300509bc4?OpenDocument>).
87. MALLARET (M.), « Effets somatiques liés à la consommation de cannabis », *Numéro spécial Toxibase-Crips* : « L'usage problématique de Cannabis », n° 12 de la revue Toxibase, n° 70 de la lettre du Crips, 2004, p. 30-40 (http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf).
88. SANSFACON (D.) et al., *Drogues et dommages sociaux. État des lieux*, Saint-Denis, OFDT, 2005 (à paraître).
89. JOUBERT (M.), « Les supports sociaux de la santé dans les conjonctures de précarisation », *Lien social et santé*, séminaire SIRS du 24.04.2003, Paris, 2003 (<http://www.u444.jussieu.fr/sirs/>).
90. FAHET (G.) et al., *Rapport 2003 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde*, Paris, Médecins du monde/ORSMIP, 2004, 144 p.
91. DROUOT (N.) et SIMMONOT (N.), *Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, Paris, Médecins du monde/École de santé publique de Nancy, 2003, 60 p.
92. DE LA BLANCHARDIÈRE (A.) et al., « Étude prospective des caractéristiques médico-psychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002 », *Revue de médecine interne*, vol. 25, n° 4, 2004, p. 264-270.
93. COLLET (M.) et al., « Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé*, n° 63, 2003, p. 1-6 (<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum63.pdf>).
94. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *2004 National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, FRANCE, new development, trends and in-depth information on selected issues*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 116 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxofkb.pdf>).

95. Direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPJ-ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales), *Les infractions au code de la route, année 2003*, Paris, 2004, 82 p. (http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/ai/a7_statistiques_securite_routiere/a72_code_de_la_route?theme=2003).
96. BIECHELER (M.-B.), PEYTAVIN (J.-F.) et GOURLET (Y.), « Recherche de l'alcoolémie dans les accidents corporels de la route et indicateurs d'alcoolisation », *Tendances*, n° 33, 2003, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend33.htm>).
97. BIECHELER (M.-B.), « Les effets du cannabis sur la conduite automobile : une revue des données scientifiques », *Transport environnement circulation (TEC)*, n° 176, 2003, p. 7-17.
98. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Statistiques des ivresses publiques et manifestes, d'après les données de : gendarmerie nationale, police nationale et préfecture de police de Paris* (données non publiées).
99. Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2004*, Paris, La Documentation française, 2004, 371 p.
100. Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG-ministère de la Justice), *Statistiques produites par l'Infocentre national* (données non publiées).
101. Sous-direction de la statistique des études et de la documentation (SDSED-ministère de la Justice), *Extraction spéciale du Casier judiciaire national* (données non publiées).
102. Direction de l'administration pénitentiaire (DAP-ministère de la Justice), *Fichier national des détenus* (données non publiées).
103. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), *Consommation annuelle de boissons alcoolisées* (données non publiées).
104. Fédération française des spiritueux (FFS), *Évolution des volumes de boissons alcoolisées mis en vente et taxés (1990-2003), d'après les données de : DGDDI* (données non publiées).
105. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Adult per capita alcohol consumption (1961-1989)* (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc&language=english).
106. KOPP (P.) et FENOGLIO (P.), *Coûts et bénéfices économiques des drogues*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 121 p. (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eco_drog.htm).
107. Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI-ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie), *Statistiques fiscales, données rassemblées dans un dossier de presse de la Fédération française des spiritueux*, Paris, Fédération française des spiritueux, 2004.
108. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), *Annuaire statistique de la France, édition 2004*, Paris, 2004, 589 p.
109. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), *Consommation effective des ménages* (données non publiées).
110. Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI-ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie), *Statistique des exportations par produits* (données non publiées).
111. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*, (Expertise collective), Paris, INSERM, 2003, 536 p.
112. Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT), « Le tabac en France en 2003 », *Tabac News*, n° 25, 2004, p. 1-16.

113. Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT), *Marché du tabac en France au premier semestre 2004* (communiqué de presse), 2004 (<http://cdit.fr>).
114. Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI-ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie), *La douane en 2003*, Paris, 2004, 39 p.
115. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *2004 World drug report*, Vienne, Nations-Unies/Conseil économique et social, 2004, 442 p. (http://www.unodc.org/unodc/en/worlddrug_report.html).
116. GIRAUDON (I.) et BELLO (P.-Y.), « Informations récentes sur les produits de synthèse circulant en France », *Tendances*, n° 34, 2004, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend34.htm>).
117. GIRAUDON (I.) et BELLO (P.-Y.), *Regards sur l'ecstasy et d'autres produits de synthèse en France*, Paris, OFDT, 2003, 213 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ecstasy.htm>).
118. LEGLEYE (S.), MÉNARD (C.) et BAUDIER (F.), « Alcool », dans GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.), *Baromètre Santé 2000. Résultats* (vol. 2), Vanves, CFES, 2001, p. 123-159.
119. GUILBERT (P.) et PERRIN-ESCALON (H.), *Baromètre Santé Nutrition 2002*, Saint-Denis, INPES, 2004, 259 p.
120. MOUQUET (M.-C.) et VILLET (H.), « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et Résultats*, n° 192, 2002, p. 1-11 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er192.pdf>).
121. PEREZ-DIAZ (C.), « Alcool et délinquance », *Tendances*, n° 9, 2000, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend.htm>).
122. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et OBRADOVIC (I.), « De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Éléments de comparaisons internationales », *Numéro spécial Toxibase-Crips : « L'usage problématique de cannabis »*, n° 12 de la revue Toxibase, n° 70 de la lettre du Crips, 2004, p. 8-18 (http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf).
123. BECK (F.) et LEGLEYE (S.), « Les jeunes et le cannabis », *Regards sur l'actualité*, n° 294, 2003, p. 53-65.
124. BECK (F.) et LEGLEYE (S.), *Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002*, Paris, OFDT, 2003, 164 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap02.htm>).
125. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATTEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu00.htm>).
126. COSTES (J.-M.) et al., « Épidémiologie des usages de cannabis », *La revue du praticien*, vol. 55, 2005, p. 17-22.
127. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), *An overview of cannabis potency in Europe*, (EMCDDA Insights n° 6), Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2004, 71 p. (<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=429&sLanguageISO=EN>).
128. BAUDIER (F.) et ARÈNES (J.), *Baromètre Santé adultes 1995/1996*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
129. BECK (F.) et LEGLEYE (S.), « Évolutions récentes des usages de drogues à 17 ans :

- ESCAPAD 2000-2002 », *Tendances*, n° 29, 2003, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend29.htm>).
130. REYNAUD-MAURUPT (C.), AKOKA (S.) et CHAKER (S.), « Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques" : compte rendu intermédiaire », dans BELLO (P.-Y.) et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, p. 231-252 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>).
131. FONTAINE (A.), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, Paris, OFDT, 2002, 218 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu02.htm>).
132. GIRAUDON (I.) et BELLO (P.-Y.), « Ecstasy et autres produits de synthèse en France, État des lieux du dispositif SINTES 1999-2002 », *Tendances*, n° 32, 2003, p. 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend32.htm>).
133. GIRAUDON (I.), *Comprimés et gélules de MDMA fortement dosés, Note d'information du 19 octobre 2004*, SINTES/OFDI, 2004 (http://www.int.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_021129_mdma.htm).
134. HARAMBURU (F.), « Ayahuasca », dans *Présentation pour les deuxièmes journées de l'AFSSAPS du 15 et 16 juin 2004*, 2004 (http://agmed.sante.gouv.fr/html/1_journee/2j11a.pdf).
135. REYNAUD-MAURUPT (C.) et AKOKA (S.), *Usages détournés de la kétamine en France, 2001-2003, « Ket-riding » ou les nouveaux voyages immobiles*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 153 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ketamine.htm>).
136. BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.) et GANDILHON (M.), *Tendances récentes. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu01.htm>).
137. REYNAUD-MAURUPT (C.) et VERCHÈRE (C.), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, Paris, OFDT, 2003, 117 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/heroine.htm>).
138. LECADET (J.) et al., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000 », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 34, n° 2, 2003, p. 75-84.
139. LACROIX (I.) et LAPEYRE-MESTRE (M.), *Rapport OSIAP 2003, Ordonnances suspectes indicateurs d'abus et de pharmacodépendance*, Toulouse, CEIP de Toulouse, 2004, 70 p.
140. RICHARD (D.), SENON (J.-L.) et VALLEUR (M.), *Dictionnaire des drogues et des dépendances, deuxième édition*, (In Extenso), Paris, Larousse, 2004, 626 p.
141. « Décret n° 90-274 du 26 mars 1990 relatif aux produits dit "poppers" contenant des nitrites de butyle et de pentyle », JO du 28 mars 1990 (NOR : SPSP9000016D).
142. Comité de coordination des vigilances des produits de santé, *Bilan 2003, principaux faits marquants*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2004, 109 p.
143. SPADARI (M.) et al., *Abus de bombes aérosols chez les adolescents. Bilan de la CEIP de Marseille de 1992 à 2003*, Université de Bordeaux 2, 2004 (http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/cyberAteliers/posters/4_spadari.pdf).
144. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et SPILKA (S.), « Usage de drogues à l'âge adulte : pratiques et attitudes », *Tendances*, 2005 (à paraître).
145. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Tabac. Comprendre la dépendance pour agir*, (Expertise collective), Paris, INSERM, 2004, 473 p.

