

**RAPPORT NATIONAL ANNUEL**  
**SUR LA SITUATION DE LA DROGUE EN EUROPE**

**FRANCE**

**1996**

mars 1997

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>PARTIE I : CADRE POLITIQUE LEGISLATIF ET ADMINISTRATIF DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE .....</b>	<b>5</b>
CHAPITRE 1.POLITIQUE .....	5
1.1 (1.2) <i>Historique, philosophie, objectifs, traits principaux</i> .....	5
CHAPITRE 2. LEGISLATION .....	6
2.1 (2.2) <i>Cadre législatif</i> .....	6
CHAPITRE 3.PRINCIPAUX ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE .....	7
3.1 <i>Acteurs principaux, rôles et relations</i> .....	7
3.2 <i>Budgets et financements</i> .....	9
3.3 <i>Coopération internationale</i> .....	9
CHAPITRE 4.NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 1996 .....	11
4.1 <i>Changements législatifs et réglementaires</i> .....	11
4.2 <i>Changements dans l'organisation</i> .....	12
4.3 <i>Rapports ou avis publics</i> .....	12
<b>PARTIE II : SYSTEME D'OBSERVATION SUR LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES, SOURCES D'INFORMATION .....</b>	<b>14</b>
CHAPITRE 5.SYSTEMES D'OBSERVATION ET D'INFORMATION NATIONAUX .....	14
<i>Le système existant</i> .....	14
CHAPITRE 6.DESCRPTION DU POINT FOCAL NATIONAL .....	15
6.1 <i>Organisation</i> .....	15
6.2 <i>Base légale, fonctionnement, moyens</i> .....	15
6.3 <i>réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX-France)</i> .....	17
6.4 <i>cadre d'action et programme de travail</i> .....	17
CHAPITRE 7.TYPES ET SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES .....	18
7.1 <i>Epidémiologie</i> .....	18
7.2 <i>Réduction de la demande</i> .....	19
7.3 <i>Centres de documentation</i> .....	20
CHAPITRE 8.RAPPORTS AUX ORGANISATIONS INTERNATIONALES .....	21
<i>Le rapport national du Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou)</i> .....	22
<i>Les rapports du sous-groupe épidémiologie (Groupe Pompidou)</i> .....	23
CHAPITRE 9.NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 1996 .....	23
9.1 <i>Changements dans le dispositif d'observation</i> .....	23
9.2 <i>Changements dans le point focal national</i> .....	23
9.3 <i>Nouvelles priorités de collecte</i> .....	23
<b>PART III SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE .....</b>	<b>24</b>
CHAPITRE 10.HISTORIQUE, DEVELOPPEMENT DE L'USAGE DE DROGUES ET DES TOXICOMANIES (1960 - 1990).....	24
CHAPITRE 11. SITUATION ACTUELLE SUR L'USAGE DE DROGUES ET LA TOXICOMANIE (PREVALENCE, DROGUES, MODES D'USAGE, CARACTERISTIQUES, TENDANCES).....	24
11.1 <i>Consommation de drogues dans la population</i> .....	24
11.2 <i>usagers de drogues, toxicomanes (estimations, indicateurs indirects)</i> .....	29
11.3 <i>modes d'usage et caractéristiques des usagers</i> .....	32
11.4 <i>comportements à risques (ex : injection, partage)</i> .....	40
11.5 <i>facteurs de risque ou de protection</i> .....	45
11.6 <i>Différents profils d'usage</i> .....	48
CHAPITRE 12.ASPETS SOCIAUX ET CULTURELS.....	52
12.1 <i>Processus sociaux, contexte culturel</i> .....	52
12.2 <i>Attitudes opinions publiques</i> .....	52
CHAPITRE 13.PROBLEMES ET CONSEQUENCES LIES A L'USAGE DE DROGUES.....	53
13.1 <i>Mortalité</i> .....	53
13.2 <i>Morbidité</i> .....	55
13.3 <i>Problèmes sociaux : activité professionnelle et assurance sociale</i> .....	57
13.4 <i>Aspects légaux</i> .....	58
CHAPITRE 14.DISPONIBILITE ET OFFRE .....	63

14.1	<i>Offre et trafic de stupéfiants</i> .....	63
14.2	<i>indicateurs du marché de la drogue : saisies (nombre, quantités)</i> .....	67
CHAPITRE 15.DISCUSSION .....		69
15.1 (15.2)	<i>Tendances actuelles</i> .....	69
15.3 (15.4)	<i>limites méthodologiques</i> .....	71
(15.5,15.6)	<i>Données et connaissances : besoins, lacunes, et priorités pour les travaux futurs</i> .....	72
<b>PARTIE IV : INTERVENTIONS DANS LE DOMAINE DE LA « REDUCTION DE LA DEMANDE »</b> .....		<b>73</b>
CHAPTER 16.CONTEXTE POLITIQUE.....		73
CHAPITRE 17.DIMENSION THEMATIQUE - TRAITS PRINCIPAUX DE LA « REDUCTION DE LA DEMANDE ».....		74
17.1	<i>Interventions dans la petite enfance</i> .....	74
17.2	<i>Programmes scolaires</i> .....	75
17.3	<i>Programmes auprès des jeunes hors milieu scolaire</i> .....	76
17.4	<i>Campagnes médiatiques</i> .....	77
17.5	<i>Aide téléphonique</i> .....	77
17.6	<i>Programmes « communautaires »</i> .....	78
17.7	<i>Groupes d'expérimentateurs</i> .....	79
17.8	<i>Travail de rue</i> .....	79
17.9	<i>Structures « à bas seuil »</i> .....	79
17.10	<i>Prévention de l'infection VIH pour les toxicomanes</i> .....	80
17.11	<i>Programmes de substitution</i> .....	80
17.12	<i>Désintoxication</i> .....	82
17.13	<i>Traitement des toxicomanes</i> .....	82
17.14	<i>traitement avec hébergement</i> .....	83
17.15	<i>groupes d'auto-support</i> .....	83
17.16	<i>Soins somatiques</i> .....	83
17.17	<i>Réduction des risques</i> .....	85
17.18	<i>Post-cure</i> .....	86
17.19	<i>Actions spécifiques pour hommes ou femmes</i> .....	86
17.20	<i>Enfants de toxicomanes</i> .....	86
17.21	<i>Parents de toxicomanes</i> .....	86
17.22	<i>Usage de drogues en prison</i> .....	86
17.23	<i>Usage de drogues au travail</i> .....	88
17.24	<i>Autres activités : documentation</i> .....	88
CHAPITRE 18.EVALUATION, RECHERCHE ET FORMATION .....		89
18.1	<i>Evaluation</i> .....	89
18.2	<i>Recherche</i> .....	90
18.3	<i>Formation</i> .....	92
CHAPTER 19.NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 96 ET BESOINS D'INFORMATION .....		95
<b>CONCLUSIONS</b> .....		<b>96</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>97</b>
	<i>Rapporteur</i> .....	99
	<i>Contributions au rapport</i> .....	99
	<i>Remerciements pour leur participation</i> .....	99

## **INTRODUCTION**

Ce rapport est la réactualisation du rapport sur l'état du phénomène drogues et toxicomanies réalisé en 1996. Ce travail s'inscrit dans le cadre du programme de travail 1997 du Réseau européen des drogues et des toxicomanies (REITOX).

# **PARTIE I : CADRE POLITIQUE LEGISLATIF ET ADMINISTRATIF DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE**

## **CHAPITRE 1.POLITIQUE**

### **1.1 (1.2)\_Historique, philosophie, objectifs, traits principaux**

La politique française en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie s'inscrit dans un cadre législatif qui résulte pour l'essentiel de la loi du 31 décembre 1970 qui avait un triple objectif :

- poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage (injonction thérapeutique),
- réprimer sévèrement le trafic,
- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les toxicomanes qui acceptent de se sevrer.

La loi de 1970 établit la toxicomanie comme une pratique portant atteinte aux individus et, à travers eux, à la société. Elle introduit l'interdiction de l'usage de stupéfiants en privé qui n'existait pas auparavant ; la loi du 2 juillet 1916 interdisait uniquement leur usage en public

L'action publique qui s'inscrit depuis dans ce cadre vise à éradiquer les drogues et leurs usages en s'appuyant sur deux principes complémentaires : l'abstinence, et la désintoxication pour ceux qui sont devenus dépendants. Elle s'articule autour de deux préoccupations : la sécurité publique et la santé publique. Le domaine de la santé publique va prendre une importance croissante au cours du temps, notamment avec l'émergence du SIDA dans les années 1980.

Depuis 1970, quelques grandes étapes dans le domaine de l'action publique peuvent être relevées :

- |      |   |
|------|---|
| 1977 | Une circulaire du Ministère de la Justice, sans faire de distinction entre drogues douces ou dures, préconise une approche différenciée selon la nature du produit.   |
| 1978 | Un premier rapport public sur le phénomène « drogues et toxicomanies » (rapport PELLETIER) préconise des orientations dont la mise en place dans les années suivantes, ont permis de développer et consolider le système de prévention et de soins spécialisés.   |
| 1982 | Une coordination interministérielle, organisée réglementairement sous l'autorité du Premier Ministre, est mise en place.  |
| 1983 | La loi du 22 juillet 1983, relative à la décentralisation, confie à l'Etat les dépenses d'application de la loi de 1970. Ceci a, d'un côté, permis à l'Etat d'orienter activement le développement et l'évolution des prises en charge de toxicomanes, mais a aussi amené un dessaisissement des collectivités territoriales. |
| 1987 | Un décret du 13 mai 1987 autorise la vente libre de seringues en pharmacie. C'est le premier texte important d'une politique nouvelle de « réduction des risques ».   |

- 1990 Un second rapport public sur le sujet « drogues et toxicomanies » (rapport TRAUTMANN) préconise une politique équilibrée entre la réduction de l'offre, la réduction de la demande et l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes.
- 1993 Un plan gouvernemental triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie a été adopté en septembre 1993. Il comporte une série de mesures à court et moyen terme dans les domaines de l'action internationale, de la lutte contre le trafic, de l'injonction thérapeutique, de l'amélioration du système de soins et de la prévention. Il a engagé la France, beaucoup plus nettement que par le passé, dans une politique de réduction des risques qu'entraîne la toxicomanie. Les traitements de substitution qui n'existaient pratiquement pas sont développés.
- 1994 La commission de réflexion mise en place par le plan 1993 rend public un rapport (rapport HENRION) qui met l'accent sur la nécessité de privilégier la prévention et de rompre l'exclusion des toxicomanes. Si la commission s'est partagée sur la question de l'opportunité d'une dépénalisation de l'usage des drogues, elle a été unanime pour souhaiter une réforme de la loi de 1970. Une majorité de ses membres (9 sur 17) s'est prononcée pour une dépénalisation de l'usage de cannabis et de sa possession en faible quantité en accompagnant cette dépénalisation d'une réglementation.

La politique actuellement suivie s'appuie sur une volonté de maintenir l'équilibre entre la répression, la prévention, les soins et la réinsertion. Sur le plan sanitaire, la poursuite de la politique de réduction des risques s'intègre dans une prise en charge globale des toxicomanes qui vise à la fois à prévenir et traiter leurs pathologies infectieuses, et à leur favoriser l'accès aux soins. Les traitements de substitution (Méthadone® et Subutex®) sont fortement étendus.

## CHAPITRE 2. LEGISLATION

### 2.1 (2.2)\_Cadre législatif

Le cadre législatif en matière de drogue et toxicomanie résulte pour l'essentiel de la loi du 31 décembre 1970.

La lutte contre l'alcoolisme s'inscrit dans un cadre différent : décret du 28 juillet 1955 (dispositions concernant les alcooliques dangereux), loi du 10 janvier 1991 (dispositions sur la publicité en matière d'alcool). Le dispositif de soins pour les alcooliques est, sauf exception, complètement séparé de celui pour les toxicomanes.

On trouvera en annexe :

- un tableau de synthèse sur les textes juridiques relatifs à la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants,
- une liste des textes juridiques relatifs à la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes.

