

Drogues et dépendances, données essentielles



La Découverte

9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris

Sous la direction de :
Jean-Michel Costes

Coordination rédactionnelle :
Dominique Lopez, Hélène Martineau

Rédaction :
Agnès Cadet-Taïrou, Dominique Lopez, Hélène Martineau,
Ivana Obradovic, Christophe Palle, Laure Vaissade

Coordination éditoriale :
Julie-Emilie Adès

Relecture :
François Beck, Pierre-Yves Bello, Hassan Berber, Matthieu Chalumeau,
Stéphane Legleye, Isabelle Michot, Stanislas Spilka

Conception graphique :
Frédérique Million

Remerciements particuliers :
Philippe-Jean Parquet, président du Conseil d'administration de l'OFDT
Claude Got, président du Collège scientifique de l'OFDT
Didier Jayle, président de la MILDT
Marie-Danièle Barré, Jean-Dominique Favre, Olivier Guérin et Serge Karsenty,
membres du Collège scientifique de l'OFDT
Aude Moracchini, chargée de mission communication de la MILDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
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
e-mail : ofdt@ofdt.fr
site internet : www.ofdt.fr

En application des articles du code L122-10 à L122-12 du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris). Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est également interdite sans autorisation de l'éditeur.

ISBN : 2-7071-4536-X
© Éditions La Découverte, Paris, 2005.

Drogues et dépendances, données essentielles



La Découverte

9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris

Sommaire

<i>Avant-propos</i>	6
<i>Préface</i>	7
<i>Guide de lecture</i>	8
<i>Présentation : définitions et concepts</i>	9
<i>Synthèse</i>	12
Consommations et opinions des Français	19
Consommations de substances psychoactives :	
comparaison par produit	20
Opinions et perceptions sur les drogues	27
Problèmes sanitaires et sociaux	31
Prises en charge liées à l'alcool, aux drogues illicites	
et au tabac	32
Traitements de substitution aux opiacés	38
Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool	43
Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites	50
Insertion sociale et usages d'alcool	
et de drogues illicites	56
Problèmes judiciaires	61
Contrôles et délits routiers	62
Interpellations pour usage et trafic	65
Condamnations et incarcérations pour usage et trafic	69
Offre	73
Offre d'alcool	74
Offre de tabac	77
Offre de drogues illicites	79
Tendances par produit	85
Alcool	86
Cannabis	93
Cocaïne et crack	99

Ecstasy et amphétamine	104
Hallucinogènes synthétiques et naturels	108
Héroïne et autres opiacés	112
Médicaments psychotropes non opiacés	116
Poppers, colles et autres solvants	121
Tabac	124
Polyconsommation	129

Cadre légal et orientations de la politique publique 133

Cadre légal en matière d'alcool	134
Cadre légal en matière de tabac	139
Cadre légal en matière de médicaments psychotropes	142
Cadre légal en matière de drogues illicites	143
Orientations 2004-2008 de la politique publique	
de lutte contre les drogues	147

Annexes 149

<i>Lexique</i>	150
<i>Chronologie</i>	166
<i>Liste des sigles</i>	172
<i>Repères méthodologiques</i>	174
<i>Bibliographie</i>	191
<i>À propos de l'OFDT</i>	201

Avant-propos

Drogues et dépendances, données essentielles rassemble et fournit des données précises sur la consommation en France de produits illicites, d'alcool et de tabac.

Grâce à des études épidémiologiques de grande ampleur (ESCAPAD, ESPAD, etc.), ce document permet de suivre les grandes tendances générales de consommation. Et par des études plus ciblées, il fournit des données concernant des groupes plus restreints, tels que les grands polytoxicomanes, qui relèvent de la « première ligne », ou encore les milieux festifs.

Ce travail de synthèse, fourni par l'OFDT, est d'autant plus pertinent qu'il s'appuie sur l'un des principes directeurs du nouveau plan gouvernemental, élaboré pour les cinq années à venir : une approche transversale, qui permet une vision générale des grandes consommations, et une approche par produit, qui tient compte des caractéristiques propres à chacun.

Drogues et dépendances, données essentielles est donc un outil incontournable pour éclairer la politique publique en matière de lutte contre la drogue, le tabac et l'alcool. Mais il est aussi un instrument important pour tous les acteurs de terrain : en effet, c'est par une bonne connaissance du contexte global et des habitudes de consommation, que l'on peut agir au mieux sur un plan local, à tous les niveaux de responsabilité.

Didier Jayle, président de la MILDT

Préface

Depuis maintenant 10 ans l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies produit un ouvrage de synthèse sur les drogues. *Drogues et dépendances, données essentielles*, s'inscrit donc dans une continuité de cinq publications, notamment celle de *Drogues et dépendances, indicateurs et tendances*, diffusé en janvier 2002.

Ce rapport décrit un phénomène complexe à partir de thématiques transversales (consommations, conséquences sanitaires, sociales et pénales, offre...) avant de dresser un état des lieux des connaissances en fonction des différents produits, licites comme illicites.

Loin d'être une simple actualisation, ce nouveau travail des équipes de l'OFDT profite du développement continu des connaissances qui permet une amélioration des données produites et une meilleure appréhension des changements en cours. Ainsi est-on davantage en mesure aujourd'hui de documenter les tendances concernant les produits les plus massivement consommés - alcool, tabac, cannabis, médicaments - tout en disposant d'informations plus précises sur les substances plus rares, mais qui, elles aussi, connaissent de notables évolutions.

Construit à partir de chapitres brefs, *Drogues et dépendances, données essentielles* se révélera d'un accès pratique pour le spécialiste ; il informera aussi le néophyte de façon pédagogique. Ce document résume toute l'ambition de notre organisme au service des décideurs, des professionnels et du public.

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Guide de lecture

Drogues et dépendances, données essentielles est divisé en chapitres qui peuvent être lus indépendamment les uns des autres. Ce choix éditorial permet d'aller rechercher des informations sur une question sans avoir nécessairement besoin de lire l'ensemble de l'ouvrage. Un système de renvoi offre à chacun la possibilité d'explorer ce livre à sa façon. Cette organisation a conduit, dans certains cas, à accepter de faire figurer les mêmes informations dans des parties différentes de l'ouvrage.

Afin de permettre une lecture plus aisée du rapport, quatre types de renvois ont été utilisés :

[1] renvoie à une référence bibliographique en fin de rapport et repérable par le numéro entre []

dépendance signale une entrée dans le lexique situé en annexe. Par convention les mots sont identifiés en bleu la première fois qu'ils sont cités dans une fiche, puis typographiés normalement

[Tableau 1] renvoie à un tableau, graphique ou encadré situé dans la même fiche

[Voir : Tabac] renvoie à une autre fiche

Repères méthodologiques renvoie à la description détaillée en annexe des sources utilisées

Repères législatifs et réglementaires recense les références des textes de lois (uniquement pour les fiches du cadre légal)

La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans une fiche. Il est cependant toujours possible de se reporter à la liste des sigles figurant à la fin de l'ouvrage.

Présentation : définitions et concepts

Drogues et dépendances, données essentielles fournit un état des lieux sur les phénomènes liés aux drogues en France. Ce tableau de la situation actuelle a été réalisé à partir de données objectives, tirées d'enquêtes et d'études validées selon des critères scientifiques. Cet ouvrage rassemble les résultats des travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et des autres producteurs de données mobilisés sur cette question.

Ce livre a pour ambition d'être accessible au plus grand nombre tout en conservant une approche scientifique de la mesure des phénomènes exposés. Il présente les données et les indicateurs les plus récents, fait apparaître les principales tendances d'évolution en précisant les sources des données et leurs limites d'interprétation. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a assuré la conduite et la rédaction du rapport. Cette publication fait suite à la parution de quatre autres ouvrages de synthèse [1, 2, 3, 4].

Organisation de la publication

Le rapport est organisé en trois parties, précédées d'une synthèse.

La première partie traite l'ensemble des questions permettant de décrire le phénomène des drogues en France : les consommations de drogues dans la

population française, les perceptions et les opinions des Français en la matière, les problèmes sanitaires, sociaux, les suites pénales réservées à l'usage et au trafic et enfin, l'offre de drogues. L'approche est dans cette partie transversale : les données relatives aux différents produits sont confrontées dans chaque thème.

La deuxième partie fournit l'état des connaissances produit par produit (classés par ordre alphabétique) : alcool, **cocaïne** et **crack**, **ecstasy** et **amphétamine**, **hallucinogènes**, **héroïne** et autres **opiacés**, **médicaments psychotropes**, **solvants** et tabac. Cette partie, consacrée aux produits, se termine par une analyse des **polyconsommations**.

Dans ces deux parties et en fonction de la disponibilité des données et de leur comparabilité, la situation française a été mise en parallèle avec celle des autres pays européens.

La troisième partie présente les principales dispositions législatives et réglementaires adoptées en France dans le domaine des drogues licites ou illicites ainsi que les orientations récentes de la politique publique.

Sources d'information utilisées

Toutes les sources d'information utilisées dans le rapport sont décrites dans une annexe méthodologique. Elles peuvent

être regroupées en grandes catégories : enquêtes auprès de la population française, données de vente, registres, statistiques administratives, études qualitatives, dispositif de surveillance.

L'état des lieux fourni dans ce rapport est largement dépendant des sources d'information et de ce qu'elles permettent d'observer. Le cloisonnement des systèmes d'information (drogues licites et illicites), l'ambivalence des sources (indicateur d'évolution du phénomène et/ou de l'évolution de l'action d'une institution) et le manque de données dans certains domaines sont les principales limites à souligner. Enfin, la focalisation sur les populations d'usagers de drogues ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes plus ou moins restreints de la population française.

Définitions et concepts

Champ d'observation

Par convention, dans cet ouvrage, le terme drogues (ou produits **psychoactifs** ou encore substances psychoactives) comprend les drogues licites et illicites, à l'exclusion des produits dont l'**usage problématique** est exceptionnel (café, chocolat, etc.).

Les drogues licites incluent les substances telles que l'alcool, le tabac et les **médicaments psychotropes** (**hypnotiques, anxiolytiques** et **antidépresseurs**). Les drogues illicites regroupent les produits **stupéfiants** (sauf lorsqu'ils sont consommés dans un cadre thérapeutique) et certains produits non classés comme stupéfiants mais qui sont détournés de leur usage normal (colle, solvants, certains **produits de synthèse**, médicaments...).

Cet ouvrage n'aborde pas la question des produits dopants, le parti pris de ce document de synthèse ayant été de se limiter

aux principaux champs d'investigation de l'OFDT. De même, les comportements addictifs sans consommation de produits (les jeux de hasard notamment) ne seront pas étudiés dans cette publication.

Comportements d'usage observés

En matière de comportements, deux diagnostics cliniques sont distingués : l'**usage nocif** (ou **abus**) et la **dépendance**. Ces distinctions sont communément admises dans le milieu scientifique international et reposent sur des définitions médicales (Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé ou *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie).

L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. Par leur définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition du comportement.

La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule **dépendance physique**. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté de contrôler sa propre consommation, la prise du produit pour éviter le **syndrome de sevrage**, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

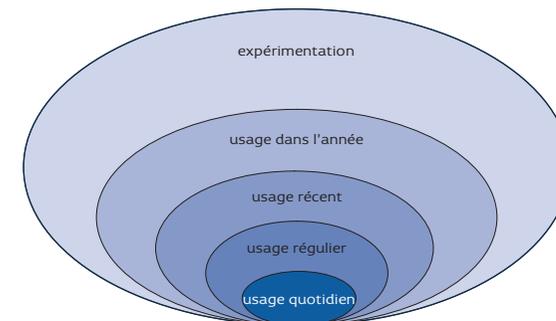
Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, sont difficiles à transposer dans des enquêtes qui

n'offrent en général pas le cadre adéquat pour établir un diagnostic d'abus ou de dépendance. Les enquêtes peuvent par contre plus facilement intégrer des courtes séquences de questions qui permettent de dépister les personnes qui ont un usage problématique c'est-à-dire « un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ». L'OFDT a ainsi sélectionné des critères d'identification des problèmes rencontrés ou de comportements d'usage susceptibles d'induire des dommages. Ces critères, sous forme de questions, sont maintenant introduits dans les enquêtes menées sur les consommations de drogues [Voir : Cannabis]. Le terme d'usage problématique englobe donc ceux d'abus et de dépendance. C'est un concept moins précis que ces notions et qui n'a d'intérêt que lorsqu'on envisage des populations de consommateurs et non pas des individus. Les consommations de substances psychoactives peuvent varier dans leur fréquence. Dans cet ouvrage, la consommation pourra être qualifiée d'**expérimentation**, d'**usage dans l'année**, d'**usage régulier**, ou d'**usage quotidien** :

- l'expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie. Cette notion illustre davantage la diffusion du produit dans une société que de réels niveaux d'usage ;
- l'usage dans l'année correspond à une consommation au moins une fois dans l'année ;
- l'usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour ;
- dans certains cas, les notions d'**usage récent** (consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours) et d'**usage répété** (au moins 10 usages dans l'année mais moins de 10 dans le mois) sont également utilisées.

Ces catégories sont inclusives les unes des autres : les consommateurs quotidiens sont inclus dans la catégorie des consommateurs réguliers, eux-mêmes inclus dans celle des consommateurs dans l'année qui forment une partie des expérimentateurs [Graphique 1].

Graphique 1 : Catégories d'usage de substances psychoactives mesurées dans les enquêtes auprès de la population française



Source : OFDT

Drogues et dépendances, données essentielles tente d'apporter des éléments de réponses à trois questions clés : combien de personnes consomment des drogues en France, qu'il s'agisse d'une simple expérimentation ou d'une consommation plus régulière ? Quels sont les consommateurs en difficulté ? Quels sont les dommages tant sanitaires que sociaux et judiciaires liés à ces consommations ?

Combien de personnes consomment des drogues en France ?

Les consommations de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les **substances psychoactives** les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français et plus régulièrement par plus du quart de la population. Le

Estimation du nombre de consommateurs réguliers de substances psychoactives parmi les 12-75 ans, en France métropolitaine, 2003

Alcool	13,1 millions
Tabac	13,0 millions
Médicaments psychotropes	3,8 millions
Cannabis	850 000

Note : usage régulier = 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours sauf pour le tabac (usage quotidien)

Sources : données OFDT, INSERM/OFDT/MJENR, INPES ; estimations OFDT

Synthèse

tabac est lui aussi largement **expérimenté**. Mais, compte tenu de son fort pouvoir addictif, sa consommation est très souvent quotidienne : 3 Français sur 10 fument tous les jours. Les **médicaments psychotropes**, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place en fréquence d'usage de substances psychoactives. Le **cannabis** est le produit illicite le plus fréquemment consommé. Si près de 11 millions de Français l'ont expérimenté, seule une faible minorité en consomme régulièrement. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale.

Les consommations des jeunes

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis.

Le tabac est de loin le produit le plus fréquemment consommé régulièrement par les jeunes. À 17-18 ans, 4 jeunes sur 10 fument quotidiennement. Les **consommations régulières** d'alcool et de cannabis viennent loin derrière : elles concernent 1 jeune sur 7. Pour les **consommations quotidiennes**, le cannabis devance l'alcool. Ainsi, la consommation quotidienne d'alcool est très rare à cet âge (1 %), celle de cannabis l'est moins (5 %).

La consommation régulière de médicaments psychotropes est peu fréquente chez les jeunes (3 % à 17-18 ans). À cet

âge, contrairement à ce qui se passe pour les adultes, la prise de tels médicaments ne se fait que dans la moitié des cas à l'initiative d'un médecin.

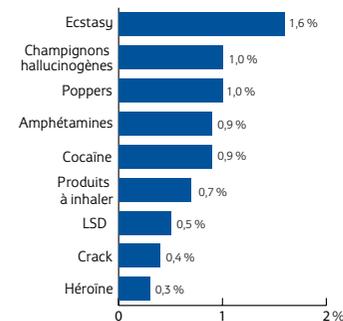
L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare qui est constaté au plus chez 5 % des jeunes (âgés de 17-18 ans) pour des produits tels que : les **poppers**, les **champignons hallucinogènes** ou l'**ecstasy**. La **consommation récente** de tels produits est encore plus rare et ne dépasse jamais 1 % sauf dans le cas de l'ecstasy.

Des consommations plutôt masculines

Les consommations régulières d'alcool et surtout de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. Fumer du tabac est en revanche un comportement peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

On note les mêmes différences par sexe chez les jeunes à 17-18 ans avec quelques

Fréquence de la consommation récente de drogues illicites autres que le cannabis à 17-18 ans, 2003



Note : usage récent = usage au cours du mois

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT

nuances : les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les médicaments psychotropes, et moins importants pour le cannabis et le tabac.

Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âge étudiée.

Une tendance à la baisse se dessine pour les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool. La baisse des quantités d'alcool consommées est très ancienne (plus de 40 ans) et résulte principalement de la diminution de la consommation de vin. Cette baisse continue fait perdre à la France la position si singulière qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. La baisse de la consommation de tabac est plus récente, une quinzaine d'années, et due à la diminution du tabagisme masculin. Le niveau actuel du tabagisme en France se situe dans la moyenne européenne.

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des médicaments psychotropes, notamment des **antidépresseurs**. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France comme l'est plus globalement l'usage de médicaments. La consommation de cannabis est également à la hausse. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les **hallucinogènes** et les **stimulants**, notamment la **cocaïne** et l'**ecstasy**.

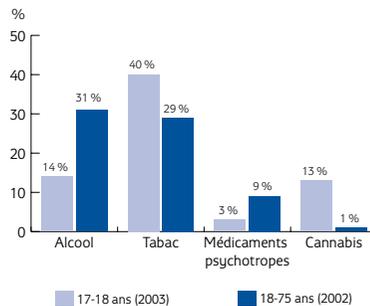
Les constats sont un peu différents chez les jeunes. Chez eux, la tendance à l'augmen-

tation du tabagisme s'est inversée ces dernières années. Aujourd'hui, les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne en matière de tabagisme.

La même inversion de tendance, mais encore plus récente (2002-2003), semble se dessiner pour le cannabis. En effet, après une décennie (1990) de forte hausse régulière, qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation voire l'amorce d'une inversion de tendance.

La consommation d'alcool chez les jeunes, dont l'évolution est plus complexe à établir, semble être en légère augmentation. Les jeunes Français conservent toutefois des niveaux de consommation bien inférieurs à la moyenne européenne. Ceci est également le cas pour l'expérimentation ou l'usage d'autres drogues illicites que le cannabis. Néanmoins, dans ce domaine, la tendance est à la hausse.

Fréquence de la consommation régulière des quatre principaux produits psychoactifs, en France métropolitaine, à 17-18 ans (2003) et 18-75 ans (2002)



Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; EROPP 2002, OFDT

Quels sont les consommateurs en difficulté ?

Consommations problématiques

Selon les critères portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, un tiers des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présente des signes de **dépendance**. Chez les jeunes, 12 % des 17-18 ans montrent une dépendance forte au tabac.

Les consommations problématiques d'alcool peuvent être appréciées par référence à une norme fixant le nombre maximum de verres d'alcool standard consommés chaque jour sans risque pour la santé (3 verres par jour pour les hommes et 2 verres pour les femmes selon l'Organisation mondiale de la santé) : en 2002, 18 % des hommes et 6 % des femmes ont consommé la veille un nombre de verres supérieur aux seuils recommandés. Par enquête, il est estimé qu'environ 4 millions de personnes (13 % des hommes et 4 % des femmes de 12 à 75 ans) peuvent être classés comme consommateurs d'alcool à risque (actuel ou passé) de dépendance. La consommation de cannabis est surtout de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes. Son usage régulier peut entraîner certaines difficultés. Ainsi, les consommateurs quotidiens de cannabis sont majoritaires à déclarer avoir rencontré au moins une fois un problème durant un épisode de consommation de ce produit : trouble de mémoire, reproches de l'entourage et autres problèmes tels que des mauvais résultats scolaires ou des disputes avec des amis. Il est cependant très rare que ces difficultés se répètent chez une même personne. Toutefois, elles peuvent conduire une partie des usagers à avoir recours au système médico-social.

Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'**héroïne**. Il s'agit du principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, la cocaïne, souvent consommée en association avec les **opiacés**, intervenant dans une moindre part. En 1999, on estime entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ». C'est une population relativement jeune (autour de 30 ans) mais vieillissante, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), souffrant fréquemment de troubles psychiatriques et souvent en difficulté sociale. L'observation des usages et des usagers de ces produits montre qu'au cours des dernières années, parmi les **usagers problématiques**, la consommation de cocaïne est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis, sont fréquemment associées.

Prises en charge

Les usagers de substances psychoactives en difficulté avec leur consommation peuvent bénéficier d'une prise en charge sanitaire ou sociale. Le nombre de nouveaux patients traités chaque année pour leur problème de consommation peut être estimé : environ 55 000 nouveaux patients accueillis dans les consultations spécialisées en tabacologie, 43 000 dans les structures spécialisées en alcoologie et 34 000 dans celles spécialisées en toxicomanie.

Les consultations spécialisées en tabacologie voient autant d'hommes que de

femmes, généralement âgés d'une quarantaine d'années. Ce sont la plupart du temps de gros fumeurs : plus d'un paquet par jour en moyenne. Depuis 1999, date de leur délivrance sans prescription médicale, l'utilisation des substituts nicotiques est en pleine croissance.

Les structures spécialisées en alcoologie reçoivent une population composée majoritairement d'hommes (3 hommes pour 1 femme), âgée en moyenne de 40 ans, relativement bien insérée socialement. Près du tiers des patients sont adressés par la justice, à la suite de délits routiers liés à leur usage d'alcool, et cette proportion est en augmentation.

Une grande partie de la population concernée par la consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale, notamment d'un **traitement de substitution aux opiacés** par de la **méthadone** ou de la **buprénorphine haut dosage** (BHD). Ces derniers se sont fortement développés en France dans la seconde moitié des années 1990. On estime qu'une majorité de toxicomanes, entre 83 000 et 100 000, bénéficiait en 2003 d'un traitement de substitution. Dans environ 85 % des cas, il s'agit d'un traitement avec la BHD.

Quels sont les dommages liés à ces consommations ?

Les dommages sanitaires liés au tabac et à l'alcool

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. Le tabagisme est considéré

comme responsable d'environ 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Cette mortalité touche principalement les hommes (90 %), mais est en décroissance pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement, sur la même période, pour les femmes, suivant en cela, avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations.

L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies telles que la **cirrhose du foie** et le **syndrome d'alcoolisation fœtal**. Il est également impliqué, plus ou moins directement, dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polynévrite, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides. Le pourcentage de personnes à risque d'alcoolisation excessive parmi les patients hospitalisés est d'environ 20 %. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000.

Les dommages sanitaires liés aux drogues illicites

Aucun cas de décès par intoxication aiguë au cannabis n'a jusqu'à présent été recensé. Il existe néanmoins des présomptions sur l'implication du cannabis dans les accidents de la circulation routière, les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, certaines pathologies vasculaires et psychiatriques. Les études actuellement disponibles ne permettent cependant pas d'établir avec suffisamment de certitude les conséquences de la consommation de cannabis sur ces pathologies.

Chez les **toxicomanes**, l'injection intraveineuse, à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par cette population, était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Ce mode d'administration est aujourd'hui en régression. La prévalence du **sida** (VIH) poursuit la baisse entamée au début des années 1990 alors que l'**hépatite C** (VHC) continue sa propagation chez les toxicomanes, atteints maintenant massivement par cette pathologie.

Le nombre de décès de toxicomanes a fortement décliné depuis le milieu des années 1990. Ainsi, le nombre annuel de décès par **surdose** constaté par la police est passé de plus de 500 au milieu des années 1990 à moins de 100 au cours des dernières années. Néanmoins, il s'avère que les toxicomanes ont, par rapport à une population de même âge et de même sexe, 5 à 10 fois plus de risques de décéder.

Les dommages sociaux et les problèmes judiciaires liés à l'alcool et aux drogues illicites

Les dommages sociaux liés aux consommations d'alcool ou de drogues illicites sont encore mal documentés. Néanmoins, certains constats existent. Les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites en traitement se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de l'ensemble de la population française. On peut également établir un lien entre consommation problématique d'alcool et de drogues illicites et exclusion sociale, la nature de ce lien restant complexe à décrire.

Sur le plan judiciaire, les principaux problèmes rencontrés sont, d'une part, les infractions relatives à l'**usage** et au **trafic de stupéfiants** et, d'autre part, les délits routiers liés à l'alcool. En 2003, on comptabilise plus de 108 000 interpellations

pour infraction à la législation sur les stupéfiants, dont 84 % concernent des délits d'usage, principalement de cannabis. Les poursuites pénales engagées en matière de stupéfiants concernent surtout des affaires de trafic : près de 17 000 condamnations prononcées dans ce domaine en 2002 avec des peines d'emprisonnement dans 8 cas sur 10, ferme dans 4 cas sur 10. Dans les cas de simple usage, suite à l'interpellation, un grand nombre de personnes impliquées ne seront pas condamnées, bénéficiant d'une mesure alternative aux poursuites. Plus de 191 000 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2003. Avec près de 109 000 condamnations en 2002, les infractions de sécurité routière aggravées par l'alcool représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions dans ce domaine et presque un quart de l'ensemble des condamnations en France. Des peines d'emprisonnement sont prononcées dans plus de 6 cas sur 10.

Consommations et opinions des Français

Consommations de substances psychoactives : comparaison par produit

Quelles sont les substances **psychoactives** consommées en France et par combien de personnes ? Les caractéristiques des consommateurs diffèrent-elles selon le produit ? Existe-t-il des différences régionales ? Les éléments présentés ici permettent de cerner l'ampleur des consommations dans la population française et de comparer les produits les uns aux autres. Chacun d'eux fera par ailleurs l'objet de descriptions plus précises. Les conséquences de ces consommations seront également abordées plus en détail ultérieurement.

Combien de personnes consomment des drogues en France ?

Les produits les plus fréquemment consommés

Les enquêtes, menées sur un échantillon représentatif de la population française,

permettent de donner des estimations du nombre de consommateurs de substances psychoactives dans l'ensemble de la population [Tableau 1]. Ces valeurs doivent être considérées comme des ordres de grandeur.

Pour tous les types d'usage, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France. La consommation d'alcool est ancrée dans la culture française et la quasi-totalité de la population en a consommé au moins une fois dans sa vie et beaucoup au cours de la dernière année. En revanche, seule une minorité en déclare un **usage régulier** ou **quotidien**. En raison de son potentiel addictif très élevé, le tabac obéit plus à une règle du « tout ou rien ». La majorité des **expérimentateurs** ne fume plus et ceux qui fument sont, pour la plupart, des consommateurs quotidiens.

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs (en millions) de substances psychoactives parmi les 12-75 ans, 2003

	Expérimentateurs ⁽¹⁾	Dans l'année ⁽²⁾	Réguliers ⁽³⁾	Quotidiens
Alcool	44,4 M	41,8 M	13,1 M	7,8 M
Tabac ⁽⁴⁾	36,6 M	16,0 M	-	13,0 M
Médicaments psychotropes	-	8,9 M	3,8 M	2,4 M
Cannabis	10,9 M	4,2 M	0,85 M	0,45 M

Attention, les chiffres ne s'additionnent pas en ligne. Voir définitions dans « Présentation : définitions et concepts ».
 (1) au moins un usage au cours de la vie ; (2) au moins un usage dans l'année ; (3) 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours ; (4) pour le tabac les définitions varient : l'usage dans l'année correspond à un usage actuel de tabac et l'usage régulier à un usage quotidien de tabac.
 Note : tous les produits (hormis l'alcool et le tabac) et les niveaux d'usage cités dans ce tableau sont définis dans le lexique ; les données portent sur la France métropolitaine.

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MJENR ; EROPP 2002, OFDT ; Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT ; données publiées dans [5]

Les médicaments psychotropes se classent en troisième position, mais ils constituent une catégorie un peu particulière du fait de la difficulté de distinction entre usage thérapeutique et non thérapeutique [Voir : Médicaments psychotropes non opiacés]. Le **cannabis** est la substance psychoactive illicite la plus consommée. Près de 11 millions de Français l'ont expérimenté, parmi lesquels plus d'un tiers en consomme au moins une fois dans l'année. Le nombre de consommateurs réguliers est de l'ordre de 850 000, dont plus de la moitié en fait un usage quotidien. Plus encore que pour les autres produits, de nombreux consommateurs se limitent à l'expérimentation et ne passent pas à des usages plus fréquents [6, 7]. Les jeunes de 17-18 ans sont moins fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et de médicaments psychotropes que leurs aînés et beaucoup plus souvent consommateurs réguliers de cannabis et de tabac [8].

Les produits plus rares

Dans cette catégorie de produits, les ordres de grandeur sont bien plus faibles que pour les précédents. Les **produits à inhaler** (colles, **solvants**) sont les plus fréquemment expérimentés : environ 3 % des adultes et 5 % des jeunes de 17-18 ans en ont consommé au moins une fois dans leur vie [Tableau 2]. Chez les adultes, **cocaïne**, **amphétamines** et **héroïne** n'ont été expérimentées que par une petite minorité des Français même si, pour la cocaïne par exemple, les expérimentateurs âgés de 12 à 75 ans sont tout de même estimés à 1 million de personnes, dont 200 000 consommateurs dans l'année. Les usages fréquents, qui concernent des fractions encore plus faibles de la population, ne peuvent être décrits qu'au moyen d'enquêtes plus ciblées. D'importantes différences apparaissent entre les expérimentations des adultes et celles des jeunes de 17-18 ans, ces derniers étant plus nombreux à avoir déjà

Tableau 2 : Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs à 18-75 ans (2002) et à 17-18 ans (2003)

	Expérimentation à 18-75 ans ⁽¹⁾	Expérimentation à 17-18 ans ⁽³⁾	Usage au cours du mois à 17-18 ans ⁽³⁾
	2002	2003	2003
Produits à inhaler	2,7 % ⁽²⁾	4,7 %	0,7 %
Poppers	-	4,5 %	1,0 %
Cocaïne	2,0 %	2,3 %	0,9 %
Amphétamines	1,4 % ⁽²⁾	2,3 %	0,9 %
Champignons hallucinogènes	1,1 %	4,3 %	1,0 %
LSD	1,1 %	1,4 %	0,5 %
Ecstasy	0,8 %	4,2 %	1,6 %
Héroïne	0,7 % ⁽²⁾	1,1 %	0,4 %
Crack	-	0,9 %	0,3 %

Note : tous les produits (hormis l'alcool et le tabac) et les niveaux d'usage cités dans ce tableau sont définis dans le lexique ; les données portent sur la France métropolitaine.

Sources : (1) EROPP 2002, OFDT sauf (2) Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT ; (3) ESCAPAD 2003, OFDT

consommé des produits à inhaler, du **poppers**, des **champignons hallucinogènes** ou de l'**ecstasy**. Mais l'expérimentation de ces produits concerne tout au plus 5 % des jeunes Français de cette tranche d'âge. Les usages récents sont encore plus rares et atteignent un maximum de 1,6 % des 17-18 ans pour l'ecstasy [Tableau 2] [6-8].

Principales évolutions

Chez les adultes, les consommations régulières d'alcool et de tabac suivent aujourd'hui une tendance descendante, amorcée il y a plusieurs décennies pour l'alcool et plus récemment en ce qui concerne le tabac. Chez les jeunes à la fin de l'adolescence, la baisse du tabagisme quotidien s'observe depuis l'année 2000 alors que la consommation régulière d'alcool serait en hausse.

La consommation de médicaments psychotropes a augmenté au cours des années 1990 du fait principalement de l'usage accru d'**antidépresseurs**.

La consommation de cannabis est également en augmentation dans la population française, mais cette évolution concerne surtout les jeunes et les jeunes adultes. Les évolutions les plus récentes indiquent une légère baisse de la consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans.

Même si l'usage des autres produits étudiés reste marginal à l'échelle de la population française, certains ont connu une diffusion croissante dans les dix dernières années : la cocaïne, les **hallucinogènes** et les **drogues de synthèse** telles que l'ecstasy et les amphétamines. L'expérimentation d'héroïne reste stable, concernant moins de 1 % de la population française [8, 11, 12].

Quel est le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes » ?

Parmi les usagers d'opiacés ou de cocaïne, certains peuvent être considérés comme des usagers « à problèmes » en référence à des usages pouvant induire une rencontre avec le système sanitaire, social ou judiciaire. D'après les standards européens, il s'agit des usagers de drogues par voie intraveineuse ou des consommateurs réguliers d'opiacés ou de cocaïne. Cette définition est susceptible d'évoluer pour prendre en compte de nouveaux produits et de nouveaux usages problématiques.

Suivant le mode de calcul préconisé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le croisement de différentes méthodes d'estimation permet d'obtenir une fourchette de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France, pour l'année 1999, soit, en moyenne, 4,3 usagers pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans [9]. Une nouvelle estimation sera produite en 2005.

En Europe, la consommation problématique de drogues (qui comprend pour certains pays les amphétamines) se situe probablement entre 4 et 7 cas pour 1 000 habitants de 15-64 ans, soit 1,2 à 2,1 millions d'usagers problématiques dans l'Union européenne après élargissement, dont 850 000 à 1,3 millions de consommateurs actifs par voie d'injection. Ces estimations doivent être consolidées, notamment à partir de données supplémentaires provenant des nouveaux États membres [10].

Les usages et les caractéristiques des usagers problématiques s'observent à partir d'enquêtes spécifiques, menées non pas sur l'ensemble de la population mais souvent auprès de structures de soins et/ou d'accueil [Voir : Prises en charge liées à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac].

Caractéristiques démographiques des consommateurs

Des consommations différentes suivant le sexe

L'usage de substances psychoactives diffère beaucoup en fonction du sexe des consommateurs. D'une manière générale, il concerne plutôt les hommes.

Les consommations régulières d'alcool et surtout de cannabis touchent nettement plus les hommes que les femmes. Le tabagisme est en revanche un comportement

peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes [Tableau 3] [6]. Ces remarques s'appliquent également aux jeunes de 17-18 ans, mais les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les psychotropes et moins importants pour le cannabis et le tabac [Tableau 4] [8]. Pour tous les produits illicites ou détournés plus rarement consommés, les hommes de 18-75 ans sont toujours plus nombreux que les femmes à faire état d'une expérimentation, en particulier pour le LSD, l'ecstasy et l'héroïne [Tableau 5] [6]. La même tendance s'observe chez les jeunes : les fréquences d'expérimentation et d'usage récent déclarées par les filles de 17-18 ans sont toujours inférieures à celles des garçons, et dans de fortes proportions [8].

Des consommations également variables suivant l'âge

Chez les adultes, la consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes adultes ; elle diminue ensuite au cours de la vie [Graphique 2].

Pour les produits plus rares, l'expérimentation diminue avec l'âge. Elle est quasiment inexistante chez les 45-75 ans (effet de génération). Colles, solvants, ecstasy et champignons hallucinogènes ont été plus fréquemment expérimentés par les plus jeunes (18-25 ans), alors que le LSD, les amphétamines, l'héroïne et surtout la cocaïne l'ont été plus souvent par les 26-44 ans [Tableau 5] [6, 7, 11].

Tableau 3 : Fréquence de l'usage régulier d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de cannabis à 18-75 ans, par sexe, 2002

	Femmes	Hommes	Total
Alcool	20 %	43 %	31 %
Tabac	26 %	32 %	29 %
Médicaments psychotropes	12 %	6 %	9 %
Cannabis	0,6 %	2,3 %	1,4 %

Note : l'usage régulier est défini comme étant 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours (ou fumeurs quotidiens).

Source : **EROPP 2002, OFDT**

Tableau 4 : Fréquence de l'usage régulier d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de cannabis à 17-18 ans, par sexe, 2003

	Filles	Garçons	Total
Alcool	8 %	21 %	14 %
Tabac	40 %	40 %	40 %
Médicaments psychotropes	4,7 %	1,3 %	2,9 %
Cannabis	8 %	18 %	13 %

Note : l'usage régulier est défini comme étant 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours (ou fumeurs quotidiens).

Source : **ESCAPAD 2003, OFDT**

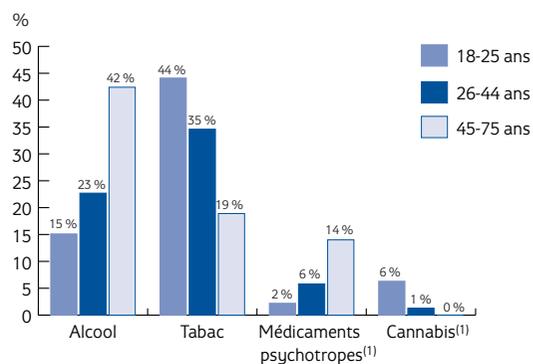
Tableau 5 : Fréquence de l'expérimentation de substances psychoactives illicites à 18-75 ans, par âge et par sexe, 2002

	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
Colles et solvants ⁽¹⁾	5,7 %	4,0 %	0,6 %	3,6 %	1,7 %
Cocaïne	1,9 %	3,9 %	0,4 %	3,3 %	0,8 %
LSD	1,2 %	1,9 %	0,5 %	2,1 %	0,2 %
Amphétamines ⁽¹⁾	1,6 %	1,8 %	1,1 %	1,7 %	1,2 %
Ecstasy	2,3 %	1,1 %	0,1 %	1,4 %	0,2 %
Champignons hallucinogènes	2,3 %	1,6 %	0,3 %	1,4 %	0,9 %
Héroïne ⁽¹⁾	0,9 %	1,2 %	0,2 %	1,4 %	0,2 %

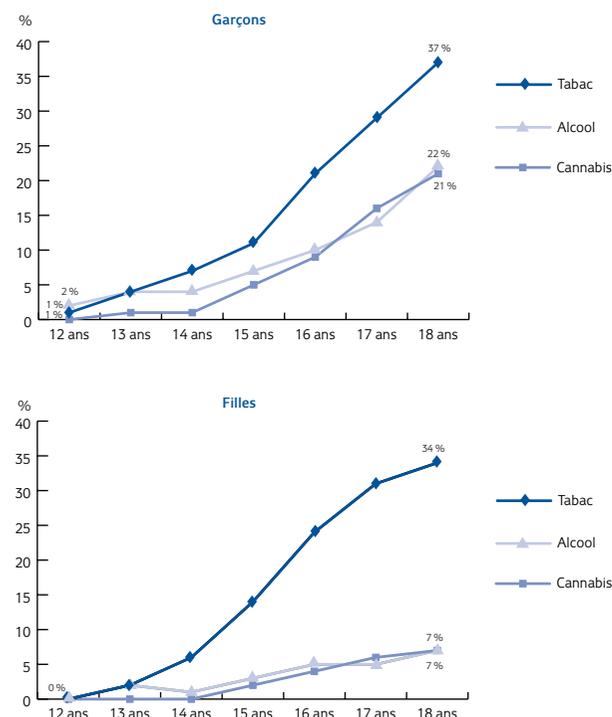
Sources : EROPP 2002, OFDT sauf (1) Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT

Chez les lycéens et les collégiens, la consommation régulière de tabac, d'alcool ou de cannabis est très rare avant 14 ans. À cet âge, le tabac, qui concerne déjà 6-7 % des jeunes, devance largement les deux autres produits [Graphique 3]. Les usages d'alcool et de cannabis s'accroissent entre 14 et 16 ans tout en restant bien en deçà de celui du tabac. À 16 ans, 1 adolescent sur 5 fume régulièrement, et 1 sur 10 consomme

régulièrement du cannabis ou de l'alcool [12]. L'âge à la première consommation varie également selon le produit. Hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre (qui peut être consommé très tôt, à l'occasion d'une fête de famille par exemple), le tabac est le produit expérimenté le plus précocement par les jeunes de 18 ans : 13,6 ans en moyenne pour la

Graphique 2 : Fréquence de l'usage régulier d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de cannabis à 18-75 ans, par âge, 2002

Sources : EROPP 2002, OFDT sauf (1) Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT

Graphique 3 : Fréquence de l'usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis à 12-18 ans, par âge et par sexe, 2003

Source : ESPAD 2003, INSERM/OFD/MJENR

première cigarette et 15 ans pour son usage quotidien. Le premier joint est fumé peu après 15 ans et le premier médicament psychotrope consommé à près de 16 ans. La première ivresse survient en moyenne à peu près aux mêmes âges que pour le cannabis, juste après 15 ans. La première consommation de poppers, de champignons hallucinogènes, d'ecstasy, d'amphétamines ou de cocaïne, si elle survient, se situe en général entre 16 et 16 ans et demi [8].