146. ODDOUX (K.), PERETTI-WATEL (P.) et BAUDIER (F.), « Tabac », dans GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.), *Baromètre Santé 2000. Résultats* (vol. 2), Vanves, CFES, 2001, p. 77-118.
147. Regional Office Europe (WHO), *Smoking prevalence in young people (cross country profile) in 2003* (<http://data.euro.who.int/Default.aspx?TabID=2444>).
148. EOS Gallup Europe, *Les jeunes et la drogue, Flash Eurobaromètre 158*, Bruxelles, Commission européenne, 2004, 144 p. (http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_fr.pdf).
149. European opinion research group (EEIG), *Smoking and the environment: actions and attitudes. Special Eurobarometer 58.2*, Brussels, European Commission, 2003, 52 p. (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb582_s_moking_env_en.pdf).
150. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Tableau de bord mensuel sur le tabac, d'après les données de : Altadis, DGDII, GERS, INPES, DATIS, MILDT* (http://www.int.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_pres.htm).
151. Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), *Ventes de substituts nicotiques* (http://www.int.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_pres.htm).
152. Drogues alcool tabac info service (DATIS), *Exploitation des fiches d'appels tabac* (http://www.int.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_pres.htm).
153. ODDOUX (K.) et L'HUILLIER (A.), « Tabac info service (0825 309 310 - 0,15 euros/mn) : analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars 2004 », *BEH*, n° 22-23, 2004, p. 99-100 (http://www.invs.sante.fr/beh/2004/22-23/BEH_22_23_2004.pdf).
154. KLETZEN (A.), *La douane face aux trafics de cigarettes et de monnaies*, (Études et données pénales n° 94), Guyancourt, CESDIP, 2003, 212 p.
155. BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATTEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », dans GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.), *Baromètre Santé 2000. Résultats* (vol. 2), Vanves, CFES, 2001, p. 237-274.
156. DUBURCQ (A.) et al., « Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 48, 2000, p. 363-373.
157. FHIMA (A.) et al., « Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage, Résultats de l'étude SPESUB », *Annales de médecine interne*, vol. 152, n° 3 (Suppl.), 2001, p. 1S26-1S36.
158. CALDERON (C.) et al., *Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*, Paris, AIDES, 2001, 75 p.
159. ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétaire d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1999, 318 p.
160. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. 2004-2008*, Paris, MILDT, 2004, 76 p. (<http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>).

À Propos de l'OFDT

Qui est l'OFDT ?

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public. Il produit des informations provenant de sources différentes et scientifiquement validées sur les substances licites comme illicites. Il renseigne et documente de multiples questions dans le domaine des substances psychoactives et des dépendances. Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels dommages sanitaires et sociaux les usages occasionnent-ils ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ?

Comment fonctionne-t-il ?

Le Conseil d'administration de l'OFDT regroupe des représentants de l'État, c'est-à-dire des différents ministères concernés par la lutte contre les drogues et les toxicomanies et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), ainsi que des personnes morales de droit public et privé : Toxibase (Réseau national d'information et de documentation) et la FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé).

Son financement est assuré par des crédits interministériels en provenance de la MILDT et de crédits européens.

L'Observatoire appuie son action sur un Collège scientifique, composé de représentants des principaux organismes producteurs de données ainsi que de personnalités nommées à titre personnel. Ces personnalités ont des compétences reconnues dans les domaines entrant dans les missions de l'OFDT.

L'Observatoire rassemble des spécialistes et des chercheurs issus de différentes disciplines : démographie, économie, médecine, épidémiologie, sociologie, statistique...

Production, analyse, synthèse et valorisation des connaissances

L'OFDT joue aujourd'hui un rôle incontournable dans le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances. Il permet ainsi aux pouvoirs publics de mieux anticiper les évolutions et les éclairer dans leur prise de décision. Les informations produites sont également mises à la disposition des professionnels et des citoyens.

L'OFDT est l'un des vingt-sept relais nationaux (États membres, Norvège et Commission européenne) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences (<http://www.emcdda.eu.int/>).

Les travaux d'études et de recherches de l'OFDT sont valorisés par des publications ou des mises en ligne sur Internet. Il s'agit notamment de ses grandes enquêtes menées auprès de la population française (EROPP, ESCAPAD) et de son état annuel des évolutions constatées parmi les populations d'usagers, sur la base d'un dispositif national de surveillance (TREND). L'OFDT édite également dix fois par an, *Tendances*, une lettre mettant à la disposition des décideurs, chercheurs et professionnels les connaissances les plus récentes dans le domaine des drogues et des toxicomanies.

Ces publications et l'ensemble des travaux de l'OFDT sont disponibles sur son site www.ofdt.fr et sur le portail public www.drogues.gouv.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

3, avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : 33+(0)1 41 62 77 16

Fax : 33+(0)1 41 62 77 00

Directeur : Jean-Michel Costes

www.ofdt.fr

ofdt@ofdt.fr