## **CHAPITRE 3. PRINCIPAUX ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE**

La lutte contre la drogue et la toxicomanie est en France une mission de l'Etat. C'est le gouvernement qui a la charge des orientations générales et des budgets pour les réaliser.

Les actions conduites par les pouvoirs publics s'inscrivent dans le cadre d'une politique interministérielle définie au sein d'un comité regroupant les différents ministres compétents et présidé par le Premier ministre. La politique actuelle est celle qui résulte des derniers plans d'action : le plan triennal du 21 septembre 1993 complété par celui du 14 septembre 1995.

Cette politique vise à maintenir la complémentarité et l'équilibre dans tous les champs de l'action, la prévention, les soins, l'insertion, la répression, à tous les niveaux, local, national et international.

### **3.1 Acteurs principaux, rôles et relations**

#### **Les acteurs du pôle prévention**

En matière de prévention primaire de multiples partenaires interviennent : Ministère des affaires sociales (Direction de l'action sociale), Ministère de l'éducation nationale, Ministère de la jeunesse et des sports, Ministère de la justice, Ministère de la défense nationale, Ministère de l'intérieur, associations de jeunesse non spécialisées du secteur social, structures spécialisées comme « Fondation Toxicomanies Prévention Jeunesse », « Drogues Info-Service », collectivités locales, professionnels (médecins, enseignants...), bénévoles.

Ces partenaires interviennent sur plusieurs types d'actions :

- formation des professionnels et des bénévoles intervenant dans ce secteur,
- actions d'animation auprès des jeunes (par le sport, la culture, les loisirs, les actions humanitaires, l'environnement),
- actions d'information et de prévention auprès des jeunes dans les établissements scolaires,
- lieux d'écoute pour les jeunes et les parents,
- action de sensibilisation et d'information auprès des jeunes et des adultes,
- élaboration et diffusion de matériel pédagogique.

#### **Les acteurs du pôle soins**

Le système de soins repose en France sur deux principes : la gratuité et l'anonymat.

Il fonctionne grâce à des crédits gérés par la Direction générale de la santé (DGS), au Ministère chargé de la santé.

*Se reporter au chapitre 16 qui décrit la politique sanitaire.*

### **Les acteurs du pôle insertion**

Pour les toxicomanes les plus désocialisés qui sont en situation précaire existent des structures d'accueil de jour et d'hébergement de nuit dont la vocation est de faire face aux urgences, de dispenser des soins élémentaires et d'orienter les personnes vers le dispositif sanitaire.

Le Ministère des affaires sociales (Direction de l'action sociale) contribue à la coordination des actions du pôle insertion.

Le secteur spécialisé est diversifié et a vocation à couvrir les besoins du sevrage à la réinsertion.

L'administration pénitentiaire développe des programmes de préparation à la sortie de prison qui prennent en compte la dimension toxicomanie.

### **Les acteurs du pôle répression**

Les principaux services chargés de réprimer le trafic des stupéfiants sont :

- la mission de lutte anti-drogue MILAD (Ministère de l'intérieur), organe de coordination entre les différentes directions actives de la Police Nationale,,
- l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants OCRTIS (Ministère de l'intérieur), service à compétence nationale et vocation internationale et opérationnelle, organe interministériel,
- l'Office Central pour la Répression de la Grande Délinquance Financière (Ministère de l'intérieur), service opérationnel qui s'oppose au blanchiment des capitaux,
- la Gendarmerie Nationale (Ministère de la Défense), dont la compétence couvre les zones rurales et périurbaines, et la mer pour la Gendarmerie maritime,
- la Douane (Ministère du Budget), combat l'introduction et la détention sur le territoire français de stupéfiants et de substances psychotropes.
- le TRACFIN (Ministère du Budget), service de réception et traitement des déclarations de soupçons d'infractions relatives au blanchiment,
- La Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC) associe des fonctionnaires de police, de douane et du ministère de l'Industrie pour le suivi et la mise en oeuvre de la réglementation sur les produits précurseurs,
- l'autorité judiciaire assure, tant le développement de l'injonction thérapeutique par l'intermédiaire de ses parquets en relation avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, que la répression des trafics des stupéfiants et du blanchiment de l'argent de la drogue par les tribunaux correctionnels et les cours d'assises.

### **la coordination de la lutte contre la drogue et la toxicomanie**

Le comité interministériel réunit, sous la présidence du Premier Ministre, les principaux ministères concernés par ce problème. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) prépare les délibérations du comité interministériel et veille à leur exécution. Par ailleurs elle anime et coordonne les actions des ministères compétents, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de



l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des intervenants, de la recherche. Un comité de coordination composé de représentants de chacun des ministères se réunit périodiquement.

La MILDT, organisme interministériel, n'agit pas à la place des services de l'Etat, mais avec eux et par eux, chaque ministre mettant en oeuvre la politique arrêtée en conseil des ministres ou en comité interministériel. Afin de soutenir l'action gouvernementale, la MILDT dispose d'un budget d'intervention. Il s'élève en 1996 à environ 230 MF (35 M. d'écus). Elle n'engage pas elle-même ces crédits, mais les répartit entre les différents ministères responsables pour réaliser un programme arrêté en commun au début de chaque année. Les administrations reçoivent donc des enveloppes financières pour compléter leurs actions propres ou hâter leurs projets, conformément aux orientations données par le Comité Interministériel. La MILDT soutient sur ces crédits deux groupements d'intérêt public :

- Le service national d'aide téléphonique « Drogues Info-Service »,
- l'observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Le Préfet, représentant de l'Etat dans le département, assisté d'un chef de projet, dirige et anime un dispositif reposant, d'une part sur la coordination des services de l'Etat en liaison avec l'autorité judiciaire, d'autre part sur la nécessaire concertation avec les collectivités locales et les associations.

### **3.2\_Budgets et financements**

*En l'état de la connaissance ce chapitre ne peut être développé. Une double approche permettant d'appréhender ce domaine est en cours : un rapport de la cour des comptes sur le champ de la lutte contre la drogue et la toxicomanie et une étude macro-économique sur le coût social et public de la drogue en France.*

### **3.3\_Coopération internationale**

La France est signataire de l'ensemble des conventions internationales liées à la lutte anti-drogue :

- la Convention unique sur les stupéfiants (1961),
- la Convention sur les substances psychotropes (1971), ,
- la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988).

#### **Nations Unies et organisations internationales**

Les principales participations françaises à l'action internationale de lutte contre la drogue et la toxicomanies sont décrites ci-après :

#### **NATIONS UNIES**

- commission des stupéfiants *MILDT, Ministère des Affaires Etrangères*
- organe international de contrôle des stupéfiants *Ministère des Affaires Etrangères*

- programme des nations unies pour le contrôle international des stupéfiants *Ministère des Affaires Etrangères, MILDT*

**OMS** *Ministère des Affaires Etrangères, Ministère de la Santé, MILDT*

**OICP - INTERPOL** *Ministère de l'Intérieur*

**OMD** *Ministère du Budget (Douanes)*

**GROUPE DE DUBLIN** *Ministère des Affaires Etrangères, MILDT*

**GROUPE D'ACTION FINANCIERE INTERNATIONALE (GAFI)** *Ministère de l'Economie (Trésor), Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur, "Commission Bancaire", Banque de France, MILDT*

### L'Europe élargie

En ce qui concerne le Conseil de l'Europe, le Groupe Pompidou et ses sous-groupes thématiques, les conférences organisées et les rapports mandatés dans ces cadres (ex: le rapport multi-villes), la contribution française à ces travaux est assurée par des participations diverses coordonnées par la MILDT. Les principales participations françaises sont décrites ci-dessous :

### **CONSEIL DE L'EUROPE**

#### **Groupe Pompidou**

correspondant permanent	<i>MILDT, Ministère des Affaires Etrangères</i>
groupe aéroport	<i>MILDT, Ministère de l'Intérieur, Ministère du Budget (Douanes), Ministère de la Défense (Gendarmerie).</i>
groupe épidémiologique	<i>OFDT, MILDT</i>
groupe précurseur	<i>MILDT, Ministère de l'Industrie (MNCPC), Ministère de l'Intérieur, Ministère du Budget (Douanes)</i>
autres groupes	<i>MILDT + Ministères concernés</i>

### L'Union Européenne

Le Secrétariat Général du Comité Interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) assure la coordination des positions des différents départements ministériels français sur les questions relevant de la compétence de l'Union Européenne.

La liste non exhaustive des principaux groupes de travail de l'Union Européenne auxquels la France participe est reprise ci-dessous, et le ministère ou service chef de délégation signalé en caractère gras :

## **Groupe horizontal drogues**

- **Expert national drogue (SGCI)**

### ° 1er pilier

- groupe santé

- **Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Santé, MILDT**

- comité d'expert article 10

- MILDT, MNCPC, Ministère de l'Intérieur, Ministère du Budget (Douane)

### ° 2ème pilier -

- groupe drogue de la PESC

- **Ministère des Affaires Etrangères**

### ° 3ème pilier

- groupe des coordonateurs K4

- **Coordonnateur national (SGCI)**

- groupe « drogue et criminalité organisée »

- **Ministère de l'Intérieur, MILDT** (selon ordre du jour) Ministère de la Défense (Gendarmerie), Ministère du Budget (Douane), Ministère de la Justice

- groupe coopération policière (police technique et scientifique, formation)

- **Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense (Gendarmerie), Ministère du Budget (Douane)**

- groupe « Europol »

- **Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense (Gendarmerie), Ministère du Budget (Douane), Ministère de la Justice**

- groupe de coopération douanière

- **Ministère du Budget (Douane), Ministère de l'Intérieur**

- groupe « criminalité organisée internationale »

- **Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur, Ministère des Affaires étrangères**

## **CHAPITRE 4. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 1996**

### **4.1\_ Changements législatifs et réglementaires**

#### **La réduction de l'offre**

Par loi en date du 29 avril 1996, la France a mis sa législation interne en conformité avec les dispositions de l'article 17 de la convention de Vienne de 1988. Cette loi confère de nouveaux

pouvoirs aux services de l'Etat pour lutter plus efficacement contre le trafic de stupéfiants en haute mer. Elle les autorise désormais à intervenir au delà des eaux territoriales pour arraisonner les navires français, étrangers (sous réserve de l'accord de l'Etat du pavillon) ou sans nationalité soupçonnés de se livrer au trafic de stupéfiants. Cette loi permet également d'établir la compétence des juridictions françaises pour poursuivre et juger les auteurs ou complices d'infractions commises en haute mer à bord de navires étrangers.

Par loi en date du 21 février 1996, la France a ratifié la Convention du Conseil de l'Europe du 8 novembre 1990 sur le blanchiment, le dépistage, la saisie et la confiscation des produits du crime. La loi du 13 mai 1996 a mis la législation française en conformité avec cette convention internationale en créant un délit général de blanchiment du produit de tout crime ou délit et en instituant une procédure de coopération internationale tendant au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime.

Par loi en date du 19 juin 1996, la France a mis sa législation interne en conformité avec les dispositions de l'article 12 de la Convention de Vienne et achevé la transposition des règlements et directives communautaires sur le contrôle des échanges intra et extra-communautaires de produits précurseurs. Cette loi assortit de sanctions administratives une série d'obligations portant sur l'agrément et l'enregistrement de opérateurs, le marquage des produits, ... et impose de notifier toutes les opérations suspectes ou inhabituelles.

### **le traitement des toxicomanes**

(voir partie IV)

## **4.2\_Changements dans l'organisation**

Un décret du 24 avril 1996 crée une Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) rattachée directement au Premier Ministre en remplacement de la Délégation Générale à la Lutte contre la drogue et la Toxicomanie (DGLDT) qui était rattachée au Ministère des affaires sociales et de la santé.

Une circulaire du 9 juillet 1996, instaure auprès de chaque Préfet, un chef de projet chargé de la coordination des actions de prévention, de soin et d'insertion dans chaque département.