Disparités géographiques

En France

Les consommations de substances psychoactives sont inégalement réparties dans les régions de France métropolitaine : en 2000, l'usage quotidien de tabac chez les adultes apparaît assez uniforme sur le territoire considéré ; toujours parmi les adultes, l'usage de cannabis au cours de l'année est plus fréquent en Bretagne, en Aquitaine et en région parisienne et moins courant dans les régions

Centre, Auvergne, Nord et Picardie. Pour l'alcool, le Languedoc-Roussillon, la région Midi-Pyrénées, l'Aquitaine et le Limousin se distinguent par une prévalence d'usage quotidien d'alcool supérieure à la moyenne, alors qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Haute et Basse-Normandie elle est inférieure à la moyenne nationale [7].

À 17 ans, les niveaux d'expérimentation et d'usage régulier de substances psychoactives ne sont pas non plus uniformes sur l'ensemble du territoire. En 2003, c'est sur la façade atlantique, en Basse-Normandie, en Bretagne, dans les Pays de la Loire, en Poitou-Charentes, ainsi que dans le Nord-Pas-de-Calais que le tabagisme quotidien est le plus répandu en France. Trois régions seulement se distinguent par un tabagisme plus rare : l'Île-de-France, l'Alsace et la région Rhône-Alpes. L'usage régulier d'alcool est plus répandu sur la façade atlantique du pays, de la Bretagne à l'Aquitaine, ainsi que sur une droite est-ouest passant par le centre de la France : Rhône-Alpes, Auvergne et Limousin. C'est au contraire dans les régions les plus septentrionales qu'il est le moins fréquent : Nord-Pas-de-Calais, Picardie, mais aussi Île-de-France. Il est à noter que ces régions, apparemment moins consommatrices, ne sont pas celles qui enregistrent le moins de dommages (décès notamment).

L'expérimentation des autres substances psychoactives est plus uniforme et décrit

rarement une géographie régionale cohérente : les champignons hallucinogènes sont plus fréquents dans le Nord-Pas-de-Calais et la Bretagne, l'ecstasy dans le Nord-Pas-de-Calais et sur le pourtour méditerranéen, mais aussi en Franche-Comté, en Bretagne et en Basse-Normandie. Enfin, la cocaïne est plus répandue sur le pourtour méditerranéen [13].

En Europe

En matière de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, la France se situe parmi les pays les plus consommateurs en Europe, bien que pour l'alcool, elle ne figure plus au premier rang [10, 14, 15]. En revanche, la France ne se distingue pas particulièrement pour les autres drogues illicites consommées en Europe (amphétamines, ecstasy, cocaïne) [10].

Les collégiens et les lycéens français de 15-16 ans sont dans la moyenne des pays européens pour l'usage récent de cigarettes et dans la moyenne basse pour la consommation d'alcool (expérimentation de boissons alcoolisées ou usages plus fréquents). La France est l'un des pays où la fréquence des ivresses est la plus faible. En revanche, elle se situe parmi les pays de tête pour l'expérimentation de tranquillisants ou de **sédatifs** chez les jeunes scolaires ou pour l'expérimentation de cannabis [16].

Repères méthodologiques

Baromètre Santé ; ESCAPAD ; ESPAD ; Estimation nationale du nombre d'usagers problématiques de drogues ; EROPP.

Opinions et perceptions sur les drogues

Afin de mieux appréhender les attitudes observées dans la population française, l'étude des consommations peut être complétée par une mesure des opinions en matière de drogues. Ainsi l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) permet de faire le point sur les

perceptions et les opinions de la population française sur les drogues licites ou illicites ainsi que sur les actions publiques menées dans ce domaine.

Le cannabis, premier produit cité comme drogue

En réponse à la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », les Français citent très majoritairement le **cannabis** ou ses dérivés (82 % des enquêtés en 2002, 78 % en 1999 [Tableau 6]). La **cocaïne** arrive au 2^e rang, suivie par l'**héroïne**, puis par l'**ecstasy**. Deux produits licites, l'alcool et le tabac, figurent respectivement aux 6^e et 7^e rangs parmi les drogues les plus fréquemment mentionnées, soit par un Français sur cinq [6, 17]. D'une manière générale, les personnes qui citent le plus de produits sont des hommes, qui ont déjà consommé du cannabis, des jeunes ou des personnes au niveau scolaire élevé [6].

L'héroïne, substance jugée la plus dangereuse

Le produit jugé le plus dangereux par les Français est l'héroïne, largement en tête devant l'ecstasy et la cocaïne, suivies par l'alcool et le tabac, puis par le cannabis. Seules 2 % des personnes interrogées considèrent que le cannabis est la drogue la plus dangereuse. Ce classement varie relativement peu selon l'âge, le sexe ou la catégorie socioprofessionnelle [6].

Tableau 6 : Pourcentage de personnes déclarant spontanément les produits comme drogues, 1999-2002

	1999	2002
Cannabis	78 %	82 %
Cocaïne	54 %	60 %
Héroïne	45 %	48 %
Ecstasy	39 %	37 %
LSD	27 %	27 %
Tabac	21 %	20 %
Alcool	20 %	19 %
Crack	12 %	13 %
Opium et autres opiacés	8 %	10 %
Morphine	8 %	5 %
Ne connaît aucun produit	6 %	4 %

Note : tous les produits cités dans ce tableau, hormis l'alcool et le tabac, sont définis dans le lexique. Plusieurs produits peuvent être cités par une même personne.

Lecture : à la question « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez ne serait-ce que de nom ? », 78 % des personnes interrogées citaient spontanément le cannabis en 1999.

Sources : EROPP 1999, 2002, OFDT

Consultés sur le seuil de dangerosité des produits en fonction de la fréquence de consommation (**expérimentation**, prise de temps en temps, **usage quotidien**...), les Français pensent que l'héroïne, la cocaïne et, dans une moindre mesure, l'ecstasy peuvent être dangereux dès le premier usage [Tableau 7] [6].

La proportion de personnes qui estiment que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise mais seulement à partir d'une consommation quotidienne a augmenté entre 1999 et 2002 (32 % contre 28 % en 1999). Toutefois, la moitié de la population (51 %) continue à penser que sa seule expérimentation est dangereuse [Tableau 7]. La dangerosité perçue du cannabis varie non seulement selon l'âge et le sexe mais surtout en fonction de la proximité avec le produit :

les hommes, les jeunes et les personnes qui ont déjà consommé du cannabis jugent ce produit moins dangereux que les femmes, les adultes et les personnes ne l'ayant jamais expérimenté [6, 17].

Une perception des dangers en hausse pour l'alcool et le tabac

Entre 1999 et 2002, les quantités quotidiennes consommées perçues comme dangereuses sont passées de 3,6 à 3,0 verres pour l'alcool et de 11 à 10 cigarettes par jour pour le tabac. Par ailleurs, une proportion accrue de la population considère que la consommation occasionnelle d'alcool et l'expérimentation du tabac peuvent être dangereuses (14 % jugent qu'une consommation d'alcool de temps en temps peut être dangereuse contre

Tableau 7 : Seuil de dangerosité perçue de différents produits, 2002

	Alcool	Tabac	Cannabis	Ecstasy	Cocaïne	Héroïne
Dès qu'on essaye	4,8 %	24,9 %	50,8 %	78,6 %	82,1 %	87,4 %
Consommation ponctuelle ⁽¹⁾	14,5 %	0,8 %	-	-	-	-
Dès qu'on en consomme de temps en temps	0,5 %	0,4 %	11,9 %	8,0 %	8,1 %	5,7 %
Consommation hebdomadaire	-	-	-	3,0 %	-	-
Consommation quotidienne	77,2 %	72,5 %	32,5 %	5,9 %	8,0 %	5,5 %
Ce n'est jamais dangereux	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %
Ne connaît pas le produit	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	0,5 %	0,6 %
Ne se prononce pas, autre, ne veut pas dire	0,3 %	1,4 %	2,0 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(1) Les enquêtés ont pu exprimer un seuil en donnant un nombre de verres/nombre de cigarettes consommés en une seule occasion.

Source : **EROPP 2002, OFDT**

8 % en 1999 ; 25 % estiment que le tabac est dangereux dès l'expérimentation contre 21 % en 1999) [Tableau 7] [6, 17]. Enfin, en 2002, pour respectivement 61 % et 70 % de la population, le tabac et l'alcool représentent des dangers plus grands pour la société que les substances illicites [6].

Les Français adhèrent largement aux orientations de la politique publique

La majorité de la population adhère aux mesures existantes de la **politique de réduction des risques** : 70 % connaissent les **traitements de substitution aux opiacés** et 80 % d'entre eux y sont favorables ; 64 % savent que les seringues sont en vente libre et parmi eux, 60 % soutiennent cette mesure [6].

Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical, 50 % se déclarent en

faveur de la délivrance d'héroïne et 75 % pour la prescription médicale de cannabis à certains grands malades. Cette adhésion est en hausse depuis le milieu des années 1990 [6, 17, 18].

Environ trois quarts des Français déclarent être opposés à la mise en vente libre du cannabis. Ce pourcentage est cependant en nette diminution sur les trois dernières années [Tableau 8]. Cette évolution est due non seulement à la prise de position favorable des expérimentateurs du produit (+ 10 points entre 1999 et 2002), mais également à celle des non expérimentateurs (+ 4 points sur la même période) [6, 17].

S'agissant du tabac, une large majorité de Français s'est prononcée en faveur d'une interdiction de vente aux mineurs (77 % en 2002) [6]. La réglementation interdisant la vente aux mineurs de moins de 16 ans est, depuis cette date, entrée en vigueur (loi du 31 juillet 2003 et décret du 6 septembre 2004).

Tableau 8 : Répartition des opinions sur la mise en vente libre du cannabis, 1999-2002

	1999	2002
Tout à fait d'accord	5,8 %	8,3 %
Plutôt d'accord	11,3 %	15,6 %
<i>Sous-total d'accord</i>	<i>17,1 %</i>	<i>23,9 %</i>
Plutôt pas d'accord	18,6 %	14,6 %
Pas du tout d'accord	63,9 %	60,9 %
<i>Sous-total pas d'accord</i>	<i>82,5 %</i>	<i>75,5 %</i>
Ne se prononce pas	0,4 %	0,6 %

Sources : **EROPP 1999, 2002, OFDT**

Repères méthodologiques

EROPP.

Problèmes sanitaires et sociaux

Prises en charge liées à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac

Ce chapitre aborde la question du nombre et des caractéristiques des personnes prises en charge pour des problèmes d'**addiction** à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac. Les problèmes d'**abus** ou de **dépendance** à une substance **psychoactive** s'accompagnent souvent de pathologies liées à sa consommation (cancer, **cirrhose**, **sida**, **hépatite C**, traumatismes, etc.), qui doivent être distinguées de l'addiction en tant que telle. La question des pathologies associées sera abordée dans « Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool ».

Les consommateurs d'alcool et de drogues illicites accueillis dans les structures sanitaires et sociales présentent des dissemblances mais également des ressemblances et notamment une problématique similaire de risque d'exclusion sociale. La consommation de tabac n'est pas en soi porteuse de ce risque et la population de fumeurs se distingue jusqu'à maintenant assez peu de l'ensemble de la population. Les prises en charge des consommateurs d'alcool et de drogues illicites seront abordées conjointement et celles des consommateurs de tabac dans une seconde partie.

Alcool et drogues illicites

Davantage de prises en charge

En 2002, environ 86 000 consommateurs ont été accueillis dans les structures spécialisées en alcoologie (CCA) et 67 000 dans celles spécialisées en « toxicomanie » (CSST) [19, 20]. Ces chiffres comprennent cependant des doubles comptes

(une même personne recensée dans deux structures différentes), qu'il est difficile d'évaluer en l'absence de données individuelles d'identification. Depuis le milieu des années 1990, le nombre de personnes prises en charge est relativement stable dans les CCA, avec cependant une augmentation perceptible en 2002 ; la hausse du nombre déclaré de patients a été plus régulière et plus rapide dans les CSST [19, 20].

Le nombre de personnes vues dans les **structures de première ligne** avait été estimé en 2000 à environ 35 000 personnes [21]. Une partie d'entre elles peut avoir également fréquenté un CSST au cours de la même année.

À l'hôpital (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 93 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2002 et environ 26 500 séjours pour **sevrage** alcoolique. En ce qui concerne les drogues illicites, un peu plus de 3 900 séjours liés à la consommation de ces substances (troubles mentaux et du comportement) ont été enregistrés la même année, dont un peu moins d'un tiers pour consommation d'**opiacés** (en baisse) et 13 % environ pour usage de **cannabis** (en augmentation) [22]. En 2003, les médecins de ville ont vu en une semaine environ 48 000 patients pour un sevrage alcoolique. Ce nombre a nettement diminué au cours des dix dernières années (2,2 en moyenne par médecin en 1994 contre 1,7 en 1999 et 0,9 en 2003). Au cours d'un mois, les

médecins généralistes ont vu 97 000 consommateurs d'opiacés. Cette estimation est restée stable au cours des dix dernières années [23].

Diversités des produits consommés

Les personnes vues dans les structures spécialisées sont souvent consommatrices de plusieurs substances. Dans les CCA en 2002, près de trois nouveaux consultants sur quatre sont fumeurs, un sur dix déclare consommer du cannabis [24]. Parmi les boissons alcoolisées, 23 % des nouveaux consultants consomment principalement du vin, 21 % de la bière,

17 % des spiritueux et 25 % plusieurs types de boissons alcoolisées [24]. C'est parmi les patients fréquentant les structures spécialisées en toxicomanie que l'on trouve la plus large gamme de produits consommés et un pourcentage très élevé de **polyconsommateurs**. Les niveaux de consommation plus importants observés dans les structures de première ligne s'expliquent par une période d'observation plus large (mois contre semaine) et également parce que les personnes fréquentant ces structures tendent à être moins insérées dans un processus de soins et donc moins susceptibles d'avoir

Tableau 9 : Proportion de consommateurs des différentes substances psychoactives parmi les patients fréquentant les structures de soins et de première ligne, 2003

	Structures spécialisées de soins (consommation au cours des 7 derniers jours)	Structures de première ligne (consommation au cours des 30 derniers jours)
Substances licites (hors médicaments)		
Tabac	94 %	95 %
Alcool ⁽¹⁾	19 %	21 %
Substances illicites		
Héroïne	12 %	25 %
Cannabis	39 %	85 %
Cocaïne	10 %	35 %
Crack	1 %	18 %
Ecstasy	5 %	32 %
LSD	1 %	11 %
Médicaments (usages thérapeutiques et non thérapeutiques)		
Méthadone	36 %	17 %
Buprénorphine haut dosage	41 %	41 %
Codéine	1 %	5 %
Benzodiazépines	25 %	41 %

(1) Pourcentage de dépendants à l'alcool dans l'enquête OPPIDUM ; pourcentage de personnes consommant 7 verres et plus les jours de consommation dans l'enquête TREND/Première ligne.

Note : plusieurs produits consommés peuvent être cités pour une même personne ; la somme des pourcentages peut excéder 100 %.

Note : tous les produits cités dans ce tableau, hormis l'alcool et le tabac, sont définis dans le lexique.

Sources : **OPPIDUM 2003, CEIP ; TREND/Première ligne 2003, OFDT**

réduit ou cessé leur consommation [Tableau 9]. Outre le tabac et le cannabis, massivement consommés, ce sont les médicaments de substitution aux opiacés (**buprénorphine haut dosage** et **méthadone**) et les **benzodiazépines** dont l'usage est le plus souvent cité [25]. Une partie de ces consommations correspond cependant à des usages thérapeutiques [Voir : Traitements de substitution aux opiacés]. L'abus ou la dépendance à l'alcool sont déclarés par environ un patient sur cinq.

Alcool et opiacés à l'origine du plus grand nombre de prises en charge

Dans les CCAA, l'alcool est le produit à l'origine de la prise en charge pour la quasi-totalité des patients. La gamme des produits est plus large pour les patients fréquentant les CSST : en 2002, environ un sur deux a été amené à consulter pour un problème d'abus ou de dépendance aux **opiacés** (**héroïne** ou médicaments opiacés détournés de leur usage). Cette proportion a fortement baissé ces dernières années [Graphique 4]. Le cannabis est cité pour un patient sur quatre (et un

tiers des nouveaux patients), proportion en augmentation depuis la fin des années 1990. En dehors de l'alcool et de la **cocaïne**, les autres produits sont plus rarement cités. Ces données ne permettent cependant pas de rendre compte de la situation de nombreux patients en difficulté avec plusieurs produits. Cocaïne, alcool et médicaments détournés sont alors souvent cités comme produit motivant également la prise en charge [4].

Des profils variés selon les structures

Seuls les nouveaux patients peuvent être décrits dans cette section et représentent environ 50 % de l'ensemble des patients accueillis dans les CCAA ou les CSST. Dans les deux catégories de structures, ils sont très majoritairement de sexe masculin et nettement plus jeunes dans les structures toxicomanie que dans les structures alcool [Tableau 10]. En 2002, les 40 ans et plus sont majoritaires (58 %) dans les structures alcool alors qu'ils ne représentent que 11 % des nouveaux patients fréquentant les CSST. La moitié des nouveaux patients vus dans les struc-

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des nouveaux consultants dans les structures alcool et toxicomanie, 2002

	Structures à orientation alcool	Structures à orientation toxicomanie
Homme	77 %	80 %
Âge moyen	41 ans	28 ans
Emploi/revenu d'emploi	52 %	36 %
Logement stable	90 %	70 %
Adressés par des services administratifs ou la justice	29 %	20 %

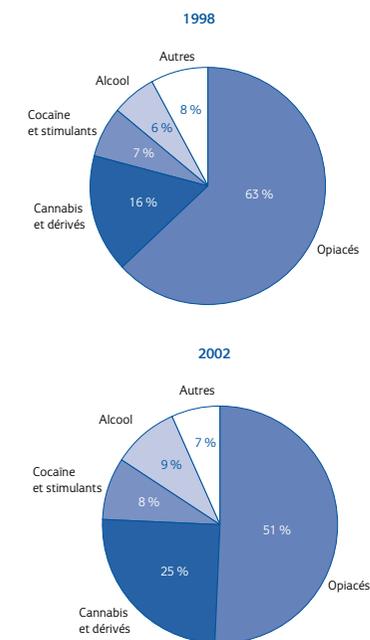
Sources : Rapports d'activité des CSST, DGS/OFDT ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie, DGS/OFDT ; consultants des CCAA, ANPAA

tures alcool a un emploi stable contre un gros tiers pour les CSST. La proportion de mal logés est également plus importante parmi les patients des CSST. Dans les deux types de structures, une part importante des patients est adressée par les services judiciaires ou d'autres services administratifs de l'État (services de police, services sanitaires).

Depuis le milieu des années 1990, le profil des personnes accueillies dans les CCAA est resté assez stable. On peut toutefois constater une augmentation de la part des personnes âgées de plus de 50 ans (de 19 à 25 % entre 1995 et 2002) et une augmentation de la part des personnes venues consulter à la suite de problèmes avec les autorités judiciaires (de 26 % en 1995 à 30 % en 2002) [20].

Dans les CSST, les évolutions les plus marquantes ont trait à l'augmentation du nombre de patients sous **traitement de substitution**, à la baisse de la proportion de consommateurs accueillis pour des problèmes de consommation d'opiacés et à l'accroissement du nombre de patients en difficulté avec le cannabis.

Graphique 4 : Répartition des patients suivant le produit à l'origine de la prise en charge dans les CSST, 1998-2002



Source : Rapports d'activité des CSST 2002, DGS/OFDT

Les dispositifs de soins alcool et toxicomanie

Les personnes en difficulté avec la consommation d'alcool et de drogues illicites peuvent s'adresser à différents types d'institutions. Il existe tout d'abord des structures spécialisées ambulatoires en alcoologie (Centre de cure ambulatoire en alcoologie - CCAA) ou drogues illicites (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes - CSST) dans lesquelles les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge de type médico-psychosociale. À quelques exceptions près, on comptait au moins une structure de chaque type par département en 2002. D'autres structures spécialisées possèdent des capacités d'hébergement permettant d'accueillir les patients pour des séjours de durée variable, souvent à la suite d'une cure de sevrage. Les structures spécialisées en toxicomanie disposent également d'une capacité d'hébergement d'urgence ou transitoire permettant d'accueillir pour une courte durée certains patients en grande difficulté. L'ensemble de ces structures à caractère médico-social doit être regroupé prochainement sous un même statut et une même dénomination : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, dits CSAPA. ...

Les consommateurs de drogues en très grande difficulté peuvent également être accueillis dans des structures de première ligne (**programme d'échange de seringues, boutiques**) créées dans le but de diminuer les dommages associés aux consommations de drogues, et notamment les infections à VIH, VHB et VHC.

De nombreux patients s'adressent au système généraliste de santé, hôpitaux ou médecins de ville. Certains hôpitaux possèdent des services ou des unités d'alcoologie permettant notamment d'accueillir des patients pour des sevrages avec hospitalisation. Les **équipes de liaison en addictologie** ont été créées en 2000 pour favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes ne sont cependant présentes à l'heure actuelle que dans une partie des hôpitaux.

Les médecins de ville sont également amenés à rencontrer des patients ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives. Pour améliorer leur prise en charge, les pouvoirs publics ont soutenu la création de réseaux de médecins (**Réseaux ville hôpital**). Ce dispositif, associant de façon variable selon les cas, médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins et personnel hospitalier ainsi que les médecins et autres intervenants des structures spécialisées, doit permettre un accompagnement global des patients et garantir la continuité de la prise en charge.

L'utilisation de la voie intraveineuse parmi les personnes fréquentant les CSST est en nette diminution depuis une dizaine d'années. Cela s'explique tout d'abord par l'augmentation de la proportion d'usagers de produits qui ne se consomment pas par voie injectable (par exemple, le cannabis). Mais d'autre part, même chez les consommateurs de produits injectables (opiacés, cocaïne), ce mode d'usage a tendance à régresser. Par ailleurs, toujours dans les CSST, on constate une tendance à la bipolarisation de la clientèle avec une augmentation des plus jeunes et des plus âgés (entre 1998 et 2002, pour les nouveaux patients, la part des moins de 25 ans passe de 35 à 38 % et celle des 40 ans et plus de 5 à 11 %). Parallèlement, la proportion de nouveaux patients adressés par les services judiciaires est passée de 13 % en 1998 à 20 % en 2002 [19].

Tabac

Si le sevrage tabagique revêt différentes formes et peut se faire sans l'aide de médecin, il existe des aides médicamenteuses, délivrées en pharmacie sans ordonnance. Néanmoins, des structures spécialisées existent et s'adressent en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative de sevrage ou rechuté à plusieurs reprises et aux fumeurs victimes de maladies liées au tabac qui poursuivent leur consommation.

En 2003, on recense environ 400 consultations de tabacologie utilisant, en méthode principale de sevrage tabagique, une de celles recommandées par la conférence de consensus de 1998, l'efficacité de l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'hypnose n'ayant pas été reconnue [26].

Hausse continue du nombre de patients

En 2003, près de 6 000 patients ont été accueillis, au cours d'une semaine, dans les consultations spécialisées en tabacologie, dont un tiers de nouveaux patients. L'Office français de prévention du tabagisme estime qu'environ 55 000 nouveaux patients auraient été accueillis en 2003 dans ces consultations [27]. La plupart des consultations ont lieu à l'hôpital (74 % des centres répondants). Ces structures ne sont pas destinées aux seuls patients en cours d'hospitalisation qui représentent 10 % seulement de la clientèle vue une semaine donnée. Les médecins de ville ont vu en 2003 environ 84 000 patients par semaine souhaitant arrêter de fumer. Le nombre moyen de patients vus pour un sevrage tabagique, par médecin et par semaine, est en baisse. Il est passé de 2,2 en 1993 à 1,9 en 1999 et 1,4 en 2003 [23]. L'importance

du recours aux médecins généralistes pour un sevrage tabagique a probablement été modifiée dès la fin 1999, date à laquelle l'achat de substituts nicotiques en pharmacie a été autorisé sans prescription médicale. Les ventes de ces médicaments ont doublé entre 1999 et 2000 et n'ont pas cessé d'augmenter depuis [Voir : Tabac].

Autant de femmes que d'hommes

Les dossiers de 13 020 patients reçus dans certaines consultations de tabacologie à travers la France ont été enregistrés et analysés entre 2001 et 2003. Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes. Elles sont en moyenne moins âgées : 40 contre 44 ans en moyenne. Leur consommation journalière de cigarettes est relativement importante : 26 en moyenne pour les hommes et 22 pour les femmes [28].

Repères méthodologiques

Baromètre Santé médecins généralistes ; CDT ; Consultants des CCAA ; Enquête auprès des consultations de tabacologie ; OPPIDUM ; PMSI ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Rapports d'activité des CSST ; TREND/Première ligne.

Traitements de substitution aux opiacés

Les **traitements de substitution** constituent une des options thérapeutiques et de soutien offertes en France aux personnes dépendantes aux **opiacés**. La substitution consiste à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'opiacés illicites. Ils s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale [29]. Malgré un démarrage très polémique en France où le **sevrage** a longtemps été considéré comme la seule

option thérapeutique, la substitution aux opiacés s'est développée rapidement. Son bilan, après dix ans de prescription, montre un impact sociosanitaire clairement positif. Au plan individuel, les traitements de substitution permettent une rupture du cycle de **dépendance** au produit beaucoup plus rapide que par le passé, une amélioration des conditions de vie et de l'accès au soins [29, 30]. Au plan collectif, le point le plus remarquable réside dans la baisse importante du nombre des décès par **surdose** [30-32].

Le cadre de prescription : la BHD plus accessible que la méthadone

Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la **méthadone**, classée comme **stupéfiant**, et la **buprénorphine haut dosage** (BHD ou **Subutex®**), dont le classement est actuellement discuté. En France, la méthadone se présente sous forme de sirop, la BHD sous forme de comprimés à laisser fondre sous la langue.

Les traitements par méthadone ne peuvent être initiés que par des médecins exerçant dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville peut être assuré une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès et de maintien aux programmes « méthadone » sont plus ou moins strictes selon les centres. Contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Elle bénéficie donc d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin [29]. Cette large accessibilité de la BHD constitue une spécificité française. La méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors qu'elle est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution sont les médecins généralistes (entre 91 et 99 % selon les lieux) [33]. En 2001, si 80 % des CSST prescrivaient de la méthadone, il restait 6 départements sans CSST prescripteurs et 3 départements dépourvus de CSST [34].

Les **sulfates de morphines** (Moscontin®, Skenan®), **analgésiques** majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'**héroïne**, bien que ne disposant pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

Une disponibilité croissante des traitements

La part prépondérante de la BHD

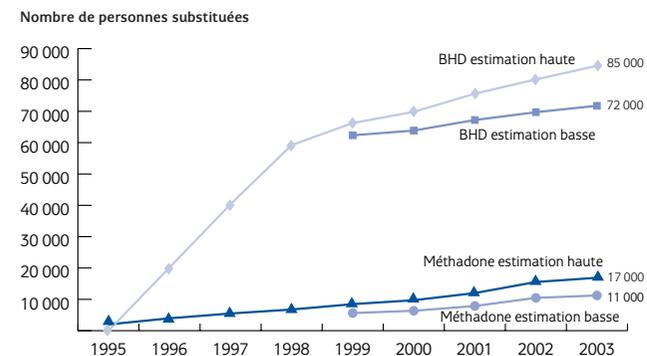
De l'ordre de 2 000 en 1995, le nombre de patients sous méthadone se situe en 2003 entre 11 000 et 17 000 (d'après les données de vente et selon les différentes hypothèses envisagées pour les doses moyennes). Dans le même temps, le nombre de patients sous BHD est passé de 0 à un niveau compris entre 72 000 et 85 000 [Graphique 5].

En 2003, le nombre de personnes recevant un traitement de substitution se situerait donc entre 83 000 et 100 000 [35, 36], pour un nombre de consommateurs problématiques d'opiacés estimé en 1999, entre 150 000 et 180 000 en France [4]. Cependant, le nombre de patients inscrits dans une démarche de soins durable, sous suivi médical, ne dépasserait pas 63 000. Les patients sous méthadone représenteraient environ 20 % de cette population.

Bénéficiant d'une large diffusion, la BHD est en partie détournée sous forme de trafic et n'est donc pas totalement consommée dans le cadre d'un traitement sous contrôle médical. Ainsi, en marge des patients en « traitement continu », régulièrement suivis pendant au moins 6 mois (environ 70 % des personnes recevant des prescriptions de BHD), d'autres comportements peuvent être recensés [Graphique 6] [35] :

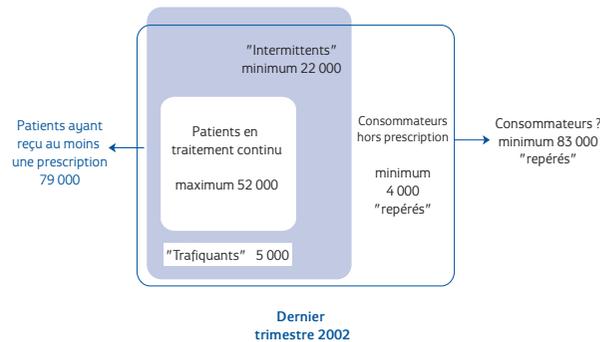
- un peu plus du quart reçoit des prescriptions de BHD de manière intermittente, voire ponctuelle (les « intermittents ») ;
- environ 6 % détournent la BHD dans des proportions importantes ;
- enfin, les consommateurs qui se procurent de la BHD uniquement sans prescription sont difficiles à dénombrer. Au moins 4 000 d'entre eux fréquentent chaque année les **structures de première ligne** [37].

Graphique 5 : Estimations du nombre de personnes recevant un traitement de substitution, 1995-2003



Source : SIAMOIS, InVS, estimations OFDT

Graphique 6 : Estimation de la taille des différentes populations recevant de la BHD par prescription, 2002



Source : SIAM, CNAMTS, estimations OFDT

Vers un rééquilibrage au profit de la méthadone

La tendance est actuellement à la stagnation du nombre de patients sous BHD, et même à la décroissance dans certaines villes. Au contraire, l'effectif des patients sous méthadone augmente [33, 38]. Une étude sur les traitements de substitution délivrés en ville, soit la quasi-totalité de la BHD et environ la moitié de la méthadone, menée dans 13 agglomérations entre début 2001 et fin 2002, montre une croissance de seulement 2 % du nombre des personnes ayant reçu une prescription de BHD alors que l'effectif des patients sous méthadone délivrée en pharmacie s'est accru de 20 %.

Des traitements pris au long cours

La plupart des personnes recevant des produits de substitution sont des hommes (76 à 79 % pour la BHD, 71 à 77 %

pour la méthadone). Leur moyenne d'âge varie selon les structures fréquentées et se situe pour la BHD entre 30,5 ans et 34,5 ans et pour la méthadone entre 32,5 ans et 36 ans [33, 37, 43, 44]. Elle est croissante au fil des ans : les patients tendent à conserver leur traitement en vieillissant, ce qui tire vers le haut l'âge moyen des patients traités. Les femmes sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes, peut être parce qu'elles entrent plus précocement dans un processus de soins [33, 38].

Développement des mésusages

S'il a contribué à améliorer l'état et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés, le développement des traitements de substitution s'est également accompagné de l'apparition d'usages indésirables. Ceux-ci sont surtout rapportés à propos de la BHD, du fait de sa plus grande facilité d'accès.

Ces mésusages peuvent être ainsi résumés [35, 45] :

- l'autosubstitution : il s'agit d'un usage de type « thérapeutique » où la BHD vient se substituer pour tout ou partie à une consommation antérieure d'héroïne dans le but d'en arrêter ou d'en réduire la consommation, mais en dehors de tout protocole médical ;
- l'usage toxicomaniaque : la BHD est utilisée comme une drogue parmi d'autres. Un tiers des personnes, fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes, recherche une « défonce » dans la BHD, en marge de sa finalité thérapeutique, et 13 % en consomment uniquement pour « se défonce » [37]. Cet usage peut concerner des personnes préalablement dépendantes à un opiacé, mais aussi des personnes

pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance. L'usage non substitutif de BHD touche un quart des personnes consommant de la BHD dans les structures de première ligne [46, 47]. Cependant, à l'échelle de la population française, cette pratique reste rare : seuls 0,6 % des filles et 0,9 % des garçons de 17-18 ans ont déjà expérimenté la BHD. Parmi eux, 42 % n'ont jamais consommé d'héroïne [8] ;

- le recours à une voie d'administration de la BHD autre que sublinguale : l'injection, en baisse, est encore pratiquée par 12 % des consommateurs vus dans un cadre thérapeutique et jusqu'à 50 % des personnes rencontrées dans les structures de première ligne qui disent consommer la BHD « pour se défonce ».

Une accessibilité qui progresse en milieu carcéral mais ne couvre pas les besoins

Près de deux entrants en prison sur cinq déclaraient, en 1999, un usage de drogues illicites et 15 % d'entre eux avaient consommé des opiacés (héroïne, morphine, opium) de manière prolongée dans l'année précédant l'incarcération (nouvelles données attendues en 2005) [39]. Pourtant, parmi les détenus, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est estimée à moins de 7 %, soit 3 800 individus, au terme d'une progression significative entre 1998 et 2004 (2 % en 1998). Seuls 4 % des établissements pénitentiaires n'ont aucun détenu sous substitution en 2004, contre 26 % en 1999. Si l'accessibilité des traitements de substitution a globalement progressé, elle n'est pas encore garantie dans tous les établissements pénitentiaires [40] : pour près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution se pose, notamment dans les grands établissements [41]. La poursuite des traitements, et, à plus forte raison, leur initialisation, se heurte à des refus de principe de certains médecins à l'égard de la substitution, à la difficulté de contrôler la prise du produit en l'absence d'effectifs médicaux suffisants et aux contraintes inhérentes à l'organisation carcérale [41, 42]. L'hétérogénéité des pratiques médicales d'un établissement à l'autre reste patente : sur 165 établissements enquêtés, 33 (20 %) ont interrompu au moins un traitement de substitution et 3 déclarent le faire systématiquement [40]. Les modalités de dispensation du traitement, marquées surtout par l'absence de confidentialité, apparaissent également très disparates. Celles-ci peuvent renforcer des situations d'usage détourné et de trafic des médicaments (du Subutex® en particulier) et accroître les risques de surdose (surtout liés à la méthadone) potentiellement mortel pour le détenu [41, 42]. En dépit d'un moindre détournement observé avec la méthadone, seuls un peu plus de 15 % des détenus substitués reçoivent ce traitement [40].

Le sniff, de plus en plus fréquent, concerne de 12 % (cadre thérapeutique) à 33 % (structures de première ligne) des usagers [37, 43]. Il faut noter que l'utilisation de voies d'administration autres que sublinguale augmente la dose nécessaire sur la journée, et que l'injection de la BHD – théoriquement non injectable – entraîne de très fréquentes complications [Voir : Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites] ;

- la prise de doses inappropriées et la consommation problématique d'autres produits (benzodiazépines à doses non thérapeutiques, alcool). Elle peut être liée

à un usage toxicomaniaque persistant, à une prise incorrecte (non sublinguale) ou à une prise en charge insuffisante de la souffrance psychique des patients ;

- le trafic : alimenté par la revente de produits prescrits, il permet les consommations hors suivi médical (fin 2002 entre 21 et 25 % des doses prescrites seraient revendues) [35]. Ce trafic a connu une croissance importante au cours des cinq dernières années. Il devrait décroître significativement à partir de 2004 compte tenu de la mobilisation des professionnels et de l'Assurance maladie sur cette question.

Conférence de consensus et Recommandations pour la pratique clinique (RPC) : de nouveaux repères pour les professionnels et les décideurs

Après dix ans d'expérience d'une diffusion large des traitements de substitution en France, un bilan des connaissances a été réalisé et une réflexion sur les pratiques a été menée à l'initiative de la Fédération française d'addictologie (FFA) dans le cadre d'une conférence de consensus supervisée par l'ANAES (Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé) en juin 2004 [48]. Le travail préalable, mené par des experts du champ, a permis de poser des repères pour la pratique [49]. Le jury de cette conférence a établi des conclusions qui visent à répondre aux nouvelles questions posées par ces traitements. Elles sont convergentes avec les RPC élaborées par l'ANAES visant à réduire les mésusages et ont été rendues publiques à cette occasion [50].

Les 12 propositions du jury visent 3 objectifs principaux :

- élargir l'accessibilité aux personnes les plus précaires ;
- améliorer la prescription des traitements de substitution, notamment en donnant aux prescripteurs le choix de la molécule utilisée ;
- renforcer la sécurité de leur dispensation.

Repères méthodologiques

ESCAPAD ; Enquête sur les traitements de substitution en prison ; OPPIDUM ; Rapports d'activité des CSST ; SIAM ; SIAMOIS ; TREND ; TREND/Première ligne.

Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool

Tabac : le produit à l'origine du plus grand nombre de décès

En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé en France à 60 600 [51]. Le tabac est directement à l'origine de bronchites obstructives chroniques et de certains cancers : du poumon, des voies aérodigestives supérieures (VADS), conjointement avec l'alcool, et de la vessie [Tableau 11]. Il favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-circulatoires, les cancers notamment de l'œsophage et du col utérin (en association avec les contraceptifs oraux) et les fausses couches chez la femme enceinte. S'ajoutent à cela, les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses : petit

poids de naissance, risque majoré de mort subite du nourrisson et d'infections...

Dans le cas du cancer du poumon, le surcroît de risque dépend des doses fumées quotidiennement, mais beaucoup plus encore de la durée du tabagisme au cours de la vie. Quel que soit l'âge où il survient, l'arrêt du tabac entraîne un accroissement de l'espérance de vie [52]. Il s'écoule de 15 à 30 ans entre le moment où une génération commence à fumer régulièrement et l'apparition des signes épidémiologiques de dommages.

Une mortalité encore largement masculine

La mortalité liée au tabac est essentiellement masculine (90 %) même s'il est possible que ces données sous-estiment la mortalité féminine [53]. Plus de la moi-

Tableau 11 : Fractions de l'ensemble des décès et nombre de décès attribuables au tabac, par cause de décès et par sexe, 2000

	Hommes		Femmes	
	FA ⁽³⁾ tabac	Nombre	FA ⁽³⁾ tabac	Nombre
Cancers du poumon	90 %	18 600	42 %	1 800
Cancers des VADS ⁽¹⁾	60 %	5 500	16 %	3 000
Autres cancers	12 %	6 600	1 %	3 000
Tous cancers	35 %	30 600	4 %	2 400
BPCO ⁽²⁾	67 %	3 900	24 %	9 000
Autres maladies respiratoires	11 %	1 400	1 %	2 000
Maladies cardio-vasculaires	13 %	9 900	1 %	1 200
Autres	14 %	8 700	2 %	1 300
Total	20 %	54 600	2 %	6 000

(1) Voies aérodigestives supérieures (bouche, œsophage, pharynx, larynx)

(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

(3) Fraction attribuable au tabac

Source : Registre national des causes de décès, CépIDC, exploitation CTSU/University of Oxford

tié de ces décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 32 % de la mortalité dans la classe d'âge des 35-69 ans [51]. Le nombre moyen d'années de vie perdues pour une personne dont le décès est lié au tabac est de 17 ans [51].

Premiers signes de baisse chez les hommes

Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a commencé à régresser au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XX^e siècle [Graphique 7] [51]. Cette décroissance de la mortalité, soutenue par les progrès thérapeutiques ou en matière de diagnostics, constitue probablement le premier signe de l'impact de la chute du tabagisme masculin amorcée vers la fin des années 1970, qui s'est accentuée depuis 1990 [54].

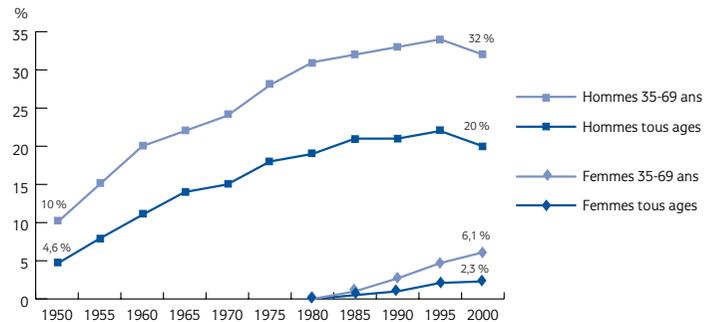
L'examen des pathologies les plus concernées montre que la diminution de la mortalité liée au tabac résulte surtout – pour le moment – de la moindre mortalité par cancers des VADS (due également à la baisse de la consommation d'alcool), par

cardiopathie ischémique et par bronchite chronique. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité, qui s'élevait à 77 décès pour 100 000 hommes en 1999, a commencé à décroître en 1996 (- 5 % entre 1996 et 1999) [55]. Cependant, alors que pour les cancers des VADS la chute de la mortalité découle clairement d'une diminution du taux de nouveaux patients atteints, l'incidence des cancers pulmonaires continue à progresser, bien que faiblement (+ 4 % entre 1990 et 2000) [Tableau 12] [56].

Progression rapide chez les femmes

Chez les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité, encore relativement faible par rapport aux hommes, connaît cependant une croissance continue depuis 1980, en lien avec le développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années [Graphique 7] [51, 57]. L'évolution la plus marquante est liée à la fréquence croissante des pathologies pulmonaires. L'incidence des cancers du poumon, comme le taux de mortalité, ont au moins doublé entre 1980 et 2000

Graphique 7 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000



Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU / University of Oxford

[Tableau 12], résultat d'un accroissement important du risque pour les femmes nées après la première guerre mondiale [56]. Le taux de mortalité est passé de 7 à 12 décès pour 100 000 entre 1981 et 1999 (+ 71 %). La mortalité par bronchite chronique obstructive suit la même tendance [57]. Concernant les cancers des VADS, on observe une augmentation du taux d'incidence (+ 40 % en 10 ans) [Tableau 12] alors que le taux de mortalité connaît une très faible tendance à la décroissance, peut-être du fait des progrès thérapeutiques [55].

Le tabagisme passif : cancers et perturbation du développement de l'enfant

L'Académie nationale de médecine estimait en 1999 que le tabagisme passif était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an. Les données disponibles permettent en effet d'affirmer que l'inhalation de la fumée du tabac par un non-fumeur provoque, chez l'adulte, une augmentation du risque de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %) [58].

Le tabagisme de la femme enceinte augmente les risques de complications de la grossesse (grossesse extra-utérine, anomalies du placenta...). L'exposition de l'enfant au tabagisme de sa mère (et, à un moindre degré, de l'entourage), double le risque de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, et de mort *in utero* (enfant mort-né). Le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardiovasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire...). Il perturberait en outre le développement du cerveau, avec des conséquences encore mal évaluées [59, 60]. Après la naissance, l'enfant exposé au tabac subit un risque accru de mort subite du nourrisson (risque doublé). Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si les deux parents fument) et aux crises d'asthme [58]. Le risque de survenue d'un cancer de l'enfant exposé au tabagisme maternel pendant la grossesse serait accru de 10 % [59].

Tableau 12 : Nombre annuel de nouveaux cas de cancers liés à la consommation chronique de tabac et/ou d'alcool pour 100 000 personnes en France (incidence), 1980-2000

Type de cancers		1980	1985	1990	1995	2000	Évolution 1990-2000
Hommes	Poumon ⁽¹⁾	47,4	48,9	50,1	51,1	52,2	+10 %
	VADS ⁽²⁾	68,4	64,2	59,7	44,8	51,1	-25 %
	Foie ⁽³⁾	4,4	5,7	7,2	9,0	11,0	+150 %
Femmes	Poumon ⁽¹⁾	3,7	4,5	5,6	6,9	8,6	+130 %
	VADS ⁽²⁾	4,9	5,4	5,9	6,4	6,9	+41 %
	Foie ⁽³⁾	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	+88 %

Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Facteurs de risques principaux : (1) Tabac, (2) Alcool et tabac (potentialisation mutuelle), (3) Alcool puis hépatites virales B ou C (potentialisation mutuelle)

Source : [56]

Alcool : encore un lourd impact sur la mortalité

La consommation aiguë d'alcool provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire une prise de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et dans les rixes. La consommation chronique est particulièrement toxique pour le foie (cirrhoses, cancers du foie), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau et des nerfs optiques et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Cette toxicité atteint également d'autres organes, favorisant ainsi l'apparition de divers cancers (notamment des VADS et du sein), l'hypertension artérielle, certaines pathologies cardiaques ou la survenue d'accidents vasculaires cérébraux. Enfin, la consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. L'accroissement du risque de décès apparaît à partir d'une consommation de 2 verres par jour chez la femme et de 3 verres par jour chez l'homme. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires est observée pour des consommations quotidiennes inférieures à 2 verres [61].

Les hommes près de quatre fois plus concernés que les femmes

La mortalité liée à l'alcool est appréhendée à partir de trois catégories de décès directement liés à la consommation abusive : les décès par cirrhose, les décès par cancer des VADS (également liés à la consommation de tabac) et enfin les décès par

psychose alcoolique ou pour lesquels la dépendance à l'alcool a été mentionnée comme la cause principale du décès. En 2000, 22 500 décès ont directement été attribués à l'alcool, dont un peu plus de la moitié concernent des personnes de moins de 65 ans [Tableau 13].

Tableau 13 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2000

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	6 067	2 536	8 603
Cancers des VADS	9 261	1 601	10 862
Psychoses alcooliques	2 436	637	3 073
Total	17 764	4 774	22 538

Source : Registre national des causes de décès, CépiDC

L'estimation du nombre total de décès liés à la consommation d'alcool repose sur le calcul de fractions attribuables pour différentes pathologies. Des coefficients de ce type ont été calculés dans les années 1980 et conduisaient à un total situé entre 40 000 et 45 000 décès par an dans la dernière moitié des années 1990 [62]. Cette méthode de calcul fait aujourd'hui l'objet de débats. Une réflexion pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) est aujourd'hui en cours pour actualiser les modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool.

Un impact qui s'allège moins rapidement que par le passé

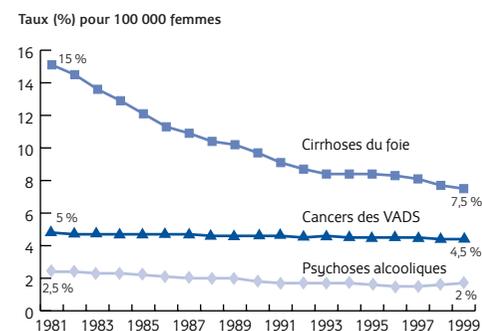
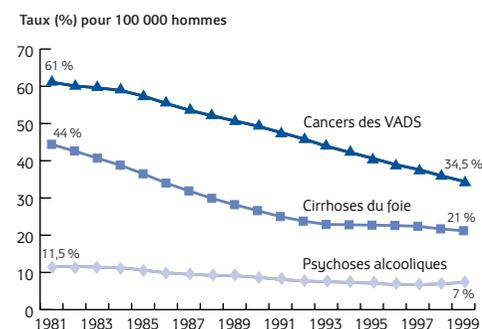
Les décès pour les trois causes mentionnées précédemment sont orientés à la baisse depuis la fin des années 1960, évo-

lution à mettre en relation avec la diminution de la consommation d'alcool – de vin, en fait – depuis la fin des années 1950. La chute de la mortalité par cirrhose s'est ralentie dans les années 1990, peut-être du fait de la part croissante des cirrhoses liées aux hépatites virales. Par contre, l'incidence du cancer du foie est croissante (doublement en 15 ans pour l'homme, en 20 ans chez la femme). Cette évolution pourrait être liée à l'augmentation des cas

d'hépatites virales qui peuvent dégénérer en cancer et à la moindre mortalité par cirrhose. Mieux prises en charge, les cirrhoses conduiraient moins souvent au décès directement et pourraient ainsi évoluer en plus grand nombre vers le cancer [Tableau 12] [56].

Le taux de décès par psychose alcoolique semble, quant à lui, en légère augmentation depuis 1997 (+ 10 % entre 1997 et 1999).

Graphique 8 : Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1981-1999



Note : il est important de noter que les échelles des taux sont différentes selon le sexe.

Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC ; INSEE [55]

À l'inverse, la chute de la mortalité par cancer des VADS se maintient à un rythme soutenu chez les hommes, du fait des régressions conjuguées des consommations de tabac et d'alcool. Chez la femme, ces deux consommations évoluent en sens inverse (accroissement du tabagisme féminin) et l'incidence de ces cancers augmente. La très faible régression de la mortalité féminine par cancers des VADS est donc probablement liée à des progrès de prise en charge [Graphique 8, Tableaux 12 et 13] [55, 56].

Alcool et grossesse : le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale

Celui-ci se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire par des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à 2 verres de vin ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres d'alcool, si celle-ci intervient à une période critique du développement de l'enfant. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Les experts recommandent donc aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée totale de la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990). Environ 1 000 enfants par an naîtraient en France avec une forme sévère [61, 63, 64].

De lourdes conséquences en matière de sécurité routière

En 2003, l'alcool a été incriminé dans 6 749 accidents corporels et dans 929 accidents mortels sur la route. Au cours de ces accidents, 1 050 personnes sont décédées. Ces niveaux enregistrent une baisse quasi-continue depuis 1990 où 1 471 accidents mortels impliquant l'alcool et 1 692 tués avaient été recensés [65]. Ainsi, en 2003, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) estime que si aucun conducteur n'avait conduit avec un taux d'alcoolémie positif, les nombres d'accidents mortels et de tués auraient pu être réduits d'environ 29 % [65] [Voir : Contrôles et délits routiers].

Europe : une mortalité française plutôt élevée

La comparaison des taux de mortalité par cirrhose alcoolique pour la période 1989-1995 plaçait la France en tête parmi 15 pays européens [66]. Ces données nécessitent une actualisation, mais les taux de mortalité par cancers, disponibles pour une période plus récente, viennent affirmer le poids particulier de l'alcool, mais aussi du tabac, sur la mortalité française, en dépit des évolutions favorables observées. D'une manière générale, la situation des Français s'améliore lentement, celle des Françaises se dégrade rapidement.

Chez les hommes, parmi 15 pays européens, la France présente le taux le plus élevé, et de loin, de mortalité par cancers des VADS. Elle occupe respectivement la 2^e et la 5^e place pour les cancers du foie et du poumon. Si la mortalité par cancers des VADS enregistre un recul sensible (- 13 % entre 1994 et 1999 contre - 7 %

pour l'ensemble de l'Europe) la mortalité par cancers du poumon ne chute que de 4 % (- 9 % pour l'Europe). L'examen de la mortalité masculine prématurée (avant 65 ans) place la France dans une position encore plus défavorable (respectivement 1^{re} et 2^e pour les cancers du foie et du poumon) [56]. Pour les Françaises, la situation semble moins catastrophique puisqu'elles occu-

pent la 6^e place pour la mortalité par cancers des VADS et la 10^e pour celle par cancer du poumon. Cependant, la situation se dégrade rapidement du fait de l'augmentation du tabagisme féminin. La France enregistre la plus forte croissance européenne pour la mortalité par cancers du poumon des femmes (+ 26 % contre 5 % pour l'ensemble de l'Europe) [56].

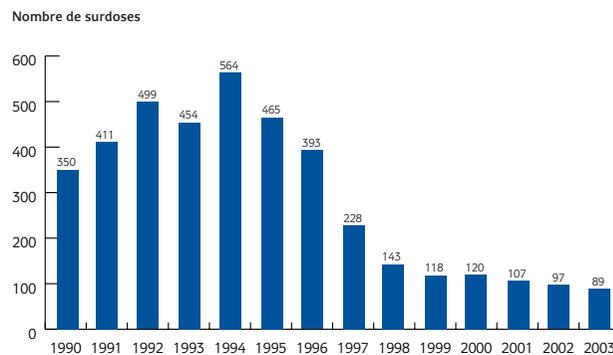
Repères méthodologiques

Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score Santé.

Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites

Certaines pathologies des **toxicomanes** sont directement liées à l'usage de drogues : les maladies infectieuses transmises par l'injection de substances (**sida**, **hépatites**, infections bactériennes locales ou à distance) et les problèmes liés au produit lui-même (troubles du comportement ou **surdoses**). D'autres peuvent être également liées à des conditions d'existence précaires, à un style de vie marqué par la prise de risques ou aux problèmes psychiatriques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues (accidents, suicides, mais aussi maladies des appareils digestif, circulatoire...). Ainsi, les taux de mortalité sont plus élevés chez les toxicomanes que dans l'ensemble de la population du même âge, non seulement pour les maladies infectieuses, les troubles mentaux et les intoxications, mais aussi pour la quasi-totalité des causes de décès [31].

Graphique 9 : Évolution du nombre de décès par surdose constaté par la police et la gendarmerie, 1990-2003



Source : **FNALS, OCRIS**

Une chute de la mortalité

Une étude, menée sur une cohorte de personnes interpellées pour usage de drogues, fait apparaître que les hommes interpellés pour usage d'**héroïne**, de **cocaïne** ou de **crack** ont 5,2 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, le facteur multiplicatif est de 9,5 [31].

Cependant, les sources disponibles convergent actuellement pour affirmer une baisse de la mortalité des toxicomanes au cours des dix dernières années [Graphique 9] [31, 67, 68].

Cette diminution concerne toutes les causes de décès, mais elle est incomparablement plus importante pour les décès par sida et par surdose, qui restent les principales causes de décès des usagers de drogues [31].

De moins en moins de surdoses

En 2000, 143 décès « par pharmacodépendance » (par surdose en fait) ont été dénombrés dans le Registre national des causes de décès [67]. Ce nombre n'a cessé de décroître depuis 1994 (451 décès cette année-là). Le nombre de décès par surdose recensés par les services de police et de gendarmerie est également en baisse constante (89 décès en 2003 contre 584 en 1994) [68] [Graphique 9]. Le fait que ces données ne décomptent probablement pas la totalité des surdoses [69] ne remet pas en cause l'évolution constatée. La chute du nombre de surdoses peut être attribuée à un recul de la consommation d'héroïne et de son injection ces dernières années, vraisemblablement en lien avec la diffusion des **traitements de substitution aux opiacés**.

Parmi les 143 décès par pharmacodépendance recensés par l'INSERM en 2000, des associations de substances sont retrouvées dans 78 % des cas. Les autres décès sont dus à des **opiacés** seuls (13 %), à des **sédatifs** ou **hypnotiques** (4 %) et à la cocaïne (1,4 %) [67]. Dans la continuité des tendances observées depuis dix ans, la part des surdoses recensées par les services de police et de gendarmerie et mettant en cause l'héroïne (39 % en 2003) décroît alors que celles liées à la cocaïne (11 %) ou aux **médicaments psychotropes** (opiacés et non opiacés) augmentent (31 %) [68].

Moins de décès par sida

Entre 1994 et 1997, le nombre de décès par sida de personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse a chuté de 1 044 à 268. Cette évolution semble avoir été tout d'abord davantage liée à des progrès thérapeutiques (traitements par trithérapie) qu'à une diminution des contaminations. Depuis, la décroissance se

poursuit plus lentement (118 décès en 2003) parallèlement à une nette tendance à la diminution de la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (voir ci-dessous). Les décès chez les injecteurs de drogues représentent environ le quart de l'ensemble des décès par sida tout au long de la période [70].

Une morbidité infectieuse toujours préoccupante

Régression de l'infection à VIH

La part des usagers de drogues dans les nouvelles contaminations par le VIH survenues au cours des neuf premiers mois de 2003 n'est que de 3 % [71]. Cette part reflète une très faible contamination actuelle des plus jeunes usagers de drogues. De fait, la **prévalence** de la séropositivité au VIH décroît chez les usagers de drogues. Ainsi, dans la première moitié des années 1990, différentes enquêtes rapportaient des taux de séropositivité autour de 30 % [29]. En 2001 et en 2003, le taux de séropositivité au VIH déclaré des personnes fréquentant les **structures de première ligne** de soutien aux toxicomanes se situe respectivement à 14 et 11 % [38, 72]. Ce reflux de l'épidémie de l'infection au VIH chez les usagers de drogues est en lien avec la **politique de réduction des risques** menée depuis plus de dix ans : accès facilité aux seringues stériles, développement de structures d'accueil de première ligne (1987) et diffusion des **traitements de substitution aux opiacés** (1996), sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection. En 2001, 54 % des usagers des structures de première ligne affirmaient s'être injectés un produit dans le mois précédent ; ils étaient 37 % en 2004 [37, 73]. Les cas de sida liés à l'injection intraveineuse de drogues ont également fortement diminué (1 319 en 1995, 142 en

2003), passant de 25 à 15 % de l'ensemble des cas de sida [74]. La mise à disposition de traitements antiviraux efficaces à partir de 1996, permet en outre de retarder l'apparition du sida, stade avancé de l'infection par le VIH, chez les patients déjà contaminés.

Diffusion massive de l'hépatite C

On observe, en revanche, la persistance d'une forte propagation de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues. Elle est liée à un pouvoir contaminant important du virus VHC lors de l'injection et à sa résistance au milieu extérieur. Le partage des seringues mais aussi du matériel de préparation (cuillères, coton, eau de rinçage) constitue des occasions de transmission du virus. Le partage des pailles lors du sniff est un facteur possible mais non démontré de contamination. Les taux de contamination obtenus à partir des déclarations des usagers ayant fait un test sont élevés : 43 % chez les usagers des structures de première ligne, dont 58 % chez les injecteurs récents. L'ignorance fréquente par les patients de leur séropositivité favorise la transmission du virus. Ainsi, les tests biologiques effectués à Marseille, en 2002, auprès d'usagers de drogues montrent que 73 % des participants à l'étude sont contaminés, alors qu'ils ne sont que 51 % à déclarer l'être. Après 40 ans, le taux de contamination vérifiée atteint 89 %, contre 65 % d'après les déclarations [75]. Parmi les patients pris en charge pour une hépatite C en service hospitalier spécialisé en 2001, la part des usagers de drogues injectables (UDI) est d'environ 38 % (21 % des femmes et 47 % des hommes) [76, 77]. Cependant, une proportion probablement non négligeable des UDI n'est pas suivie à l'hôpital. Environ 80 % des

hépatites C évoluent vers une hépatite chronique. En l'absence de traitement, celle-ci mène dans de nombreux cas à une **cirrhose** et/ou à un cancer du foie. Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une co-infection au VIH. Une enquête hospitalière, menée en 2001, a constaté que 84 % des patients co-infectés par le virus de l'hépatite C et par le sida étaient toxicomanes [78].

Hépatite B : une situation mal connue

Il n'existe pas de données fiables récentes permettant d'établir la situation des usagers de drogues par rapport à l'hépatite B. Le statut d'un individu vis-à-vis du virus de l'hépatite B (vaccination complète ou incomplète, antécédent d'hépatite guérie, hépatite aiguë ou chronique) est en effet plus complexe à déterminer que pour l'hépatite C. Différentes enquêtes au sein de populations restreintes montrent, entre 1997 et 2001, de faibles taux de vaccination des usagers de drogues contre l'hépatite B (entre 21 et 28 %) sachant que l'information est inconnue pour 20 à 45 % des patients [79-81]. Dans une enquête datant de 1997-1998 réalisée dans les CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) avec hébergement, 21 % des patients déclaraient avoir contracté une hépatite B. Ce taux s'élevait à 45 % chez les injecteurs de plus de 35 ans [79]. Dans 15 à 20 % des cas, l'hépatite B évolue vers une hépatite chronique menant le plus souvent à la cirrhose ou au cancer du foie.

L'injection, source d'autres complications

Les usagers de drogues injecteurs souffrent fréquemment de problèmes locaux : veines bouchées et/ou infections bactériennes ou mycosiques [Tableau

14]. Par le sang, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites...), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier. L'injection de la **buprénorphine haut dosage** (BHD) provoquerait davantage de dégâts que celle des autres produits [Tableau 14].

Drogues, psychiatrie et précarité : l'intrication des problèmes

Les **comorbidités psychiatriques** chez les toxicomanes semblent fréquentes, mais la part des usagers de drogues concernés n'est actuellement pas quantifiée en France. Les pathologies psychiatriques peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psychoactives (notamment les **psychoses** liées à la consommation répétée d'**hallucinogènes**, d'**amphétamine** ou de cocaïne). La fréquence de « personnalités limites » est également mentionnée par certains auteurs. La consommation de

substances peut alors constituer un facteur aggravant [82, 83]. La question de la causalité du lien entre consommation régulière de cannabis et pathologies psychiatriques reste toujours très discutée [Voir : Encadré page suivante].

Selon des données internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité (de 50 à 90 % des toxicomanes selon les sources), la dépression et les états d'angoisse (20 à 60 %) et les **troubles psychotiques** (15 à 20 %) [10].

En outre, l'état général des consommateurs de drogues apparaît très lié aux conditions de vie, comme le montre la mise en perspective d'un indicateur de précarité et de problèmes de santé déclarés par les personnes fréquentant les structures de première ligne : la survenue de complications traduisant la dégradation de l'état de santé apparaît nettement plus fréquente lorsque l'indice de précarité est élevé [Tableau 15] [37].

Tableau 14 : Fréquence des problèmes liés à l'injection au cours du mois écoulé dans les structures de première ligne, 2003

	Injecteurs de BHD	Injecteurs d'autre(s) produit(s)
Abcès	31 %	19 %
Veine bouchée, thrombose, phlébite	42 %	30 %
Gonflement mains ou avant-bras	44 %	26 %
« Poussière » (pic fébrile) ⁽¹⁾	27 %	22 %
Hématome	44 %	36 %

(1) Se reporter au lexique pour plus d'informations.

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

Tableau 15 : Part des usagers des structures de première ligne déclarant la présence de certains problèmes de santé au cours du mois précédent, 2003

Indice de précarité ⁽¹⁾	Bas (3-5)	Intermédiaire (6-7)	Élevé (8-10)	Total
Dépression	19 %	36 %	42 %	32 %
Perte de poids	34 %	46 %	53 %	44 %
Problèmes de peau	16 %	26 %	29 %	23 %
Problèmes de dents	50 %	60 %	64 %	58 %
Toux grasse	21 %	32 %	34 %	29 %
Toux sanglante	2 %	4 %	8 %	4 %

(1) L'indice de précarité est calculé sur la base des situations de logement, de protection sociale et de ressources. Il varie de 3 (situation optimale) à 10 (situation la plus défavorable).

Source : **TREND/Première ligne 2003, OFDT**

Le cannabis : ni surdoses, ni infections, mais...

Le cannabis, substance illicite la plus largement consommée par les Français, occupe au plan sanitaire une place à part des autres drogues illicites. Sa toxicité, moins marquée, et donc moins évidente, que celle des autres drogues, a suscité et suscite encore discussions et recherches.

Les effets d'une prise de cannabis : de l'ivresse aux hallucinations

La prise de cannabis entraîne, proportionnellement à la dose consommée et à la tolérance développée par l'utilisateur, une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice [84]. Ces signes sont aggravés par la consommation concomitante d'autres substances psychoactives. Le cannabis perturbe en outre la mémoire et les capacités d'apprentissage. La modification des perceptions peut prendre la forme d'hallucinations. L'impact sur la conduite automobile qui en découle n'a pu être mis en évidence ailleurs qu'en laboratoire mais devrait être documenté dès 2005 par une vaste étude menée de 2001 à 2003 auprès de conducteurs impliqués dans un accident mortel [Voir : Contrôles et délits routiers].

L'intoxication aiguë peut également donner lieu à des troubles anxieux, sous la forme d'attaques de paniques (*bad-trip*) ou d'un syndrome de dépersonnalisation très angoissant. Rare, la psychose cannabique se manifeste par des bouffées délirantes ou des hallucinations visuelles avec agressivité, désorientation temporo-spatiale... Elle régresse avec l'arrêt des prises. Aucun cas de décès après intoxication aiguë au cannabis n'a jamais été rapporté chez l'homme [85].

Les effets de la consommation chronique : dose et vulnérabilité individuelle sont en cause

Une consommation importante et chronique de cannabis peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, une fatigue physique et intellectuelle, des difficultés de concentration et de mémorisation et une humeur dépressive, traduisant un « syndrome amotivationnel ». La consommation régulière de cannabis peut constituer un facteur d'aggravation de toutes les psychopathologies (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, troubles de l'humeur et troubles anxieux) [84, 86].

L'usage de cannabis pourrait être un des nombreux facteurs de causalité (ni nécessaire, ni suffisant) qui favorisent la survenue d'une schizophrénie. Cependant, son rôle causal

est encore l'objet de controverses. Le risque semble faible, mais augmenterait avec les quantités consommées et lorsque l'usage commence avant l'âge de 15 ans [84, 86]. Les effets physiques de l'intoxication chronique au cannabis tiennent aux effets du cannabis lui-même, mais également de l'intoxication tabagique concomitante (fumé, le cannabis est généralement mêlé au tabac). Cependant, le cannabis a un effet propre favorisant l'athérosclérose, la bronchite chronique et peut provoquer une artériopathie inflammatoire (pathologie des artères). Le cannabis peut également augmenter, par un effet propre, le risque de certains cancers (notamment poumon et voies aérodigestives supérieures) [85, 87].

Repères méthodologiques

Coquelicot ; DRAMES ; FNAILS ; Registre national des causes de décès ; Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires ; Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida ; TREND.

Insertion sociale et usages d'alcool et de drogues illicites

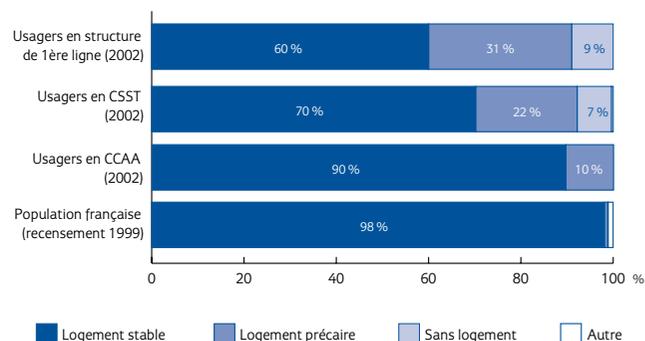
Les usagers de drogues se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de la population française. Mais l'état exact de leur situation est difficile à cerner. Les caractéristiques socio-économiques révélées lors du passage des usagers de drogues dans les dispositifs d'accueil permettent d'estimer les niveaux d'insertion, tout en sachant que ces structures (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, Centres de soins spécialisés pour toxicomanes, **structures de première ligne**...) s'adressent à différents usagers. Des éléments sur les consommations et les **dépendances** aux drogues recueillies auprès de personnes précarisées permettent de compléter ce bilan.

Situation économique des personnes prises en charge

CCAA : un patient sur deux en activité

En 2002, les patients fréquentant les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont principalement des hommes (77 %), âgés de plus de 40 ans pour la majorité. La moitié des consultants a une activité professionnelle stable (52 %), 30 % ont une activité précaire ou sont demandeurs d'emploi et les 18 % restants ne sont pas en situation d'exercer une activité (retraités, personnes handicapées...). Ils sont 10 % à ne pas avoir de logement stable : cette part est en baisse continue depuis 1995 [Graphique 10] [20].

Graphique 10 : Répartition des usagers de drogues selon le type de logement et les structures fréquentées (2002), en comparaison avec l'ensemble de la population française (1999)



Sources : TREND/Première ligne 2003, OFDT ; rapports d'activité des CSST, 2002, DGS/OFD ; rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie 2002, DGS/OFD ; recensement de la population française 1999, INSEE

Exclusion et toxicomanie, existe-t-il une relation entre les deux ?

Aucune étude n'a démontré que les personnes avec un niveau de vie faible consomment plus de substances **psychoactives** (alcool ou drogues illicites) que les personnes plus riches : les habitudes de consommation et les produits consommés peuvent varier, mais les niveaux de consommation excessives sont similaires dans les deux populations. Cependant, dès lors que les usages problématiques de substances psychoactives s'inscrivent durablement chez des personnes vivant en milieu défavorisé ou issues de minorités ethniques, la détérioration des conditions de vie s'ensuit presque inévitablement. De même, parmi les personnes déjà en situation d'errance, une **polyconsommation** associant l'alcool et d'autres substances psychoactives aggrave encore leur vulnérabilité [88]. Néanmoins, pour les personnes qui vivent dans la rue, les produits sont une « aide » qui permet de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce » [89].

CSST : modification de la situation des nouveaux patients

Les patients des Centres de soins pour toxicomanes (CSST) sont relativement plus jeunes que dans les CCAA, puisque 80 % ont moins de 40 ans [19]. Ceux disposant d'un logement stable sont majoritaires (70 % en 2002), part en progression depuis 1998 [Graphique 10]. Depuis 1998, la part des patients salariés a augmenté (36 % en 2002 contre 26 % en 1998) et le pourcentage des bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) a diminué (17 % en 2002 contre 24 % en 1998) [Tableau 16]. Rares sont les individus qui ne bénéficient pas d'une

couverture sociale (4 %), du fait de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU).

Structures de première ligne : fragilité professionnelle des « injecteurs »

Dans les structures de première ligne, qui accueillent essentiellement des **usagers actifs**, le public rencontré est composé à 80 % d'hommes. Les niveaux de scolarisation sont bas : 9 % seulement des usagers de drogues ont un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat. Si 95 % des personnes déclarent bénéficier d'une couverture sociale, pour 55 % d'entre eux, il s'agit de la CMU [37].

Tableau 16 : Répartition des nouveaux patients accueillis en CSST suivant le type de ressources, 1998 et 2002

	1998	2002
Revenus du travail	26,3 %	36,0 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	14,3 %	12,2 %
Revenu minimum d'insertion (RMI)	23,9 %	17,2 %
Allocation adulte handicapé (AAH)	5,5 %	4,7 %
À la charge d'un tiers	17,0 %	19,0 %
Autres	13,0 %	10,9 %
Total Ressources	100,0 %	100,0 %

Source : Rapports d'activité des CSST, DGS/OFD

Depuis quelques années, la population fréquentant les structures de première ligne rajeunit. On trouve dans ces structures de plus en plus de jeunes âgés de moins de 25 ans qui ont à faire face à des conditions de vie plus précaires que leurs aînés : 6 sur 10 déclarent vivre dans un logement précaire ou ne pas avoir de logement, 37 % n'ont aucune ressource [37].

Si les injecteurs se caractérisent par un niveau de formation plus faible et une situation professionnelle plus problématique que les non-injecteurs, ces derniers sont plus nombreux à être sans ressources (plus de 50 % des injecteurs perçoivent des aides : RMI, Allocation adulte handicapé (AAH), aide de proches...) [Tableau 17]. En revanche, il n'existe pas de situation significativement différente entre ces sous-populations pour ce qui concerne le logement ou la couverture sociale. Si environ 20 % vivent dans un logement précaire (en institution ou chez des proches), 30 % vivent dans des

Tableau 17 : Répartition des personnes fréquentant les structures de première ligne en fonction de leur pratique d'injection au cours de la vie et de leurs ressources, 2003

	Injecteurs ⁽¹⁾	Non-injecteurs
Emploi	26,0 %	31,3 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	8,6 %	9,6 %
Aide (RMI, AHH, aide de proche...)	51,7 %	40,2 %
Aucune ressource	13,7 %	18,9 %
Total	100,0 %	100,0 %

(1) S'être injecté au moins une fois dans la vie

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

camions, des squats ou dans la rue. Grâce à la CMU, une grande majorité (90 %) bénéficie d'une couverture sociale [37].

Consommations problématiques des personnes en situation de précarité

La question du lien exclusion-toxicomanie peut également être abordée en s'intéressant aux consommations de drogues des populations précarisées. Dans les centres de soins de Médecins du monde (MDM) et en dehors des programmes spécifiques menés auprès des usagers de drogues, des consommations problématiques de produits psychoactifs ont été identifiées chez les patients. Ainsi, parmi les personnes démunies venues dans un centre de MDM pour y recevoir des soins, 11 % déclarent une dépendance à l'alcool, 26 % au tabac, 5 % aux médicaments, 5 % au cannabis et 2 % à d'autres produits psychoactifs [90].

Les personnes dépendantes au cannabis ou à d'autres produits psychoactifs sont majoritairement des hommes, âgés de 20 à 29 ans, alors que la moyenne d'âge des hommes dépendants à l'alcool est plus élevée, entre 30 et 39 ans. Ils sont dans des situations plus précaires que la population de ces mêmes centres qui ne déclare pas de dépendance : ils sont plus souvent seuls, sans logement, sans travail ou victimes de maltraitements [90, 91]. Alors que la majorité des personnes accueillies dans les centres de soins sont de nationalité étrangère (85 %), celles qui déclarent avoir une consommation abusive de substances sont principalement de nationalité française. La prépondérance de ces problèmes parmi les personnes de nationalité française a déjà été mise en exergue dans d'autres études [92,

93]. Il a également été démontré que les consommations abusives d'alcool des patients étrangers évoluaient en fonction de leur durée de séjour en France : au fur et à mesure que leur présence sur le territoire s'allonge, leur comportement

tend à rejoindre celui des patients de nationalité française. Ce rapprochement pourrait s'interpréter en terme d'acquisition progressive des habitudes de vie du pays résident [90, 94].

Repères méthodologiques

Bases consultations et patients des CASO ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Rapports d'activité des CSST ; TREND/Première ligne.

Problèmes judiciaires

Contrôles et délits routiers

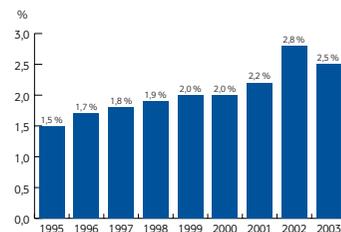
À partir de 0,5 g/l d'alcool dans le sang, la conduite est interdite en France [Voir : Cadre légal en matière d'alcool]. Par ailleurs, depuis le 31 mars 2003, tout conducteur contrôlé positif aux **stupéfiants**, impliqué dans un accident, auteur d'une infraction au code de la route ou soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants peut être sanctionné pour cet usage [Voir : Cadre légal en matière de drogues illicites]. Les peines prévues sont du même ordre que celles qui pénalisent l'alcool au volant.

De plus en plus de contrôles

Alcoolémies positives : une baisse à confirmer

Plus de 9,5 millions de dépistages d'alcoolémie ont été pratiqués par les forces de l'ordre sur les routes en 2003, soit 15 % de plus que l'année précédente [95].

Graphique 11 : Part des dépistages positifs dans l'ensemble des dépistages d'alcoolémie réalisés, 1995-2003



Source : Fichier des infractions au Code de la route, DLPAJ

Cette hausse s'explique surtout par l'accentuation des contrôles préventifs (les autres contrôles, plus rares, ont lieu suite à une infraction ou un accident).

Lors des dépistages, 2,5 % des conducteurs ont révélé une alcoolémie excessive. Pour la première fois depuis 1995, la part des dépistages positifs dans l'ensemble des dépistages réalisés est en baisse, mais cette tendance devra être confirmée par les prochains chiffres car l'évolution était à la hausse depuis 1995 (+ 85 % entre 1995 et 2002) [Graphique 11] [65]. Dans le contexte d'une plus grande sévérité à l'égard de la délinquance routière, cette augmentation est sans doute plus le résultat d'une forte mobilisation des forces répressives que d'une hausse du nombre de personnes conduisant avec une alcoolémie dépassant le seuil légal.

Parmi les 191 256 infractions pour alcoolémie excessive constatées en 2003, 32 % correspondent à un cas de conduite avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang et relèvent d'une contravention de 4^e classe. Les autres infractions relèvent du délit et se décomposent en : conduite d'un véhicule **en état alcoolique** (61 %), conduite d'un véhicule en état d'ivresse manifeste (5 %) et refus par le conducteur d'un véhicule de se soumettre aux vérifications de l'état alcoolique (2 %) [95].

Stupéfiants : premiers dépistages

La publication des résultats des premiers dépistages de stupéfiants pratiqués sur des conducteurs ne concerne que les

Le risque lié à la conduite en état alcoolique : données récentes

Une étude récente, conduite à partir de l'examen détaillé des bulletins d'analyse remplis pour chaque accident corporel, a permis d'actualiser les chiffres d'alcoolisation parmi les accidentés de la route et de proposer des estimations tenant compte des incertitudes liées aux alcoolémies inconnues.

La proportion de conducteurs ou de piétons en état d'alcoolisation (>0,5 g/l), impliqués dans un accident corporel, était proche de 7 % en 2000. Elle passe à 22 % en cas d'accident mortel et à 32 % lorsque le conducteur ou le piéton est présumé responsable de l'accident mortel.

Les accidents impliquant des personnes en état alcoolique ont des caractéristiques spécifiques : accidents survenant plus fréquemment de nuit, en fin de semaine, sur route départementale ou nationale, hors agglomération, souvent en virage, sans collision, avec des véhicules de plus de huit ans [96].

contrôles effectués par la police nationale, pour le second semestre 2003 uniquement. Sur 2 138 contrôles effectués, 344 personnes se sont révélées positives aux stupéfiants (soit 16 %). Lorsque les dépistages ont été réalisés à la suite d'un accident (deux tiers des contrôles), ils se sont révélés positifs dans 12 % des cas. À la suite d'une infraction, ils étaient positifs dans 22 % des cas. Seuls 59 contrôles suite à un soupçon d'usage de stupéfiants (sans accident, ni infraction) ont été enregistrés, dont 40 % étaient positifs ; mais aucune information ne permet de préciser la raison qui a motivé ces contrôles [95].