## **4.3\_Rapports ou avis publics**

### **Rapport Masson (Sénat, mars 96)**

Le rapport au Premier Ministre du sénateur Masson sur la convention d'application de l'accord de SCHENGEN propose des mesures d'ordre interne ou international et des ajustements dans la convention, évoque le cas particulier des Pays-Bas et présente des réflexions sur l'évolution de la politique de sécurité en Europe.

### **Rapport Ghysel (Assemblée nationale, mars 96)**

Le député Ghysel présente en mars 1996 un rapport d'information sur la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie, déposé par la commission des affaires culturelles familiales et sociales.

## **Rapport Gentilini**

A la demande du Ministre de la Justice et du secrétaire d'Etat à la santé, le professeur Gentilini mène une mission d'étude sur les infections à VIH, les hépatites, les toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et sur l'état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994 qui réorganise la prise en charge sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Le rapport publié en novembre 1996 formule des propositions visant à améliorer l'application de la loi précitée. Elles sont regroupées en quatre chapitres :

- la prise en charge sanitaire et sociale des sujets atteints par le VIH ou les hépatites et des usagers de drogues, durant la détention,
- la préparation de la sortie et la réinsertion,
- les mesures alternatives à la détention,
- les rapports entre la société et « sa » prison.

## **Rapport de l'Inspection générale des services judiciaires**

A la demande du Ministre de la Justice, l'Inspection générale des services judiciaires a constitué un groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'entrée de drogues en prison présidé par JP Jean. Le rapport rendu en juillet 1996 constate que du fait de l'augmentation constante du nombre de toxicomanes incarcérés, il existe en prison une forte demande de substances illicites qui circulent dans les établissements. Il propose des mesures spécifiques visant à :

- réduire l'introduction de drogues dans les établissements pénitentiaires,
- réduire la demande de drogues en améliorant l'offre de soins, tout en limitant les risques sanitaires liés aux contaminations virales,
- permettre une prise en charge globale du toxicomane au sein du projet d'exécution de peine,
- mettre en place dans les établissements un mode de gestion pluridisciplinaire des questions relatives à la toxicomanie.

## **PARTIE II : SYSTEME D'OBSERVATION SUR LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES, SOURCES D'INFORMATION**

### **CHAPITRE 5. SYSTEMES D'OBSERVATION ET D'INFORMATION NATIONAUX**

Quatre grands domaines d'information peuvent être distingués.

**les produits**, leurs classifications, leurs statuts et leurs effets, l'état du marché (prix, pureté...), les flux économiques et monétaires engendrés par le trafic et leurs conséquences sociales

**les usagers**, leur nombre, la description des populations touchées et de leurs problèmes, notamment de morbidité et de mortalité.

**les usages**, les liens qui s'établissent entre les produits, les usagers et leur environnement, les usages de drogues et les toxicomanies dans leur dynamique (l'entrée, les parcours, la sortie), les itinéraires, les facteurs de risque.

**les actions** menées par les institutions et les structures qui ont pour mission de lutter contre la drogue et les toxicomanies, les dispositifs, leurs activités, les moyens déployés, l'évaluation : des dispositifs au regard des activités produites, des activités au regard des moyens consentis, des dispositifs au regard de la « demande » ...

#### **Le système existant**

Au regard des grandes catégories de besoins d'information définies précédemment, le système d'information existant est particulièrement lacunaire dans le domaine de l'économie de la drogue et dans celui de l'évaluation des actions.

En matière de **produits**, il existe deux systèmes d'observation différents. Le premier est basé sur l'enregistrement des saisies effectués par les différents services agissant en ce domaine et l'analyse éventuelle des produits saisis. Le second repose sur le réseau des centres d'étude et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) et le réseau de pharmacovigilance.

En matière **d'usage et d'usagers de drogues**, la majorité des données disponibles proviennent de sources administratives qui reflètent à la fois une partie du phénomène toxicomane et l'action de l'institution sur celui-ci. Ces sources d'information, même si leur production répond principalement aux besoins d'information de l'institution pour mener à bien son action, sont particulièrement précieuses en raison de leur pérennité et de leur régularité.

Le système statistique français sur les drogues et les toxicomanies repose sur deux grands types de sources institutionnelles, les institutions sanitaires et sociales, et les institutions répressives, complétées par des études sur des populations particulières et par des enquêtes en population générale.

**Approche institutionnelle sanitaire et sociale.** La population observée est celle des toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social. Celui-ci repère plutôt les formes lourdes d'usage de drogue. Il recense généralement des usagers réguliers de produits toxiques illicites ou licites détournés de leur usage normal.

**Approche institutionnelle répressive.** Les institutions répressives permettent d'approcher aussi bien l'usage (la demande) que l'offre. L'approche de la demande est orientée par le caractère illicite du comportement ou du produit consommé. Par rapport au système sanitaire et social où il y a prédominance de l'héroïne, le système répressif repère en majorité des usagers de cannabis. L'offre est moins bien couverte du point de vue des connaissances que la demande. Dans ce domaine il est particulièrement difficile de distinguer dans l'évolution d'un indicateur la part relative à la modification du phénomène de celle propre aux efforts ou progrès de l'action répressive.

**Etudes sur des populations particulières.** Ces sources visent à décrire des populations ciblées de toxicomanes selon des critères institutionnels (par exemple, clients de centres spécialisés) ou non (ciblage sur un groupe à risque).

**Enquêtes en population générale.** Ces sources, plutôt rares en France, visent à mesurer les comportements ou les attitudes de la population globale vis à vis de la drogue sur la base d'un échantillon représentatif.

## CHAPITRE 6. DESCRIPTION DU POINT FOCAL NATIONAL

### 6.1\_ Organisation

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie est le point focal français du réseau REITOX. Sa création répond à une nécessité nationale : mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies auprès des décideurs et des scientifiques.

La mission de l'observatoire est inscrite dans la convention constitutive du groupement d'intérêt public : « l'observation des drogues et des toxicomanies, le recueil, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données, ainsi que leur amélioration quantitative et qualitative ; le recueil, la diffusion et la valorisation des connaissances et analyses dans tous les champs disciplinaires intéressés par les drogues et les toxicomanies ; l'expertise et l'animation de la recherche dans ces domaines ».

Le choix de la forme juridique du Groupement d'Intérêt Public (GIP) pour l'observatoire français a fait l'objet d'un long débat (trois ans de consultations). Il permet, tout à la fois, de lui donner une autonomie dans sa mission *d'observation* par rapport au domaine de la coordination et de l'action sous la responsabilité de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), et de le doter d'un statut juridique autonome, fonctionnant selon les règles de la comptabilité publique et soumis au contrôle de la Cour des Comptes.

### 6.2 Base légale, fonctionnement, moyens

La base juridique de l'OFDT est l'arrêté de création du groupement d'intérêt public (3 mars 1993) et sa convention constitutive. La mise en oeuvre effective s'est faite après la décision du comité interministériel du 14 septembre 1995.

#### Conseil d'administration

L'observatoire est administré par un conseil d'administration constitué de :

- **l'Etat** représenté par :
  - le Ministère du travail et des affaires sociales
  - le Secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale
  - le Ministère de la justice
  - le Ministère de la défense
  - le Ministère de l'intérieur
  - le Ministère des affaires étrangères
  - le Ministère du budget
  - le Ministère de la ville et de l'intégration
  - le Ministère de la jeunesse et des sports
  - le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
  - la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
- et les **personnes morales de droit public ou privé** ci-après :
  - la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
  - le réseau national de documentation sur les pharmacodépendances "Toxibase"

### Collège scientifique

Un collège scientifique est désigné pour trois ans par le conseil d'administration sur proposition de son président. Il comprend 17 membres dont le mandat est renouvelable. 7 membres représentent l'INSERM, le SESI, l'OCRTIS, le Service de santé des armées, le CESDIP (Centre d'Etudes Sociologiques sur le droit et les Institutions Pénales), l'INSEE, et la DGDDI (douanes). Par ailleurs, dix personnalités ayant des compétences reconnues dans les domaines entrant dans l'objet du groupement sont nommées à titre personnel. Ces personnalités ne représentent pas les institutions dont elles peuvent être issues.

Le collège scientifique est consulté sur les projets qui constituent le programme de travail du groupement, il formule des avis sur ces projets, leurs déroulements et leurs résultats.

### Personnel

Le travail mené par l'observatoire s'organise autour d'une petite équipe permanente de 8 à 10 personnes (recrutées en propre par le groupement ou détachés par de ses membres) mobilisant, le cas échéant, des compétences extérieures variées.

### Budget

Les grandes masses des moyens de financement 1996 de l'observatoire sont les suivantes :

Subventions crédits interministériels "lutte contre la drogue et la toxicomanie"	10,4 MF
Autres subventions ou mises à disposition d'Etat	1,0 MF
Subventions européennes	0,2 MF
Total	11,7 MF



### **6.3\_ réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX-France)**

L'observatoire met en place un réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX-France) pour améliorer la capacité d'analyse des acteurs du secteur en facilitant la circulation des informations et en leur offrant une vue globale qui leur permette de replacer le phénomène dans son contexte. Un premier cercle de partenaires du champ de la connaissance des statistiques, des études, de la documentation et de l'information sont connectés, ou en cours, à REITOX-France (voir annexe) dans le cadre des projets pilotes suivants :

- le soutien aux « groupes projets des travaux statistiques », groupes composés de personnes géographiquement dispersées, par l'apport d'outils de messageries, d'échanges de documents et de forum ;
- la mise en place d'un groupe d'experts mobilisables rapidement pour se prononcer sur des informations controversées ou des questions en instance ;
- la mise en place d'un dispositif complémentaire de suivi des tendances récentes de l'usage de drogues, en proposant un travail de synthèse en réseau à des partenaires en situation d'assurer une remontée d'informations ou de les analyser ;
- la consolidation d'un réseau documentaire français distribué, structuré autour du réseau national existant TOXIBASE ;
- le bulletin électronique, comportant des informations de base sur les drogues et les toxicomanies et des rubriques d'actualité renouvelées régulièrement, accessible sur Internet.

Le projet REITOX prend en compte la finalité principale de la mission de l'observatoire, celle de fournir aux responsables français de la lutte contre la drogue et la toxicomanie une meilleure information. Cela implique d'une part l'accès des acteurs du champ de l'action à REITOX et d'autre part la proposition des outils développés par REITOX lorsqu'ils peuvent servir aux politiques mises en oeuvre, notamment dans le cadre du plan du gouvernement adopté le 14 septembre 1995.

Le développement du réseau national prend également en compte les orientations fixées par l'Observatoire Européen au programme REITOX

### **6.4\_ cadre d'action et programme de travail**

Pour mener à bien sa mission, l'observatoire décline ses activités sur la base d'une cartographie des sources d'information réalisée dans le respect des rôles et propriétés de chacun, autour de laquelle s'organisent : une élaboration d'indicateurs fiables, de rapports synthétiques, ainsi que la réalisation d'un programme d'études. Son action s'inscrit dans une démarche en réseau coopératif d'acteurs s'appuyant sur des techniques informatiques de réseaux.

Le programme de travail, approuvé par le conseil d'administration est le suivant :

- mise au point d'indicateurs fiables sur l'évolution des toxicomanies en France ;
- mise en place d'un dispositif complémentaire de suivi des tendances récentes de l'usage de drogue ;
- étude et lancement éventuel d'un dispositif d'observation globale des consommations et des comportements vis à vis des drogues qui pourrait prendre la forme d'une enquête en population générale ;

- publication annuelle d'un rapport sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies en France et contribution au rapport annuel de l'observatoire européen ;
- définition d'un programme d'études triennal prenant notamment en compte la nécessité de développer les outils d'évaluation des différents programmes ou actions mis en oeuvre ;
- extension du réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX-France) pour améliorer la capacité d'analyse des acteurs du secteur en facilitant la circulation des informations et en leur offrant une vue globale qui leur permette de replacer le phénomène dans son contexte ;
- participation aux travaux engagés dans le cadre de l'observatoire européen.