Alcool au volant : un quart des condamnations

Avec 108 767 condamnations en 2002, les infractions de sécurité routière liées à l'alcool représentent plus de la moitié (56 %) des condamnations pour infractions en matière de circulation routière et près d'un quart (23 %) de l'ensemble des condamnations en France.

La plupart d'entre elles correspondent aux cas de conduite en état alcoolique (CEA) :

104 610 condamnations en 2002. Les condamnations pour blessures involontaires (3 736) et celles pour homicides involontaires (421) causés par des conducteurs en état alcoolique sont plus rares [65].

Conformément aux dispositions gouvernementales, l'amnistie de 2002 faisant suite à l'élection présidentielle, n'a pas concerné le domaine de la circulation routière. Ainsi, le nombre de condamnations prononcées pour infraction à la sécurité routière a augmenté de 2,5 % par rapport à l'année précédente. La part des condamnations pour CEA reste stable : plus de 9 condamnations à la sécurité routière sur 10. Néanmoins, en 2002, le nombre de condamnations pour CEA et surtout le nombre de peines d'emprisonnement prononcées pour CEA ont atteint un niveau inégalé depuis le milieu des années 1980 [Tableau 18] [65].

Les sanctions prononcées à l'encontre des auteurs de CEA sont moins sévères que pour les autres délits : emprisonnement avec un sursis total (53 %), amendes (22 %) et peines de substitution (17 %) constituent la majorité des peines [65].

Tableau 18 : Nombre et répartition des condamnations pour CEA suivant la nature de la peine principale, 2002

	2002		Évolution 2001-2002
	Nombre	Répartition	
Toutes condamnations	104 610	100 %	+ 1,4 %
Emprisonnement	63 368	60,6 %	+ 7,9 %
dont : ferme ou sursis partiel	8 211		+ 22,8 %
sursis total	55 157		+ 5,9 %
Amendes	22 932	21,9 %	- 1,5 %
Peines de substitution	17 982	17,2 %	- 13,3 %
dont : suspension de permis de conduire	13 068		- 15,9 %
travail d'intérêt général	680		- 16,0 %
jours amendes	1 764		- 18,4 %
interdiction de permis de conduire	1 647		- 13,6 %
Mesure éducative	53	0,1 %	- 3,6 %
Dispense de peine	275	0,3 %	- 24,9 %

Source : CJN, SDESD

Quel est le rôle du cannabis dans les accidents de la route ?

La **prévalence** de l'usage de stupéfiants parmi les conducteurs impliqués dans un accident de la route n'est pas une donnée suffisante pour mesurer le rôle des stupéfiants dans la survenue d'un accident. La question se pose particulièrement pour le **cannabis**, compte tenu de l'importance de sa consommation.

Des tests effectués sur circuit ou en laboratoire montrent que de nombreuses facultés nécessaires à la conduite automobile sont altérées suite à la prise de cannabis. Mais ces tests, aux résultats parfois ambigus, n'apportent pas la preuve qu'en situation réelle, la prise de cannabis accroît les risques d'accidents.

Seules les études épidémiologiques, menées à l'échelle d'une population, permettent de mesurer l'importance du surrisque lié à la conduite sous l'influence de cannabis. Mais celles-ci se heurtent à plusieurs difficultés méthodologiques, en particulier celles liées aux propriétés du cannabis, à la grande variabilité de ses effets suivant les personnes et les doses consommées ainsi qu'à la relation non encore mesurée entre ces effets et la quantité de **tétrahydrocannabinol (THC)** détectée dans le sang.

Les scientifiques s'accordent dès à présent sur une augmentation du risque d'être responsable d'un accident à de fortes concentrations en THC (l'agent psychoactif majeur du cannabis) et à la suite d'une prise **concomitante** d'alcool et de cannabis par rapport à l'alcool seul notamment. Mais ce surrisque n'est pas encore quantifié [97].

Ces incertitudes ont conduit à l'adoption, en France, d'une loi relative à la sécurité routière, en juin 1999, instaurant le dépistage systématique des stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, et ceci dans le but de mener une vaste enquête épidémiologique au niveau national. Durant deux années, d'octobre 2001 à septembre 2003, plus de 10 000 conducteurs impliqués dans un accident aux conséquences immédiatement mortelles ont été soumis à un dépistage urinaire puis à une prise de sang afin de déterminer la présence de cannabis, d'**opiacés**, de **cocaïne** et d'**amphétamines**. L'alcool est systématiquement recherché en France dans ce type d'accident et les **médicaments psychoactifs** l'ont été en cas de dépistage positif aux substances précédemment citées. Les résultats de cette étude seront rendus publics au cours du premier semestre 2005.

Repères méthodologiques

CJN ; Fichier des infractions au Code de la route ; Fichier national des accidents corporels de la circulation routière.

Interpellations pour usage et trafic

En France, tout usager de **stupéfiants** est susceptible de faire l'objet d'une interpellation, quels que soient le lieu de l'usage (cadre privé ou lieu public) et le produit. Le trafic sous toutes ses formes est également réprimé [Voir : Cadre légal drogues illicites].

Pour la consommation d'alcool, seul l'état d'ivresse dans les lieux publics peut faire l'objet de sanctions. Néanmoins, la consommation d'alcool est sanctionnée lorsqu'elle est susceptible de causer des dommages à autrui, comme c'est le cas sur la route [Voir : Contrôles et délits routiers]. Dans un cas comme dans l'autre, le nombre d'interpellations est le reflet de l'activité des services de police et de gendarmerie, de leurs priorités, des moyens mis en œuvre, etc. Ce ne sont que des indicateurs indirects du nombre de consommateurs, des produits consommés et du trafic de ces produits en France.

Ivresses publiques et manifestes : infractions en stagnation

En 2003, 67 407 infractions pour **ivresse publique et manifeste** d'un particulier ont été recensées en France métropolitaine par l'ensemble des forces de l'ordre [98]. Ce chiffre était similaire en 2002.

Rapporté au nombre d'habitants âgés de 20 à 70 ans, les régions où ce type d'infractions ont été les plus fréquentes en 2003 sont : l'Alsace, la Bretagne, la Basse-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais (respectivement 4,2 ; 2,6 ; 2,4 et 2,4 pour 1 000 habitants).

Le cannabis en cause dans 9 interpellations pour usage sur 10

En 2003, 90 630 **interpellations pour usage** de stupéfiants ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie [Tableau 19]. Plus de 9 sur 10 concernent des usagers de **cannabis**. Les autres produits apparaissent loin derrière. Excepté en 2001, où par manque de directives l'activité des forces de l'ordre a été réduite, le nombre annuel d'interpellations pour usage de stupéfiants augmente depuis plus de 10 ans.

La hausse est particulièrement forte pour les cas de cannabis, qui constituent toujours l'essentiel des interpellations. Bien que minoritaires, les interpellations pour usage d'**ecstasy** ou de **cocaïne/crack** ont également été multipliées par 3 en 10 ans. Seules les interpellations pour usage d'héroïne sont en baisse depuis 1996 [Graphique 12].

Compte tenu du poids du cannabis dans les interpellations, les caractéristiques de l'ensemble des usagers interpellés sont marquées par celles des usagers de cannabis interpellés. Globalement, ils ont 22,9 ans en moyenne (22,3 ans pour les usagers de cannabis), sont de sexe masculin pour près de 90 % d'entre eux (légèrement plus pour le cannabis), sont de nationalité française à 93 % et plutôt ouvriers, étudiants ou sans profession déclarée. Seules différences marquantes, les usagers de cannabis, de **drogues de synthèse** et de **champignons hallucinogènes**.

nes sont plus jeunes que les usagers d'héroïne, de cocaïne et surtout de crack. Ils sont également plus souvent étudiants ou lycéens alors que la part des sans profession déclarée est plus importante pour les autres usagers interpellés.

On recense des interpellations pour usage de stupéfiants dans tous les départements français, mais 50 % d'entre elles sont concentrées dans les départements de la région parisienne, du Nord de la France, de la région Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit des régions à forte densité ou des régions de passage [68].

Des interpellations pour trafic touchant essentiellement des petits trafiquants

Sur 108 141 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) enregistrées en 2003, 17 511 concernent une affaire de trafic (16 % des ILS). Il

s'agit essentiellement de cas d'usage-revente ou de trafic local (respectivement 55 et 38 % des cas de trafic). Les affaires de trafic international sont plus rares (7 % des interpellations pour trafic en moyenne), sauf pour la cocaïne où elles représentent un tiers des trafiquants interpellés.

Comme pour les interpellations pour usage, le cannabis est le produit majoritairement en cause dans les interpellations pour trafic (69 % en 2003), suivi par la cocaïne ou le crack (15 %), puis par l'héroïne (10 %).

Les évolutions sur les dix dernières années sont également proches de celles des interpellations pour usage : croissance des cas de trafic de cannabis, de cocaïne/crack et d'ecstasy et baisse de ceux pour trafic d'héroïne. Par rapport à 2002, la hausse générale est de 16 %. Elle a été plus importante pour les affaires de trafic international que pour celles de trafic local (+ 26 % contre 7 %) [68].

Tableau 19 : Interpellations pour usage de stupéfiants, par produit, 2003

	Nombre d'interpellations	Répartition par produit	Évolution 2002-2003	Âge moyen des interpellés
Cannabis	82 143	90,6 %	+ 11,8 %	22,3 ans
Héroïne	3 258	3,6 %	- 5,5 %	29,3 ans
Cocaïne	2 104	2,3 %	+ 33,5 %	28,9 ans
Ecstasy	1 548	1,7 %	+ 11,8 %	23,8 ans
Crack	897	1,0 %	+ 5,0 %	33,8 ans
Amphétamines	176	0,2 %	+ 85,3 %	24,1 ans
Champignons hall. ⁽¹⁾	219	0,2 %	+ 20,3 %	23,2 ans
Médicaments	197	0,2 %	- 0,5 %	31,5 ans
LSD	52	0,1 %	+ 73,3 %	25,0 ans
Autres	36	0,1 %	- 2,7 %	-
Total	90 630	100,0 %	+ 11,5 %	22,9 ans

Note : tous les produits cités dans ce tableau sont définis dans le lexique.

(1) Champignons hallucinogènes

Source : FNAILS, OCRTIS

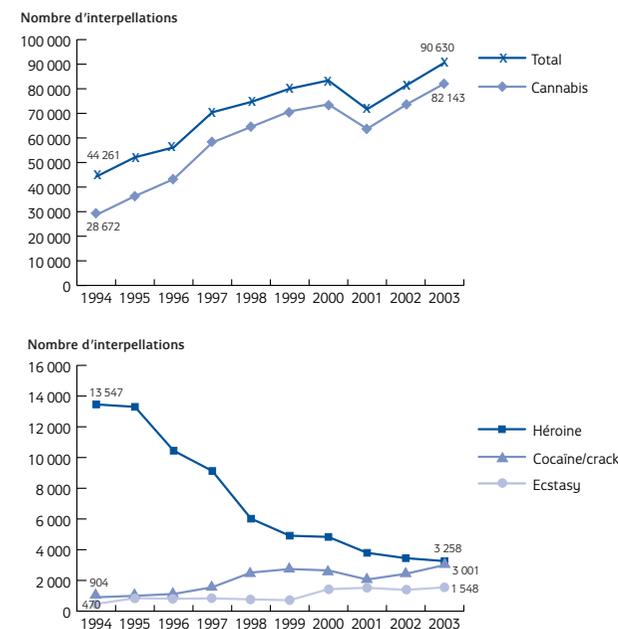
Europe : place prépondérante du cannabis dans les interpellations

Au niveau européen, l'usage de stupéfiants n'est pas incriminé partout et l'enregistrement statistique diffère. La comparaison porte donc sur l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

Dans la majorité des États membres de l'Union européenne, le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment à l'origine des ILS constatées. La France est le pays où la part du cannabis dans l'en-

semble des faits constatés est la plus élevée, peut-être du fait du poids important des infractions d'usage dans l'ensemble des ILS [Tableau 20]. Les variations dépendent aussi des priorités nationales quant aux produits et aux infractions ciblées dans l'activité d'application de la loi. La France s'inscrit dans la tendance générale observée en Europe : augmentation des infractions pour ILS constatées, en particulier dans les nouveaux pays membres, et hausse ou stabilité de la part du cannabis dans ces infractions [10].

Graphique 12 : Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants, par produit, 1994-2003



Note : Attention, les échelles des deux graphiques sont différentes.

Source : FNAILS, OCRTIS

Tableau 20 : Répartition des ILS constatées, dans certains pays européens, par produit, 2002

	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Autre	Total
Autriche ⁽¹⁾	58 %	11 %	11 %	20 %	100 %
Allemagne ^{(2) (3)}	56 %	17 %	9 %	18 %	100 %
Belgique	67 %	8 %	7 %	18 %	100 %
France ⁽²⁾	87 %	5 %	3 %	5 %	100 %
Hongrie ⁽²⁾	66 %	16 %	2 %	16 %	100 %
Irlande ⁽²⁾	73 %	11 %	6 %	10 %	100 %
Luxembourg ⁽¹⁾	28 %	51 %	21 %	0 %	100 %
Slovénie ⁽¹⁾	82 %	10 %	2 %	6 %	100 %

(1) parmi toutes les drogues mentionnées (seule ou non) dans une arrestation

(2) parmi les drogues principales en cause dans une arrestation

(3) parmi toutes les arrestations dont la décomposition par drogue est disponible

Source : **Rapport annuel 2004, OEDT**

Repères méthodologiques

FNAILS ; Statistiques des ivresses publiques et manifestes.

Condamnations et incarcérations pour usage et trafic

Toutes les affaires enregistrées dans les fichiers d'interpellations font l'objet d'une transmission au procureur. Celui-ci a la possibilité de classer l'affaire, d'ordonner une mesure alternative aux poursuites ou d'engager des poursuites. Dans ce dernier cas, c'est au juge de décider ensuite de la nature de la peine, qui peut éventuellement être une peine d'emprisonnement. La population carcérale se compose des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement ferme et de celles en attente de jugement mais déjà placées en détention provisoire. Comme, en France, l'usage de tous les stupéfiants est interdit, les données pénales ne sont pas détaillées par produit, en cohérence avec le Code pénal [Voir : Cadre légal drogues illicites].

Des alternatives aux poursuites diversifiées mais difficiles à mesurer

Après l'interpellation, un grand nombre d'affaires de stupéfiants ne font pas l'objet d'une condamnation. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de les dénombrer précisément (à ce stade, l'enregistrement statistique n'est pas détaillé suivant l'infraction).

La circulaire du ministère de la Justice de juin 1999 a encouragé les procureurs à diversifier les alternatives aux poursuites pour les usagers de drogues, en développant notamment l'injonction thérapeutique (IT). Le nombre total d'IT prononcées n'est plus publié depuis 2000 [4]. La

moitié environ n'était pas menée à terme. En 2002, ce nombre d'IT terminées et réussies (et donc ayant entraîné un classement sans suite) s'élevait à 4 068. Excepté une baisse en 2000, ce nombre est stable depuis 1998 [99]. Parmi les alternatives aux poursuites, les rappels à la loi ou les avertissements sont les mesures les plus fréquemment requises pour pénaliser l'usage : près de 80 % des alternatives, selon les données de sept parquets de la région parisienne, représentant 25 % du contentieux des stupéfiants en 2002 [100].

L'usage associé à d'autres infractions fréquemment sanctionné

Si l'usage de stupéfiants est retenu dans 12 654 condamnations en 2002, il est considéré comme l'infraction principale dans 4 658 d'entre elles et constitue la seule infraction reprochée dans 1 472 cas seulement [Tableau 21]. Toutes ces condamnations sont en forte baisse en 2002 (respectivement - 7, - 18 et - 50 %), en grande partie du fait de la loi d'amnistie du 6 août 2002 qui entraîne automatiquement une diminution de certaines condamnations. Cet effet est indissociable d'une éventuelle modification des pratiques de jugement.

Alors que dans les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) l'usage était le motif principal, cette infraction ne représente plus que 22 % des condamnations pour ILS (en

infraction principale). Un grand nombre d'affaires d'usage sont classées sans suite lors de l'étape précédente, par le procureur, ou sont requalifiées en d'autres infractions.

La nature de la peine varie suivant que l'usage est la seule infraction en cause, est considéré comme l'infraction principale ou associé à d'autres infractions, souvent plus graves : le recours à une peine d'emprisonnement est alors plus fréquent, en particulier l'emprisonnement ferme, et se fait au détriment des peines d'amende [Tableau 21]. Le recours à une **peine de substitution** (essentiellement des jours-amende ou un travail d'intérêt général) est plus rare [99, 101].

Baisse des incarcérations pour usage

En 2003, 1 977 personnes ont été incarcérées pour usage de stupéfiants, comme seul motif ou en association avec d'autres infractions (le nombre d'incarcérations au seul motif de l'usage n'est pas encore connu) [102]. Ce chiffre n'est

pas comparable à celui des années précédentes car la gestion du fichier national des détenus a été modifiée. Pour mémoire, le nombre d'incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale) en métropole était en baisse : 484 en 2002, 505 en 2001 contre 1 213 incarcérations en 1993 [4].

Au 1^{er} janvier 2004, les prisons françaises comptaient 1 717 personnes incarcérées pour usage de stupéfiants, que l'usage soit ou non la seule infraction reprochée. Parmi ces personnes, un tiers était en détention provisoire [102].

La baisse des peines d'emprisonnement ferme prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants est à rapprocher de l'incitation du ministère de la Justice à privilégier les « alternatives à la détention » [Voir : Cadre légal drogues illicites]. Celles-ci englobent :

- les alternatives à la détention provisoire (avant jugement) ;
- les peines alternatives à l'emprisonnement (amende, travail d'intérêt général et/ou autres mesures qui peuvent comprendre une obligation de soins) ;

Tableau 21 : Répartition des condamnations pour usage de stupéfiants, suivant les infractions associées et la nature de la peine, 2002

	Usage seul	Usage en infraction principale	Usage et autres ILS	Usage et autres contentieux
Ensemble des condamnations	1 472	4 658	8 661	2 521
Peine d'emprisonnement	35 %	58 %	75 %	80 %
(dont ferme ou sursis partiel ⁽¹⁾)	(25 %)	(34 %)	(40 %)	(54 %)
Amende	44 %	24 %	13 %	9 %
Peine de substitution	14 %	12 %	8 %	9 %
Autre peine ⁽²⁾	8 %	6 %	4 %	2 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

(1) Lecture : 25 % des condamnations pour emprisonnement sont fermes ou assorties d'un sursis partiel.

(2) Mesure éducative ou dispense de peine

Source : CJN, SDSED

■ les aménagements de peine (qui peuvent prendre la forme d'un ajournement de peine avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle, par exemple). Le prononcé et la mise en œuvre des alternatives à l'emprisonnement, appliquées aux usagers de stupéfiants, sont difficiles à chiffrer. Cependant, il semble que ces mesures n'aient pas augmenté au même rythme que la baisse des incarcérations. On peut affirmer simplement que, selon la gravité des autres infractions commises en sus de l'usage de stupéfiants (qui motive rarement à lui seul un passage au tribunal), les chances du contrevenant de bénéficier d'une alternative à l'incarcération varient : face à des incriminations multiples, les juges tendent à avoir une attitude plus répressive.

Trafic de stupéfiants : des peines de prison ferme dans 4 cas sur 10

En 2002, 16 868 condamnations pour trafic (en infraction principale) ont été prononcées, soit 78 % des condamna-

tions pour ILS et 4,4 % de l'ensemble des condamnations pour crimes et délits. La moitié d'entre elles sanctionne des cas de détention ou d'acquisition de stupéfiants. Les cas d'importation-exportation représentent 9 % des condamnations pour trafic.

Les infractions de trafic sont sanctionnées dans 81 % des cas par une peine d'emprisonnement, soit 38 % avec sursis total et 43 % avec un emprisonnement ferme (total ou sursis partiel). La durée moyenne d'emprisonnement ferme prononcée varie de 8 mois pour la catégorie d'offrecession à 31 mois pour les cas d'importation-exportation [99, 101].

En 2003, 9 697 personnes ont été incarcérées pour trafic, détention ou cession de stupéfiants, que cette ILS ait été enregistrée seule, en infraction principale ou en association avec d'autres infractions [102]. Ces chiffres ne sont pas comparables à ceux des années précédentes car le mode d'enregistrement des incarcérations a été modifié.

Repères méthodologiques

Cadres des parquets ; CJN ; FND.

Offre

Offre d'alcool

Si les quantités d'alcool consommées sont relativement bien connues, le chiffre d'affaires de la filière alcool est plus difficile à déterminer. La diversité des produits et des circuits de distribution rend en effet ce calcul complexe, ce dont témoigne la rareté des chiffres disponibles. Faute de données plus récentes, c'est le chiffre d'affaires calculé pour la deuxième moitié des années 1990 qui est présenté dans cette partie.

Consommation de vins et de bières en diminution

Les boissons alcoolisées contiennent des proportions variables d'alcool. Il est donc nécessaire, pour apprécier les quantités d'alcool vendues, de convertir les volumes de boissons alcoolisées en volume équivalent d'alcool pur. En France, en 2003, la consommation par habitant de 15 ans et plus était de 7,7 litres d'alcool pur consommé sous forme de vin, de 2,3 litres d'alcool pur sous forme de bière et de 2,7 litres d'alcool pur sous forme de spiritueux. Depuis le début des années 1960, les Français ont réduit leur consommation d'alcool pur de moitié, diminution entièrement imputable, sur le long terme, à la baisse de la consommation de vin [104, 105]. Sur les cinq dernières années, la consommation en équivalent alcool pur de vin est toujours orientée à la baisse, celle de bière également, alors que la consommation de spiritueux est en légère augmentation. Compte tenu des marges d'incertitude associées à ces chiffres, il ne faut cependant pas accorder trop

d'importance à des variations de faibles ampleur [Voir Repères méthodologiques sur les ventes d'alcool].

Chiffre d'affaires : le vin largement majoritaire

Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (TTC) et hors exportation de la filière alcool pouvait être estimé, à la fin des années 1990, à environ 30 milliards d'euros (Md), soit un peu plus de 2,4 % du produit intérieur brut français. Ce chiffre et ceux du Tableau 22 doivent être considérés comme des ordres de grandeur.

La part de la filière viti-vinicole dans le chiffre d'affaires alcool (TTC) était d'environ 59 %, celle de la filière brassicole de 22 % et celle de la filière des spiritueux de 18 %. Les taxes spécifiques sur l'alcool représentaient un peu plus de 8 % du chiffre d'affaires. Avec la TVA, le total de taxes à la consommation s'élevait à 28 % du chiffre d'affaires TTC. La part des recettes fiscales spécifiques dans le chiffre d'affaires est cependant très différente selon le type de produits [Tableau 22]. On ne dispose pas de données plus récentes sur le chiffre d'affaires des trois filières. Il est cependant possible de donner une fourchette de valeurs plausibles pour le chiffre d'affaires global compte tenu de l'évolution des recettes fiscales et des dépenses des ménages pour les consommations d'alcool à domicile. En 2003, le chiffre d'affaires global pour les boissons alcoolisées consommées sur le territoire français pourrait se situer entre 30 et 33 Md.

Tableau 22 : Estimation du chiffre d'affaires (hors exportation, en milliards d'euros), et des taxes pour les différentes filières alcool en France, 1997

	CA hors taxes	Taxes spécifiques	TVA ⁽¹⁾	Total
Filière vitivinicole	14,3 Md	0,13 Md	3,52 Md	17,94 Md
	79,7 %	0,7 %	19,6 %	100,0 %
Filière brassicole	5,16 Md	0,30 Md	1,33 Md	6,79 Md
	75,9 %	4,5 %	19,6 %	100,0 %
Spiritueux	2,36 Md	2,12 Md	1,09 Md	5,57 Md
	42,4 %	38,0 %	19,6 %	100,0 %
Total	21,82 Md	2,55 Md	5,94 Md	30,31 Md
	72,0 %	8,4 %	19,6 %	100,0 %

(1) La TVA s'applique à la somme du CA hors taxes et des taxes spécifiques.

Sources : d'après [106] et DQDDI pour le montant des taxes spécifiques

Des niveaux de taxation différents selon les produits

Sur le montant total de recettes fiscales de 2003, soit environ 2,8 Md [107], près de 80 % provenaient de la taxation des spiritueux, 10 % des taxes sur la bière, 4 % de celles sur le vin et 6 % de celles sur les produits intermédiaires et autres produits. Cette répartition est très différente de celle des volumes consommés exprimés en équivalent alcool pur (20 % de spiritueux, 17 % de bières et 59 % de vins). Ainsi, un litre d'alcool pur supporte une taxe de 17 s'il est consommé sous forme de spiritueux, de 2,6 s'il est consommé sous forme de bière et de 0,3 s'il est consommé sous forme de vin. Cette disparité n'est pas propre à la France. La plupart des pays européens producteurs de vins ont fixé un taux d'imposition nul pour cette catégorie d'alcool. En ce qui concerne les spiritueux et la bière, les taxes sont beaucoup plus élevées dans le nord que dans le sud de l'Union européenne avant l'élargissement [Graphique 13]. Les pays récemment intégrés à l'Union européenne ont, quant

à eux, fait le choix d'un faible niveau de taxation pour les spiritueux et de niveaux supérieurs à la France pour les vins et la bière.

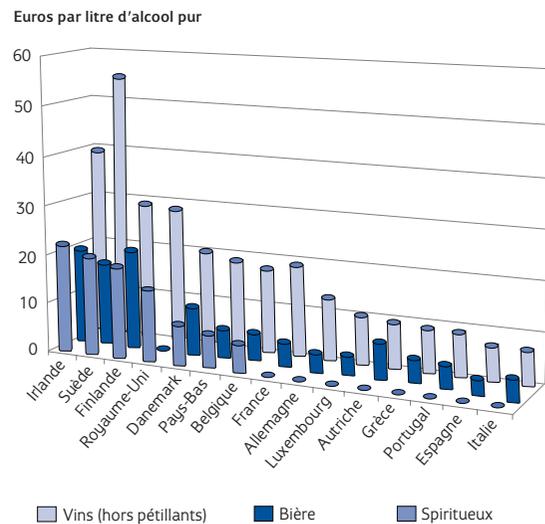
La France, premier exportateur mondial de boissons alcoolisées

Entre 1998 et 2002, l'indice des prix des boissons alcoolisées a augmenté au même rythme que l'indice général des prix. Les évolutions sont cependant différenciées selon le type d'alcool. L'indice des prix pour les vins a progressé plus rapidement que l'indice général et plus lentement pour les spiritueux [108]. En 2003, les ménages ont dépensé 13,5 Md pour l'achat de boissons alcoolisées destinées à la consommation à domicile (c'est-à-dire hors consommation dans les hôtels, cafés et restaurants). Près de 59 % de cette somme ont été consacrés à la consommation de vins, cidres et champagnes, 29 % à celle de spiritueux et 12 % à celle de bières [109]. Dans le cas du vin et de la bière, les dépenses pour la consommation hors domicile représenteraient les deux tiers de la dépense

totale. La part que représente la consommation hors domicile dans la dépense totale de consommation de spiritueux n'est en revanche pas connue [106]. Une partie importante de la production française d'alcool est exportée. En 2003, les exportations de vins ont représenté près de 5,9 Md, celles de bières 0,15 Md et celles de spiritueux environ 2,3 Md [110]. Sur les trois dernières années (2001-2003), les exportations françaises

de vins ont augmenté en valeur (+ 8 %) mais diminué en volume (- 6 %). À la fin des années 1990, la France était le premier exportateur mondial de boissons alcoolisées, avec une part de marché représentant environ un quart des exportations mondiales. La Grande-Bretagne et l'Italie, avec des parts de marché respectives de 14 % et 9 %, se situaient assez loin derrière la France [111].

Graphique 13 : Taxes (en €) par litre d'alcool pur dans l'Europe des 15, par État membre et par catégorie, 2003



Source : Fédération française des spiritueux

Repères méthodologiques

Ventes d'alcool.

Offre de tabac

Le tabac est en vente libre en France mais sa fabrication et son commerce sont très contrôlés par l'État. Les différents changements survenus récemment en matière de fiscalité et leurs conséquences sur les ventes de tabac sont exposés ici, en particulier l'augmentation des prix, devenue un instrument majeur de lutte contre le tabagisme. Les conséquences de ces mesures sur la consommation sont décrites ultérieurement [Voir : Tabac]. Le développement d'un marché parallèle à celui des buralistes, du fait des fortes hausses de prix, est désormais souvent évoqué, mais sa structure et son ampleur ne sont pas chiffrées. La hausse des saisies de tabac est un indicateur indirect (et partiel) du développement de la contrebande.

Tous les indicateurs de vente pour la première fois en baisse en 2003

En France, les buralistes (préposés pour cette fonction de l'administration des douanes) ont le monopole de la vente au détail des produits du tabac. Ils étaient 33 000 environ en France en 2003. Le marché des produits du tabac était en baisse en 2003, principalement du fait des fortes augmentations du prix des

cigarettes. Sur cette seule année, la hausse du prix moyen des cigarettes a été de 13,6 % (alors que l'indice des prix, hors tabac, a augmenté de 1,8 %). Le prix du paquet de cigarettes de la classe de prix la plus vendue est ainsi passé de 3,60 à 3,90 en janvier 2003, à 4,60 en octobre 2003. La dernière hausse remonte à janvier 2004 et établi à 5 le prix du paquet de cigarettes le plus vendu. L'augmentation des prix résulte souvent de celle des taxes décidées par l'État (voir ci-après). Les prix devraient peu augmenter dans les prochaines années suite à la promesse faite, fin 2003, par le premier ministre aux débiteurs d'un gel des hausses fiscales pendant quatre ans. L'État conserve toutefois le droit d'interdire une baisse des prix de la part des fabricants prêts à réduire leur marge sur certains produits.

Conséquence directe des augmentations de prix, les ventes de cigarettes ont chuté de 14 % en 2003 et de 21 % en 2004 [112, 150]. Cette baisse explique en grande partie celle enregistrée pour l'ensemble des produits du tabac : - 12 % de quantités vendues en 2003 et -17 % l'année suivante. Les évolutions sont différentes d'un produit à l'autre, la hausse du prix

Tableau 23 : Ventes de tabac, chiffre d'affaires et recettes fiscales, 2003

	Ventes totales	dont cigarettes	dont tabacs à rouler	CA total	Recettes fiscales
2003	78 720 t	69 649 t	5 954 t	14,4 Md	10,9 Md
Évolution 2002-2003	-12,1 %	-13,5 %	+4,1 %	-0,8 %	+0,3 %

Légende : CA = chiffre d'affaires ; t = tonnes ; Md = milliards d'euros

Sources : Ventes de tabac, Altadis ; DGDDI

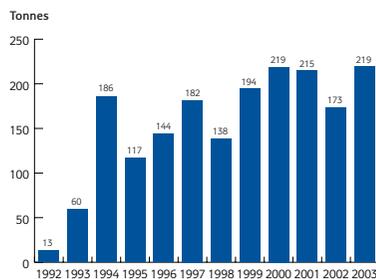
des cigarettes entraînant souvent un report vers des produits moins chers comme le tabac à rouler. En 2003, leurs ventes avaient augmenté de 4 % [Tableau 23].

Pour la première fois depuis dix ans, le chiffre d'affaires (CA) généré par la vente des produits du tabac est en légère baisse : - 0,8 %. La diminution des ventes de cigarettes, qui constituent l'essentiel du marché, n'est plus compensée par la hausse des prix. En revanche, le CA des tabacs à rouler continue d'augmenter en 2003.

En 2003, 8 % du CA sont revenus aux buralistes, un peu plus de 16 % aux fabricants et aux distributeurs de gros et près de 76 % à l'État. Les ventes de tabac ont donc rapporté environ 11 milliards d'euros à l'État en 2003, soit 0,3 % de plus que l'an passé.

Le **taux moyen de taxation** des cigarettes est passé de 76 % (du prix de vente du paquet de la classe la plus vendue) à 79 % en octobre 2003 et à plus de 80 % en janvier 2004 [112].

Graphique 14 : Saisies de tabac (en tonnes) par les services des douanes, 1992-2003



Source : Saisies de tabac, DGDDI

Repères méthodologiques

Ventes de tabac ; Saisies de tabac.

La France se situe parmi les pays européens dont les taxes sur les cigarettes sont les plus importantes, juste après le Royaume-Uni. Les cigarettes y sont plus chères que dans les pays limitrophes (fourchette allant de 2,65 en Espagne à 3,85 en Belgique en mai 2004). Mais le prix de vente des cigarettes reste très supérieur au Royaume-Uni : 6,73 en mai 2004 [113].

Des saisies en hausse

En 2003, 219 tonnes de tabac de contrebande ont été saisies par les services des douanes au cours de 6 622 opérations. Les saisies de tabac sont plus rares que celles relatives aux produits **stupéfiants**, mais elles portent toujours sur de grosses quantités : 82 % des quantités saisies l'ont été lors de seulement 1 % des constatations [114].

Par rapport à 2002, la douane enregistre plus de la moitié d'opérations en plus pour un quart de quantités interceptées en plus [Graphique 14]. Cette hausse, qui contraste avec la baisse de 2002, témoigne de la priorité donnée en 2003 par les services douaniers à la lutte contre les trafics illicites de tabac et du développement probable de la contrebande suite aux importantes hausses des prix du tabac en France.

La France reste un pays de transit et les saisies de tabac sont très concentrées dans les régions transfrontalières, en particulier le Nord-Pas-de-Calais pour les saisies destinées au marché britannique (plus de 56 % de saisies françaises de 2003) et dans certains grands ports (Marseille, Le Havre, Calais) [114].

Offre de drogues illicites

Les statistiques sur les saisies de **stupéfiants** et les trafiquants interpellés reflètent autant l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes que l'ampleur et les particularités des trafics existants en France. Les observations de terrain ou la collecte de produits auprès d'usagers de drogues permettent d'obtenir une vision plus complète de l'état du marché des drogues en détaillant les caractéristiques de l'offre locale. En effet, les aspects du « petit trafic » des drogues illicites, leur disponibilité, leur accessibilité, leur prix et leur taux de pureté varient selon les périodes, les villes et les espaces sociaux étudiés (l'**espace festif** ou l'**« espace urbain »**).

Des saisies en pleine croissance

En 2003, au cours de 76 124 opérations, 82 tonnes de **cannabis**, 4 tonnes de **cocaïne**, 545 kg d'**héroïne** et plus de

2 millions de pilules d'**ecstasy** ont principalement été saisies. Dans 9 cas sur 10, le produit saisi est du cannabis, essentiellement sous la forme de résine et la plupart du temps en petites quantités (84 % des saisies de cannabis sont sous forme de résine et 85 % d'entre elles sont inférieures à 20 g). Viennent ensuite les saisies de cocaïne ou de **crack**, puis celles d'**héroïne** et d'**ecstasy** [Tableau 24] [68]. La comparaison par produit des quantités saisies n'est pas pertinente, car ils ne sont pas conditionnés sous la même forme et l'importance des prises est variable d'une substance à l'autre.

Sur les dix dernières années, à l'image de l'évolution des interpellations pour **usage** et **trafic de stupéfiants**, le nombre de saisies a augmenté pour le cannabis, la cocaïne, le crack et l'ecstasy alors qu'il a baissé puis stagné à partir de 1999 pour l'héroïne [68].

Tableau 24 : Saisies de stupéfiants par produit, 2003

	Nombre de saisies	Évolution 2002-2003	Quantités saisies	Évolution 2002-2003
Cannabis	67 443	+ 16,7 %	82 515 kg	+ 44,5 %
Héroïne	2 560	- 2,8 %	545 kg	+ 14,5 %
Cocaïne	2 636	+ 28,7 %	4 172 kg	+ 14,3 %
Crack	836	+ 25,5 %	12 kg	+ 72,7 %
Ecstasy	1 864	+ 4,6 %	2 211 727 doses	+ 2,5 %
Amphétamines	181	+ 21,5 %	275 kg	+ 81,0 %
Autres ⁽¹⁾	604	- 27,7 %	-	-
Total	76 124	+ 15,5 %	-	-

(1) LSD, champignons hallucinogènes, méthamphétamines, kétamine, GHB, poppers
Note : tous les produits cités dans ce tableau, hormis l'alcool et le tabac sont définis dans le lexique.

Source : FNAILS, OCRTIS

Dans tous les pays de l'Union européenne (UE), le cannabis est la drogue la plus fréquemment saisie (en nombre et en quantité), à l'exception de la Lettonie où le nombre de saisies d'héroïne est supérieur [10]. En 2002, la France se situe au 3^e rang européen (6^e rang mondial) des quantités saisies de résine de cannabis (derrière le Royaume-Uni et loin derrière l'Espagne). Elle se place au 4^e rang européen pour la cocaïne (13^e rang mondial), au 5^e rang pour l'ecstasy (8^e rang mondial) et au 7^e rang pour les amphétamines (17^e rang mondial) [115].

Un accès aux produits extrêmement variable

Cannabis : produit illicite le plus disponible

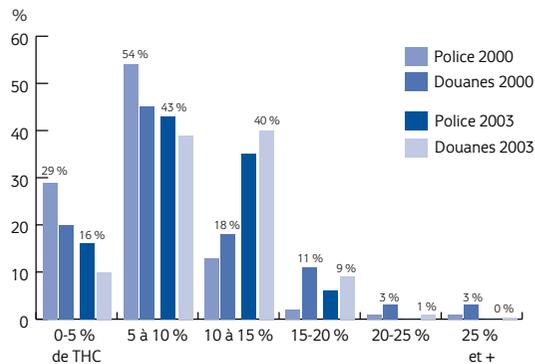
Le cannabis est le produit illicite le plus disponible et le plus facilement accessible en France. Si la résine de cannabis est la forme la plus répandue, il semble qu'en 2003 la disponibilité de l'herbe de

cannabis ait été en hausse. Cela serait dû, entre autres, au développement de l'autoculture du cannabis par les usagers [37]. En 2003, le gramme d'herbe de cannabis était vendu entre 4 et 7 € et celui de résine entre 5 et 7 €.

Les échantillons de résine saisis et analysés ont généralement une teneur en principe actif (le tétrahydrocannabinol -THC) inférieure à 15 %. Plus de 4 échantillons sur 10 contiennent entre 5 et 10 % de THC et 3 à 4 sur 10 entre 10 et 15 % [Graphique 15] [37].

Une estimation des sommes utilisées pour l'achat de cannabis par les jeunes de 17-18 ans a été réalisée. En 2003, les sommes mensuelles déclarées être dépensées par les filles et les garçons varient de 27 € pour les usagers récents, à 54 € pour les usagers réguliers et atteignent près de 80 € chez les consommateurs quotidiens (soit environ 33 % de leurs ressources). Les dépenses mensuelles globales affectées par l'ensemble

Graphique 15 : Répartition des échantillons de cannabis saisis par les services des douanes et de police selon le taux de THC, 2000 et 2003



Sources : Laboratoire de la police scientifique de Lyon, laboratoire des douanes. Exploitation TREND, OFDT

des jeunes français de 17-18 ans à leurs achats de cannabis en 2003 se situeraient donc, selon les estimations, entre 12 et 21 Md € [5, 8].

Stimulants : davantage d'ecstasy hors du circuit « techno »

La disponibilité et l'accessibilité de la cocaïne (chlorhydrate de cocaïne) est croissante depuis le début des années 2000 en France, à l'instar de sa diffusion rapide au sein d'espaces sociaux divers. Elle est maintenant accessible dans certains milieux festifs et dans les milieux marginaux urbains. Sa présence progresse régulièrement chaque année depuis trois ans. Le prix médian du gramme de cocaïne est stable sur les deux dernières années [Tableau 25], de même que le taux de pureté des échantillons saisis et analysés [Tableau 26] [37, 38].

La présence du crack est géographiquement circonscrite à la Guyane, aux Antilles françaises et à certains quartiers de Paris *intra-muros*. Son prix est très fluctuant selon les lieux considérés (3 à 5 € en Guyane, environ 10 € en Martinique, 15 à 30 € à Paris pour une quantité per-

mettant deux à plusieurs prise – « caillou ») [37].

L'ecstasy, tout comme la cocaïne, est un produit dont l'offre et la demande ont considérablement augmenté au cours des quatre dernières années. Le prix de vente d'un comprimé d'ecstasy est l'indicateur le plus solide pour attester de la disponibilité croissante du produit : en 2000, les comprimés étaient vendus majoritairement à un prix de 15 € alors qu'en 2003, ils sont en moyenne à 10 € [116, 117]. Depuis la nouvelle réglementation sur l'organisation des *rave-party*, l'ecstasy est moins visible dans les événements festifs illégaux [Voir : Encadré] mais est apparu dans l'« espace urbain » où sa diffusion progresse depuis deux ans. En 2003, par rapport à l'année 2002, le produit était plus présent dans les clubs, les discothèques et les bars et, de manière plus large, dans les événements festifs payants légalement organisés [37].

Les produits de synthèse collectés auprès des usagers de drogues se présentent majoritairement sous forme de comprimés (71 %), de poudres (15 %), de gélules (7 %), de buvards (4 %) ou de liquides

Contexte légal d'organisation des rassemblements de type « rave-party »

L'article 53 de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne a complété la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité. L'article 23-I, plus connu sous le nom « d'amendement Mariani », confère un cadre juridique aux rassemblements couramment appelés « rave-party ». Les organisateurs de ces rassemblements sont désormais tenus de déclarer leur projet aux préfets des départements sur le territoire desquels les *rave-party* sont prévues. Le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 précise ce dispositif et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non à l'engagement de mettre en œuvre les bonnes pratiques fixées par l'arrêté de la même date.

Le non-respect de l'obligation de déclaration est passible d'une amende de 1 500 €. En outre, le décret prévoit comme peines complémentaires la suspension pour une durée de trois ans ou plus du permis de conduire, la confiscation du matériel et 20 à 120 heures de travail d'intérêt général.

(2 %). Les comprimés d'ecstasy collectés contiennent, pour 95 % d'entre eux au moins, un **amphétaminique** (MDMA, **amphétamine**, **méthamphétamine**...). Le dosage moyen en MDMA du comprimé d'ecstasy a diminué entre 1999 et 2002 et se stabilise à 56 mg en 2003 [Graphique 16] [37].

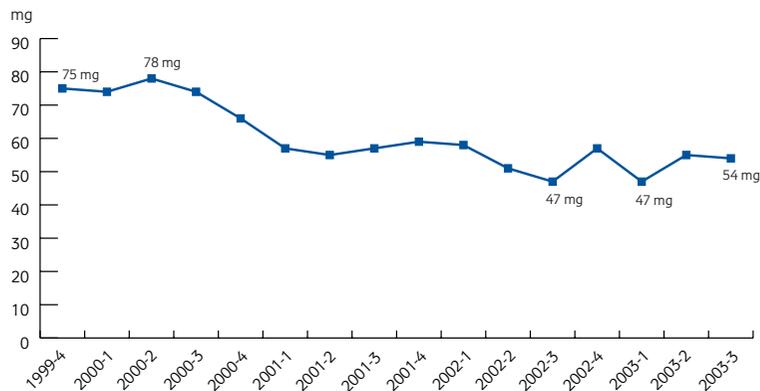
Développement des achats de champignons hallucinogènes sur Internet

Bien que les **champignons hallucinogènes** soient des produits difficiles à observer puisqu'ils sont essentiellement consommés en espace privé, leur accessibilité et leur disponibilité se sont accrues au cours des deux dernières années. Les **prévalences d'expérimentation** et d'usage parmi les adultes et les jeunes de la population française confirment cette tendance. Depuis peu (2003), les achats de champignons hallucinogènes *via* Internet semblent s'être développés et concernent des variétés de champignons considérées

comme plus fortement dosées en principe actif (variétés hawaïenne et mexicaine). L'autoculture domestique à partir des semences achetées sur Internet ou à l'étranger (vendues sous formes de kits prêts à l'emploi) est également en expansion. Il est difficile de donner une fourchette de prix pour les champignons hallucinogènes du fait de leur variété et de la fréquence des dons ou d'échanges entre usagers [37].

La présence sur le marché de produits hallucinogènes autres que les champignons est marginale. Alors qu'en 2002 il semblait beaucoup moins visible en France, le LSD est réapparu sur le marché en 2003. Sa présence a été observée essentiellement dans les événements festifs non autorisés (*teknivals*, *free-party*). Dans les bars ou les discothèques, ce produit est rarement consommé car son utilisation est inadaptée aux lieux confinés et bruyants du fait des hallucinations visuelles et auditives importantes que

Graphique 16 : Évolution de la concentration moyenne de MDMA (en mg) des comprimés collectés auprès d'usagers d'ecstasy, par trimestre, 1999-2003



Source : SINTES, OFDT

génère son usage. Le prix du buvard de LSD se négociait en 2003 entre 5 et 15 €, pour un prix courant de 10 € dans neuf agglomérations de la France métropolitaine [37].

Subutex® : plus accessible que l'héroïne

La présence d'héroïne est hétérogène entre les villes françaises. Depuis la fin des années 1990, ce produit est, d'une manière générale, peu disponible et peu accessible pour les usagers n'étant pas en relation directe avec un trafiquant (plus particulièrement depuis la réduction importante du petit trafic de rue). Cependant, l'accessibilité et la visibilité de l'héroïne

semblent s'être développées en 2003 dans certaines manifestations festives techno plutôt *underground*, de type « *teknival* » ou « *free-party* » [37].

En 2003, le prix médian du gramme d'héroïne blanche dans neuf agglomérations métropolitaines était de 65 € et celui d'héroïne brune de 40 €. La disparité des prix selon les villes est importante, elle est plus marquée pour l'héroïne blanche que pour l'héroïne brune. La plupart des échantillons saisis et analysés contiennent moins de 20 % d'héroïne base, mais la part des échantillons plus fortement dosés était en hausse en 2003 [Tableau 26] [37, 38].

Tableau 25 : Prix (en €) des substances illicites et évolutions sur les deux dernières années, 2003

	Prix min. ⁽¹⁾	Prix max. ⁽²⁾	Prix médian ⁽³⁾	Évolution du prix 2001-2003
Cannabis (par g)				
herbe	4	7	5	indéterminée
résine	5	7	6	indéterminée
Cocaïne (par g)	30	80	70	stable
Ecstasy (par comprimé)	3	15	9,5	à la baisse
Amphétamines (par g)	10	70	18	indéterminée
LSD (par buvard)	5	15	10	indéterminée
Kétamine (par g)	5	90	40	indéterminée
Héroïne (par g)				
blanche	25	75	65 ⁽⁴⁾	indéterminée
brune	28	60	40 ⁽⁴⁾	à la baisse
BHD (par comprimé de 8 mg)	1	4	3 ⁽⁵⁾	à la baisse

(1) prix minimum médian relevé au sein des 12 villes du réseau des sites TREND

(2) prix maximum médian relevé au sein des 12 villes du réseau des sites TREND

(3) prix médian calculé pour l'ensemble des 12 villes du réseau des sites TREND

(4) en métropole

(5) en métropole. Le prix d'une boîte de 7 comprimés de 8 mg en pharmacie est de 23,87 €, soit environ 3,4 € pour un comprimé. Le taux de remboursement est de 65 %.

Note : Prix relevés auprès d'usagers, de revendeurs ou grâce aux informations recueillies par les coordinateurs du dispositif TREND. Ces prix sont les prix de vente au détail pratiqués dans la rue ou différents lieux de trafic.

Sources : SINTES, OFDT ; TREND/Première ligne, OFDT ; TREND, OFDT

La buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®), produit de traitement de substitution aux opiacés, est très facilement accessible. On peut l'obtenir aussi bien sur prescription médicale que hors prescription (dans la rue). Il semble que sa

disponibilité sur le marché noir augmente d'année en année. En témoigne la chute du prix médian du comprimé de 8 mg vendu sur le marché noir qui est passé de 6 en 2000 à 3 en 2003 dans neuf agglomérations [37].

Tableau 26 : Répartition des échantillons d'héroïne et de cocaïne saisis par les services des douanes et de police selon le taux de pureté, 2001-2003

	2000	2001	2002	2003
Héroïne	N=608	N=944	N=1 126	N=1 151
0-20 %	73 %	67 %	73 %	57 %
20-50 %	16 %	27 %	22 %	28 %
50-100 %	11 %	6 %	5 %	15 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Cocaïne	N=995	N=1 339	N=2 457	N=3 322
0-20 %	5 %	6 %	5 %	5 %
20-50 %	35 %	33 %	35 %	20 %
50-100 %	60 %	61 %	60 %	75 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Sources : Laboratoire de la police scientifique de Lyon et laboratoire des douanes. Exploitation TREND, OFDT

Repères méthodologiques

FNAILS ; TREND ; TREND/Première ligne ; SINTES.

Tendances par produit

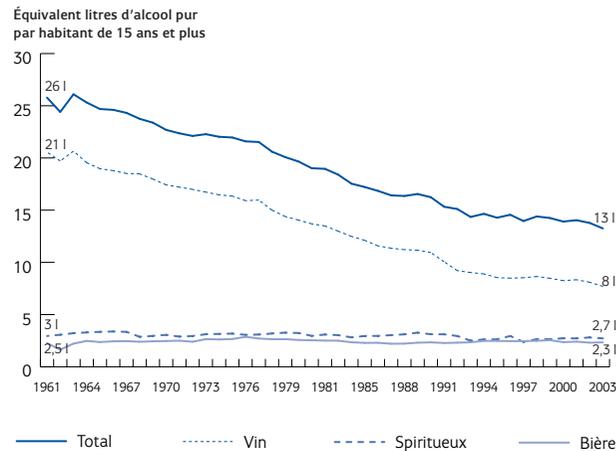
Alcool

Au sein de l'Union européenne les boissons alcoolisées sont classées en cinq catégories fiscales : le vin, la bière, les boissons fermentées autres que les deux précédentes (cidres, poirés), les produits intermédiaires (vins doux, vins de liqueurs, etc.) et les autres produits, essentiellement les spiritueux. Additionner des litres de vin, de bière et de whisky n'a pas de sens compte tenu de la différence de degré d'alcool pur contenu dans chacune de ces boissons. Il est donc nécessaire, pour apprécier les quantités totales d'alcool consommées par la population française, de convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantité équivalente d'alcool pur.

Diminution de la consommation liée à celle du vin

En 2003, la consommation d'alcool en France, mesurée à partir des ventes d'alcool (hors exportation), s'établit à un peu plus de 13,2 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus [Graphique 17]. Sur ce total, près de 58 % ont été consommés sous forme de vin (y compris vins mousseux), un peu plus de 20 % sous forme de spiritueux, près de 18 % sous forme de bière, le reste (3 %) sous forme de produits intermédiaires (vins doux, vins de liqueurs, autres). Par rapport au début des années 1960, la consommation équivalente d'alcool pur

Graphique 17 : Consommation d'alcool, de vins, de spiritueux et de bières, 1961-2003



Sources : Ventes d'alcool, Organisation mondiale de la santé/Fédération française des spiritueux, exploitation OFDT

Les Français dans le peloton de tête, mais dépassés

Très largement en tête du classement mondial des pays en termes de consommation d'alcool par habitant au début des années 1960, la France se situait en 2002 toujours parmi les plus grands consommateurs mais derrière la Hongrie, la République d'Irlande, la République Tchèque et à égalité avec l'Allemagne. Les écarts entre les pays européens sont aujourd'hui beaucoup moins importants que dans le passé, les modèles de consommation d'alcool s'étant fortement rapprochés. Les pays latins comme la France, l'Espagne et l'Italie, plutôt gros consommateurs d'alcool, essentiellement sous forme de vin, ont diminué leur consommation alors que les pays du Nord, à l'origine beaucoup moins consommateurs d'alcool, ont augmenté leur consommation de boissons alcoolisées, et tout particulièrement celle de vin. En 2002, les Français consommaient cependant encore deux fois plus d'alcool que les Norvégiens, les Suédois et les Islandais et de 20 à 25 % de plus que les Néerlandais, les Belges ou les Finlandais [15].

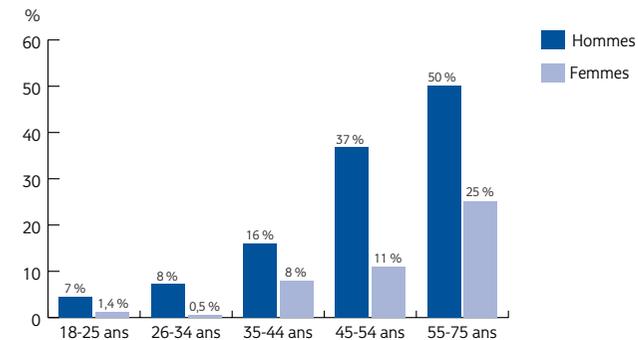
en France a été réduite de moitié, cette diminution étant entièrement imputable à la baisse de la consommation de vin [Graphique 17]. La consommation (en équivalent alcool pur) de bières par habitant de 15 ans et plus a augmenté du début des années 1960 jusqu'au milieu des années 1970 d'environ 25 %, puis a régressé pour se situer pratiquement au même niveau que quarante ans plus tôt. Les chiffres de vente fournissent un cadrage général mais ne permettent pas de distinguer les différentes catégories de consommateurs et les modes de consom-

mation. Pour mener ce type d'analyse, il est nécessaire d'interroger directement les Français sur leur consommation d'alcool.

Baisse du nombre de consommateurs quotidiens

La France comptait au début des années 2000 près de 13 millions de *consommateurs réguliers* d'alcool dont 8 millions d'*usagers quotidiens*. Ces derniers représentent un peu moins de 17 % de la population âgée de 12 à 75 ans [5].

Graphique 18 : Fréquence de l'usage quotidien d'alcool au cours des sept derniers jours par âge et par sexe, 2002



Source : EROPP 2002, OFDT

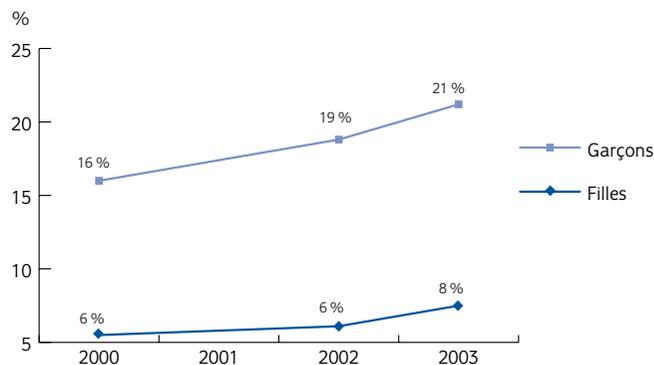
Les comportements d'alcoolisation sont très différenciés selon l'âge et le sexe. La proportion de consommateurs quotidiens est deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes [Graphique 18]. Entre 55 et 75 ans, la moitié des hommes et un quart des femmes boivent de l'alcool tous les jours, contre 8 % des hommes et moins de 1 % des femmes âgés de 26 à 34 ans. Le pourcentage de consommateurs quotidiens est presque nul chez les moins de 20 ans [6, 8].

La consommation régulière et quotidienne d'alcool est en baisse chez les adultes. La proportion de buveurs quotidiens diminue depuis quelques années : elle est passée de 23 % des 12-75 ans en 1995 à 20 % en 2000 [118], puis, parmi les 15-75 ans, de 21 % en 2000 à 18 % en 2002 [6]. En cohérence avec les données de vente, cette diminution est due en particulier à la baisse de la consommation quotidienne de vin.

Chez les jeunes, les évolutions sont différentes : à 17 ans, la consommation régulière d'alcool (au moins 10 consommations au cours des 30 derniers jours) semble être en augmentation depuis le début des années 2000 (14 % en 2003, contre 11 % en 2000) [Graphique 19] [8]. Les principales enquêtes en milieu scolaire menées ces dernières années montrent pour leur part une certaine stabilité de la consommation parmi les élèves de collège et de lycée [12].

Les usages quotidiens restent très rares à la fin de l'adolescence (seul 1 % des 17 ans était concerné en 2003 [8]). De plus, les jeunes interrogés en 2003 ne déclarent pas davantage avoir été ivres au cours de l'année que dans les enquêtes précédentes. Si les déclarations d'usage d'alcool sont plus nombreuses aujourd'hui qu'hier parmi les jeunes, les modes de consommation ne semblent pas avoir sensiblement évolué.

Graphique 19 : Évolution de l'usage régulier d'alcool, à 17 ans, par sexe, 2000-2003



Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Que sont les prémix ?

Les **prémix** (ou **alcopops**) sont obtenus par un mélange de boissons fortement dosées en sucre de type soda ou jus de fruit avec un alcool fort. Ces boissons titrent de 5° (pour la majorité d'entre elles) à 8° environ. Vendues en canettes ou en bouteilles de 20 à 33 cl, elles constituent un produit visant prioritairement les plus jeunes, en particulier ceux dont le processus d'acculturation aux boissons alcoolisées n'a pas encore commencé. Apparues sur le marché australien en 1993, ils sont arrivés massivement en France au milieu des années 1990. Mais ils ont immédiatement suscité de vives réactions de la part de certains médecins, des médias et des pouvoirs publics.

L'article 29 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1997 (loi du 27 décembre 1996), adopté par l'Assemblée nationale, propose la création d'une taxe particulière sur les prémix. Celle-ci est de 5,55 par décilitre d'alcool pur, ce qui la place dans une position bien supérieure à celle des autres boissons alcoolisées en France. Cette mesure excluait toutefois les mélanges à base de rhums, de cognac ou d'armagnac, de Suze (Suze Tonic) et les cassis, ainsi que les spiritueux simplement dilués à l'eau plate. Cette taxe, qui correspondait environ à un surcoût de 5 F (0,76 €), a eu pour effet quasi immédiat d'effondrer le marché français des prémix : moins de 10 000 litres en ont été vendus en 1997, contre 950 000 litres pour l'année 1996, alors que ce marché était en pleine essor (environ 350 000 litres pour l'année 1995). Le 8 avril 2004, l'Assemblée a adopté un amendement visant à instaurer une surtaxe de 10 par décilitre d'alcool pur et à l'étendre à l'ensemble des « Ready to drink » (RTD). Le Sénat a finalement fixé à 11 par décilitre d'alcool pur dans un texte publié au Journal Officiel du 11 août 2004.

Un nombre de consommateurs problématiques difficile à évaluer

La consommation régulière ou quotidienne d'alcool n'est pas, en soi, un indicateur de l'ampleur des problèmes liés à l'alcool dans la population française. Les **consommations problématiques** d'alcool peuvent être appréciées tout d'abord par référence à une norme fixant le nombre de verres d'alcool standard maximum consommés chaque jour sans risque pour la santé (3 verres par jour pour les hommes et 2 verres pour les femmes selon l'Organisation mondiale de la santé). En 2002, 18 % des hommes et 6 % des femmes ont consommé la veille un nombre de verres supérieur aux seuils recommandés [119]. La deuxième approche consiste à utiliser des questions permettant de dépister les consommations pro-

blématiques. D'après les réponses au test **DETA**, environ quatre millions de personnes (13 % des hommes et 4 % des femmes âgés de 12 à 75 ans), peuvent être considérés comme consommateurs à risque (actuel ou passé) de **dépendance** [118]. La proportion de consommateurs dépistés par le test DETA est restée à peu près stable entre 1995 et 2000.

Les deux indicateurs d'alcoolisation excessive mentionnés ci-dessus se réfèrent à un rythme d'alcoolisation quotidien, qui concerne peu les jeunes. L'alcoolisation massive concentrée sur un ou deux jours par semaine et répétée plusieurs fois dans le mois constitue également un mode de consommation potentiellement problématique qu'il est plus difficile de mesurer dans les enquêtes.

Un nombre de prises en charge assez faible au regard de l'ampleur du problème

La prise en charge de l'**usage nocif** ou de la dépendance à l'alcool dont il est question ici doit être distinguée de celle qui vise à soigner les pathologies liées à la consommation d'alcool, comme par exemple les **cirrhoses** alcooliques [Voir : Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool et ci-dessous].

Les structures spécialisées en alcoologie ont accueilli en 2002 environ 86 000 personnes, dont la moitié était vue pour la première fois. Parmi ces nouveaux consultants, on comptait 63 % « d'alcoolodépendants », 23 % de « buveurs excessifs » et 14 % de « buveurs occasionnels », ces derniers venant souvent consulter à la suite d'un problème d'alcoolémie routière illégale [20]. Dans les structures spécialisées d'accueil et de soins en toxicomanie, l'alcool était à l'origine de 9 % des prises en charge en 2002 [19], soit environ 6 000 patients. Par ailleurs, on peut estimer que les médecins généralistes exerçant en cabinet voient en une semaine environ 48 000 patients dans le cadre d'un **sevrage** alcoolique [23]. En dix ans, le nombre moyen de patients vus

Dans les hôpitaux ou dans les cabinets de ville, une personne sur cinq consomme trop d'alcool

Une enquête menée auprès de l'ensemble des patients vus en médecine de ville ou hospitalisés donne un autre éclairage sur l'importance des problèmes d'alcool dans la société française. En 2001, 20 % des patients hospitalisés un jour donné et 18 % des patients vus par un médecin généraliste une semaine donnée présentaient un risque d'alcoolisation excessive. La proportion de patients dépendants parmi les personnes hospitalisées ou vus par un médecin généraliste était respectivement de 7 et 5 % [120]. Les personnes hospitalisées ou vus par un médecin généraliste présentent cependant des caractéristiques particulières qui les distinguent de l'ensemble des Français (moyenne d'âge plus élevée, proportion de femmes plus importante). Les chiffres issus de cette dernière enquête ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population française.

dans le cadre d'un sevrage alcoolique en une semaine par médecin généraliste a nettement diminué (0,9 en 2003 contre 2,2 en 1994) [23].

En 2002, 93 200 hospitalisations avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ont été enregistrées, dont près de 54 000 pour intoxication aiguë (ivresse). Le nombre de sevrages en milieu hospitalier était d'environ 26 500 en 2002. La tendance depuis 2000 est plutôt orientée à la baisse [22] [Voir : Prises en charge liées à l'alcool, aux drogues illicites et au tabac].

Une mortalité en recul

L'alcool est en cause dans un grand nombre de pathologies. Dans certains cas, il en est la cause principale, voire unique comme pour les **psychoses** alcooliques. Dans d'autres cas, l'alcool a une influence moins directe et ne peut être considéré que comme un des facteurs pouvant contribuer à une pathologie : hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, cancers du sein et différents traumatismes liés aux accidents de la route, aux accidents domestiques et du travail, aux suicides et aux rixes [62].

Consommation et prise en charge en milieu carcéral

Selon une enquête menée en 1997, plus d'un entrant en prison sur trois déclare une consommation excessive d'alcool, définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jour quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinuée [39]. Un quart des entrants en prison déclare au moins deux consommations à risques (tabac, alcool, drogues illicites, psychotropes) : l'alcool est le produit le plus fréquemment associé, en cas de consommations à risques cumulées.

Des progrès importants ont été réalisés dans la prise en charge, en détention, des pathologies liées aux consommations d'alcool : l'intervention des consultations spécialisées pour les consommateurs excessifs d'alcool ne concernait que deux établissements en France en 1997, contre une centaine en 2003 [41]. Toutefois, l'offre de soins en matière d'abus ou d'usage nocif d'alcool est jugée encore insuffisante par les personnels sanitaires départementaux. Les partenariats avec le secteur spécialisé en alcoologie extérieur à la prison semblent insuffisamment développés [41]. Malgré la prévalence élevée de l'alcool au sein de la population carcérale, seul un entrant sur cinq se serait vu prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie ou en alcoologie en 2003 [39].

Au total, les décès liés à l'imprégnation éthylique chronique (psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aérodigestives supérieures) s'élevaient à 22 500 décès en 2000. Parallèlement à la baisse de la consommation d'alcool, cette catégorie de décès a fortement diminué depuis le début des années 1960. Selon les dernières estimations, qui remontent aux années 1990, l'alcool pourrait être responsable d'environ 45 000 décès au total. Ce chiffre fait cependant l'objet de discussions [Voir : Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool].

Alcool et infractions

Pour certaines infractions, l'alcool est mentionné dans le texte de la loi : c'est le cas pour les **ivresses publiques et manifestes** et pour toutes les infractions liées à la conduite automobile sous influence de l'alcool. En tant que substance favorisant la désinhibition et le passage à l'acte, l'alcool peut également être associé à de nombreux délits et actes d'incivilité,

notamment les violences contre les personnes. La mesure rigoureuse du lien entre alcool et délinquance est cependant difficile à réaliser et on ne dispose actuellement d'aucune donnée française récente sur la question [111, 121].

En ce qui concerne les infractions pour lesquelles l'alcool est explicitement mentionné, les principaux chiffres sont les suivants [Voir : Interpellations pour usage et trafic et Contrôles et délits routiers] :

- environ 67 400 personnes ont été interpellées pour ivresse publique et manifeste en 2003. Par rapport à 2002, le nombre de ces interpellations est resté stable (+ 0,5 %) [98] ;

- 243 256 dépistages positifs de l'alcoolémie routière en 2003, soit 2,5 % de l'ensemble des dépistages (un peu plus de 10,6 millions). Ce pourcentage de contrôles positifs est en hausse par rapport à la fin des années 1990 (entre 1,8 et 2,0 % jusqu'à 2000, entre 2,2 et 2,8 % après). La baisse constatée en 2003 contraste avec cette tendance [65] ;

- 104 610 condamnations pour **conduite en état alcoolique**, 3 736 pour blessures

involontaires par conducteur en état alcoolique et 421 pour homicides involontaires par conducteur en état alcoolique en 2002. Si les condamnations pour conduite en état alcoolique augmentent depuis 1996, celles pour blessures et homicides involontaires par conducteurs en état alcoolique sont plutôt en baisse [99].

Dans un contexte de recul de la consommation d'alcool et de moindre tolérance à l'égard de la conduite en état alcoolique, c'est plutôt ce dernier aspect qui expli-

querait l'augmentation des chiffres de dépistage et de condamnations pour conduite en état alcoolique. Cette plus grande fermeté à l'égard des délits routiers, en général, et en particulier à l'égard de ceux liés à l'alcool, pourrait à son tour avoir provoqué une baisse de la consommation d'alcool chez les conducteurs. Ce changement de comportement pourrait expliquer la baisse des dépistages positifs de l'alcoolémie routière constatée en 2003.

Repères méthodologiques

Baromètre Nutrition ; Baromètre Santé ; CJN ; Consultants des CCAA ; EROPP ; ESCAPAD ; ESPAD ; Fichier des infractions au code de la route ; PMSI ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Registre national des causes de décès ; Ventes d'alcool.

Cannabis

Le **cannabis** est le nom générique de la plante consommée sous forme de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile. L'espèce de cannabis la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au **delta9-tetrahydrocannabinol** (Δ^9 -THC) [85].

Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint) ou au moyen d'une pipe (avec ou sans eau), le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (par exemple : gâteaux, space-cake) ou bu (infusions), ces derniers modes d'usage demeurant marginaux. Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. Comme tous les produits **psychoactifs**, il est susceptible de provoquer des troubles psychiques et peut induire une **dépendance psychique** chez les consommateurs quotidiens. Le cannabis est classé comme produit **stupéfiant** en France.

Produit illicite le plus consommé en France

Le cannabis expérimenté par un quart de la population française

Le cannabis est, de loin, le produit illicite le plus consommé par la population française. La France est l'un des pays européens où les niveaux d'usage de cannabis sont les plus élevés [10].

Le nombre de personnes ayant déjà consommé du cannabis en France était estimé à près de 11 millions en 2003, soit un quart de la population. Les **usagers réguliers**, beaucoup moins nombreux, sont

estimés à 850 000 personnes (presque 2 %) dont 450 000 sont **usagers quotidiens** (1 %) [5].

La consommation de cannabis des adultes français est surtout le fait des plus jeunes et des hommes. Depuis le début des années 1990, le niveau d'**expérimentation** de cannabis par les jeunes adultes (18-44 ans) a doublé, passant de 18 % en 1992 à 35 % en 2002. Cette hausse est d'autant plus forte que la population est jeune et s'observe également pour l'**usage dans l'année** [122]. En 2003, l'usage dans l'année concerne 9 % des hommes et 6 % des femmes âgés de 18 à 75 ans, mais se raréfie à partir de 45 ans [11].

Un produit consommé d'abord par les adolescents

Pour les collégiens et les lycéens (12-18 ans), la fin de l'adolescence constitue un moment clé pour l'expérimentation de cannabis : très faible entre 12 et 13 ans, elle augmente nettement à partir de 14 ans et concerne la moitié des filles et deux tiers des garçons à 18 ans. L'usage régulier de cannabis progresse considérablement entre 14 et 18 ans passant de 1 à 21 % pour les garçons et de 1 à 9 % pour les filles [12, 123].

Parmi les 17-18 ans, les écarts entre les sexes sont assez marqués, aussi bien pour l'expérimentation que pour les autres types d'usages. L'**usage récent** de cannabis concerne un tiers des jeunes (26 % des filles et 38 % des garçons). Les écarts entre les sexes s'accroissent pour les fréquences d'usage de cannabis plus élevées [Tableau 27] [5].

L'expérimentation de cannabis par les jeunes a connu une hausse régulière dans les années 1990. Les fréquences d'expérimentation chez les jeunes de 17 ans ont doublé pour les garçons et ont pratiquement triplé pour les filles [Graphique 20] [8].

On observe toutefois à partir de 2002 une baisse de l'expérimentation parmi les garçons à la fin de l'adolescence. On retrouve

cette tendance à la baisse pour les usages plus fréquents (dans l'année, récents et réguliers) alors que les fréquences de ces usages se stabilisent chez les filles du même âge [Graphique 21] [8, 124, 125]. Même s'il existe une grande variété d'usages et de contextes d'usage du cannabis [85], les consommations ont majoritairement lieu le week-end pour les jeunes, où elles sont les plus intenses. Ces

Tableau 27 : Fréquence des usages de cannabis à 17-18 ans, par sexe, 2003

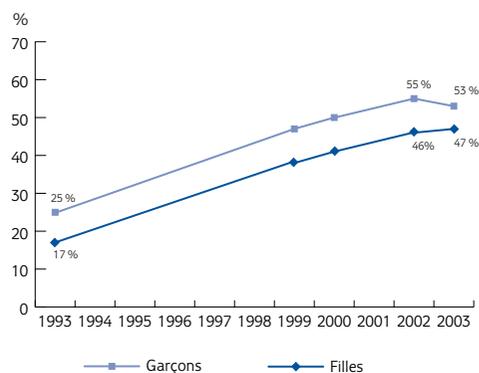
	Expérimentation ⁽¹⁾	Usage dans l'année ⁽²⁾	Usage récent ⁽³⁾	Usage régulier ⁽⁴⁾	Usage quotidien
Filles	50 %	40 %	26 %	8 %	3 %
Garçons	56 %	49 %	38 %	18 %	8 %
Total	53 %	45 %	32 %	13 %	5 %

(1) au moins un usage au cours de la vie ; (2) au moins un usage dans l'année ; (3) au moins un usage dans les 30 derniers jours ; (4) 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours

Note : Attention, les chiffres ne s'additionnent pas en ligne. Par exemple, les 3 % de filles qui consomment quotidiennement du cannabis font partie des 8 % qui ont un usage régulier, elles-mêmes incluses dans les 26 % qui déclarent un usage récent, etc. Voir définition dans « Présentation : définitions et concepts ».

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Graphique 20 : Évolution de l'expérimentation de cannabis à 17 ans, 1993-2003



Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999, INSERM/OFDJ/MJENR ; ESCAPAD 2000, 2002, 2003, OFDT

consommateurs insistent beaucoup sur le caractère transitoire de leur usage, qu'ils envisagent le plus souvent d'abandonner lors du passage à l'âge adulte [8].

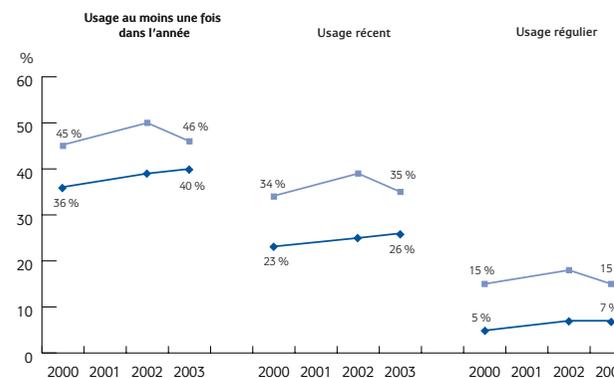
Une consommation quasi-systématique chez les usagers d'autres drogues illicites

Parmi les usagers de drogues rencontrés dans les structures de premières ligne (boutiques, programmes d'échange de seringues...), le cannabis est, comme pour l'ensemble de la population, le produit illicite le plus consommé au cours du mois écoulé (85 %), les plus jeunes étant plus fréquemment consommateurs (94 % des 15-24 ans contre 75 % des plus de 35 ans). La plupart des fumeurs de cannabis (80 %) déclarent fumer entre 1 et 5 joints par jour. Parmi les consommateurs rencontrés dans les structures sociosanitaires classiques, 60 % ont consommé du cannabis durant la semaine précédant l'entretien [25].

Des progrès dans le repérage des usages problématiques

L'usage problématique de cannabis peut être appréhendé comme « l'usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui » [122]. Il n'existe pas actuellement de données scientifiques suffisantes permettant d'établir le lien précis entre un niveau de consommation donné, l'existence d'une dépendance et de problèmes sociosanitaires induits par la consommation de cannabis. Et ce, d'autant plus qu'une consommation « excessive » peut être à l'origine de troubles, comme elle peut en constituer le symptôme. Les risques apparaissent toutefois clairement différents si l'usage est récréatif ou compulsif, s'il porte sur de petites quantités ou s'il peut être qualifié d'intensif. On considère alors que l'existence de signes de dépendance ou de difficultés sociosani-

Graphique 21 : Évolution de l'usage de cannabis par sexe à 17 ans, 2000-2003



Sources : ESCAPAD 2000, 2002, 2003, OFDT

taires chez un consommateur de cannabis constituent des facteurs de risque de la survenue (ou de l'existence) de conséquences sérieuses de l'usage et marquent donc un usage problématique [8, 126].

À 17-18 ans, les consommateurs quotidiens de cannabis sont majoritaires à déclarer avoir rencontré au moins une fois un problème durant un épisode de consommation de ce produit : problème de mémoire (75 %), reproche de l'entourage (68 %), etc. Ces difficultés sont moins fréquemment déclarées lorsque la consommation est occasionnelle [8]. Chez les jeunes, l'utilisation du questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) permet d'effectuer un premier repérage des consommateurs problématiques, à partir de 6 questions [8].

Questionnaire CAST

Au cours de votre vie :

(1 point par réponse positive)

- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?
- Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, bagarres, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?...

À 17-18 ans, 6 % des filles et 14 % des garçons atteignent un score supérieur ou égal à 3, témoignant d'un possible usage

problématique [8]. Les consommations associées sont fréquentes : l'association de tabac au cannabis est quasiment systématique en France et l'usage d'alcool fréquemment associé à l'usage répété de cannabis. Chez l'adolescent, cette dernière association constitue un indicateur de difficultés psychologiques et sociales [85] [Voir : Polyconsommation].

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système médico-social spécialisé dans les addictions. La part des nouveaux patients vus dans les CSST pour un usage de cannabis a atteint 31 % en 2002. Elle représentait 24 % des patients en 1998. Dans 16 % des cas est également mentionnée une difficulté avec l'alcool [19]. Au niveau européen, le cannabis est pour de nombreux pays le deuxième produit le plus fréquemment signalé comme étant à l'origine d'une prise en charge spécialisée, avec 30 % des nouveaux patients pris en charge pour usage de cannabis [10].

Malgré la persistance de nombreuses zones d'incertitude, les risques de la consommation aiguë ou chronique du cannabis sont de mieux en mieux connus. À court terme, la prise de cannabis altère la perception, l'attention et la mémoire immédiate, troubles susceptibles de perturber la réalisation de tâches psychomotrices comme la conduite automobile et le travail scolaire des jeunes consommateurs [84, 85, 87]. À un niveau de consommation élevé, apparaît le risque de dépendance – psychique surtout – et peuvent survenir des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques [84, 86] [Voir : Encadré dans Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites].

Première substance en cause dans les interpellations pour usage

Avec 82 143 interpellations pour usage enregistrées en 2003, le cannabis est en cause dans 91 % des interpellations pour usage de stupéfiants. Cette proportion est en augmentation constante depuis plus de 15 ans [68].

Les personnes interpellées pour usage de cannabis sont plus jeunes que les autres usagers interpellés (22,3 ans en moyenne en 2003 contre 29 ans ou plus pour les usagers de cocaïne, héroïne ou crack) et donc plus fréquemment étudiants ou lycéens. Comme pour les autres produits, ils sont principalement de sexe masculin.

Principal objet du trafic de stupéfiants

Depuis 1996, le cannabis est en cause dans plus de la moitié des interpellations pour trafic, loin devant le trafic d'héroïne. En 2003, 69 % des interpellations pour trafic portent principalement sur le

cannabis. Les cas de « petits trafics » (usage-revente ou trafic local) dominent, plus que pour le trafic d'héroïne ou de cocaïne [68].

Dans l'ensemble de l'Europe, le taux de tétrahydrocannabinol (THC) du cannabis, toutes formes confondues, est plutôt stable depuis plusieurs années : autour de 6-8 % [127].

Concernant les échantillons de résine saisis et analysés en France de 1999 à 2003, la concentration moyenne en THC oscille autour de 10 % [Voir : Offre de drogues illicites]. Une étude réalisée en 2004 par l'OFDT et les laboratoires des douanes montre que l'herbe est en moyenne moins concentrée que la résine, qu'il existe une variabilité du taux de THC selon les régions et qu'on ne rencontre pas de coupage avec d'autres produits psychoactifs.