## **CHAPITRE 7. TYPES ET SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES**

### **7.1\_Epidémiologie**

Les sources statistiques et épidémiologiques disponibles en France de façon régulière sont restées inchangées depuis l'élaboration d'Information Map version I. Les mêmes sources ont donc été décrites dans un cadre un peu différent dans Information Map version II. Elles se répartissent entre les catégories suivantes :

#### **Sources institutionnelles sanitaires :**

- Enquête toxicomanie dite de novembre (toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales)
- Infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement
- Base de données en toxicomanie
- Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie
- Dossier médical de l'immunodéficience humaine (DMI2)
- Déclaration obligatoire des cas de SIDA

#### **Sources institutionnelles répressives :**

- Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
- Casier judiciaire national
- Fichier national des détenus

#### **Enquêtes en population générale :**

- Baromètre Santé 1993-1994
- Suivi épidémiologique des conduites toxicophiles dans les centres de sélection des armées
- Enquête Santé des adolescents
- Bilan d'activité de Drogues Info Service (service téléphonique)

#### **Enquêtes ethnographiques :**

- La consommation de cocaïne à Paris

- Travail sexuel, toxicomanie et VIH à Paris
- Les travailleurs sexuels et la consommation de crack

Depuis novembre 1996, date d'élaboration d'Information Map version II, d'autres enquêtes ethnographiques ont été menées à leur terme. Ces nouvelles sources ainsi que d'autres enquêtes ad-hoc font l'objet d'une description très détaillée dans le « Répertoire des sources statistiques sur les drogues et les toxicomanies » qui est en cours de réactualisation et sera publié par l'OFDT en mars 1997.

### ***Commentaires techniques sur Information Map version II***

Il nous semble important de souligner que les deux types de couverture statistique mentionnés dans les fiches descriptives d'Information Map version II n'ont pas été faciles à remplir. D'une part, les renseignements sur le sujet sont rarement disponibles. D'autre part, les concepts induits par les deux questions sur la couverture de la source sont difficilement appréhendables et demanderaient à être éclaircis dans le prochain manuel.

## **7.2\_Réduction de la demande**

Le répertoire des personnes-ressources en matière de réduction de la demande a permis à l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies de débiter un travail de réflexion sur le sujet.

Le choix des personnes interrogées a été établi afin d'avoir une vision globale et nationale, dans un premier temps, des actions réalisées en France dans le champ de la réduction de la demande. Il nous a semblé important de décrire avec précision les différentes actions des personnes-ressources. Il est bien évident qu'il sera nécessaire d'effectuer des repérages à une échelle plus fine : régionale, locale.

Ainsi 15 personnes ont répondu au questionnaire de la section I d'Information Map version II :

- Madame F. Moyen - MILDT,
- Monsieur G. Cagni - FFT,
- Madame D. Billet - Ministère de la Jeunesse et des Sports - Mission « Environnement social des jeunes »,
- Monsieur A. Tourre - Ministère de l'Intérieur - MILAD,
- Monsieur J.F. Rioufol - DGS - Division SIDA,
- Madame N. Frydman - MILDT,
- Madame M.P. Joly - Ministère de l'Aménagement du Territoire, de la Ville et de l'Intégration et Ministère du Travail et des Affaires Sociales - Direction de l'Action Sociale,
- Madame N. Neulat - Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Direction des Lycées et Collèges,
- Madame N. du Saussois - Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Direction des Lycées et Collèges,
- Monsieur J.M. Devevey - MILDT,
- Madame C. de Peretti - Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Institut National de Recherche Pédagogique,

- Monsieur B. Cohen - Drogues Info Service,
- Monsieur P. Rio - Ministère de la Défense - Gendarmerie Nationale,
- Madame O. Sampeur - Ministère de la Justice - Direction de l'Administration Pénitentiaire,
- Madame D. Vasseur - Comité Français d'Education pour la Santé.

Toutes les personnes sélectionnées par l'OFDT n'ont pas pu être interrogées, faute de temps :

- Monsieur Benaïche - Délégation Interministérielle à la Ville (DIV),
- Madame Freire - Délégation Interministérielle à l'Insertion des Jeunes (DIJ),
- Changement d'interlocuteur - Ministère de la Justice - Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ),
- Monsieur Bourdillon - Direction des hôpitaux - Mission Sida,
- Monsieur Tonnelet - Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie,
- Monsieur Binder - Association Nationale Généralistes & Toxicomanies.

D'autres personnes n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, estimant que la situation française ne pouvait, de par sa spécificité, intégrer la nomenclature des types d'activités proposée.

La DGS bureau SP3 a souhaité rédiger un texte décrivant l'approche française en matière de réduction de la demande. Ce texte est intégré aux chapitres 16 et 17.

Dans l'optique de pérenniser les motivations naissantes, il serait souhaitable que l'OFDT établisse un système de feed-back d'information entre les personnes-ressources et lui-même,

### **7.3\_ Centres de documentation**

Les sources en matière de documentation ne diffèrent pas de la dernière version de l'Information Map version I 1995. Ainsi le questionnaire de la section III de l'Information Map version II a été rempli par les centres de documentation suivants :

- Le centre coordonnateur : TOXIBASE Lyon
- Les centres associés :
  - AMPT (Marseille)
  - CAST (Reims)
  - CAS (Strasbourg)
  - DIDRO (Paris)
  - Marmottan (Paris)
  - PEPA - CRDT (Montpellier)
  - CEID-Pey-Berland (Bordeaux)
  - SEDAP (Dijon)
- Le centre de documentation de la MILDT.

Depuis sa création en 1986, TOXIBASE répond à deux objectifs : le développement de services d'information et de documentation dans le domaine de la pharmacodépendance (base

de données documentaires, service minitel et internet, magazines documentaires, revues de presses, ...) et l'accès à une documentation spécialisée grâce à un réseau de centres associés.

TOXIBASE est composé d'un réseau de 9 centres associés de documentation disséminés dans différentes régions :

- Paris : Centre DIDRO, centre Marmottan
- Reims : CAST
- Dijon : SEDAP
- Strasbourg : CAS
- Marseille : AMPT
- Bordeaux : CEID-Pey-Berland
- Montpellier : PEPA - CRDT

La majorité de ces centres sont implantés dans des structures d'accueil et des centres de postcure pour toxicomanes. Ce point est fondamental puisqu'il permet d'être directement et au plus proche des préoccupations cliniques du terrain.

Chaque centre de documentation associé a développé son propre fond documentaire consultable sur site, sur base internet, par minitel.

La base de données est alimentée par les différents centres au moyen de fichiers informatisés directement transmis au centre coordinateur. Ils participent également au développement d'autres produits et services.

Certains centres associés ont développé une approche documentaire spécifique fonction des activités du centre les accueillant : actions de prévention (DIDRO), recherche (Marmottan), psycho-analyse (Reims), liaison avec le Conseil de l'Europe (Strasbourg) ...

Ainsi, la grande richesse des réalisations et des interventions faites par les différents centres de documentation associés TOXIBASE a, dans une large mesure, dépassé le cadre documentaire permettant une réelle utilisation de la documentation couvrant des actions de prévention et d'information à un niveau global.

## **CHAPITRE 8. RAPPORTS AUX ORGANISATIONS INTERNATIONALES**

Quand les organisations internationales ont besoin d'informations quantitatives, dont la fourniture est généralement régie dans le cadre de conventions internationales, ces informations proviennent directement d'institutions opérationnelles, que les organisations internationales soient destinataires des rapports émis par ces institutions ou que les institutions répondent aux questionnaires émanant des organisations internationales.

Les principales institutions françaises citées en tant que sources ou correspondants dans les rapports internationaux sont :

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), pour la vision globale de l'action publique, 8 avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP, T:33 1-40566000, F:33 1-40567210,

Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS), pour tout ce qui concerne le contrôle et l'investigation, 101 rue des Trois Fontanot 92000 Nanterre, France T:33 1-40978033, F:33 1-47210320,

Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI), action de la douane, bilan statistique, 23 bis, rue de l'Université 75700 PARIS 07 SP

Direction Nationale du Renseignement et des Enquêtes Douanières (DNRED), le contrôle et l'investigation, 18-22 rue de Charonne, 75528 Paris Cedex 11, France, T:33 1-49233636, F:33 1-49233622,

Ministère de l'Industrie, Mission Nationale de Contrôle des Précurseurs Chimiques (MNCPP), agrément et enregistrement des opérateurs, application de la réglementation, échanges internationaux, 3-5 rue Barbet de Jouy, 75353 Paris Cedex 07, France, T:33 1-43192261, F:33 1-43192334,

Agence du Médicament, Direction de l'évaluation du médicament, Unité stupéfiants et psychotropes, pour le suivi des molécules psychotropes, 143/145, boulevard Anatole France, 93200 Saint Denis, France, T/33 1-48132291, F:33 1-48132003,

Ministère de la Justice, Service des Affaires européennes et internationales, Bureau du droit pénal international et de l'entraide répressive internationale, pour l'impact sur la législation Française, 13 place Vendôme, 75042 Paris, France, T:33 1-44861434, F:33 1-44861441,

Ministère des Affaires étrangères, Direction des français à l'étranger et des étrangers en France, Division des conventions judiciaires et de la nationalité, pour la coordination des participations aux conventions internationales, 23 rue La Pérouse, 75016 Paris, France, T:33 1-40667105, F:33 1-40666450,

Ministère des Affaires étrangères, Direction des affaires stratégiques de sécurité et du désarmement (DASSD), sous direction de la sécurité (SEC), 37 quai d'Orsay 75007 PARIS, T : 33 1 -43174551, F : 33 1-43175896

Secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) structure interministérielle pour les questions relevant de la compétence de l'Union européenne, 2, boulevard Diderot, 75012 PARIS, T:33 1-44871717, F:33 1-44871119.

Ministère du travail et des affaires sociales, Service des études, des statistiques et des systèmes d'information (SESI), 7, boulevard des cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75015 PARIS, France, T:33 1-44369000, F:33 1-44369110

Les travaux portant sur des aspects qualitatifs généralement spécialisés par thèmes mettent en oeuvre des réseaux d'intervenants comprenant généralement :

une coordination souvent réalisée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie,

une participation quasiment systématique des services responsables de la coordination interne de la lutte anti-drogue et/ou des statistiques au sein des services opérationnels,

une participation de spécialistes particuliers selon le domaine.

### **Le rapport national du Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pampidou)**

Le rapport national français est élaboré, pour la conférence ministérielle pan-européenne, par le représentant permanent au Conseil de l'Europe qui réalise une synthèse à partir d'informations obtenues auprès des sources institutionnelles et de commentaires fournis par les autres chargés de mission de la MILDT.

## **Les rapports du sous-groupe épidémiologie (Groupe Pompidou)**

Depuis trois ans, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies coordonne la contribution française à ce groupe. Les partenaires français sont : l'OFDT, l'IREP, la DGS, l'INSERM, le SESI et l'OCRITIS. La répartition des tâches de synthèse entre les partenaires est la suivante :

- rapport dit « tour de table » de la session de printemps : l'OFDT rédige, les autres partenaires valident,
- actualisation du rapport multi-villes : l'OFDT centralise l'actualisation des tableaux, l'IREP rédige le commentaire, les autres partenaires valident.

## **CHAPITRE 9. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 1996**

### **9.1\_Changements dans le dispositif d'observation**

L'enquête toxicomanie dite de novembre du service statistique du Ministère des affaires sociales (SESI), qui décrit les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, est un des piliers principaux du système statistique dans le domaine des toxicomanies. Existante sous sa forme actuelle depuis 1987, elle fait l'objet en 1996 d'une réflexion approfondie qui amènera une refonte complète de l'enquête en 1998 : sur le champ des établissements et services à enquêter, la méthodologie d'enquête et d'exploitation. Dans le cadre de cette refonte, l'OFDT a financé une étude d'évaluation de la couverture et de la qualité des informations recueillies dans l'enquête sur un échantillon représentatif d'établissements dans les régions Nord et Ile-de-France.