En augmentation depuis la fin des années 1990, la quantité de cannabis saisie en 2003 [Tableau 28] est de plus de 82 tonnes, ce qui représente une augmentation de 44 % par rapport à 2002. Cette hausse est essentiellement due aux

Tableau 28 : Évolution des saisies de cannabis, en nombre et en quantités, 1994-2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de saisies	17 707	22 543	27 320	34 266	41 189	44 921	51 013	46 666	57 794	67 444
Herbe	-	-	-	-	5 406	4 854	5 839	5 784	7 417	9 119
Résine	-	-	-	29 146	34 709	39 214	43 987	40 014	48 945	56 574
Autres ⁽¹⁾	-	-	-	828	1 074	853	1 187	868	1 432	1 751
Quantités saisies (en kg)	58 014	42 270	66 861	55 122	55 699	67 481	53 579	62 174	57 115	83 515
Herbe	2 096	3 056	3 1280	3 452	3 522	3 382	4 866	3 922	6 147	3 995
Résine	55 890	39 203	35 576	51 664	52 176	64 097	48 711	58 196	50 836	78 348
Autres ⁽¹⁾	29	11	5	5	1	2	3	56	132	172

(1) Huiles, pieds, graines

Sources : FNAILS, OCRTIS

saisies de résine [Tableau 28]. Le nombre d'opérations effectuées est également en hausse : 67 443, soit 17 % de plus qu'en 2002. Le cannabis saisi se présente principalement sous forme de résine (95 % des quantités saisies) et plus rarement sous forme d'herbe, de plants ou d'huile. Plus de 8 saisies sur 10 portent sur des quantités inférieures à 20 g de cannabis [68].

La plupart de la résine saisie en France est produite au Maroc et parvient en France essentiellement via l'Espagne (67 % de la

résine d'origine marocaine saisie en France en 2003 et 78 % de l'ensemble de la résine saisie cette année-là). Plus de 60 % de la résine saisie n'était apparemment pas destinée au marché français. L'origine de l'herbe de cannabis saisie en France n'est identifiée que pour 43 % des quantités saisies (contre 86 % pour la résine) : la moitié provient des Pays-Bas. La Grande-Bretagne et la France sont les principaux pays de destination connus : respectivement 58 et 39 % des quantités identifiées devaient y être écoulées [68].

Repères méthodologiques

Baromètre Santé ; EROPP ; ESCAPAD ; ESPAD ; FNAILS ; OPPIDUM ; Rapport d'activité des CSST ; TREND ; TREND/Première ligne.

Cocaïne et crack

La **cocaïne** (ou chlorhydrate de cocaïne) est obtenue à partir de la feuille de coca et se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée. Fortement stimulante, elle entraîne un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la fatigue. Le **crack** est une forme dérivée de la cocaïne, obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne. Appelée aussi « *free-base* » ou « *cocaïne base* » lorsqu'il est fabriqué par l'usager lui-même, le crack est presque toujours fumé (rarement injecté). Son action, plus intense que celle de la cocaïne, apparaît beaucoup plus rapidement (1 à 2 mn contre 15 à 30 mn), mais disparaît également plus vite (10 à 15 mn contre environ 1 h).

Niveaux de consommations et usagers diversifiés

Consommations faibles mais en hausse dans la population française

Parmi les produits illicites autres que le **cannabis**, la cocaïne est la substance la plus **expérimentée** : le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie est estimé à un million, soit environ 2 % de la population française [5].

Parmi les 18-75 ans, les expérimentateurs hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes et les 26-44 ans sont majoritaires [Tableau 29] [11]. Si la proportion de personnes déclarant avoir expérimenté de la cocaïne a presque doublé depuis 1995, passant de 1,1 % en 1995 [128] à 2,0 % en 2002 [6], les personnes ayant consommé ce stimulant au moins une fois dans l'année sont relativement peu nombreuses (200 000 chez les 12-75 ans en 2003 [5]). La **prévalence** de l'**usage** au moins une fois **dans l'année** culmine chez les 18-24 ans à près de 1 % [11].

La consommation de cocaïne est assez rare chez les jeunes de 17-18 ans [8]. Ils sont 2,3 % à déclarer avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie. Toutefois, une hausse, légère mais significative, est observée depuis 2000 chez les jeunes de 17 ans (filles et garçons) : 1,6 % (1,1 % et 2,0 %) d'entre eux déclarent avoir expérimenté la cocaïne en 2003 contre 1,0 % (0,6 % et 1,3 %) en 2000 [8, 129]. En outre, parmi les 17-18 ans, 1,7 % en ont consommé dans l'année et 0,9 % dans le mois précédant l'enquête. Le crack est l'un des produits illicites les plus rarement expérimentés par les jeunes de 17-18 ans : ils sont près de 1 % à être concernés [Tableau 30].

Tableau 29 : Consommation de cocaïne au moins une fois au cours de la vie à 18-75 ans, 2002

18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	18-75 ans	Femmes	Hommes
1,9 %	3,9 %	0,4 %	2,0 %	0,8 %	3,3 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Consommations importantes chez les usagers de drogues

La cocaïne est un produit fréquemment utilisé par les usagers de drogues illicites en contact avec le système sociosanitaire : 10 % ont consommé de la cocaïne au cours de la semaine écoulée [25]. Presque la moitié (49 %) des usagers rencontrés en 2003 dans des structures de première ligne (boutiques, programmes d'échange de seringues...) a consommé de la cocaïne (35 %) ou du crack (18 %) au cours du mois écoulé [37, 38].

En 2003, le sniff est devenu le premier mode d'administration de la cocaïne chez les usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne (62 %), contrairement à 2002 où l'injection était majoritaire (58 %). La voie injectable reste néanmoins fréquente (43 %), exposant les usagers à des risques importants de contamination par le virus du sida (VIH) et par les hépatites virales (VHC et VHB) [37].

Pas de profil « type » d'usager

Les milieux sociaux concernés par l'usage de cocaïne sont assez hétérogènes : il est donc difficile de décrire un profil type du consommateur. En effet, la cocaïne n'est dorénavant plus seulement utilisée par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des usagers de

drogues très marginalisés, mais touche également les classes économiques moyennes ou encore des usagers rencontrés en milieu festif [37]. Par exemple, dans l'espace festif de musique électronique des villes de Nice et Toulouse, 70 % des personnes enquêtées ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie et 37 % déclarent en avoir utilisé au cours du mois écoulé [130].

Ainsi, la consommation de cocaïne s'étend à des réseaux sociaux diversifiés et non connectés entre eux et le processus de diffusion du produit dans divers sous-groupes de la société semble se poursuivre [37, 38].

Les usagers de cocaïne fréquentant les structures de première ligne sont majoritairement des hommes (80 %) de moins de 32 ans (75 %) et plus jeunes que les autres usagers de drogues : ils ont en moyenne 28 ans et 5 mois, contre 31 ans et 8 mois pour les autres [37].

Des consommations donnant rarement lieu à des prises en charge

La consommation de cocaïne et de crack est assez peu fréquente comme motif de prise en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), bien qu'elle soit en légère augmentation depuis

quelques années : en 2002, 6,5 % des nouveaux patients vus dans les CSST ont été pris en charge pour usage de cocaïne (dont 2,4 % pour le crack) contre 5,7 % (dont 1,8 % pour le crack) en 1998 [19, 34]. Contrairement aux opiacés et aux benzodiazépines, la cocaïne ne génère pas de dépendance physique mais une forte dépendance psychique. Ainsi, parmi les personnes fréquentant les structures sociosanitaires en 2003, 4 % déclarent que la cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance [25].

Les risques de la consommation de cocaïne sont d'autant plus élevés que celle-ci est injectée ou consommée sous forme de crack. La contraction des artères et l'hypertension qu'elle entraîne peuvent notamment être responsables d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'atteinte des poumons, des muscles ou des reins, etc. Les prises de fortes doses peuvent en outre provoquer une fièvre, un délire ou des convulsions. Les usages réguliers conduisent à de fréquents troubles psychiatriques (instabilité de l'humeur, forte anxiété, délire de persécution...) et à des lésions importantes de la paroi nasale.

Le mode de consommation de la cocaïne, par injection notamment, entraîne un risque de transmission de maladies infectieuses (sida et hépatites B et C essentiel-

lement), d'endocardite, d'abcès, de septicémie... L'hépatite C peut être transmise lors d'une administration de la cocaïne par voie nasale.

La consommation de cocaïne et surtout de crack peut être à l'origine de décès par surdose. Mais le nombre de décès recensés par les services de police et de gendarmerie restait faible en 2003 (10 cas contre 12 en 2002) alors qu'il était en augmentation depuis 1999 (7 cas en 1999). En 2003, 9 cas de décès enregistrés sont uniquement dus à la prise de cocaïne et 1 décès était consécutif à l'association de cocaïne et d'un médicament [68].

Interpellations pour usage marginales mais en forte hausse

Après l'importante baisse des interpellations et des condamnations qui a marqué l'année 2001, les interpellations pour usage de cocaïne ou de crack, même si elles restent marginales par rapport à l'ensemble des interpellations, ont tendance à retrouver leur niveau record de 1999 : 2 104 usagers de cocaïne et 897 usagers de crack ont été interpellés par les services de police et de gendarmerie en 2003, soit, en tout, 3,3 % de l'ensemble des interpellations pour usage [68].

Tableau 30 : Fréquence des usages de cocaïne et de crack à 17-18 ans, 2003

	Cocaïne		Crack	
	dans la vie	dans l'année	dans la vie	dans le mois
Filles	1,7 %	1,2 %	0,7 %	0,6 %
Garçons	2,8 %	2,2 %	1,0 %	1,2 %
Total	2,3 %	1,7 %	0,9 %	0,9 %

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Des usagers de crack concentrés géographiquement

Le crack est consommé quasi exclusivement en région parisienne et dans les DOM hormis la Réunion. Le profil de l'usager récent de crack vu dans les structures de première ligne n'a pas changé : il s'agit d'un homme plus âgé que la moyenne des usagers de cocaïne (32 ans et demi contre 28 ans et 5 mois), très désocialisé et souffrant de pathologies psychiatriques. Toutefois, l'éventail des consommateurs de crack semble s'élargir avec, en Guyane, l'apparition de consommations dans des milieux plus favorisés et à Paris une frange de nouveaux consommateurs : jeunes précarisés issus du milieu festif ou des jeunes des cités [37].

L'âge moyen de l'utilisateur de cocaïne interpellé, en baisse continue depuis 2000, est de 28,9 ans en 2003. Au contraire, l'âge moyen de l'utilisateur de crack augmente au fil des ans (33,8 ans en 2003) et reste bien supérieur à l'âge moyen des autres usagers de stupéfiants interpellés [68].

Saisies et interpellations pour trafic en hausse

Excepté deux pics observés en 1994 et 1999, les quantités saisies de cocaïne sont restées relativement stables entre 1990 et 2000. Cependant, depuis trois ans, elles sont en augmentation continue (1 311 kg en 2000 à 4 172 kg en 2003) [Tableau 31]. Les quantités saisies peuvent subir des aléas en raison de grosses prises exceptionnelles. Les quantités de crack saisies étaient relativement faibles en 2003 (12 kg) par rapport au niveau maximum de 25 kg saisis en 1998 [68].

Tableau 31 : Évolution en nombre et quantité des saisies de cocaïne et de crack, 1994-2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de saisies	1 508	1 757	1 701	1 773	2 022	2 270	2 274	2 042	2 714	3 472
Cocaïne	1 281	1 432	1 457	1 545	1 688	1 865	1 802	1 650	2 048	2 636
Crack	227	325	244	228	334	405	472	392	666	836
Quantités saisies (kg)	4 753	874	1 753	861	1 076	3 698	1 333	2 102	3 658	4 184
Cocaïne	4 743	865	1 742	844	1 051	3 687	1 311	2 096	3 651	4 172
Crack	10	9	11	16	25	11	22	6	7	12

Source : FNAILS, OCRTIS

Le nombre d'interpellations pour trafic de cocaïne ou de crack a fortement progressé par rapport à 2002 (+ 24 %) atteignant un niveau record en 2003 de 2 571 trafiquants (*internationaux, locaux ou usagers-revendeurs*) interpellés. Depuis plusieurs années, 40 à 50 % de la cocaïne saisie en France provient des Antilles françaises.

La France reste essentiellement un pays de transit de la cocaïne provenant d'Amérique latine : la part de la cocaïne saisie destinée au marché français est assez faible (10 %). L'Espagne est à la fois la porte d'entrée de la cocaïne en Europe et le premier destinataire européen de la cocaïne saisie en France. Les Antilles françaises sont un lieu de transit, voire de stockage, de la cocaïne destinée aux marchés nord-américains et européens [68].

Des perceptions divergentes selon le produit et sa dénomination

La perception de la cocaïne par les usagers de drogues, déjà très positive ces dernières années, s'améliore en 2003 dans tous les milieux explorés. La cocaïne est perçue comme un produit « ludique, associé au plaisir et aux moments festifs ». Son risque addictogène est rarement perçu par l'utilisateur [37]. Une recherche exploratoire sur les usages de drogues en milieu professionnel fait apparaître que la cocaïne est, dans l'imaginaire des usagers et des non-usagers, la « drogue de la performance » au travail, alors qu'elle semble plutôt correspondre dans la réalité à la « drogue de l'image de la performance ». En effet, son usage vise davantage à améliorer l'image de soi plutôt qu'à augmenter ses capacités cérébrales ou physiques [131]. Seuls les consommateurs les plus expérimentés ont une perception plus mitigée, du fait de la connaissance des effets sur la santé de ce produit. La facilité du mode d'administration par sniff et son association à des pratiques conviviales (partage entre amis) contribuent à nourrir cette perception positive [37]. À l'inverse, le crack garde une image globalement négative, notamment chez les usagers de drogues qui n'utilisent pas cette forme de cocaïne. L'utilisation de ce produit est associée à des situations de grande marginalité sociale [37].

Un contraste dans les représentations du *free-base* (ou « cocaïne base ») et du crack persiste alors qu'il s'agit du même produit. Contrairement au crack, le *free-base* bénéficie d'une bonne image du fait de son association à des temps festifs et à une préparation généralement faite par les usagers eux-mêmes supposée attester de l'obtention d'un bon produit [37].

Règles méthodologiques

Baromètre Santé ; ESCAPAD ; EROPP ; FNAILS ; OPPIDUM ; TREND ; TREND/Première ligne ; TREND/Musique électronique ; Rapports d'activité des CSST.

Ecstasy et amphétamine

L'amphétamine est un produit de synthèse stimulant, chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques. Sous sa forme la plus fréquente, en poudre, elle est le plus souvent appelée « speed ». L'ecstasy désigne une variété de produits contenant de la MDMA, substance synthétique dérivée de l'amphétamine. La consommation des amphétaminiques est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-faim. Elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes uniquement chez l'enfant. La méthamphétamine, dérivé synthétique de l'amphétamine nommé yaba, ice ou crystal est une substance dont la consommation est extrêmement marginale en France [37].

Classées parmi les 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. Les effets de la métamphétamine sont particulièrement intenses et durables.

Tableau 32 : Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamine à 18-75 ans, 2002

Classes d'âge	18-75	18-25	26-44	45-75	Hommes	Femmes
Ecstasy ⁽¹⁾	0,8 %	2,3 %	1,1 %	0,1 %	1,4 %	0,2 %
Amphétamine ⁽²⁾	1,4 %	1,6 %	1,8 %	1,1 %	1,7 %	1,2 %

Sources : (1) *EROPP 2002, OFDT* ; (2) *Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT*

Une consommation limitée dans la population française

L'ecstasy est très peu consommée dans l'ensemble de la population : moins de 1 % des 18 à 75 ans l'ont essayée au moins une fois au cours de la vie, essentiellement des hommes, soit environ 500 000 personnes en France, alors que l'usage dans l'année ne concernerait que 200 000 d'entre elles [Tableau 32] [11]. Chez les 17-18 ans, l'expérimentation de l'ecstasy est 5 fois plus fréquente, mais l'usage récent concerne 1,6 % d'entre eux, en majorité des garçons [Tableau 33] [8]. En ce qui concerne l'amphétamine, son usage concerne 1,4 % des 18-75 ans, les femmes presque autant que les hommes [Tableau 32]. La différence intergénérationnelle est faible. En effet, le produit, autorisé à la prescription par le passé, a été consommé par les 26-44 ans, notamment comme coupe-faim chez les femmes [11]. Chez les 17-18 ans, l'usage de l'amphétamine concerne deux fois plus souvent les garçons que les filles. Son usage récent reste faible, puisqu'il touche moins de 1 % d'entre eux [Tableau 33] [8].

Les taux d'expérimentation progressent

Tableau 33 : Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent d'ecstasy et d'amphétamine à 17-18 ans, 2003

	Au cours de la vie			Au cours des 30 derniers jours		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Ecstasy	3,0 %	5,2 %	4,2 %	1,0 %	2,2 %	1,6 %
Amphétamine	1,8 %	3,0 %	2,3 %	0,6 %	1,2 %	0,9 %

Source : *ESCAPAD 2003, OFDT*

légèrement chez les plus jeunes : à 17 ans, entre 2000 et 2003, ils passent de 2,1 à 3,3 % pour l'ecstasy et de 1,0 à 1,8 % pour l'amphétamine [8].

Des usages banalisés en milieu festif « techno »

Les consommations d'ecstasy et d'amphétamine sont plus fréquentes en milieu festif techno. Les premiers résultats d'une étude menée dans ce milieu à Nice et à Toulouse, en 2004, font apparaître que l'ecstasy a été expérimentée par les trois quarts des 596 personnes enquêtées et que 35 % d'entre elles en ont pris le mois précédent. L'amphétamine a été expérimentée par la moitié des enquêtés, mais seuls 11 % d'entre eux en ont consommé récemment [130]. Chez les jeunes, la consommation de speed concerne plus particulièrement des hommes dans une situation sociale marginale engagés dans divers mouvements collectifs (mouvance musicale techno « hardcore » et mouvement des « gabbers », équivalents actuels des « skinheads »). Hors du milieu techno, la consommation de speed, comme celle d'ecstasy tend actuellement à s'élargir à des personnes très précarisées. On observe ainsi une progression de la consommation d'ecstasy et d'amphétamine parmi les usagers des structures de première ligne de soutien aux toxicomanes et

certaines consommations qui tendent à devenir régulières [37].

L'ecstasy est consommée par voie orale dans plus de 9 cas sur 10 [37, 116]. En milieu festif, une minorité de consommateurs aurait recours au sniff (3 %) ou à l'injection (moins de 1%) [116]. Sniff et injection sont davantage utilisés par les personnes fréquentant les structures de première ligne (respectivement 12 et 22 %). L'amphétamine est d'avantage sniffée (59 %), surtout chez les plus jeunes, puis avalée (47 %) et enfin injectée (20 %) [37, 132].

Des problèmes sanitaires réels mais peu visibles

Entre 1998 et 2002, le nombre de patients suivis en Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) pour leur consommation d'ecstasy a été multiplié par 2,7, mais leur part parmi l'ensemble des patients reste faible (1,2 %). Pour l'amphétamine, ce nombre a été multiplié par 2,4 mais il ne représentait en 2002 que 2,1% des patients pris en charge en CSST [34].

Avec l'ecstasy, des problèmes de santé aigus ont été déclarés par 9 % des 664 consommateurs « sous l'effet du produit » interrogés entre janvier 1999 et juin 2002 [116, 117, 132]. Il s'agit de troubles neuropsychiatriques (angoisse, anxiété,

confusion, désorientation, mal-être, paralysie, hallucinations...) chez 27 % d'entre eux, de troubles digestifs (26 %), d'effets « forts ou bizarres » (26 %), de pertes de connaissance (13 %), de descentes difficiles, de maux de ventre, etc. Depuis 1999, l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRITIS) rapporte des cas de décès par **surdose** liés à l'ecstasy. Le nombre annuel de décès varie de manière aléatoire (4 par an en moyenne). Atteignant le nombre de

8 en 2003, ces décès représentent 9 % de l'ensemble des décès par surdoses [68]. La plus petite dose ayant conduit à un décès est de 150 mg de MDMA, en association avec l'alcool [133]. Consommés régulièrement, les amphétaminiques n'entraînent pas de **dépendance physique**, mais une **dépendance psychique** et une **tolérance** (nécessité d'augmenter les doses consommées pour obtenir un effet identique).

Que contiennent les produits vendus ? Analyse d'échantillons collectés de juillet 2002 à septembre 2003 [116, 117, 132]

Les ecstasy sont principalement disponibles sous forme de comprimés, marqués de différents logos (71 %), puis sous forme de poudre (15 %) et de gélules (7 %) ; les autres formes (buvards, liquides, végétaux) sont marginales [116].

- Plus de 90 % des comprimés contiennent un amphétaminique. Il s'agit de la MDMA (principe actif de l'ecstasy) dans 85 % des cas. On retrouve de la caféine dans 12 % des comprimés. Par ailleurs, 7 % des comprimés sont des médicaments vendus comme ecstasy (anti-inflammatoires stéroïdiens, antipaludéens, médicaments psychotropes, etc.). Les substances inertes identifiées sont essentiellement des sucres (lactose, amidon, sorbitol, etc.), des acides gras et du talc.

Les doses de MDMA contenues dans les comprimés collectés varient de 2 à 157 mg. La dose moyenne de MDMA par comprimé en 2003 semble atteindre un plateau autour de 55 mg après une chute au cours des années précédentes (plus de 75 mg en 2000). Le rapport entre la dose la plus haute et la plus faible d'un même logo peut varier de 1 à 30. Il reste donc illusoire de considérer les logos comme le moyen de présumer du dosage en MDMA d'un comprimé d'ecstasy.

- Les poudres contiennent de l'amphétamine (*speed*) pour 45 % d'entre elles, de la MDMA pour 25 % ; 40 % renferment de la caféine et 10 % du paracétamol. Un médicament est présent dans près du quart d'entre elles. Les écarts de concentration en MDMA et amphétamine sont très importants (respectivement de 7 à 67 % et de 1 à 84 % de l'échantillon).

- Les gélules contiennent le plus souvent 4 à 5 molécules différentes : de la MDMA à 64 %, des amphétamines plus rarement (7 %). En revanche, elles renferment fréquemment des analgésiques (paracétamol 24 %, propoxifène 12 %).

Parmi les quelques produits vendus comme méthamphétamine, aucun ne comportait cette molécule en 2003. En revanche, 1 % des échantillons (poudre ou comprimés collectés) contenait de la méthamphétamine mais aucun n'était vendu comme telle.

Un nombre d'interpellations pour usage toujours limité

Le nombre d'**interpellations pour usage** d'ecstasy, égal à 1 570 en 2003, est stable depuis l'année 2000, après avoir fortement augmenté depuis 1993, date à laquelle il ne dépassait pas 200. Le nombre d'interpellations pour usage d'amphétamine demeure faible (176 en 2003) [68].

Un marché alimenté par un trafic intra-européen

L'amphétamine est un produit facilement disponible dans l'**espace festif techno**. L'ecstasy, de disponibilité croissante, peut en plus être trouvée dans certains bars et clubs. Le prix moyen des comprimés vendus sous l'appellation « ecstasy » se maintient, à la mi-2003, autour de 10 en moyenne, environ 35 pour un lot de 10. Le prix moyen de la gélule est de 12 et

celui de la poudre est de 45 le gramme. Les poudres vendues comme amphétamines coûtent en moyenne 18 le gramme [132].

Ces produits sont principalement synthétisés en Europe (Pays-Bas, Belgique, Allemagne et pays de l'Europe de l'Est) [68]. Après avoir subi une très forte hausse, le nombre d'**interpellations pour trafic** d'ecstasy s'est stabilisé depuis 2000 (798 en 2003 soit 5 % de l'ensemble des interpellations pour trafic), de même que les quantités saisies. Elles ont pratiquement été multipliées par 16 depuis 1993 pour atteindre 2,2 millions de comprimés en 2003. Pour l'amphétamine, le nombre d'interpellations reste faible (70 en 2003), même s'il s'élève progressivement. En revanche, les quantités saisies sont en hausse quasi continue depuis 1992. Elles ont été multipliées par plus de 5 en 10 ans pour atteindre 278 kg en 2003 [68].

Repères méthodologiques

ESCAPAD ; FNAILS ; Rapports d'activité des CSST ; SINTES ; TREND ; TREND/Musique électronique ; TREND/Première ligne.

Hallucinogènes synthétiques et naturels

Des substances **hallucinogènes** sont présentes dans certains végétaux : les « hallucinogènes naturels ». D'autres drogues hallucinogènes sont artificielles et sont donc dénommées « hallucinogènes synthétiques ». Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les **champignons** dits « hallucinogènes ». Ils peuvent être d'origine française ou « exotique » (mexicains, hawaïens, colombiens...). Les autres plantes hallucinogènes (*datura stramonium*, *salvia divinorum*...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale. Les hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le **LSD**, parfois appelé « acide », « trip » ou « buvard », et la **kétamine**, utilisée comme anesthésique humain et vétérinaire. À fortes doses, elle produit des hallucinations. Les hallucinogènes provoquent des distortions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et de la perception de soi-même. Si la plupart ont, pour leurs usagers, un attrait lié à leur caractère supposé mystique, les hallucinogènes naturels (champignons et plantes) bénéficient depuis plusieurs années de l'engouement

existant pour les produits d'origine naturelle ou « bio ». Certains usagers les assimilent ainsi à des drogues douces. L'image mystique qu'ils véhiculent est liée, pour certains, aux pratiques chamaniques de populations qui les utilisent pour obtenir des trances à visée rituelle, divinatoire ou thérapeutique [37, 134].

Des substances surtout essayées par les plus jeunes

L'expérimentation au cours de la vie des substances hallucinogènes reste marginale chez les adultes [Tableau 34]. Celle de la kétamine et des plantes hallucinogènes autres que les champignons est si rare qu'elle n'est pas mesurée dans l'ensemble de la population [11]. L'expérience des champignons hallucinogènes est plus fréquente chez les jeunes. À 17-18 ans, 6 % des garçons en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie. C'est l'un des produits illicites le plus couramment expérimenté après le cannabis. Les filles du même âge sont plus réservées à l'égard des champignons : 2,3 % en ont déjà consommé. L'usage récent demeure cependant marginal pour les

Tableau 34 : Fréquence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes et de LSD à 18-75 ans, 2002

	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
Champignons	1,1 %	2,3 %	1,6 %	0,3 %	1,4 %	0,9 %
LSD	1,1 %	1,2 %	1,9 %	0,5 %	2,1 %	0,2 %

Source : **EROPP 2002, OFDT**

Tableau 35 : Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de champignons hallucinogènes, de LSD et de kétamine à 17-18 ans, 2002

	Au cours de la vie			Au cours des 30 derniers jours		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Champignons	2,6 %	5,9 %	4,3 %	0,6 %	1,4 %	1,0 %
LSD	0,9 %	1,9 %	1,4 %	0,3 %	0,7 %	0,5 %
Kétamine	0,4 %	0,7 %	0,6 %	-	-	-

Source : **ESCAPAD 2003, OFDT**

deux sexes [Tableau 35]. Le taux d'expérimentation à 17 ans pour les deux sexes n'a pas significativement augmenté entre 2000 et 2003 (de 3,1 % à 3,5 %) [8]. L'expérimentation du LSD est la plus fréquente dans la classe d'âge des 26-44 ans, du fait de la vague de consommation, surtout masculine, de la fin des années 1970 [Tableau 34] [11]. Chez les 17-18 ans, elle semble se maintenir à un niveau très faible [Tableau 35] [8].

Des produits présents dans l'espace festif ou les milieux « initiés »

Les hallucinogènes sont plutôt expérimentés en **milieu festif** ou privé et consommés de façon épisodique [37]. Les résultats préliminaires d'une étude à Nice et à Toulouse, en milieu festif, font apparaître que plus de la moitié des 596 personnes enquêtées ont déjà fait l'expérience des champignons et que 15 % en ont consommé au cours du mois précédent (usage récent). Le LSD y est presque autant utilisé que les champignons (plus de la moitié d'expérimentateurs, 12 % d'usagers récents) [130]. Parmi les usagers de drogues qui vont dans les **structures de première ligne** de soutien aux toxicomanes, majoritairement

fréquentées par des **usagers actifs**, 25 % sont des usagers récents de champignons. Parmi les 15-24 ans, ils sont 30 % à en avoir consommé au cours des 30 derniers jours. Ces usagers se caractérisent par le recours à de nombreux psychotropes différents, surtout des **stimulants** (cocaïne, amphétamine) et des **hallucinogènes**, peu de **médicaments psychotropes** et d'**opiacés**. Ils consomment davantage que les autres en soirées privées ou en *free-party* (76 % contre 25 %), plus fréquemment avec les proches [37]. Les usages récents de LSD concernent 11 % des personnes rencontrées dans les structures de première ligne (23 % parmi les 15-24 ans). Ces usagers consomment également de multiples produits à des fréquences élevées, y compris des opiacés. Parmi eux se rencontrent notamment des usagers appartenant au milieu festif, relativement expérimentés en matière de consommation de drogues, et des marginaux urbains [37]. Les champignons sont presque exclusivement avalés (98 %), soit tels quels, soit au sein de préparations culinaires. Quelques consommateurs les fument [37]. Sous forme de buvard imprégné ou de gouttes, le LSD est principalement avalé (96 %), rarement fumé ou injecté [37].

Les hallucinogènes plus rares

La consommation de certains hallucinogènes est trop faible pour être repérée dans l'ensemble de la population. Il s'agit d'une part de la kétamine et d'autre part des hallucinogènes naturels autres que les champignons (*salvia divinorum*, *datura stramonium*, peyotl, rose des bois, ayahuasca). Ces hallucinogènes concernent principalement trois groupes de consommateurs [135] :

- des individus bien insérés socialement, plus âgés que les usagers habituels de psychotropes, consommant dans un cadre privé, connaisseurs de substances hallucinogènes naturelles, utilisées dans le cadre de démarches mystiques (*salvia divinorum* et ayahuasca surtout) [38] ;
- une population mixte d'usagers plus jeunes, relativement insérés, appartenant à l'espace festif techno (notamment au courant *trance*), qui expérimentent, en contexte festif, toute substance disponible (kétamine, *salvia divinorum*, datura, peyotl, rose des bois, ayahuasca) [37] ;
- une population essentiellement masculine plutôt jeune (moins de 24 ans), en situation de grande précarité, engagée dans une polyconsommation abusive plurihebdomadaire ou quotidienne (kétamine, datura) [37, 135]. L'usage par cette population marginale, dans la rue et les squats, semble se développer : dans les structures de première ligne, 10 % des personnes ont consommé de la kétamine au cours du mois passé en 2003. Elles étaient 7 % en 2002 [37].

Peu d'information sur la fréquence des effets secondaires

La part des patients pris en charge dans les structures sanitaires et sociales pour une consommation principale d'hallucinogènes est très faible (0,6 % en 2002) et stable depuis cinq ans [34]. Les hallucinogènes n'entraînent en effet ni **dépendance** ni **tolérance**. Les observateurs de terrain décrivent, surtout avec le LSD, la survenue de « bad trips » décrits comme des malaises à tonalité cauchemardesque avec angoisses, des usagers « scotchés » (effet durable) ou même des « pétages de plomb » (bouffées délirantes aiguës en général) nécessitant l'intervention des services d'urgence [37]. Des comas surviennent avec la kétamine ou le datura et même des décès (datura). La consommation solitaire ou inexpérimentée, qui semble se développer, accroît la dange-

rosité des produits (accidents conséquents des hallucinations, délires, confusions, comas).

Des interpellations rares

Les **interpellations pour usage** de LSD sont extrêmement rares (52 en 2003, soit 0,06 % de l'ensemble des interpellations pour usage). Pour les champignons hallucinogènes, ce nombre est également faible (219, soit 0,2 % des interpellations pour usage de stupéfiants), mais il progresse de manière continue (60 interpellations en 1996) [68].

Le nombre des **interpellations pour trafic** de LSD, déjà faible, présente une tendance à la baisse (26 en 2003), de même que les quantités saisies qui fluctuent autour de 10 000 doses par an depuis la fin des années 1990 (10 383 en 2003) alors qu'elles pouvaient dépasser 100 000 par an auparavant [68]. Cependant, l'observation

d'une offre accrue en 2003, essentiellement lors des événements festifs non autorisés, pourrait être l'amorce d'une nouvelle disponibilité [37]. Le prix le plus fréquent d'un buvard de LSD est de 10 [37].

Les interpellations pour trafic de champignons hallucinogènes, encore moins nombreuses, semblent toutefois progresser (de 1 en 1997 à 19 en 2003) [68]. Dans le même temps, les saisies de champignons s'accroissent fortement : 18,3 kg en 2003 contre 4,8 kg en 1998 [68]. Ceux-ci sont diffusés par les réseaux de particuliers (cueillette, culture à domicile ou voyage) ou par Internet (environ 10 le gramme pour les variétés hawaïenne ou mexicaine). Ce mode d'approvisionne-

ment en pleine expansion permet en outre d'obtenir des kits de culture. Ces signes d'une intensification du trafic concordent avec l'observation d'une disponibilité croissante des champignons hallucinogènes dans les événements festifs techno [37].

Les interpellations liées aux autres hallucinogènes sont beaucoup plus rares (moins de 5 par an) de même que les saisies de ces produits [68]. La kétamine, peu accessible en France, est importée des pays limitrophes par de petits réseaux. Les modes d'accès aux plantes hallucinogènes sont les mêmes que ceux des champignons, à l'exception du datura, qui pousse naturellement en France [37].

Repères méthodologiques

EROPP ; ESCAPAD ; FNAILS ; *Rapports d'activité des CSST* ; SINTES ; TREND ; TREND/Musique électronique ; TREND/Première ligne.

Héroïne et autres opiacés

Les **opiacés** constituent une famille de produits dérivés de l'**opium**, substance provenant de la culture du pavot. La **morphine** (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille et le terme opiacé désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique. Certains opiacés sont produits de façon semi-synthétique comme l'**héroïne** et la **buprénorphine haut dosage** (BHD ou **Subutex®**) ou totalement synthétique comme la **méthadone**. Les opiacés présentent un très fort potentiel de **dépendance psychique** et **physique**. En France, les opiacés se trouvent sous diverses formes : tout d'abord sous forme de substances illicites, produites clandestinement, comme l'héroïne, l'opium ou le **rachacha**. L'héroïne, dont l'action est très rapide et l'effet beaucoup plus puissant que celui de la morphine, a été dans le passé l'opiacé le plus utilisé en tant que drogue. Mais il existe également une gamme de médicaments à base d'opiacés qui sont produits légalement par des laboratoires pharmaceutiques. On peut distinguer dans ce cas deux grands types d'utilisation. Tout d'abord, les médicaments indiqués pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (**codéine**, sulfates de morphine), puis les médicaments de **substitution aux opiacés** (méthadone et BHD). Grâce à leur action prolongée, ces derniers permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de mener une vie normale avec une prise de médicament par jour. Bien que leurs effets en tant que drogues soient beaucoup plus faibles

que ceux de l'héroïne, ces médicaments opiacés font parfois l'objet de consommations [Voir : Traitement de substitution aux opiacés].

Très peu d'expérimentations dans la population française

On estime en 2003 que 400 000 personnes ont essayé l'héroïne, soit 0,8 % de la population française [5]. Ces faibles niveaux d'**expérimentation** n'ont pas évolué depuis 2000. L'expérimentation des autres opiacés chez les adultes, encore plus rare, est difficilement observable par les enquêtes réalisées auprès de l'ensemble de la population.

Parmi les jeunes de 17-18 ans, l'héroïne est également très rarement consommée. En 2003, 1,1 % des 17-18 ans ont expérimenté cette substance et 0,7 % en ont consommé au moins une fois dans l'année. Le niveau d'expérimentation du Subutex® (0,8 %), alors utilisé hors d'un cadre thérapeutique, serait assez proche de celui de l'héroïne [8].

Consommations importantes chez les usagers pris en charge

Les conséquences de l'usage d'opiacés conduisent une partie des toxicomanes à avoir recours aux structures sociosanitaires : **structures de première ligne** orientées vers la réduction des risques (**boutiques**, **programmes d'échange de seringues**...), Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), unités hospita-

lières pour toxicomanes, équipes de liaison... En 1999, les personnes en difficulté avec l'usage d'opiacés et de cocaïne chez les 15-64 ans étaient estimées entre 150 000 et 180 000 [9]. Depuis le milieu des années 1990, la proportion d'usagers pris en charge par le système sociosanitaire pour des consommations problématiques d'héroïne est en forte décroissance. Ces usagers sont majoritairement des hommes, âgés de plus de 30 ans en moyenne [25].

Parmi ceux rencontrés dans les structures de première ligne en 2003, la plupart ont été consommateurs d'héroïne (68 % des personnes en ont pris au moins dix fois au cours de la vie), mais la consommation au cours du mois écoulé est beaucoup moins fréquente (25 %). Cet **usage récent** était de 33 % en 2001 ; il semble donc diminuer. La BHD reste l'opiacé le plus utilisé au cours du mois écoulé : son usage (thérapeutique et non thérapeutique) concerne 41 % des personnes. Dans 13 % des cas, ces usagers déclarent consommer la BHD pour « se défoncer » et dans 34 % pour « se soigner et se défoncer ».

Depuis 2001, on observe de manière réitérée et croissante des **usages non substitutifs de BHD** ainsi que l'existence de **primo-consommateurs de BHD** [37, 38, 73]. Les motivations de ces usagers s'avèrent multiples et peuvent correspondre à trois grandes catégories : la recherche de « défonce », la recherche de performance et la réduction de l'anxiété [47]. Les usages de méthadone, essentiellement thérapeutiques, sont restés stables (17 %) [Tableau 36] [37].

Le mode d'administration prédominant de l'héroïne pour les usagers vus dans les structures de première ligne reste l'injection. En revanche, il s'agit du sniff pour ceux que l'on rencontre en **milieu festif**. D'une manière générale, les plus jeunes usagers sniffent et fument davantage l'héroïne que leurs aînés. Concernant la BHD, les modes d'administration sont variés : pour 63 %, il s'agit de la voie orale, pour presque la moitié (46 %) l'injection et pour 24 % la voie nasale. Le sulfate de morphine est majoritairement injecté, dans le but d'obtenir des effets proches de ceux de l'héroïne [37].

Tableau 36 : Fréquence de l'usage d'opiacés parmi les usagers des structures sociosanitaires, 2001-2003

	Dans le mois précédant l'enquête			Dans la semaine précédant l'enquête		
	Structures de première ligne ⁽¹⁾			Structures sociosanitaires ⁽²⁾		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Héroïne	33 %	31 %	25 %	14 %	12 %	12 %
BHD	47 %	42 %	41 %	45 %	44 %	41 %
Méthadone	17 %	17 %	17 %	35 %	35 %	36 %
Codéine	8 %	8 %	5 %	2 %	1 %	1 %

Note : Un usager peut avoir consommé plusieurs opiacés : les % ne s'additionnent pas en colonne. Il peut exister des doubles comptes entre les deux enquêtes (un même usager inclus dans les deux sources).