### **9.2\_Changements dans le point focal national**

*Voir chapitre 6*

### **9.3\_Nouvelles priorités de collecte**

*Voir conclusion*

## **PART III SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE**

### **CHAPITRE 10. HISTORIQUE, DEVELOPPEMENT DE L'USAGE DE DROGUES ET DES TOXICOMANIES (1960 - 1990)**

L'usage de drogues commence à prendre de l'importance en France à la fin des années 60. Les produits utilisés sont principalement le cannabis et le LSD. L'usage d'héroïne est encore marginal. Les usagers sont lycéens et étudiants de milieux sociaux plutôt favorisés. Le recours aux drogues se présente comme un comportement contestataire alternatif.

Au cours des années 70, notamment la seconde moitié, l'usage d'héroïne et l'héroïnomanie se développent. L'usage de LSD diminue mais l'héroïne, les barbituriques et les amphétamines se répandent dans de nouveaux milieux, moins favorisés. L'usage de la seringue est très fréquent. La drogue est une fuite et une fin en soi. Le rôle de l'argent devient prépondérant et la revente de drogue pour s'en procurer se développe.

Le phénomène s'aggrave dans les années 80 par l'extension des usages à tous les milieux, l'arrivée de nouveaux produits (solvants, cocaïne qui était jusque là principalement utilisé par de petits groupes socialement bien insérés, crack à la fin des années 80), et le développement des polytoxicomanies par association massive d'alcool et de médicaments psychotropes. Les conséquences sanitaires des toxicomanies s'aggravent : explosion du nombre de décès par surdose, émergence du SIDA.

### **CHAPITRE 11. SITUATION ACTUELLE SUR L'USAGE DE DROGUES ET LA TOXICOMANIE (PREVALENCE, DROGUES, MODES D'USAGE, CARACTERISTIQUES, TENDANCES)**

Les indicateurs mentionnés dans chaque partie proviennent de sources de données statistiques et épidémiologiques couvrant en général le territoire national et dont la production d'informations est régulière. Ces statistiques lourdes ne sauraient cependant à elles seules appréhender l'ensemble des tendances en matière de drogues et de toxicomanies et c'est pour cette raison qu'il nous a paru important d'intégrer des textes d'auteur qui font état d'enquêtes ponctuelles sur des populations plus spécifiques de toxicomanes.

#### **11.1\_ Consommation de drogues dans la population**

##### **A. Consommations de drogues chez les adultes**

##### **L'enquête Baromètre Santé 95**

D'après l'enquête Baromètre Santé 95, 22 % des adultes entre 18 et 75 ans se seraient vu proposer ne serait-ce qu'une fois de la drogue, les hommes étant plus fréquemment sollicités que les femmes. Dans 93 % des cas, il s'agissait de cannabis. La cocaïne, proposée dans 6 % des cas en 1992, est plus présente en 1995 : 12 % des personnes sollicitées s'en sont vu proposer.



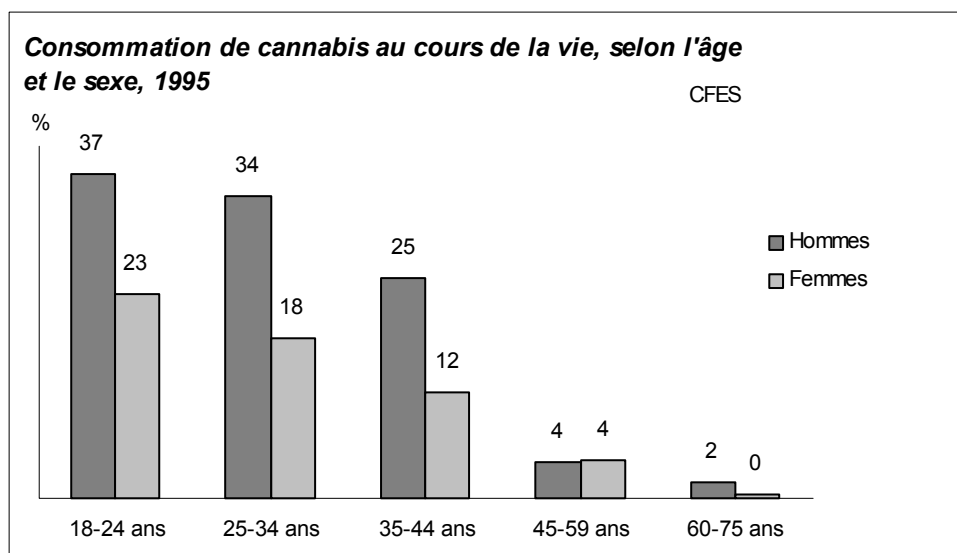
**Consommation de drogue selon les produits (%), 1995**

CFES

Usage de drogue au cours de ...	la vie (%)	l'année (%)
Cannabis	15,2	4,4
Hallucinogènes	1,5	0,2
Médicaments	1,1	0
Cocaïne	1,1	0,1
Colles et solvants	0,8	0,1
Ecstasy, amphétamines	0,7	0,3
Héroïne	0,4	0
Autre drogue	0,5	0,1
Toutes drogues	15,8	4,4

La proportion de personnes qui déclarent avoir pris une drogue au cours de leur vie est passée de 12 % en 1992 à 16 % en 1995. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que l'usage de drogue est plus banalisé, particulièrement chez les jeunes, ce qui induit une meilleure déclaration. On pourrait également avancer l'hypothèse que les générations les plus anciennes, générations qui n'ont pas ou très peu expérimenté une drogue, disparaissent et sont remplacées par des générations pour lesquelles l'usage de drogues est moins rare. Cette hypothèse permettrait notamment d'expliquer la hausse du taux d'expérimentateurs ou usagers de plus de 45 ans entre 1992 et 1995.

L'expérimentation de drogue au cours de la vie est très liée au sexe et à l'âge. Les hommes, il est vrai plus souvent sollicités, comptent parmi eux 21 % d'usagers (au moins une fois) contre 11 % chez les femmes. Par ailleurs, l'expérimentation de drogue au cours de la vie diminue avec l'âge des sujets enquêtés : elle passe de 32 % pour les 18-24 ans à 1,5 % pour les 60-75 ans.



En 1995, la part des personnes ayant consommé une drogue au cours des 12 derniers mois est, comme en 1992, de 4 % (6 % chez les hommes et 3 % chez les femmes). Comme pour la consommation au cours de la vie, il s'agissait à plus de 90 % de cannabis. L'usage au cours des 12 derniers mois est particulièrement fréquent chez les célibataires et les étudiants/appelés : il concerne respectivement 13 % et 17 % d'entre eux.

## L'enquête dans les centres de sélection des armées

L'enquête réalisée en 1995 auprès des jeunes hommes (essentiellement entre 18 et 22 ans) convoqués dans les centres de sélection des armées permet de repérer, grâce à un entretien conduit par un médecin, les consommations de drogue au cours des trois derniers mois. Elle permet également de déceler, par des analyses d'urines, les consommations qui remontent à 2 ou 3 jours pour les opiacés et la cocaïne et à une semaine pour le cannabis.

### **Conduites toxicophiles chez les jeunes des centres de sélection, sexe masculin, 1995**

DCSSA

<b>Usage de drogue au cours des trois derniers mois (%)</b>	
Cannabis	19,1
Cocaïne	0,7
Héroïne	0,6
Ecstasy	0,5
LSD	0,4
Champignons	0,2
Amphétamines	0,2
Codéine	0,1
Colles, solvants	0,1

Le cannabis est le produit le plus consommé : 19 % des personnes enquêtées dans ces centres déclarent en avoir consommé au cours des 3 derniers mois. Il est présent dans 16 % des urines. Mais la proportion de consommateurs de cannabis au cours des 3 derniers mois s'élève à 26 % si l'on tient compte des déclarations (quel que soit le résultat de l'analyse d'urines) et des résultats urinaires positifs (quelle que soit la déclaration). Tous âges confondus, 24 % des consommateurs déclarent une fréquence d'usage pluri-hebdomadaire et 38 % une fréquence inférieure à une fois par mois.

Les autres drogues sont moins fréquentes : la cocaïne et l'héroïne sont respectivement déclarées par 0,7 % et 0,6 % des sujets et révèlent un test positif dans moins de 0,2 % des cas. Les fréquences de consommation sont inférieures à celles du cannabis : les deux tiers en consomment moins d'une fois par mois. Cependant, les consommateurs pluri-hebdomadaires sont plus fréquents parmi les usagers d'héroïne (15 %) que parmi les usagers de cocaïne (5 %).

### **Repères méthodologiques**

- **Baromètre Santé 1995, CFES**

Echantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans (n = 1993) consulté en décembre 1995.

On repère les individus qui déclarent avoir consommé une drogue illicite ou un produit toxique détourné de son usage normal : au cours des 12 derniers mois, au cours de la vie.

Produits cités : cannabis - médicaments pour se droguer, calmants, barbituriques, stimulants - hallucinogènes, LSD, champignons hallucinogènes - cocaïne - produits à inhaler (éther, poppers, colles) - ecstasy, amphétamines - héroïne.

- **Enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection 1995, DCSSA**

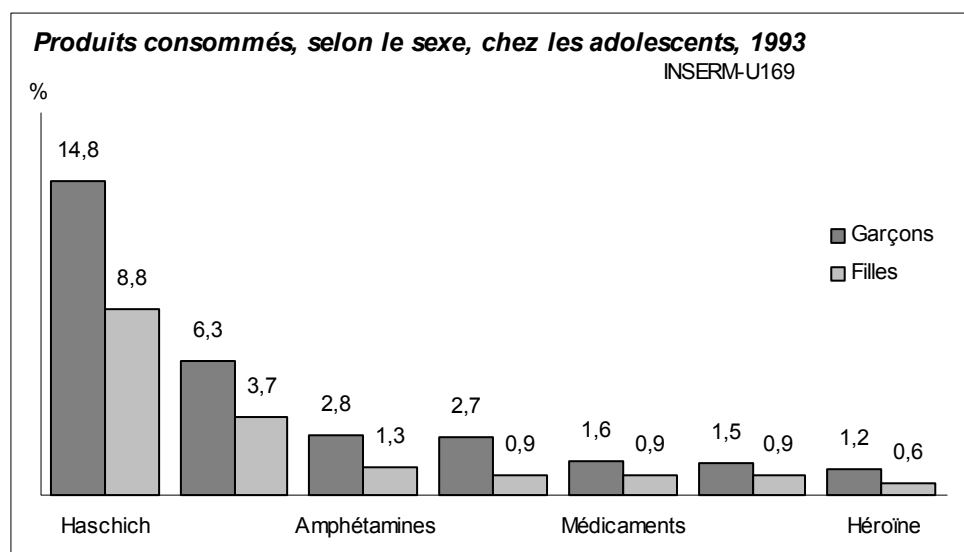
Echantillon aléatoire, par tirage au sort à deux degrés dans chaque centre de sélection, des jeunes convoqués pendant le premier trimestre 1995 (n = 10 870). Il s'agit de jeunes de sexe masculin se présentant dans les 10 centres de sélection de France métropolitaine et non candidats à l'engagement.

L'enquête consiste en a)- un prélèvement d'urines en vue de la recherche des métabolites du cannabis, des opiacés et de la cocaïne (pour ces deux derniers, confirmation par chromatographie en gaz liquide et spectrométrie de masse) et en b)- un entretien effectué par un médecin sur la consommation au cours des trois derniers mois.

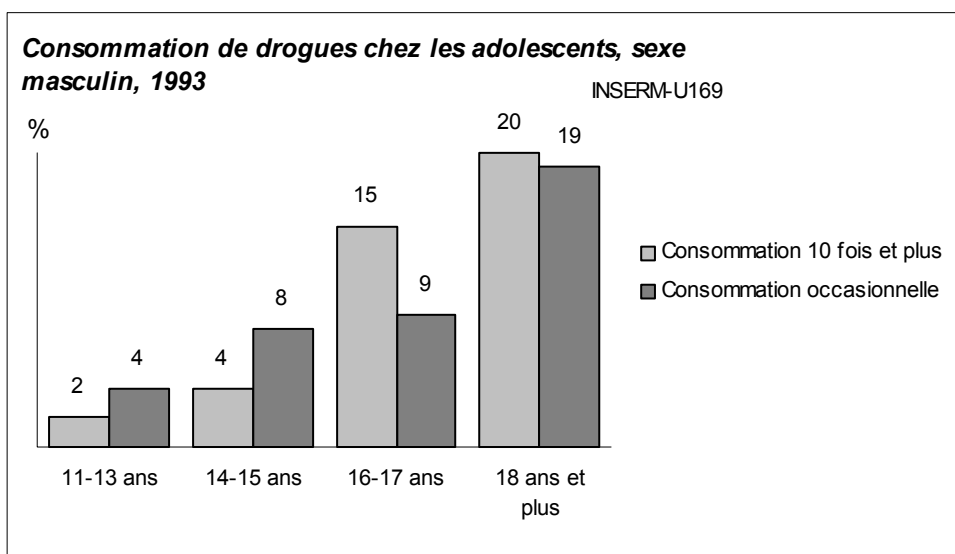
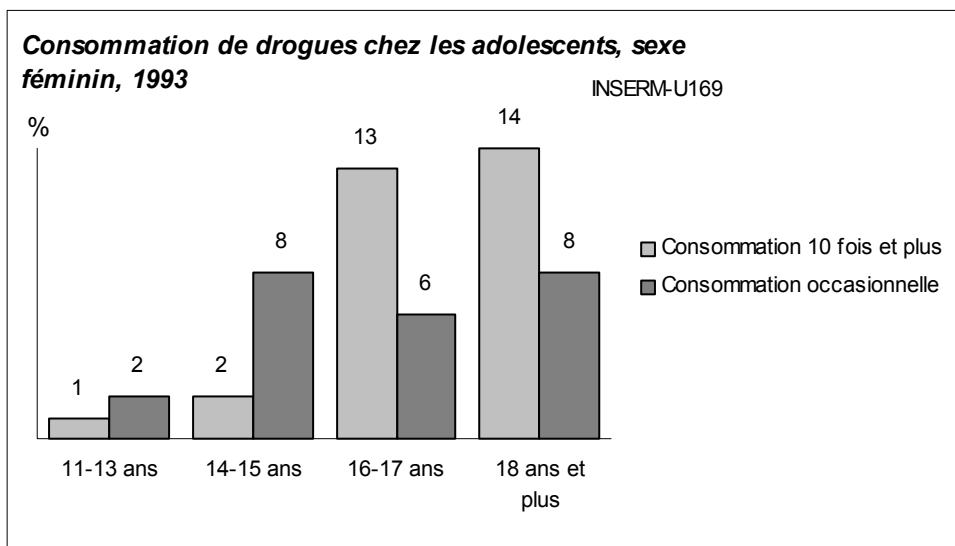
## **B. Consommations de drogues chez les adolescents**

Différentes enquêtes montrent qu'en 20 ans l'expérimentation d'une drogue illicite s'est répandue chez les adolescents scolarisés.

En 1993, parmi les 11-19 ans, 85 % n'ont jamais pris de drogue, 5 % en ont pris plus de dix fois. Le haschich est la drogue la plus expérimentée : 12 % des adolescents en ont déjà fumé. Les produits à inhaler (qui ne sont pas des produits illicites) viennent ensuite et concernent 5 % d'entre eux. Cocaïne et héroïne sont très peu consommées : environ 1 % des 11-19 ans en ont pris au moins une fois. En ce qui concerne l'ecstasy et les amphétamines, l'enquête ne peut rendre compte de leur usage parmi les adolescents car c'est un phénomène récent actuellement en forte expansion. Il semblerait cependant qu'une part non négligeable des jeunes qui participent à des "rave party" en consomment à cette occasion. Il en est de même du LSD mais, semble-t-il, dans des proportions moindres.



Comme l'alcool, la drogue est un produit consommé plutôt par les garçons. Entre 11 et 19 ans, 18 % d'entre eux ont déjà expérimenté une drogue illicite, contre 12 % des filles (qui consomment plus de médicaments psychotropes). Par ailleurs, si la consommation s'accroît avec l'âge, et cela de façon plus marquée chez les garçons, elle devient aussi de plus en plus fréquente. A 18 ans, 19 % des garçons et 8 % des filles en ont pris plus de 10 fois au cours de leur vie.



Les polyconsommateurs sont fréquents. Ainsi, 92 % de ceux qui ont expérimenté une drogue illicite prennent aussi de l'alcool ou du tabac, dans la majorité des cas de façon régulière ou quotidienne. Consommer régulièrement l'un de ces produits augmente, en effet, nettement les risques d'être également expérimentateur d'une drogue illicite. Si les consommateurs d'alcool, de tabac et de drogues sont de plus en plus nombreux avec l'âge, il en est de même pour les poly-usagers, occasionnels ou réguliers, des trois produits qui passent d'une représentation de 1,2 % parmi les 11-13 ans à 21 % parmi les 18 ans et plus.

### **Repères méthodologiques**

- ***Enquête Santé des Adolescents 1993, INSERM-U169***

Echantillon représentatif sur le plan national des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire public (collèges et lycées) âgés de 11 à 19 ans (n = 12 391). Taux de non-réponses entre 1 % et 3 % sur la consommation de drogue.

Il s'agit de la consommation durant la vie de 7 classes de produits : haschich, cocaïne, héroïne, amphétamines, produits à inhaler, hallucinogènes, médicaments pour se droguer.

## **11.2\_usagers de drogues, toxicomanes (estimations, indicateurs indirects)**

### **A. Usagers de drogues et toxicomanes : estimations de prévalence**

Une des tâches prioritaires du programme de travail de l'observatoire est de développer les méthodes d'estimation de la prévalence de l'usage de drogues, notamment celles qui utilisent les indicateurs indirects produits par les sources institutionnelles régulières. Il s'agit de pouvoir indiquer aux pouvoirs publics l'ampleur du phénomène auquel ils ont à faire face. En fait, du point de vue de la réduction des risques infectieux qui constitue une des priorités actuelles de la lutte contre la toxicomanie, l'interrogation porterait plus précisément sur les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse, qui sont en majorité des héroïnomanes.

Il n'est et ne sera jamais possible de répondre précisément à la question : combien y a-t-il de toxicomanes ? L'estimation d'un ordre de grandeur est seule envisageable et demande la prise en compte de nombreuses hypothèses dont la stabilité est toute relative. La méthode macro-démographique d'estimation du nombre d'héroïnomanes, présentée dans la précédente édition du rapport, est ici reprise. Une autre évaluation, portant sur le nombre d'utilisateurs occasionnels de drogues, est également présentée. Il semble en effet important de bien mettre ainsi en perspective ces deux ordres de grandeur afin de bien marquer la différence entre usagers de drogues et toxicomanes. Cette distinction se concrétise par une différence considérable. Or souvent, sous le même terme de "toxicomanes", sont évoquées des réalités sans aucune commune mesure.

#### **Les expérimentateurs, le cannabis**

Nous ne disposons pas en France d'enquête générale sur les consommations de drogues. Néanmoins certaines sources existent sur des champs partiels. En les rapprochant nous pouvons donner un ordre de grandeur de l'usage de drogues.

Ainsi en considérant les notions de "consommation au cours de la vie, au cours de l'année écoulée", utilisées dans les deux principales sources dont nous disposons en la matière, nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes qui ont, en France, consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de celles qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Dans plus de 90 % des cas il s'agit de haschisch.

#### **Les héroïnomanes**

En utilisant un modèle démographique, nous pouvons estimer le nombre d'héroïnomanes à environ 160 000. Il s'agit de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système sanitaire et social. L'accent est mis sur les formes les plus lourdes de l'usage d'héroïne. Cette estimation ne prend pas en compte les usages, occasionnels ou lourds, gérés par les personnes sans qu'elles fassent appel au système sanitaire et social en raison de leur pratique.

Le même modèle, pour estimer le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse, aboutirait à un résultat identique. Si l'on considère les résultats de l'enquête du SESI, le nombre de cas avec "héroïne" en produit principal et celui pour lesquels il est mentionné un usage par la voie intraveineuse est sensiblement le même. En effet certaines personnes utilisant principalement d'autres substances peuvent tout de même utiliser le mode d'administration intraveineux, ou consommer par cette voie de l'héroïne en produit associé.

Cette estimation doit être considérée avec la plus extrême prudence compte tenu des hypothèses retenues pour sa construction. Elle devrait être recoupée avec d'autres calculs construits à partir de modèles différents. Ainsi, l'extrapolation au niveau national des résultats de la méthode "capture-recapture" appliquée récemment en agglomération toulousaine donnerait un chiffre sensiblement différent. Mais cette méthode ne peut pas, en l'état actuel de son développement, être considérée comme robuste. Toutefois, ce type de rapprochement encore très fruste sera approfondi car seule une approche en faisceau d'indicateurs permet d'approcher la réalité dans un domaine aussi difficile à quantifier.

### **Repères méthodologiques**

#### **Les héroïnomanes**

• *Méthode démographique : 160 000 héroïnomanes*

- nombre de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois qui ont ou auront recours au système sanitaire et social

- hypothèses : flux annuel d'entrée estimé à 20 000 (enquête du SESI de novembre 1993) ; durée moyenne de toxicomanie estimée à 8 ans

• *Méthode "capture-recapture" appliquée à Toulouse*

- La méthode "capture-recapture" repose sur l'utilisation et le recoupement de plusieurs sources indépendantes d'enregistrement de cas. Chacune des sources constitue une liste d'individus considérée comme un échantillon de la population totale. Les individus peuvent apparaître sur plusieurs listes. En analysant la composition des différentes listes, notamment les doublons, on arrive par modélisation mathématique à estimer la "population cachée" et donc à évaluer la population totale.

- taux de prévalence usagers d'opiacés (15-44 ans) estimé à Toulouse : 3,5 %

#### **Les expérimentateurs de drogue**

• *Consommation au cours de la vie : toutes drogues (7 millions), haschisch (6,2 millions)*

- taux 11-17 ans (11 %) : source INSERM U169, enquête 93

- taux 18-75 ans (16 %) : source CFES, Baromètre Santé 95

- ratio de l'usage dans l'année par rapport à l'usage au cours de la vie (28 %) : source CFES, Baromètre Santé 95

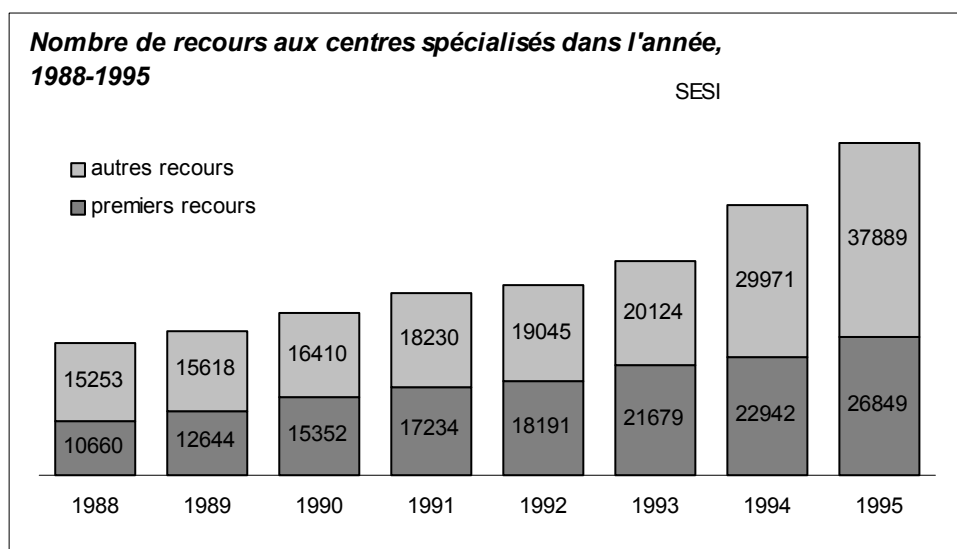
### **B. Toxicomanes suivis par les institutions sanitaires et sociales**

Les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social sont repérés différemment selon le type d'établissement enquêté. Ainsi, seuls les centres spécialisés de soins permettent le calcul d'un nombre annuel de recours. Dans les hôpitaux et les centres sociaux, on ne recense que les toxicomanes suivis pendant le mois de novembre.