Sources : (1) **TREND 2002, 2003, 2004, OFDT** ; (2) **OPPIDIUM 2001, 2002, 2003, CEIP**

Des dommages sanitaires et sociaux graves

Outre les pathologies liées au mode de consommation et les risques de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, l'usage d'héroïne et d'autres opiacés induit une très forte dépendance physique et psychique, avec un état de manque, ainsi que des risques de **surdose**, en particulier en cas d'association avec de l'alcool ou des **benzodiazépines**.

Pour 73 % des personnes fréquentant les structures sociosanitaires, l'héroïne est le premier produit cité ayant entraîné une dépendance. Il s'agit de la codéine dans 2 % des cas, de la BHD dans également 2 % des cas et d'autres opiacés pour 1 % des personnes enquêtées [25]. En 2002, plus de la moitié des patients pris en charge en

CSST le sont, à l'origine, en raison de leur usage d'opiacés, dont 42 % pour usage d'héroïne. Toutefois, ces proportions ont sensiblement diminué ces dernières années : elles s'élevaient, en 1998, à 63 % pour l'ensemble des opiacés et à 51 % pour l'héroïne [34]. Le produit à l'origine de la prise en charge n'est pas forcément celui le plus récemment consommé.

Avec 35 cas de décès (soit 39 % du total des décès), l'héroïne reste, en 2003, le premier produit à l'origine de surdoses mortelles constatées par les services de police et de gendarmerie. Toutefois, ces chiffres ont fortement diminué ces cinq dernières années : en 1998, 92 cas de décès avaient été enregistrés et ils représentaient 64 % de l'ensemble des surdoses mortelles. En 2003, 8 décès ont été rattachés à une surdose de BHD, dont 4 en association avec d'autres

Émergence de « nouveaux usagers d'héroïne »

Des consommations d'héroïne observées chez de jeunes usagers de **substances psychoactives** au cours de l'année 2000 laissent supposer l'émergence de nouveaux usagers d'héroïne [136]. L'analyse des observations ethnographiques permet de mettre en évidence six profils sociologiques de nouveaux consommateurs. Ces six différentes catégories peuvent être regroupées en deux grands groupes : les personnes pour qui l'héroïne fait partie du quotidien (correspondant aux quatre premiers profils) et les personnes qui ont expérimenté ponctuellement l'héroïne, celles qui en ont une pratique hédoniste (les deux derniers profils) [37, 137] :

- les usagers précarisés, nomades urbains errants, vivant dans des squats et observés à la fois dans l'espace festif et dans l'« **espace urbain** », pour qui l'héroïne s'ajoute au panel de produits consommés pour accéder à une altération quotidienne de la conscience ;
- les personnes d'origine sociale relativement aisée en rupture avec leur milieu ou en demande de traitement ou de **sevrage** qui ont succombé à l'héroïne ;
- les usagers de drogues, bénéficiant souvent d'un traitement de substitution, qui utilisent l'héroïne de manière épisodique comme thérapie de régulation pour faciliter les « descentes » consécutives à l'usage de produits **stimulants (cocaïne, crack, amphétamines)** ou hallucinogènes (LSD) ;
- les personnes qui se perçoivent dépendantes d'un autre produit (le plus souvent de crack) et qui utilisent l'héroïne comme substitution à la dépendance initiale (primousagers de BHD ou usagers de crack devenus ensuite usagers d'héroïne) ;
- les consommateurs de substances psychoactives qui souhaitent s'initier à l'héroïne pour étudier ou porter un jugement éclairé sur cette substance. Leur usage est ponctuel ou très occasionnel et toujours mis en œuvre dans des circonstances festives ;
- les personnes ayant une pratique hédoniste, contrôlée mais régulière du produit.

produits. Concernant les surdoses de méthadone, 8 décès ont été enregistrés par les services de police et de gendarmerie dont 4 en association avec d'autres produits [68].

Interpellations pour usage d'héroïne en baisse

Depuis 1996, le nombre d'**interpellations pour usage** d'héroïne est en baisse, contrairement aux tendances observées pour les autres stupéfiants. En 2003, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 3 258 interpellations, soit 4 % de l'ensemble des interpellations pour usage. Cette proportion est en baisse constante (26 % en 1995). Cette même année, 65 usagers de Subutex® et 17 usagers de méthadone ont été interpellés faute de pouvoir justifier d'une prescription médicale [68].

Seuil record de saisies en 2003

Le nombre d'**interpellations pour trafic** d'héroïne atteignait 1 744 en 2003, soit 10 % de l'ensemble des trafiquants interpellés, proportion en forte baisse depuis le milieu des années 1990. Les personnes interpellées pour trafic d'autres opiacés sont peu nombreuses (69 trafiquants de Subutex®, 6 d'opium et 2 de morphine) [68].

En 2003, 545 kg d'héroïne ont été saisis [Tableau 37]. Ce seuil record, qui n'avait pas été atteint depuis le milieu des années 1990, s'explique à la fois par la tendance générale à l'augmentation des volumes de produits stupéfiants saisis observée en 2003 et par une importante saisie d'héroïne de 67 kg effectuée en mars 2003. Sur l'ensemble des prises réalisées en 2003, l'héroïne provient à 41 % des Pays-Bas. Avec 8 % des saisies, la Belgique joue également un rôle clé dans l'approvisionnement du marché français. Les quantités saisies étaient essentiellement destinées à la France (38 %) ou à d'autres pays de l'Union européenne (40 %) [68].

Le **prix médian** du gramme d'héroïne brune dans neuf agglomérations était, en 2003, de 40 et celui de l'héroïne blanche de 65 €. Si la majorité (57 %) des échantillons analysés ont une teneur faible en principe actif (< 20 %), il a été observé une augmentation des teneurs des échantillons saisis en 2003 [Voir : Offre de drogues illicites]. La disponibilité et l'accessibilité de la BHD sur le marché noir sont importantes sur la plupart des sites d'observation. En 2003, le prix médian d'un comprimé de 8 mg de Subutex® au marché noir était de 3 € ; il a diminué de 50 % depuis 2000 en France métropolitaine [37].

Tableau 37 : Évolution en nombre et en quantité des saisies d'héroïne, 1994-2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de saisies	5 163	5 216	4 842	3 909	2 953	2 684	2 821	2 650	2 633	2 560
Quantités saisies (en kg)	661	499	617	415	344	203	444	351	476	545

Source : **FNAILS, OCRTIS**

Repères méthodologiques

EROPP ; ESCAPAD ; Estimation nationale du nombre de consommateurs ; FNAILS ; OPPIUM ; TREND ; TREND/Première ligne.

Médicaments psychotropes non opiacés

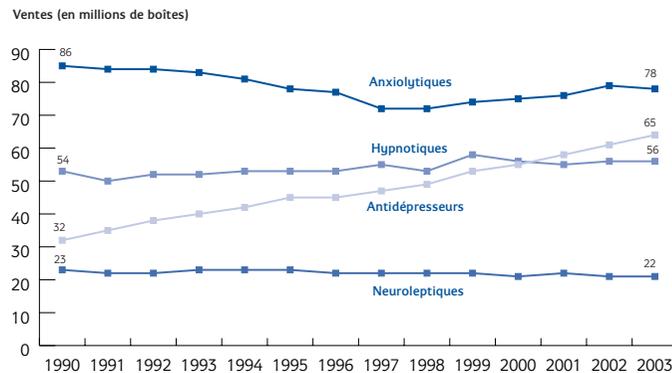
Les **médicaments psychotropes** regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour objectif une action sur l'activité cérébrale. La prise de ces médicaments (principalement l'ensemble **hypnotiques/anxiolytiques** et les **antidépresseurs**), ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques toxicomaniaques, mais thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une automédication (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme). Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des **dépendances** que certains entraînent, ils peuvent donner lieu à des **usages problématiques** ou à risques. D'autres classes de médicaments psychotropes ne

sont pas évoquées ici, malgré la vigilance dont ils font l'objet, car ils apparaissent peu ou pas détournés de leur usage thérapeutique (**neuroleptiques**, lithium...).

Des usages répandus et plutôt féminins

Si les ventes d'antidépresseurs, en France, augmentent de manière quasi linéaire depuis plus de dix ans (doublement entre 1990 et 2003), les ventes de l'ensemble hypnotiques/anxiolytiques semblent se stabiliser, après une baisse jusqu'en 1998 suivie d'une légère reprise [Graphique 22].

Graphique 22 : Évolution des quantités de médicaments psychotropes vendues en ville, 1990-2003



Source : Ventes de médicaments, AFSSAPS

Une consommation qui augmente avec l'âge

En 2000, 20 % des 18-75 ans disaient avoir pris au moins un médicament hypnotique, anxiolytique ou antidépresseur au cours des 12 derniers mois [11]. L'usage est nettement plus important chez les femmes (25 % contre 14 % chez les hommes) et augmente avec l'âge (pour les hommes, elle passe de 8 % entre 18 et 25 ans à 20 % entre 55 et 75 ans, de 18 à 34 % pour les femmes). Les **usages réguliers** s'avèrent plus fréquents au sein des générations plus âgées. Ces chiffres sont globalement inférieurs aux données de remboursement de l'Assurance maladie, peut-être en raison d'une sous-déclaration des consommations dans les enquêtes et de l'absence de consommation de la totalité des médicaments prescrits et remboursés [Tableau 38] [138].

Dans cette population adulte, les médicaments consommés sont le plus souvent prescrits pour le problème actuel : c'est le cas 3 fois sur 4. Ils peuvent aussi provenir

du restant d'une ancienne prescription pour soi (12 % des cas) [11].

Banalisation chez les plus jeunes

Chez les collégiens et les lycéens, l'**expérimentation** des tranquillisants et des somnifères n'est pas négligeable : 13 % des filles et 15 % des garçons de 12-13 ans en ont déjà pris, avec ou sans ordonnance [12]. Chez les 17-18 ans, 31 % des filles et 11 % des garçons en ont utilisé au cours de l'année alors que 19 % des filles et 5 % des garçons en ont consommé dans les 30 derniers jours [8]. La tendance est à la hausse des fréquences de consommation chez les jeunes, notamment chez les filles : à 17 ans, elles sont 4,5 % à faire un usage régulier des « médicaments pour les nerfs ou pour dormir » en 2003, alors qu'elles n'étaient que 2,6 % en 2000.

Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits au consommateur : chez les 17-18 ans, la dernière prise de « médicament pour les nerfs » ne se fait à l'initiative d'un médecin que dans la moi-

Tableau 38 : Part des personnes ayant reçu au cours de l'année une prescription d'hypnotiques, d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs parmi les assurés du régime général de l'Assurance maladie, par âge, 2000

	Hypnotiques		Anxiolytiques		Antidépresseurs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-9 ans	0,8 %	0,7 %	2,9 %	2,5 %	0,4 %	0,2 %
10-19 ans	0,5 %	0,8 %	2,1 %	3,9 %	0,9 %	1,6 %
20-29 ans	2,9 %	4,9 %	7 %	15 %	3,5 %	8 %
30-39 ans	6 %	10 %	13 %	24 %	7 %	16 %
40-49 ans	8 %	14 %	16 %	30 %	8 %	20 %
50-59 ans	11 %	18 %	19 %	35 %	10 %	22 %
60-69 ans	12 %	19 %	19 %	36 %	10 %	19 %
70-79 ans	15 %	22 %	21 %	40 %	9 %	20 %
> 80 ans	16 %	23 %	20 %	35 %	10 %	20 %
Total	6 %	11 %	12 %	23 %	6 %	13 %

Source : SIAM, CNAMTS [138]

tié des cas [8]. Pour 28 % des 17-18 ans, c'est l'un des parents qui propose le médicament. Si l'usage est **quotidien** (3 % des filles et 0,7 % des garçons), le produit a été prescrit au consommateur dans les trois quarts des cas [8].

Consommation chez les usagers de drogues : entre « défonce » et soulagement

Les principaux médicaments psychotropes consommés par les usagers de drogues illicites sont les **benzodiazépines** (BZD, principes actifs de la plupart des hypnotiques/anxiolytiques). Elles ne constituent une voie d'entrée dans la **toxicomanie** que pour 5 % des usagers de drogues en contact avec le système sanitaire et social en 2003 [25]. Cependant, 25 % d'entre eux déclarent en avoir pris au cours de la semaine passée.

Les plus utilisés sont le bromazépam (Lexomil® ou **générique**), le clorazépate dipotassique (Noctran®, Tranxène®), et le flunitrazépam (Rohypnol®) soit dans un objectif thérapeutique, soit dans un objectif « de défonce » [25]. Parmi les personnes fréquentant le dispositif sanitaire destiné aux toxicomanes, le flunitrazépam est consommé à 85 % dans ce but. Le clorazépate dipotassique l'est à 68 %, les autres BZD citées étant détournées de l'usage thérapeutique environ par la moitié des usagers de drogues [43].

Tableau 39 : Fréquence de la consommation de BZD au cours du dernier mois parmi les usagers de structures de première ligne, 2003

	Dernier mois	dont :	quotidienne	hebdomadaire
Rohypnol®	16 %		37 %	48 %
Autres BZD	41 %		54 %	37 %

Lecture : 16 % des usagers ont consommé du Rohypnol® au cours du dernier mois. Parmi eux, 37 % en ont un usage quotidien et 48 % un usage hebdomadaire.

Source : **TREND/Première ligne 2003, OFDT**

Parmi les usagers de **structures de première ligne**, qui sont généralement des **usagers actifs**, souvent précarisés, la consommation de médicaments psychotropes s'avère plus fréquente encore [Tableau 39].

Le flunitrazépam (BZD encore récemment la plus consommée par les usagers de drogues) poursuit sa phase de déclin depuis les mesures prises début 2001 pour en limiter la prescription. Il semble que le clonazépam (Rivotril®), BZD utilisée contre les convulsions, tend à occuper la place autrefois dévolue au Rohypnol® : mêmes usagers, mêmes effets attendus. Il s'agit de personnes en situation de grande précarité qui, lorsqu'elles consomment de petites doses, recherchent une désinhibition de manière à affronter des conditions de vie difficiles et visent une « défonce » lorsqu'elles prennent des doses importantes, associées à d'autres substances [37].

Un impact sanitaire ou social peu documenté

Les médicaments psychotropes non opiacés sont à l'origine d'une demande de prise en charge pour un nombre et pour une part de plus en plus faible des patients suivis en centre spécialisé : 5 % en 1998, 3 % en 2002 [19]. Ils représentent 4 % des substances ayant provoqué la première dépendance [25].

La consommation de médicaments psychotropes : quand y a-t-il problème ?

Les médicaments psychotropes sont avant tout des médicaments et toute consommation n'est pas problématique. Les problèmes ou les risques liés à leur usage sont de trois ordres :

1. Des situations à risques peuvent survenir chez l'ensemble des consommateurs. Il s'agit en premier lieu des baisses de vigilance facilitant la survenue d'accidents lors de la conduite de machines et de véhicules ou lors de l'exercice de fonctions de sécurité. Parmi les médicaments les plus largement consommés, ces risques relèvent principalement des benzodiazépines. Les risques dépendent des individus, des pathologies dont ils souffrent, du temps passé depuis la dernière prise du médicament... Ils seraient plus importants en début de traitement, lors de prises occasionnelles ou en cas d'association avec l'alcool ou avec d'autres psychotropes.

2. La consommation peut être considérée comme inappropriée lorsque le risque individuel pour le patient est supérieur au bénéfice du traitement (risque de dépression respiratoire, d'aggravation d'une dépression non traitée...). L'inadéquation peut porter sur le produit lui-même, sur la dose prescrite ou sur les associations médicamenteuses. La question se pose particulièrement chez les personnes âgées, chez qui certaines molécules seraient à l'origine de chutes et de fractures ou altéreraient le fonctionnement intellectuel.

3. Il existe en outre des usages « déviants » ou mésusages des médicaments. Les situations en cause sont :

- la dépendance, si la vie de la personne se centre sur la recherche et la consommation du produit ;
- le détournement, c'est-à-dire l'usage du médicament pour un autre effet que thérapeutique (se « défoncer », se doper, altérer la conscience d'une personne...) ;
- l'abus (doses ou durée de traitement trop élevées) ou le cumul (association de médicaments aux principes actifs identiques).

Les personnes en difficulté avec les médicaments psychotropes peuvent être des **polytoxicomanes** pour qui le médicament est « une drogue » parmi d'autres. Les benzodiazépines sont souvent associées à l'alcool. D'autres personnes souffrent d'une toxicomanie médicamenteuse pure. Ce sont, dans ce deuxième cas, plus souvent des femmes d'âge moyen et le problème est généralement davantage occulté.

Parmi les **surdoses** constatées en 2003, des médicaments psychotropes sont présents dans 11 cas (soit 12 % des surdoses), presque toujours en association entre eux ou avec une autre substance [68]. Parmi les « décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances », données recueillies par un dispositif s'appuyant sur les examens médico-légaux, on retrouve l'association de médicaments psychotropes dans près de la moitié des cas [69].

L'impact sur la santé publique de la consommation de médicaments psycho-

tropes dans la population française (accidents, santé des personnes âgées...) est très peu documenté.

Des produits majoritairement obtenus par prescription

Comme pour l'ensemble de la population, les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social obtiennent principalement des BZD par prescription (de 81 à 92 % selon la molécule). Le flunitrazépam (Rohypnol®) fait exception : 40 % d'entre eux l'acquièrent prioritaire-

ment sur le marché noir [43]. Il semble que ce dernier reste assez facilement disponible sur le marché parallèle, même si sa disponibilité décroît. En revanche, l'accessibilité du clonazépam (Rivotril®) s'accroît, celui-ci apparaissant dans certaines agglomérations comme le médicament le plus détourné. Le comprimé serait vendu entre 1 et 5 [37].

L'obtention des médicaments psychotropes par ordonnance falsifiée semble marginale (moins de 1 % des patients consommateurs de benzodiazépines) [43]. Cependant, parmi les 20 premiers médicaments qui font l'objet d'ordon-

nances falsifiées [139], on retrouve 11 BZD ou apparentés, les premiers étant le flunitrazépam (Rohypnol®), le zolpidem (Stilnox®) et la zopiclone (Imovane®).

Les services de police et de gendarmerie ne repèrent pratiquement pas de trafic organisé de médicaments psychotropes non opiacés [68]. Aucune information ne permet de connaître le poids du commerce de médicaments sur Internet. Cette voie d'approvisionnement n'est quasiment pas utilisée par les usagers des centres spécialisés de soins aux toxicomanes [43].

Repères méthodologiques

DRAMES ; ESCAPAD ; ESPAD ; FNAILS ; OPPIDUM ; OSIAP ; SIAM ; TREND/Première ligne ; Ventes de médicaments.

Poppers, colles et autres solvants

Les **solvants organiques** (volatils ou gazeux) les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. On les trouve dans une gamme de produits variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, gaz propulseurs de bombes aérosols, etc. Ils sont inhalés par leurs usagers, parfois directement pulvérisés dans le nez ou la gorge, parfois à travers un chiffon, parfois la tête plongée dans un sac en plastique permettant l'obtention de la concentration souhaitée. L'intensité de leurs effets dépend des molécules entrant dans leur composition, de la quantité inhalée (concentration des vapeurs et temps d'inhalation) et de l'éventuelle **tolérance** développée par l'utilisateur (nécessité d'accroître les doses pour obtenir les mêmes effets). Ils provoquent successivement une euphorie avec sensation d'ivresse, suivie, chez certains consommateurs, de troubles de la perception pouvant conduire à des hallucinations, et enfin, une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience.

Les **poppers** sont des préparations contenant certaines substances, les nitrites aliphatiques dissous dans des solvants. Ils produisent une euphorie, éventuellement accompagnée de rires, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Ils peuvent être utilisés pour optimiser les performances sexuelles : ils sont, en effet, censés améliorer l'érection, accroître les sensations orgasmiques et retarder l'éjaculation [140]. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes. Les poppers contenant des

nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France et classés comme stupéfiants depuis 1990 [141, 142]. D'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle ou de propyle par exemple), ne sont pas réglementés et sont encore disponibles [142]. Les poppers sont utilisés dans certains milieux homosexuels depuis les années 1970, leur consommation s'étant étendue secondairement à d'autres usagers. Ils se présentent sous la forme d'un petit flacon ou d'une ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu.

Colles et solvants, des substances testées par les plus jeunes

Les **produits à inhaler** (hors poppers) constituent le deuxième produit illicite après le cannabis que les jeunes de 17-18 ans ont **expérimenté**, mais les usages plus réguliers restent rares [Tableau 40]. Après le tabac, ce sont les substances les plus précocement expérimentées par les jeunes Français interrogés à 17 et 18 ans (en moyenne entre 14 et 15 ans) [8]. Une question, posée pour la première fois en 2003, à de jeunes collégiens et collégiennes montre, en outre, que ces substances sont expérimentées par certains dès l'âge de 12-13 ans [12]. Quelques cas d'enfants consommateurs réguliers sont signalés en Guyane et dans certaines grandes villes métropolitaines [37, 143]. L'intensité et les conséquences de ces consommations sont mal connues, car elles concernent une tranche d'âge non

couverte par le dispositif d'observation actuel de la toxicomanie [38] et porte sur des produits dont l'acquisition est extrêmement banale.

L'usage de ces produits apparaît rare chez l'adulte. Si 3 % des 18-75 ans disent les avoir consommés au moins une fois dans leur vie, ils ne donnent pratiquement pas lieu à une **toxicomanie**. Jusqu'en 2003, date où quelques patients déclarent avoir subi leur première **dépendance** avec des solvants, on n'en trouvait pas trace dans les centres de soins pour les toxicomanes [25]. Les personnes qui fréquentent les **structures de première ligne** de soutien aux toxicomanes, **usagers actifs**, souvent précarisés, ne déclarent pas de consommations de solvants. En revanche, un usage de solvants volatils est observé en Guyane où la consommation est endémique parmi la population d'origine brésilienne [37]. Quelques cas chez les adultes sont signalés à l'occasion d'effets secondaires nécessitant une prise en charge médicale (essence, détachant) [38].

Les poppers : un usage plus tardif

À la différence des autres solvants, les poppers sont essentiellement consommés par les jeunes adultes. Leur usage n'a, jusqu'à maintenant, pas été mesuré dans l'ensemble de la population adulte, mais

des données seront publiées dès 2005 [144]. Parmi les jeunes de 17-18 ans, 4,5 % en ont consommé au moins une fois dans leur vie, les garçons un peu plus que les filles [Tableau 40]. L'âge moyen de la première prise est d'environ 16 ans. La fréquence de l'**usage récent** est légèrement plus faible que celle de l'**ecstasy**. La fréquence d'expérimentation des poppers par les adolescents de 17 ans a progressé significativement entre 2000 et 2003 (de 2,4 à 3,3 %), notamment chez les filles où elle est passée de 1,3 à 2,4 % [8].

Les poppers sont particulièrement consommés par les personnes fréquentant l'**espace festif techno**. Ainsi, les résultats préliminaires d'une étude portant sur les villes de Nice et Toulouse ont montré que près des deux tiers des personnes enquêtées dans ce milieu ont expérimenté les poppers et qu'elles sont 12 % à en avoir fait un usage récent [130]. Les poppers sont, par ailleurs, consommés dans des établissements de nuit essentiellement fréquentés par la population homosexuelle. Un tiers des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne d'aide aux toxicomanes les a déjà expérimentés et 7 % en ont consommés récemment, ce qui en fait un produit assez faiblement utilisé dans cette population (par rapport aux autres substances) [37].

Tableau 40 : Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de produits à inhaler (colles, solvants) et de poppers à 17-18 ans, 2003

	Au cours de la vie			Au cours des 30 derniers jours		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Produits à inhaler	4,1 %	5,2 %	4,7 %	0,5 %	0,9 %	0,7 %
Poppers	3,7 %	5,3 %	4,5 %	0,7 %	1,3 %	1,0 %

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Des produits potentiellement dangereux

Des décès liés aux solvants ont été recensés par les services de police et de gendarmerie jusqu'en 1999 (un le plus souvent, mais jusqu'à six en 1994). Depuis, aucun décès lié aux solvants n'a été rapporté, mais ces statistiques ne sont probablement pas exhaustives des **surdoses** survenues en France [68]. Chaque année, de 2000 à 2002, environ 80 séjours hospitaliers sont directement liés à l'utilisation de solvants [22].

Toutefois, ces données ne rendent sans doute pas compte de la toxicité de ces produits. Des accidents peuvent survenir lors d'une prise : asphyxie par perte de connaissance « la tête dans le sac », explosion par chauffage de solvants volatils, arrêt cardiaque, expériences d'hallucinations, etc. L'usage à long terme entraîne des pathologies neurologiques, des lésions des reins, du foie, des voies respiratoires et du système digestif, ainsi que des troubles du comportement [140].

Les risques les plus caractéristiques des poppers sont le malaise cardiaque lors d'une prise où, en cas de consommation chronique, les lésions nasales, du visage (croûtes jaunâtres) ou la survenue d'une anémie par altération des globules rouges.

Un marché entre le licite et l'illicite

Les **interpellations pour usage** ou **trafic** et les saisies de solvants ou de poppers illicites sont exceptionnelles. En effet, les colles et les solvants étant des produits répandus dont l'usage et la possession sont licites, ils sont peu visibles des services de police et de gendarmerie [68]. Par ailleurs, certains poppers sont encore autorisés en France, leur principe actif n'ayant pas été mentionné dans le décret d'interdiction, du fait d'une apparition plus tardive sur le marché [141]. On les trouve notamment dans les sex-shops [37]. D'autres sont des produits commercialisés pour diverses fonctions (parfum d'ambiance, nettoyeurs de têtes de lecture) [142]. Cependant, ils sont considérés par les usagers comme de moins bonne qualité que ceux importés illégalement des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Les poppers donneraient ainsi lieu à un trafic de faible ampleur dans le nord de la France [37, 38].

Repères méthodologiques

ESCAPAD ; ESPAD ; FNAILS ; OPPIDUM ; PMSI ; TREND/Musique électronique ; TREND/Première ligne ; TREND.

Tabac

Depuis la Seconde Guerre mondiale, la cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France. Elle contient du tabac séché ainsi que de nombreux additifs, comme les agents de saveur et de texture. La nicotine en est l'agent psychoactif majeur. C'est la composition de la fumée des cigarettes qui fait l'objet de la plus grande attention, en tant que déterminant à la fois de la **dépendance** au tabac [Voir : Encadré page 126] comme des principales maladies associées au tabagisme. Si plusieurs milliers de substances sont identifiées dans la fumée du tabac, seule une dizaine sont présentes à des doses toxicologiquement actives : nicotine, cotinine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudron, etc. Ces éléments sont présents à des teneurs

variables suivant le type de cigarettes et la manière de fumer [145].

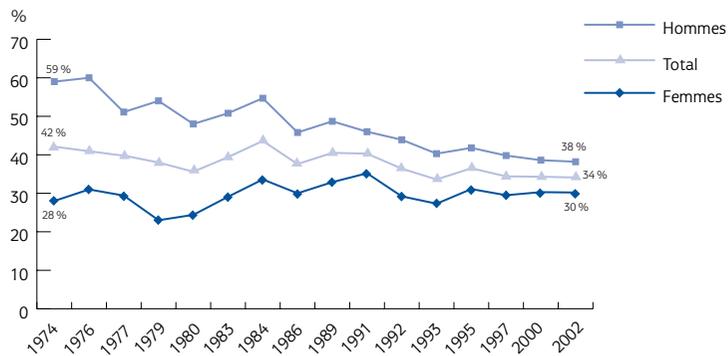
Treize millions de fumeurs quotidiens

En France, en 2003, on estime qu'environ 13 millions de personnes fument quotidiennement parmi les 12-75 ans dont environ 7 millions fument plus de 10 cigarettes par jour [6, 8, 12, 146].

Un écart hommes/femmes qui tend à se réduire chez les adultes

En 2002, l'**usage quotidien** de tabac concerne plus du quart (29 %) des 18-75 ans (les hommes plus que les femmes et les 18-25 ans plus que les 45-75 ans) [6]. Sur l'ensemble de cette tranche d'âge, la

Graphique 23 : Proportion de fumeurs actuels à 18-75 ans, 1974-2002



Seule la notion de « fumeurs actuels » est commune à toutes les enquêtes.

Sources : enquêtes Baromètre Santé, INPES ; EROPP 2002, OFDT

proportion de **fumeurs actuels** est en baisse, en particulier depuis le début des années 1990 [Graphique 23]. Cette tendance générale masque des évolutions différentes chez les hommes et chez les femmes, qui conduisent à un rapprochement des consommations, dû principalement à la forte baisse du tabagisme chez les hommes. Au début des années 2000, ces derniers restent encore plus souvent consommateurs que les femmes [6] et ont tendance à fumer en plus grande quantité [146].

Une baisse récente chez les jeunes

En 2003, parmi les jeunes de 12 ans scolarisés, 22 % des garçons et 16 % des filles ont déjà fumé au moins une cigarette dans leur vie. Si, à cet âge, l'usage quotidien de tabac est très rare, il apparaît dès 14 ans où 7 % des garçons et 6 % des filles déclarent une consommation quotidienne [12].

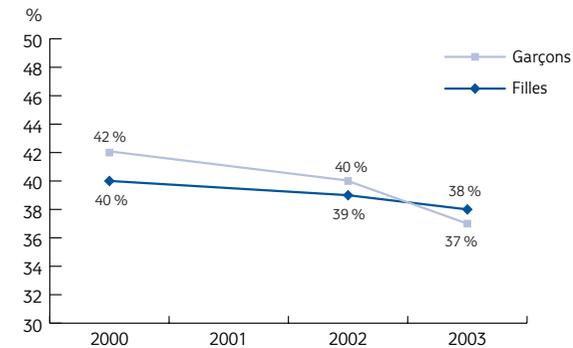
Interrogés à 17-18 ans, en 2003, les jeunes Français disent avoir fumé leur première cigarette en moyenne à 13 ans et demi, la consommation devenant pour certains quotidienne en moyenne peu avant 15 ans.

L'expérimentation du produit est générale puisque près de 8 jeunes sur 10 déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette et 4 sur 10 en consomment tous les jours, sans différence entre les filles et les garçons (contrairement à l'âge adulte). Les gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) sont un peu plus nombreux chez les garçons que chez les filles : 8,1 contre 6,9 % des 17-18 ans. Le tabagisme quotidien est en baisse depuis 2000 chez ces jeunes, en particulier pour les garçons, dont le niveau d'usage était plus important que celui des filles [Graphique 24] [8].

Les Français dans la moyenne européenne

Parmi les jeunes scolarisés, la France est passée de la moyenne haute à la moyenne basse entre 1999 et 2003 [16]. Sur l'ensemble des 15 pays de l'Union européenne avant élargissement, le tabagisme chez les jeunes serait en baisse sur cette période. Pour les adolescents comme pour les jeunes adultes, la France était située dans la moyenne haute à la fin des années 1990 [16, 147] et se situerait désormais dans la moyenne européenne

Graphique 24 : Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans, 2000-2003



Source : ESCAPAD 2003, OFDT

des fumeurs [16, 148]. Chez les adultes, la comparaison avec les données des autres pays européens s'avère assez délicate car les années, les âges et les définitions adoptés changent souvent selon les pays (fumeurs actuels, **fumeurs réguliers** ou quotidiens).

Depuis le début des années 1990, la France serait restée dans une moyenne plutôt haute pour la consommation des adultes [14, 55]. Le Portugal est fréquemment classé comme le pays le moins consommateur de tabac alors que la Grèce arrive souvent en tête du classement [14, 149].

Des ventes de cigarettes en forte baisse

En 2003, près de 70 milliards de cigarettes ont été vendues en France chez les buralistes, soit 14 % de moins qu'en 2002 [112]. Les premières estimations indiquent une nouvelle baisse en 2004, d'au

moins 20 % par rapport à 2003 [150]. Plus de 8 produits du tabac vendus sur 10 sont des cigarettes. Viennent ensuite les tabacs à rouler (6 000 tonnes en 2003) et les cigarillos (1,7 milliards d'unités), tous les deux en hausse de 4 % par rapport à 2002. Les ventes de cigares et des autres formes de tabac à fumer sont plus rares et sont restés stables en 2003 [112].

Les ventes de cigarettes n'ont cessé d'augmenter depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et ce n'est que depuis 1976 (année de la mise en application de la loi Veil) et surtout depuis 1991 (avec la loi Évvin), qu'elles baissent, en moyenne de 2 % chaque année [Graphique 25] [57]. En comparaison, les baisses des ventes de cigarettes enregistrées en 2003 et 2004 sont « spectaculaires ». Les hausses successives des prix en sont les raisons principales, dans un contexte général de lutte contre le tabagisme (campagnes d'information, avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes, etc.).

Combien de fumeurs sont dépendants au tabac en France ?

La **dépendance** à la nicotine est à la fois **psychique** et **physique**. Elle peut être mesurée à l'aide de nombreux tests. Les standards internationaux qui définissent la dépendance pour toutes les substances (DSM-IV ou CIM 10) sont plutôt centrés sur la dépendance psychique et mesurent également le **syndrome de sevrage** à la nicotine. Pour le diagnostic de dépendance physique à la nicotine chez les adultes, le test qui fait aujourd'hui référence est le **test de Fagerström**. Sur la base de ces tests, des études internationales montrent que le risque de développer une dépendance est particulièrement élevé pour le tabac, qu'il augmente avec les quantités consommées et que la dépendance physique est importante après une année de tabagisme [145]. Mais ces tests sont difficilement utilisables dans les vastes enquêtes, en particulier car le questionnement est trop long. D'où l'utilisation fréquente du mini-test de Fagerström, portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, deux facteurs fortement corrélés. Selon ces critères, en 2000, 33 % des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présentent des signes de dépendance moyenne et 16 % des signes de dépendance forte. Ces signes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Chez les 15-25 ans, les proportions sont respectivement de 22 % pour la dépendance moyenne et 5 % pour la dépendance forte, et sont plus importantes chez les garçons que chez les filles [146]. En 2002, environ 12 % des 17-18 ans présentent une dépendance forte, car ils déclarent fumer plus de 20 cigarettes par jour et consomment la première dès le réveil ou avant de quitter leur domicile [124].

Essor des prises en charge spécialisées

Pour l'année 2003, l'estimation du nombre de nouveaux patients vus dans les consultations spécialisées de tabacologie est d'environ 55 000, dont deux tiers à l'hôpital et un tiers hors hôpital. Le nombre de ces structures est relativement stable depuis 2000 (autour de 400) alors que celui de patients accueillis a augmenté de près de 60 % [27]. Ces structures spécialisées s'adressent en priorité à des fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt de la cigarette ou rechuté à plusieurs reprises ou à des fumeurs victimes de maladies liées au tabac.

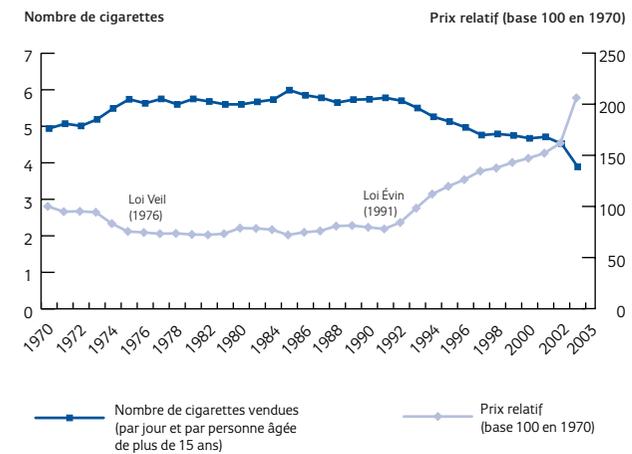
Les prises en charge en médecine de ville sont plus nombreuses : environ 84 000 par semaine contre 4 000 dans les consultations spécialisées début 2003 [23, 27]. Mais le nombre de patients vus en médecine de ville pour un **sevrage** taba-

gique est en baisse : 1,9 en moyenne par praticien et par semaine en 1999 contre 1,4 en 2003.

Depuis la mise en vente libre des substituts nicotiques, fin 1999, les fumeurs ne sont plus obligés de consulter un médecin pour entreprendre leur sevrage. La hausse des ventes de ces produits est constante depuis. Elle a été particulièrement marquée fin 2003 et début 2004, au moment des hausses du prix des cigarettes [150]. En 2003, près de 6 millions de boîtes de substituts nicotiques ont été vendues, soit 51 % de plus qu'en 2002 [151]. Le timbre transdermique (ou « patch ») est toujours la forme la plus demandée, suivi par les gommes à mâcher ou les comprimés. Le **Zyban®** (bupropion) a connu un succès important au cours de sa première année de commercialisation, en 2002, mais les ventes ont ralenti en 2003 et 2004.

Le nombre d'appels aux lignes spécialisées d'aide à l'arrêt du tabac (Tabac info service

Graphique 25 : Évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur prix relatif, 1970-2003



Sources : Ventes de tabac, Altadis ; Prix relatif, INSEE

et Drogues, alcool, tabac info service) a également fortement augmenté en 2003 et 2004, particulièrement au moment des fortes hausses du prix du tabac et depuis que le numéro de Tabac info service figure sur les paquets de cigarettes : 54 428 appels enregistrés par les deux services entre septembre 2003 et mars 2004, contre 29 337 l'année précédente à la même période [152, 153].

Une mortalité encore essentiellement masculine

En 2000, le nombre de décès attribuables au tabagisme est estimé à environ 60 000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes (valeur probablement sous-estimée chez ces dernières).

Les décès liés au tabac représentent 20 % de la mortalité masculine (1 décès sur 3 parmi les 35-69 ans) et 2 % de la mortalité féminine [51]. La part des décès féminins liés au tabagisme est en progression du fait du développement du tabagisme des Françaises au cours des quarante dernières années [Voir : Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool].

Des saisies en augmentation

En 2003, 219 tonnes de cigarettes ont été saisies en France par les services douaniers, au cours de 6 622 constatations

Repères méthodologiques

Baromètre Santé ; Baromètre Santé médecins généralistes ; Enquête auprès des consultations de tabacologie ; EROPP ; ESCAPAD ; ESPAD ; Saisies de tabac ; Tableau de bord mensuel Tabac ; Ventes de substituts nicotiques ; Ventes de tabac.

[114]. Ces résultats sont en nette progression par rapport à l'année précédente et rejoignent ceux de 2001. Les saisies portent souvent sur de grosses quantités puisque 1 % des constatations représentent 82 % des quantités saisies.

Depuis les récentes hausses des prix, un marché parallèle à celui des ventes des buralistes se développe, mais son ampleur n'a pu jusqu'ici être chiffrée. Il se compose non seulement de la vente de produits de contrefaçon ou de contrebande mais également des achats transfrontaliers réalisés par des particuliers.

La hausse des saisies, la baisse des ventes au niveau national (comparée à celle des consommations déclarées) et dans les départements frontaliers (par rapport au reste du territoire) sont des indicateurs témoignant du développement de modes d'approvisionnement alternatifs.

Néanmoins, d'un pays à l'autre, la relation n'est pas directe entre la hausse des taxes des produits du tabac et l'ampleur de la contrebande. En France, le monopole exercé par la direction des douanes sur la distribution des produits du tabac semble limiter le phénomène [154].

Polyconsommation

La **polyconsommation** désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances **psychoactives**. Lorsque plusieurs produits sont consommés lors d'une même occasion, on parle d'**usage concomitant**. Ces modes d'association (prise simultanée ou non) existent non seulement au sein de la population française mais également parmi les usagers de drogues, engendrant de sérieuses conséquences sanitaires et soulevant de nouveaux enjeux en matière de traitement des **dépendances**.