Le nombre de recours est avant tout un indicateur de la demande de soins. Il présente toutefois certaines limites parmi lesquelles on peut citer : la sélection de la clientèle, le temps de latence entre le début de la toxicomanie et le premier contact, la variation des besoins sanitaires et de l'offre de soins.

Le nombre de toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social s'accroît d'une année sur l'autre (doublement en 5 ans) mais la tendance est plus marquée dans les centres spécialisés en 1994 et 1995. En effet, ils enregistrent entre 1994 et 1995 une augmentation de 20 % du nombre de recours en novembre, et de 22 % pour les recours annuels. Cet

accroissement peut être le reflet combiné d'une augmentation du nombre de toxicomanes, de changements dans les pratiques de soins, d'un recours aux soins plus fréquent ou encore le signe d'une morbidité accrue. Dans les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie, la relative stabilité des effectifs qui est observée peut être en partie liée à des problèmes de fluctuation du nombre d'établissements répondant, et donc difficilement interprétable.



**Etablissements sanitaires et sociaux en activité et toxicomanes reçus en novembre 1995**

SESI

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de toxicomanes
<b>Centres spécialisés</b>	<b>229</b>	<b>11114</b>
<b>Etablissements sanitaires :</b>	<b>526</b>	<b>7026</b>
Centre Hospitalier Régional	54	1763
Centre Hospitalier et Hôpital	278	2323
Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie et Hôpital Psychiatrique privé faisant fonction de public	112	2619
Maison de santé pour malades mentaux	82	321
<b>Etablissements sociaux :</b>	<b>554</b>	<b>4763</b>
Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale	316	1472
Club et équipe de prévention	238	3291

Au cours de l'année 1995, 64 738 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés ; pour 41 % d'entre eux, il s'agissait d'un premier recours à ce type de structure. En novembre 1995, 11 114 toxicomanes ont eu recours aux centres spécialisés, 7 026 aux hôpitaux et 4 763 aux centres sociaux. Parmi les toxicomanes suivis en novembre dans les hôpitaux et les centres sociaux, certains déclarent être également suivis dans un centre spécialisé. Ils représentent 29 % des recours aux hôpitaux et 11 % des recours aux centres sociaux. La prise en compte de ces doublons permet d'estimer à environ 20 300 le nombre de

toxicomanes suivis en novembre 1995 dans le système sanitaire et social, dont plus d'un quart en Ile-de-France.

Pour un même patient, la prise en charge est fréquemment multiforme, ce que les résultats de l'enquête ne reflètent pas. En effet, seule la nature de la prise en charge considérée comme prédominante est connue. Elle est, dans l'ensemble, peu différente de celle observée les années précédentes. Ainsi, dans les centres spécialisés, 44 % des toxicomanes sont suivis, en novembre 1995, pour soutien psychologique et/ou socio-éducatif, et 18 % d'entre eux pour sevrage. Pour 82 % des toxicomanes ayant recours aux hôpitaux, la prise en charge est médicale : il s'agit de sevrage ou de traitement d'affections somatiques ou psychiatriques. Dans les centres sociaux enfin, le soutien psychologique et/ou socio-éducatif représente 40 % des prises en charge et l'aide à la (ré) insertion professionnelle 28 %.

### **Repères méthodologiques**

- ***Enquête Toxicomanie de novembre, SESI***

On recense les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés en toxicomanie (CHRS, Clubs et équipes de prévention)), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant la période d'observation (l'année ou le mois de novembre).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. Un même toxicomane peut avoir plusieurs fois recours au même établissement ou à des établissements différents, parfois même de manière simultanée.

La capacité des différents types d'établissement à repérer un sujet comme toxicomane est variable. Ceci est particulièrement vrai dans les hôpitaux et les centres sociaux, qui ne sont pas, par nature, spécialisés dans ce type de prise en charge, contrairement aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Par ailleurs un toxicomane peut faire appel à ces structures pour des raisons non liées à la toxicomanie.

Le champ de l'enquête, s'il peut être considéré comme constant dans les centres spécialisés, est très fluctuant dans les hôpitaux et les centres sociaux, ce qui rend imprécis le taux de couverture de l'enquête dans ces établissements.

Le nombre de toxicomanes suivis dans l'année, dans les centres spécialisés, est probablement surestimé : il existe des doublons (recours à plusieurs centres dans une même année) et dans certains cas il semblerait que ce soit des recours (faits) et non des toxicomanes (personnes) qui soient comptabilisés.

Taux de non-réponses : 2 % sur la nature de la prise en charge.

### **11.3\_modes d'usage et caractéristiques des usagers**

#### **A. Age**

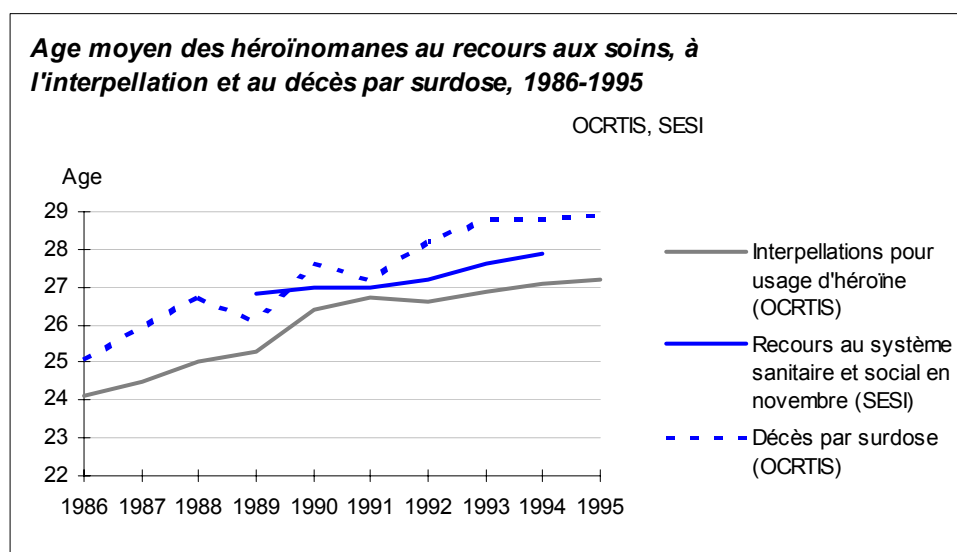
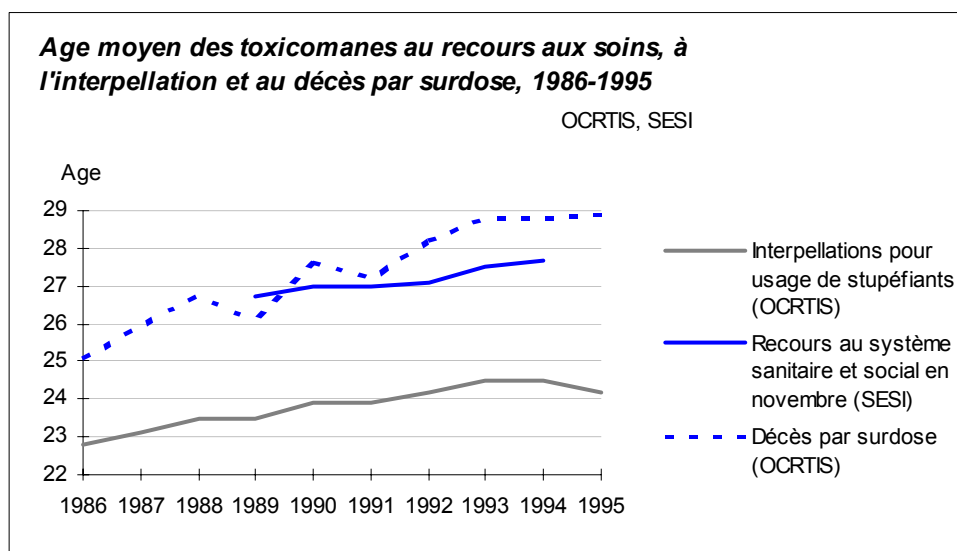
Tout comme les consommations de produits psychotropes licites, l'usage de drogues et les toxicomanies sont très liés à l'âge, et ce quelles que soient les institutions qui repèrent les consommateurs de produits illicites. La grande majorité d'entre eux se concentre fortement entre 20 et 35 ans.

D'une année sur l'autre, les âges moyens ne cessent de s'accroître. Cette tendance au vieillissement est constatée aussi bien chez les usagers de drogue interpellés (+ 2 ans en 10 ans) que chez les toxicomanes suivis par le système sanitaire et social (+ 1 an en 6 ans), ou



encore chez les sujets décédés par “surdose” ayant fait l’objet d’une constatation par les services de Police ou de Gendarmerie dont l’accroissement de l’âge moyen au cours des dix dernières années est le plus fort (+ 4 ans). Afin de tenter d'expliquer ce vieillissement, plusieurs hypothèses peuvent être avancées ; il est difficile de les vérifier mais il est probable qu’elles se combinent entre elles :

- une plus grande tolérance de l'entourage vis à vis des toxicomanes, une plus grande socialisation retardant leur visibilité par les institutions (interpellations, recours aux soins plus tardifs) même si l’âge d’entrée dans la toxicomanie reste stable,
- une variation des âges d'entrée et de sortie de la toxicomanie, à savoir une entrée et/ou une sortie plus tardive au fil des années, ou une entrée plus précoce et une sortie encore plus tardive,
- un non renouvellement partiel de la population, en d’autres termes ce serait en partie les mêmes que l'on verrait chaque année,
- l'apparition de nouveaux itinéraires, par exemple des cas de personnes ayant arrêté depuis longtemps tout usage de drogue et qui reprennent, ou encore de personnes qui entrent dans la toxicomanie après 35 ans.



Si l’évolution des âges moyens des usagers interpellés et des toxicomanes ayant recours aux soins est similaire, l’écart est en moyenne de 3 ans. Les premiers ont en moyenne, en 1995, 24,2 ans ; les seconds ont en moyenne, en novembre 1994, 27,7 ans. La comparaison des seuls consommateurs d’héroïne en produit principal, auxquels on peut ajouter les décès par

“surdose” (provoqués dans plus des 3/4 des cas par une prise d’héroïne), met en évidence des âges moyens très proches : 27,2 ans pour les interpellations en 1995, 27,9 ans pour les recours en novembre 1994 et 28,9 ans pour les décès par surdose en 1995. Les consommateurs de cannabis, dont l’âge moyen se situe autour de 23 ans, sont massivement représentés dans les interpellations alors qu’ils constituent une minorité des recours aux soins.

Les personnes interpellées pour usage de crack font cependant exception au vieillissement de la population des toxicomanes : elles observent, en effet, un certain rajeunissement. Leur âge moyen en 1995 est de 28,4 ans.

Dans le domaine sanitaire et social, il est nécessaire de distinguer les toxicomanes selon le type d’établissement auquel ils ont recours. Les sujets les plus âgés sont suivis dans les hôpitaux : ils ont en moyenne 29,2 ans. C’est dans les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie que l’on rencontre les plus jeunes : leur âge moyen est de 24,5 ans. Par ailleurs, on observe que les sujets pour lesquels il s’agit d’un premier recours au titre de la toxicomanie sont un peu plus jeunes.

### **Repères méthodologiques**

- ***Enquête Toxicomanie de novembre, SESI***

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. Un même toxicomane peut avoir plusieurs fois recours au même établissement ou à des établissements différents, parfois même de manière simultanée.