Dans la population française, compte tenu de la faible **prévalence** des usages de la plupart des produits, l'étude de la polyconsommation se limite à l'association d'alcool, de tabac et de **cannabis**. En revanche, l'observation des phénomènes de polyconsommation auprès de groupes d'usagers de drogues pris en charge concerne l'ensemble des produits licites et illicites.

Le mélange alcool, tabac, cannabis dans la population française

En 2000, 19 % des 18-44 ans de la population française déclarent avoir eu un usage concomitant d'au moins deux substances psychoactives parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. Il s'agit dans 90 % des cas de mélanges d'alcool et de cannabis [155].

La consommation répétée de plusieurs produits (**polyconsommation répétée**) concerne 15 % de la population des 18-

44 ans. L'association la plus fréquente est « alcool-tabac », puis « tabac-cannabis », enfin, « alcool-tabac-cannabis » et « alcool-cannabis » [Tableau 41]. Les polyconsommations répétées sont plus souvent le fait des personnes ayant un usage répété de cannabis (88 %) que ceux ayant un usage répété d'alcool (51 %) ou de tabac (37 %). Ces usagers sont majoritairement des hommes, surtout lorsque les associations comprennent de l'alcool et du cannabis [4, 155].

En 2003, la **polyconsommation régulière** d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne environ 20 % des garçons de 17 ans et seulement 9 % des filles. La polyconsommation est donc chez les jeunes, comme chez les adultes, essentiellement un phénomène masculin [Tableau 41].

Identifier les proportions de polyconsommateurs parmi les jeunes usagers réguliers permet de quantifier l'étendue du phénomène des polyconsommations : à 17 ans, 89 % des usagers réguliers de cannabis (10,6 % des jeunes de 17 ans) sont aussi consommateurs réguliers d'alcool ou de tabac contre 59 % des usagers réguliers d'alcool (14,5 %) et 37 % des usagers réguliers de tabac (37,6 %). Mais ces proportions sont à nuancer en fonction du sexe. En effet, les fumeuses régulières de 17 ans sont moins souvent polyconsommatrices que les garçons (23 % contre 51 %), alors qu'il n'existe pas d'écart significatif entre les deux sexes parmi les usagers réguliers de cannabis ou d'alcool [8].

Entre 2000 et 2003, alors que la polyconsommation régulière est restée relativement stable chez les garçons de 17 ans, les données montrent une progression chez les filles du même âge ainsi qu'une modification de la structure des polyconsommations pour les deux sexes. Chez les filles, la proportion d'usages réguliers « alcool-tabac » a légèrement diminué au profit des usages « tabac-cannabis ». Chez les garçons, la proportion d'usages réguliers « alcool-tabac » et « alcool-tabac-cannabis » a augmenté alors que celle de « tabac-cannabis » a baissé [8].

Polyconsommation de stimulants, de cannabis et d'alcool fréquente en milieu festif

Parmi les consommateurs d'*ecstasy* interrogés lors du recueil d'échantillons destiné à la surveillance des produits de

synthèse, seul 1 sur 8 n'a pas consommé concomitamment d'autre produit que celui collecté. Par contre, le cannabis et l'alcool sont consommés en même temps que l'*ecstasy* par 7 consommateurs sur 10. La *cocaïne* est associée à de l'*ecstasy* dans 2 cas sur 10 et d'autres produits tels que les *champignons hallucinogènes*, l'*héroïne* ou la *kétamine* dans 1 cas sur 10 [132].

Les résultats préliminaires d'une enquête réalisée dans les espaces dédiés à la musique électronique (à Toulouse et à Nice) indiquent que près de la moitié des personnes (47 %) a pris dans le dernier mois au moins trois substances psychoactives différentes au cours d'une même soirée (alcool compris, tabac exclu). La moitié déclare avoir effectué ces mélanges à plusieurs reprises lors du dernier mois [130].

Tableau 41 : Fréquence des polyconsommations à 18-44 ans (2000) et à 17 ans (2003)

	Polyconsommation répétée ⁽¹⁾ chez les 18-44 ans en 2000	Polyconsommation régulière ⁽²⁾ à 17 ans en 2003	
		Filles	Garçons
Alcool-tabac	9,6 %	3,0 %	6,8 %
Tabac-cannabis	3,4 %	4,4 %	7,0 %
Alcool-tabac-cannabis	1,7 %	1,4 %	4,9 %
Alcool-cannabis	0,4 %	0,1 %	0,8 %
Total	15,1 %	8,9 %	19,5 %

(1) Usage répété d'au moins 2 des 3 produits, soit : le fait d'avoir déclaré au moins 3 usages d'alcool par semaine sur la dernière semaine et/ou le fait de déclarer une consommation quotidienne de cigarettes au cours des 30 derniers jours pour le tabac et/ou le fait de déclarer au moins 10 usages de cannabis au cours de l'année écoulée.

(2) Usage régulier d'au moins 2 des 3 produits au cours des 30 derniers jours, soit : le fait d'avoir déclaré au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours pour l'alcool ou le cannabis et/ou le fait de déclarer une consommation quotidienne de cigarettes au cours des 30 derniers jours.

Sources : Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT ; ESCAPAD 2003, OFDT

Usagers pris en charge : une majorité de polyconsommateurs

Parmi les nouveaux consultants buveurs des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), on recensait, en 2002, 60 % de fumeurs, 8 % de consommateurs de drogues illicites et 5 % d'usagers de médicaments psychotropes hors prescription médicale. Bien qu'en augmentation par rapport à 2000 et 2001, ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés car sous-déclarés [20].

En 2003, 60 % des usagers de drogues rencontrés dans les différentes structures sociosanitaires déclarent consommer plusieurs produits illicites. Cette proportion est similaire à celles observées depuis 2000. Parmi ces personnes, 53 % consomment deux produits, 27 % trois produits et 20 % plus de trois produits [25].

La polyconsommation est une des principales caractéristiques des personnes vues dans les structures de première ligne. La quasi-totalité des usagers de drogues qui y sont rencontrés ont consommé au cours du mois écoulé un produit licite

(92 % pour le tabac et 80 % pour l'alcool) ou du cannabis (85 %) en plus de leur consommation problématique d'un ou plusieurs autres produits illicites. En dehors de ces trois substances, les opiacés restent la famille de produits la plus utilisée (68 %). Parmi les consommateurs d'opiacés au cours du mois écoulé, 65 % ont également pris au cours de la même période des hallucinogènes, des stimulants ou les deux familles de produits. Seulement 19 % des usagers de stimulants et 0,7 % d'hallucinogènes n'ont consommé que ces seules classes de produits [37].

Chez les sujets recevant un traitement de substitution aux opiacés, la consommation d'autres substances psychoactives en parallèle au traitement a été mise en évidence [Tableau 42] [43]. Néanmoins, plusieurs enquêtes montrent que le recours aux consommations parallèles diminue au fur et à mesure de l'inscription dans la durée du traitement de substitution : les sujets sous protocole méthadone depuis plus d'un an consomment moins d'héroïne que les patients substitués

Tableau 42 : Fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les usagers recevant un traitement de substitution aux opiacés, 1998 et 2002

	Protocole méthadone		Protocole BHD	
	1998	2002	1998	2002
Héroïne	9 %	13 %	10 %	8 %
Cocaïne	16 %	10 %	7 %	6 %
Dépendance alcoolique	13 %	20 %	16 %	17 %
Codéine	2 %	1 %	1 %	1 %
Benzodiazépines	25 %	22 %	20 %	21 %
Antidépresseurs	5 %	9 %	4 %	8 %
Neuroleptiques	5 %	7 %	4 %	7 %
Nombre moyen de produits	2,1	2,2	1,8	2

Source : OPPIDUM 2004, CEIP

depuis moins longtemps (5 % contre 12 %) [43]. De même, une enquête menée auprès de patients suivis par des médecins généralistes montre qu'au bout de deux ans de traitement par **buprénorphine haut dosage** (BHD), la consommation d'héroïne ne concerne plus que 11 % des patients, alors qu'ils étaient 40 % en début de traitement [156, 157].

Cependant, si le recours aux substances illicites est moindre chez les personnes

substituées, les phénomènes d'alcoolisation et de consommation de **benzodiazépines** demeurent fréquents et posent question [30]. Ainsi, parmi les patients recevant un traitement de substitution en centre de soins spécialisés ou en médecine de ville, 26 % consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72 % de l'alcool [158].

Repères méthodologiques

Baromètre Santé ; ESCAPAD ; OPPIDUM ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; SINTES ; TREND/Musique électronique ; TREND/Première ligne.

Cadre légal et orientations de la politique publique

Cadre légal en matière d'alcool

Pour des raisons fiscales et d'ordre public, le commerce et la distribution d'alcool sont réglementés depuis plusieurs siècles. Les préoccupations de santé publique du législateur se sont traduites par l'instauration d'un cadre juridique relativement récent (ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, loi Évin du 10 janvier 1991) qui fait l'objet aujourd'hui de remises en cause. Le débat public oppose largement le discours des spécialistes en alcoologie aux revendications des viticulteurs, producteurs et distributeurs.

Alcool et commerce

La production et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées par le Code de la santé publique (qui intègre désormais le Code des débits de boissons et de la lutte contre l'alcoolisme, créé en 1954). Elles sont interdites pour certaines boissons alcoolisées (apéritifs à base de vin de plus de 18° d'alcool, spiritueux de plus de 45°, bitters et autres boissons de plus de 30°). La vente et la consommation d'alcool dans les débits de boissons (cafés, brasseries, restaurants, buvettes, etc.) sont soumises à autorisation. Seuls les établissements titulaires de la licence IV sont autorisés, dans certaines limitations horaires, à mettre en vente les cinq groupes de boissons existants (du premier groupe, qui comprend les boissons sans alcool ou titrées à moins de 1,2° d'alcool, au cinquième qui couvre les boissons les plus fortement alcoolisées : gin, whisky, vodka, **prémix**, etc.).

La réglementation interdit toute nouvelle implantation (sauf mutations ou transferts d'établissements existants). Par ailleurs, l'exploitation d'un débit de boissons est interdite sur le périmètre des « zones protégées » (établissements scolaires, stades, piscines, terrains de sports publics ou privés, etc.), sous peine de sanctions pénales.

En vertu de l'ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 et de la loi n°74-631 du 5 juillet 1974, la vente d'alcool à des mineurs de moins de 16 ans est interdite.

Depuis plusieurs années, la législation sur le commerce des boissons alcoolisées évolue dans un sens plus libéral : les modalités de calcul du périmètre des zones protégées ont été modifiées lors de l'aménagement du Forum des Halles à Paris ; les dispositions restrictives dans les agglomérations nouvelles ont été révisées, au nom du renforcement du lien social prôné par la politique de la ville ; les buvettes dans les stades, interdites par la loi Évin du 10 janvier 1991, ont été autorisées, dans des conditions qui ne sont plus guère restrictives (loi du 30 décembre 1998). Les préoccupations d'ordre public et de santé faiblissent sous le poids des intérêts économiques.

Alcool et publicité

La réglementation sur la publicité en faveur des boissons alcoolisées en vigueur depuis 1941 connaît une tendance similaire. À l'origine, elle était limitée selon le type de boissons. Après avoir

été condamnée en 1980 par la Cour de justice des Communautés européennes pour ses pratiques législatives discriminatoires, autorisant la publicité en faveur du rhum mais interdisant celle pour le whisky, la France a connu une période de non-droit pendant laquelle le seul interdit concernait la publicité télévisée. La loi du 31 juillet 1987, dite « loi Barzach », est venue donner un cadre réglementaire à la publicité en faveur des boissons alcoolisées, en l'autorisant, sauf à la télévision et dans les lieux sportifs. Toutefois, le régime juridique issu de cette loi a été assoupli par une circulaire d'application.

La loi Évin du 10 janvier 1991 a opéré une redéfinition complète en interdisant la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcoolisées supérieures à 1,2°. Les opérations de mécénat ne peuvent donner lieu à publicité qu'à certaines conditions. La loi s'est inspirée d'un principe proposé par le Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, qui préconisait d'interdire la publicité sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs (télévision, cinéma), mais de l'autoriser dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de publipostage, à la radio et dans les manifestations telles que les foires agricoles. En outre, la publicité a été limitée dans sa forme : les documents publicitaires ne peuvent mentionner que le nom du produit, sa présentation, ses conditions de vente, son mode de consommation et la zone de production. Le contenu des messages publicitaires devait par ailleurs indiquer obligatoirement que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé », en exhortant le public à le « consommer avec modération ».

À l'origine, l'affichage n'était autorisé que sur les lieux de production, mais faute de pouvoir définir ceux-ci réglementairement, l'affichage a été libéralisé, en tout lieu, même sur les stades où il était auparavant interdit. La seule restriction encore en vigueur concerne désormais la publicité au cinéma et à la télévision.

La violation de ces interdictions est passible d'une peine de 75 000 d'amende et de l'équivalent de 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée. Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile : elles jouent un rôle essentiel dans l'application de cette loi, car malgré les infractions qui peuvent être constatées, les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites.

En janvier 2005, lors de l'examen en deuxième lecture au Sénat du projet de loi sur les territoires ruraux, un amendement déposé par le gouvernement et adopté à l'unanimité a précisé les règles encadrant la publicité collective pour le vin. Le texte dispose que celle-ci peut comporter des références et des représentations relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine et à leurs éléments constitutifs, ou aux indications géographiques protégées. Elle doit être limitée à la description du produit (et non à l'acte et aux effets des consommations), apporter des indications objectives (et non subjectives), à des fins informatives (et non pas incitatives). Les campagnes publicitaires seront autorisées après l'avis du Conseil de la modération, qui rassemblera les professionnels de la santé, les représentants de l'interprofession viticole et les parlementaires.

Alcool et ordre public

La législation en matière de lutte contre l'alcoolisme s'est esquissée au XIXe siècle avec deux dispositions fondamentales relevant du maintien de l'ordre public : la loi de 1838 sur l'internement des aliénés et la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique.

Actuellement, l'ivresse publique et manifeste constatée dans un lieu public est passible d'une contravention de 2^e classe (150 d'amende). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Avant le nouveau Code pénal de 1994, les peines prévues pouvaient aller jusqu'à un emprisonnement délictuel en cas de récidive.

L'ivresse dans une enceinte sportive constitue, depuis la loi du 6 décembre 1993, un délit pouvant être puni d'une peine d'emprisonnement, notamment en cas de violences.

Alcool et sécurité routière

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965 en France.

La loi du 9 juillet 1970 a fixé pour la première fois un taux légal d'alcoolémie, correspondant à 0,8 g/l de sang (avec une analyse sanguine) ou à 0,40 mg/l d'air expiré (contrôlé avec un éthylomètre). La loi du 12 juillet 1978 a instauré les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction ou d'accident. Au début des années 1980, les sanctions afférentes à un dépistage positif sont renforcées : la loi du 8 décembre 1983 pose que tout conducteur ayant dépassé le taux d'alcoolémie légal peut être sanctionné par une

amende et/ou une peine de prison (portée à deux ans en 1987). La loi du 17 janvier 1986 durcit encore la sanction en prévoyant, en cas de présomption d'ivresse, le retrait immédiat du permis de conduire pendant 72 heures. La suspension du permis peut durer six mois si l'état alcoolique est confirmé. L'annulation du permis s'applique en cas de récidive de conduite en état alcoolique ou lorsque le conducteur a provoqué un homicide ou des blessures. La confiscation du véhicule ou la perte de points peuvent être prononcées à titre de peines complémentaires.

En outre, une disposition prise par la loi Évin prescrit l'interdiction de vendre des boissons alcoolisées à emporter, dans les points de vente de carburants, entre 22 heures et 6 heures.

Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite à partir du seuil d'alcoolémie tolérée fixé à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré). La conduite d'un véhicule avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang (ou 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré) constitue une contravention de 4^e classe, de la compétence du tribunal de police : le conducteur en infraction encourt une peine d'amende de 135 €, le retrait de six points du permis de conduire, l'immobilisation du véhicule et la suspension du permis pour une durée maximale de trois ans avec possibilité d'aménagement. Au-delà de 0,8 g/l (0,4 mg/l d'air expiré), le conducteur commet un délit, qui relève de la compétence du tribunal correctionnel, passible d'un retrait de six points, d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 €, d'une peine de prison pouvant atteindre deux ans et du retrait du permis de conduire (décret du 29 août 1995 ; loi du 8 décembre 1993). Des peines complémentaires peuvent être infli-

gées, telles que le travail d'intérêt général, les jours-amende, l'interdiction de conduire certains véhicules ou l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation à la sécurité routière.

En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Alcool et soins

Parallèlement aux préoccupations d'ordre public, le législateur a développé, depuis les années 1960, une série de mesures de santé publique concernant l'alcool. Le sujet dépendant à l'alcool est aujourd'hui reconnu comme un malade et les soins que nécessite son état sont pris en charge par la Sécurité sociale au même titre que toute autre pathologie (loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs, circulaires du 16 juillet 1973, du 28 mars 1978, du 30 novembre 1970, du 31 juillet 1975 et du 15 mars 1983). La loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 a doté les CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, structures spécialisées responsables de la prise en charge des malades alcoolo-dépendants) du statut d'institution sociale et médico-sociale.

Par ailleurs, l'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins.

Alcool sur le lieu de travail

Les textes du Code du travail relatifs à l'alcoolisation sur les lieux du travail visent trois objectifs : limiter l'introduc-

tion de boissons alcoolisées dans l'entreprise ; interdire la présence de personnes en état d'ébriété dans des locaux professionnels et proposer des boissons sans alcool.

La délivrance de boissons alcoolisées au moyen de distributeurs automatiques est interdite en milieu professionnel.

La jurisprudence et les textes de loi encadrent strictement les moyens auxquels le chef d'entreprise peut recourir pour contrôler la circulation d'alcool ou l'état d'ébriété d'un salarié. C'est par le biais du règlement intérieur que le chef d'entreprise délimite le cadre de la consommation, qui peut être limitée ou interdite (circulaire du 13 janvier 1969), et précise les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie. Compte tenu du Code du travail qui pose que le règlement intérieur ne peut contenir des restrictions aux libertés individuelles que si elles sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché, le recours à l'alcootest ne peut être systématique : son utilisation est limitée aux cas où il s'agit de vérifier le taux d'alcoolémie d'un salarié qui manipule des produits dangereux ou est occupé à une machine dangereuse ou qui conduit des véhicules automobiles, de transport collectif notamment (circulaire du 15 mars 1983). L'alcootest, qui mesure un niveau d'imprégnation alcoolique, n'est pas obligatoirement pratiqué par un médecin. Étant donné que ce test ne peut avoir pour objet que de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse et non de permettre à l'employeur de faire constater une faute du salarié, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu d'imposer la présence d'un tiers ou de prévoir la possibilité d'une contre-expertise (Conseil d'État, 12 novembre 1990).

Repères législatifs et réglementaires

- Ordonnance n° 60-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, JO du 30 novembre 1960.
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991 (NOR : SPSX9000097L).
- Ordonnance n° 59-107 du 7 janvier 1959 modifiant le Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, JO du 30 novembre 1960.
- Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité, JO du 7 juillet 1974.
- Loi de finances rectificative pour 1998 n° 98-1267 du 30 décembre 1998, article 21 modifiant l'article L. 49-1-2 du Code de débit de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, JO du 31 décembre 1998 (NOR : ECOX9800170L).
- Loi n° 87-588 du 31 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 31 juillet 1987 (NOR : ASEX8700089L).
- Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés, insérée dans le Code de la santé publique en tant qu'articles L. 326 à 355.
- Loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique.
- Loi n° 93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives, JO du 7 décembre 1993 (NOR : MJSX9300141L).
- Loi n° 70-597 du 9 juillet 1970 instaurant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, JO du 10 juillet 1970.
- Loi n° 78-732 du 12 juillet 1978 relative à la prévention de la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique, JO du 13 juillet 1978.
- Loi n° 83-1045 du 8 décembre 1983 relative au contrôle de l'état alcoolique, JO du 9 décembre 1983.
- Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986.
- Décret n° 95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R 233-5, R 256 et R 266 du Code de la route, JO du 30 août 1995 (NOR : EQU9500428D).
- Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, JO du 4 janvier 1968.
- Circulaire DGS/1312/MS du 16 juillet 1973 relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers (non parue au JO).
- Circulaire DGS/454/MS2 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux (dite « circulaire Denoix »).
- Circulaire du 30 novembre 1970 relative à la création des centres d'hygiène alimentaire.
- Circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme.
- Circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool (dite « circulaire Ralite »).
- Circulaire TE n° 4/69 du 13 janvier 1969 relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.
- Arrêt du Conseil d'État du 12 novembre 1990 – Compagnie de signaux et d'entreprises électriques, n° 96-721.

Cadre légal en matière de tabac

L'État, longtemps fabricant et distributeur, perçoit des taxes sur la vente de tabac. Les intérêts économiques liés à la production et à la distribution sont importants. Aussi, les impératifs de santé publique n'ont été pris en considération que récemment, alors que le tabac représente un risque avéré pour la santé.

De la loi Veil à la loi Évin

À la suite d'une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé en 1974 invitant les États à prendre des mesures législatives pour restreindre ou interdire la promotion des ventes de tabac, la loi Veil a été votée en France le 9 juillet 1976. Première loi relative à la lutte contre le tabagisme, elle régit la publicité, qui n'est autorisée que dans la presse écrite. Le parrainage des manifestations sportives (sauf certaines courses automobiles) est interdit. Les emballages doivent comporter un message sanitaire. Par ailleurs, des interdictions de fumer doivent être établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

Rapidement détournée par les fabricants qui feront la promotion indirecte de leur marque en utilisant un produit autre que le tabac, la loi de 1976 a été modifiée par la loi Évin du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et complétée par le décret du 29 mai 1992 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La loi Évin renforce le caractère restrictif de la loi de 1976 en termes de santé publique, notamment en interdisant de fumer sauf là où cela est explicitement autorisé. Ses principales dispositions sont les suivantes :

- elle interdit la publicité, comme le parrainage en faveur du tabac, sauf pour les enseignes des débits et les affichettes à l'intérieur des établissements, sous peine de 75 000 d'amende et jusqu'à 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale, avec une possibilité d'ordonner le retrait de la publicité. Cependant, des dérogations ont été introduites ultérieurement (Cf. *infra*) ;
- elle impose l'affichage d'un message sanitaire sur les emballages, avec la mention « nuit gravement à la santé ». Les infractions sont également sanctionnées de peines délictuelles ; elle ordonne une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Les infractions constituent des contraventions de 5^e classe (1 500 d'amende) pour les exploitants et de 3^e classe (450) pour les fumeurs ; comme en matière d'alcoolisme, les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile et sont souvent très actives dans la poursuite des infractions ;
- enfin, elle exclut le tabac de la liste des produits de consommation pris en compte dans le calcul de l'indice des prix, ce qui a permis une augmentation régulière de son prix et entraîné une réduction de la consommation.

Les dispositions les plus récentes

Depuis, le texte de loi de 1991 a fait l'objet de deux modifications. La première, relative à l'interdiction portant sur la publicité du tabac, intervient avec le vote de la loi du 27 janvier 1993. Elle autorise la retransmission, par les chaînes de télévision nationales, des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est légale, en attendant une réglementation européenne. D'autres assouplissements sont permis dans certaines publications (spécialisées ou éditées par des organisations de professionnels pour ses adhérents).

La seconde modification est introduite par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui met l'accent sur la prévention du tabagisme. Elle étend à tous les produits du tabac l'obligation de porter le message spécifique à caractère sanitaire sur les emballages. Cette obligation était jusque-là limitée aux paquets de cigarettes.

La teneur maximale autorisée en goudron n'a cessé de diminuer depuis 1991 : de 15 mg par cigarette, elle est passée à 12 mg au 1^{er} janvier 1998 (selon des dispositions prévues par la loi Évin).

Il faut par ailleurs noter que des textes communautaires visent également à limiter ou à interdire la publicité en faveur du tabac et à imposer des messages sanitaires. Leur élaboration se heurte à de puissants lobbies.

Depuis le 31 juillet 2003, une loi française interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Ses modalités d'application ont été fixées par décret en septembre 2004. La France rejoint ainsi un certain nombre de pays de l'Union européenne ayant adopté cette mesure

(Espagne, Irlande, Royaume-Uni, Autriche). La loi interdit également la vente de paquets de moins de 20 cigarettes qui étaient plus facilement achetés par les jeunes consommateurs. Enfin, dans le cadre de l'éducation à la santé, elle prévoit une sensibilisation obligatoire au risque tabagique dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire. Le Code de la santé publique a été complété et prévoit qu'une affiche rappelant l'interdit de vente aux mineurs soit placée à la vue du public dans les débits et autres revendeurs de tabac. Tout manquement est passible des amendes prévues pour les contraventions de 2^e classe (pouvant atteindre 150 €), sauf si le contrevenant a fait la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du mineur. Le vendeur peut exiger de l'acheteur la présentation d'une pièce d'identité.

Repères législatifs et réglementaires

- Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 modifiée relative à la lutte contre le tabagisme, JO du 10 juillet 1976 (NOR : SANP9300965A).
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991 (NOR : SPSX9000097L).
- Décret du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif modifiant le Code de la santé publique, JO du 30 mai 1992.
- Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 30 janvier 1993 (NOR : SPSX9200178L).
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO du 19 janvier 1994 (NOR : SPSX9300136L).
- Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, JO du 3 août 2003 (NOR : SANX0306354L).
- Décret n° 2004-949 du 6 septembre 2004 relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans, JO du 8 septembre 2004 (NOR : SANP0422600D).

Cadre légal en matière de médicaments psychotropes

La réglementation concernant l'**abus** ou la **dépendance** aux produits pharmaceutiques s'intéresse à une grande diversité de substances, des **produits de substitution** (**buprénorphine haut dosage**, **méthadone**) aux fortifiants en vente libre en passant par les psychotropes des listes I (toxiques) et II (dangereux). Cette diversité induit des régimes variables, correspondant à trois niveaux d'intervention des pouvoirs publics.

Consommation médicamenteuse

Selon le régime de droit commun des produits pharmaceutiques, ces derniers doivent disposer d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM). Une fois l'AMM obtenue, le produit est soumis au système national de pharmacovigilance. Sa distribution relève du monopole des pharmaciens. Sa publicité est sujette à autorisation ou réglementée. L'obtention d'un médicament par le patient passe, pour de nombreuses spécialités, par la délivrance d'une ordonnance signée d'un médecin.

Réglementation des substances vénéneuses

Ce régime vise à prévenir les détournements et les abus de **médicaments psychotropes** et de certains **stupéfiants**. Cette réglementation s'appuie sur le classement international des substances contrôlées (tableaux définis par la Convention unique de 1961 et la Convention de Vienne de

1971). À l'origine, la plupart des substances classées étaient d'origine naturelle (**morphine**, **codéine**, **cocaïne**, etc.), mais une génération nouvelle de produits synthétiques est apparue. C'est la raison pour laquelle la Convention internationale de Vienne a été adoptée. Elle exclut de son champ d'application les substances déjà soumises à un contrôle international.

Les conditions de prescription et de délivrance des médicaments distinguent : les médicaments accessibles sans ordonnance ; les médicaments de la liste I (ordonnance le plus souvent non renouvelable) ; les médicaments de la liste II (ordonnance renouvelable) ; les médicaments stupéfiants requérant l'utilisation d'une ordonnance sécurisée.

Les médicaments stupéfiants et ceux des listes I et II appartiennent à la liste des substances vénéneuses. La liste des médicaments stupéfiants comprend, entre autres, les **analgésiques** morphiniques majeurs (par exemple : Skenan[®], Moscontin[®]). La liste I inclut, entre autres, des analgésiques mineurs (Di-Antalvic[®], Dicodin[®]), la buprénorphine (**Subutex[®]**), des **anxiolytiques** (comme le Valium[®] et le Tranxène[®]). La liste II comprend, entre autres, des anti-inflammatoires (comme l'ibuprofène[®], l'Apranax[®]).

Les infractions aux règles de prescription et de délivrance peuvent être réprimées par des sanctions pénales (Code de la santé publique) ou disciplinaires (en référence aux règles déontologiques des professions pharmaceutiques et médicales).

Cadre légal en matière de drogues illicites

La politique française de lutte contre la drogue a été fixée pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970, intégrée dans le Code pénal et le Code de la santé publique. Cette loi réprime tant l'usage que le trafic de toute substance ou plante classée comme **stupéfiant** (sans différenciation selon le produit), sans établir pour autant une définition claire permettant de distinguer l'usager du revendeur.

La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

Usage : permanence du cadre législatif, évolutions dans sa mise en œuvre

Le cadre législatif, qui réprime l'usage de stupéfiants (public ou privé), n'a pas été modifié depuis son origine. La perspective d'une réforme, envisagée au cours de l'année 2003 (contraventionnalisation de l'usage simple), a finalement été écartée par le gouvernement en juillet 2004.

Aux termes de l'article L.3421-1 du Code de la santé publique (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 €. En outre, l'article L. 3411-1 prévoit une procédure spécifique d'**injonction thérapeutique**, qui permet au procureur de suspendre les

poursuites à l'encontre d'un usager de stupéfiants si celui-ci accepte de se faire soigner.

Les orientations de la politique pénale de lutte contre la **toxicomanie** ont été redéfinies par une série de circulaires des gardes des Sceaux depuis le début des années 1970, mettant davantage l'accent, selon les périodes, sur le soin ou la répression. La circulaire du 17 juin 1999 a ainsi appelé les procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus diversifiées » pour les usagers interpellés, à tous les stades de la procédure pénale, « du simple rappel à la loi à l'incarcération, qui doit constituer un ultime recours ». La distinction entre comportements d'usage occasionnel, d'**abus** ou de **dépendance**, proposée dans le rapport Roques de 1998 [159], devait guider le choix des parquets entre les différentes options procédurales. Ainsi, le recours à l'injonction thérapeutique était-il vivement recommandé pour les usagers de drogues dépendants, en tant qu'**alternative aux poursuites** à contenu sanitaire, tandis que le rappel à la loi sous forme de classement sans suite avec avertissement était préconisé pour des consommateurs occasionnels (notamment de cannabis) et le classement avec orientation vers une structure sociosanitaire recommandé pour les autres types de comportements d'usage. En pratique, la faible utilisation de l'injonction thérapeutique par les parquets a fait de cette mesure l'un des enjeux principaux de la réflexion sur l'adaptation de la loi de 1970. Le ministère de la Justice doit élaborer de

nouvelles directives sur les suites à donner à l'usage de stupéfiants.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

Par ailleurs, la répression de l'usage de stupéfiants dans certaines circonstances de la vie sociale a été accentuée, notamment dans une perspective d'amélioration de la sécurité routière.

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles et la mise en place d'une étude épidémiologique (menée entre octobre 2001 et 2003), avant une éventuelle généralisation. Les débats parlementaires ont en effet fait état d'un manque de connaissances sur l'influence des stupéfiants en cas d'accident de la route. Toutefois, sans attendre les résultats de cette étude (prévus pour le 1^{er} semestre 2005), la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et 4 500 d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Les dépistages sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur impliqué dans un accident quelconque de la circulation, ou auteur de certaines infractions au Code de la route, ou encore à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs

raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art.L235-2 du Code de la route).

Trafic de stupéfiants : un élargissement progressif de la définition juridique du trafic

La répression du trafic et des activités liées au trafic de stupéfiants, telle qu'elle a été codifiée en 1992/1994 dans le nouveau Code pénal, résulte d'un processus de renforcement du cadre législatif amorcé à partir de la fin des années 1980, qui s'est traduit par la création de nouvelles incriminations et une sévérité accrue des peines prévues pour certaines infractions de trafic qualifiées de crimes. Le dispositif législatif actuel prévoit :

- Des peines adaptées pour chaque type d'infraction liée au trafic : de l'offre et de la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986) jusqu'au blanchiment (défini dans la loi du 31 décembre 1987), susceptible d'être qualifié en infraction criminelle (extension de la notion de blanchiment avec les lois du 23 décembre 1988, du 12 juillet 1990 et du 13 mai 1996). Avec la loi du 16 décembre 1992, les peines peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros pour certains trafics. Ce durcissement est confirmé avec l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal (en 1994) qui criminalise les infractions commises dans le cadre du trafic organisé (les infractions moins graves conservent leur caractère délictuel), ce qui les rend passibles de peines d'au moins vingt ans de réclusion criminelle.

- Des instruments et des procédures, éventuellement dérogoires au droit

commun, pour organiser la poursuite des petits trafiquants (en comparution immédiate, grâce à la loi du 17 janvier 1986 qui permet de juger sans délai les **usagers-revendeurs** interpellés) aussi bien que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales liées à la répression du blanchiment mises en place à partir de la fin des années 1990 permettent, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : ainsi, le « fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants » est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue ». Deux circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation, ou encore dans les locaux de l'administration.

La loi du 9 mars 2004 instaure des réductions des peines encourues par l'auteur d'infractions allant de l'offre à toutes les formes de trafic, si « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, celui-ci a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables » : cette possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » en matière de trafic est nouvelle dans la procédure pénale française. La loi a également étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient en matière de trafic (application de la peine de confiscation aux cas de cession et d'offre de stupéfiants).

Par ailleurs, la fabrication et le commerce de produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants sont contrôlés depuis la loi du 19 juin 1996.

Repères législatifs et réglementaires

- Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 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.
- Circulaire DACG/DAP/DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).
- Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, JO du 19 juin 1999 (NOR : EQUX9800010L).
- Décret n° 2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n° 2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route et modifiant le Code de la route, JO du 28 août 2001.
- Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, JO du 4 février 2003 (NOR : JUSX0205970L).
- Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986.
- Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR : JUSX8700015L).
- Loi de finances pour 1989 n° 88-1149 du 23 décembre 1988, article 84, JO du 28 décembre 1988 (NOR : ECOX880121L).
- Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990 (NOR : ECOX9000077L).
- Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie, JO du 14 mai 1996 (NOR : JUSX9400059L) et circulaire CRIM n° 96-11G du 10 juin portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUSD9630084C).
- Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 portant entrée en vigueur du nouveau Code pénal, JO du 27 décembre 1992 (NOR : JUSX92400040L).
- Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004 (NOR : USX0300028L).
- Loi n° 96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de substances, JO du 20 juin 1996 (NOR : INDX9500023L).
- Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004 (NOR : JUSX0300028L).

Orientations 2004-2008 de la politique publique de lutte contre les drogues

Cette partie présente les grandes lignes des orientations définies dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), dont la mise en œuvre est en cours [160]. Le plan prévoit l'évaluation de ses objectifs, à l'échéance de cinq ans.

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est chargée de veiller, pour le compte du Comité interministériel permanent de lutte contre la drogue et la toxicomanie, à la mise en œuvre des orientations de politique publique fixées dans le plan d'action. Sur la base des propositions élaborées par la MILDT, le plan a été adopté par le gouvernement lors du Comité interministériel du 29 juillet 2004. Le plan fixe un objectif global double, consistant, d'une part, à abaisser les niveaux de consommation et des risques en élaborant une stratégie cohérente prenant en compte la spécificité des produits ; d'autre part, à réduire l'offre en renforçant la lutte contre les trafics et le démantèlement des filières d'approvisionnement.

Une place majeure est accordée à la prévention. Le plan appelle à la mise en place d'un programme ambitieux en direction des adolescents et des jeunes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances, en particulier le cannabis, mais également les produits de synthèse, le tabac et l'alcool. Il prévoit une prévention ciblée, centrée avant tout sur l'école, où il s'agit de « créer [...] une prévention précoce, intense et à tous les

niveaux de scolarité », tout en mettant l'accent sur le rôle des parents. La prévention vise également les milieux sportif et du travail, les zones urbaines sensibles et les prisons. Dans cette perspective, le plan prévoit d'encourager une prévention structurée dans des programmes régionaux, assise sur des dispositifs pérennes et professionnalisés, en s'appuyant sur diverses formes d'intervention : de larges campagnes d'information et de communication, un accès facilité aux lignes d'aide téléphonique et la mise en place d'un nouveau dispositif de consultations spécialisées « cannabis » (au sein des structures existantes) adapté aux jeunes usagers, à leurs parents et aux familles.

Le plan invite également à développer un système de soins « plus accessible et plus efficace », où le repérage de l'usage nocif des produits addictifs tient une large place : le rôle des médecins généralistes est ici fortement réaffirmé. Le plan insiste aussi sur le renforcement de l'offre et la coordination des soins qui s'adressent aux personnes dépendantes à un produit psychoactif. La diversification de l'offre de soins destinée aux usagers d'héroïne, la création de communautés thérapeutiques, l'adaptation des traitements de substitution (mise en place de protocoles favorisant la délivrance de méthadone par les médecins généralistes et diversification de la forme des médicaments de substitution, en développant la forme galénique) et l'expérimentation de programmes innovants sont les principaux

axes d'intervention affichés. La création de centres de référence en **addictologie** et le développement d'un programme spécifique pour les usagers de **crack** sont prévus à titre de dispositifs de prise en charge complémentaires.

En cohérence avec l'objectif d'une prévention renforcée, le plan prévoit de « rétablir la portée de la loi » en veillant à une meilleure application des lois en vigueur, en particulier la loi Évin qui limite la consommation de tabac dans les lieux collectifs et les dispositions répressives encadrant la conduite routière sous l'effet de substances psychoactives [Voir : Cadre légal en matière de drogues illicites et Cadre légal en matière d'alcool]. Le plan incite à une meilleure articulation du système pénal (instructions aux parquets et harmonisation des pratiques, collaboration justice/santé) et à un renforcement de la lutte contre le trafic grâce à la mise en œuvre de moyens juridiques nouveaux.

Enfin, la coopération européenne et internationale doit être amplifiée, notamment pour tendre à une harmonisation des politiques dans le domaine de l'alcool, du tabac et de la lutte contre les **stupéfiants**. Dans la continuité du plan précédent (1999-2001), le plan quinquennal met l'accent sur la nécessité d'un dispositif d'observation et de recherche plus performant afin de poursuivre l'amélioration de la connaissance dans le domaine des drogues.

Parallèlement au plan quinquennal, le gouvernement a identifié la lutte contre le trafic de drogues comme étant un des chantiers prioritaires de la lutte contre l'insécurité. Un Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILAD) doit être créé en s'appuyant sur le modèle de celui contre le terrorisme (CILAT). Les Groupes

d'intervention régionaux (GIR) ont, par ailleurs, été affectés plus spécifiquement à la lutte contre l'économie souterraine. Pour financer l'ensemble des actions, le budget nécessaire est de 500 millions d'euros (M) sur les cinq années de son application. Le budget annuel de la MILDT étant d'environ 38 M par an, les 310 M restants seront financés par des contributions spécifiques des ministères (Solidarités, santé et famille ; Intérieur, sécurité intérieure et libertés locales ; Justice ; Éducation nationale, enseignement supérieur et recherche...) en fonction de leur implication dans chacune des actions interministérielles.

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, psycho-affectifs 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'écoulant 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 Maestracci 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 1er 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	OPPIDIUM	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/disp_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-BELLOQC (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 du 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