- ***Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS***

On repère les interpellations dans l'année pour usage illicite de stupéfiants. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

Les décès par surdose sont les décès accidentels directement ou indirectement liés à l'usage de drogue constatés par les services de Police et de Gendarmerie.

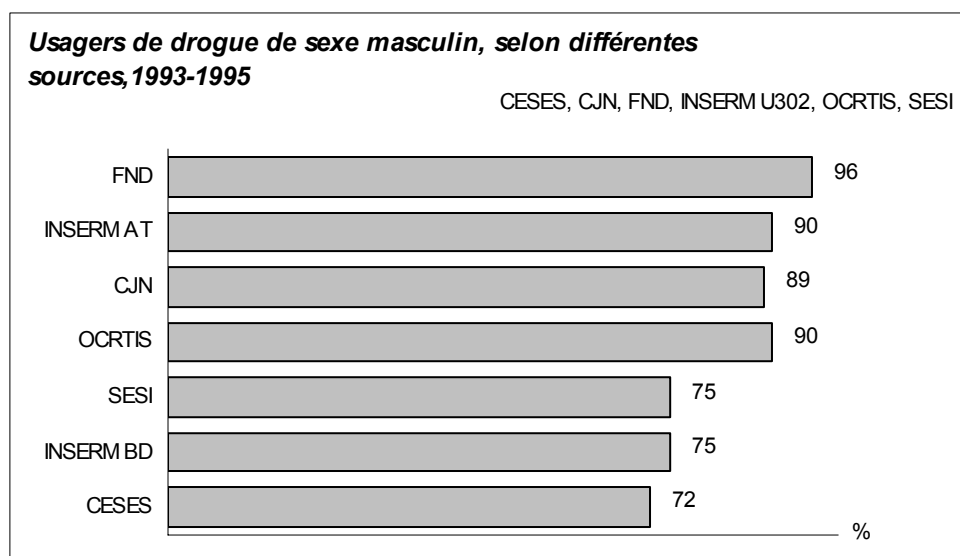
### **B. Sexe et nationalité**

Le sexe masculin est de loin le plus représenté chez les toxicomanes. C'est dans le domaine répressif que la différence entre les sexes est la plus prononcée. Ainsi, les usagers de drogue interpellés, condamnés ou encore incarcérés sont à 90 % des hommes. Dans le secteur sanitaire et social, 75 % des toxicomanes suivis sont de sexe masculin.

Il existe de véritables différences selon le sexe dans les conduites toxicomaniaques : les modes de prise de risque et les modes de gestion de la toxicomanie diffèrent selon les sexes ; les femmes sont moins consommatrices de drogues illicites, elles sont plus axées sur les médicaments psychotropes. Il existe également des différences dans les pratiques institutionnelles : les femmes par exemple sont moins interpellées.

Selon les sources, 70 % à 90 % des toxicomanes sont de nationalité française. C’est dans le domaine répressif que les taux sont les plus bas. Ces proportions sont, au niveau national,

moins importantes que celle relevée en population générale de même âge. Si l'on affine la comparaison au niveau régional, les différences sont atténuées.



### **Repères méthodologiques**

Etranger : personne de nationalité étrangère (CEE + hors CEE).

Sources

CESES : toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés avec hébergement, deuxième semestre 1995.

CJN : condamnations pour usage illicite de stupéfiants, 1993.

INSERM AT : toxicomanes incarcérés consultant dans les antennes toxicomanie, 1994.

INSERM BD : toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés, 1993-94.

OCRITIS : interpellations pour usage illicite de stupéfiants, 1995.

FND : incarcérations pour usage de stupéfiants en infraction principale, 1995.

SESI : toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales en novembre 1994.

### **C. Approche ethnographique de la consommation de cannabis en France**

Dr François-Rodolphe \*INGOLD, Mohamed \*\*TOUSSIRT

\* Directeur scientifique de l'IREP

\*\* Sociologue à l'IREP

32-36, rue Jean COTTIN

75018 PARIS

L'objectif de cette étude était d'appliquer les méthodes ethnographiques à la consommation de cannabis, ceci afin d'explorer les différentes modalités de consommation de ce produit, les grandes caractéristiques sociales des usagers ainsi que les éventuels problèmes sociaux et sanitaires pouvant être associés aux différents types de consommation. La difficulté paradoxale de cette recherche a consisté en l'exploration d'un phénomène illicite et, en même temps, banalisé et caché. Du fait de la rareté des études menées sur cette consommation, nous avons opté pour une exploration aussi large que possible du phénomène et sans définition restrictive quant à la fréquence ou aux quantités consommées. D'un point de vue

méthodologique, nous avons choisi une approche permettant le rassemblement et la confrontation d'un vaste matériel quantitatif (issu du questionnaire) et qualitatif (sous la forme d'observations de terrain et d'entretiens).

## **Méthode**

L'essentiel des informations dont nous disposons sur cette consommation provient d'enquêtes administratives ou d'études qui ont été réalisées dans des contextes institutionnels particuliers (institutions de soins pour toxicomanes, milieu scolaire, données policières). Ces informations ne peuvent prétendre donner une image exhaustive de cette consommation ou de ces consommateurs. Il était donc intéressant de mener cette étude en milieu naturel, de façon à obtenir une image moins biaisée de ces consommateurs dont nous savons par ailleurs qu'ils sont relativement peu en contact avec les institutions médico-légales spécialisées.

La constitution de l'échantillon a été faite selon la méthode dite de "boule de neige", cette dernière permettant l'exploration de différents milieux et réseaux sociaux et rendant possible l'exploration de la très grande diversité des modes de consommation et des situations sociales des consommateurs. Cette méthode ne permet pas pour autant la constitution d'un échantillon dit représentatif mais donne au moins la garantie d'un échantillonnage très diversifié, où les principaux cas de figure sont présents. En pratique, les enquêteurs ont été chargés, à partir d'un sujet connu, de progresser de proche en proche jusqu'à épuisement de la chaîne.

L'étude elle-même s'est réalisée au niveau de plusieurs sites géographiques distincts : Paris, la banlieue parisienne, Marseille et sa région, Rennes et sa région et deux sites ruraux, le Lot et la Drôme.

## **Principaux résultats**

La population : il s'agit d'une population principalement masculine (71 % d'hommes) et qui se distingue assez nettement de celle des usagers de drogues tels qu'ils sont vus dans les hôpitaux ou les prisons. L'âge moyen des sujets est de 28 ans, mais la pyramide des âges est élargie, comprenant des hommes et des femmes âgés de plus de 50 ans. Les sujets, dans leur ensemble, apparaissent comme étant bien insérés. Le niveau d'études est élevé : 49 % d'entre eux ont atteint un niveau d'études supérieur. Dans l'ensemble, les situations sociales des parents ne sont pas spécialement caractérisées par le chômage ou la désintégration familiale.

Les consommations : le plus souvent, il s'agit de sujets qui déclarent consommer du cannabis tous les jours et plusieurs fois par jour (56 %) ; dans les autres cas, la fréquence de consommation est plus basse, une ou plusieurs fois par semaine (30 %) ou par mois (14 %). Il s'agit donc, dans l'ensemble, de consommations régulières et relativement intensives, les différences entre hommes et femmes étant minimales. Le produit le plus consommé est le haschich (78 %) bien que l'herbe soit préférée à la résine (61 %).

Ces consommations se distinguent nettement des consommations telles qu'elles sont connues pour les drogues comme la cocaïne ou l'héroïne. Une dimension conviviale et de groupe est le plus souvent retrouvée, qu'il s'agisse de la consommation elle-même ou de l'achat. Signalons l'existence très nette de la culture et du don comme formes d'acquisition.

Les produits qui sont consommés en association avec le cannabis sont dominés par l'alcool et le tabac. Les autres produits licites ou illicites ayant été expérimentés au cours de la vie sont essentiellement l'héroïne et la cocaïne pour les plus âgés, l'ecstasy pour les plus jeunes. Dans l'ensemble, la consommation de cannabis semble bien contrôlée, plutôt stable, peu ou pas

remise en question par la majorité des usagers et le plus souvent décrite comme satisfaisante. Ceci n'exclut cependant pas de fortes préoccupations des sujets par rapport au thème de la dépendance (61 %), le cannabis occupant à cet égard un statut très particulier : drogue illicite, peu susceptible d'amener un état de dépendance et pouvant même avoir une fonction de protection par rapport à la dépendance, notamment chez les anciens alcooliques et les anciens toxicomanes. Il n'en reste pas moins qu'une minorité d'usagers déclarent en être "dépendants".

Consommateurs et consommations : les données qualitatives qui ont été rassemblées grâce aux entretiens et aux observations des enquêteurs permettent d'établir quelques points que nous ne faisons ici que résumer.

Le premier "joint" n'a généralement rien de spectaculaire quant aux circonstances : il s'agit le plus souvent de fêtes, de rassemblements et parfois du service militaire. Cette première expérience est le plus souvent sans suite immédiate, sinon sans effet. Les effets recherchés par le consommateur n'apparaissent que dans un second temps, quand le sujet commence à reconnaître les propriétés psychotropiques du produit et à les apprécier. Il découvre tout d'abord les propriétés euphorisantes et, ensuite, apprend à adapter sa consommation. Tout un apprentissage se met en place lui permettant de maîtriser les effets du produit dans le temps et rendant possible une intégration de cette consommation dans le mode de vie du sujet.

Les générations : trois générations distinctes d'usagers peuvent être décrites. Les plus âgés, à partir de 40 ans, sont essentiellement des consommateurs de longue date. Ils sont le plus souvent bien intégrés socialement bien que certains conservent un style de vie ou des activités marginales, artistiques. La plus grande partie de notre échantillon est composée des sujets âgés de 25 à 40 ans. Ils sont nombreux à avoir découvert le cannabis dans leur quartier, au lycée ou à l'université. Ils fonctionnent en réseaux et s'approvisionnent en groupe. Les moins de 25 ans, enfin, ont souvent découvert le cannabis très jeunes, en même temps que la première cigarette, à un moment où la drogue elle-même était devenue comme un "terrain de jeux" pour beaucoup, via le cinéma et la télévision. Parmi ces derniers, beaucoup consomment de l'ecstasy.

## **Conclusion**

Notre étude confirme la grande diffusion de la consommation du cannabis dans tous les milieux sociaux sans exception. De même que pour tous les psychotropes, la consommation du cannabis concerne essentiellement une population de jeunes et de jeunes adultes et semble s'épuiser avec l'âge.

Il semble se confirmer également que cette consommation soit peu associée avec des complications sévères d'ordre sanitaire ou social. Ce point place le cannabis dans une position très particulière par rapport aux autres drogues. Cependant, nous observons également que certains modes de consommation sont très intensifs, souvent en association avec d'autres drogues licites ou illicites.

Il nous semble que la dite "banalisation" du phénomène occulte la place du cannabis en tant que psychotrope puissant.

## **Repères méthodologiques**

Cette étude a été financée par la Direction Générale de la Santé et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Elle a été réalisée avec les contributions de : Catherine Flament (Marseille), Magguy Coulouarn (Rennes), Liliane Prévot (Cahors), Jean-Pierre Blanc (Montélimar) et Bernard Renucci (Paris et banlieue).

L'échantillon global (N = 1 087) a été constitué à partir d'une centaine de "boules de neige" de tailles inégales, certaines ayant dépassé 10 "vagues" et d'autres s'étant tariées au bout de deux ou trois. Chaque enquêteur, de plus, a eu la possibilité d'interroger environ 10 % des sujets en dehors de cette procédure, ceci afin de ne pas exclure de fait certaines personnes se trouvant dans des situations particulières ou difficilement accessibles (demandeurs de soins, malades du SIDA, sujets marginalisés...).

Le nombre de sujets enquêtés par site est de : 276 à Paris, 167 en banlieue parisienne, 297 à Marseille et dans sa région, 153 à Rennes et dans sa région, 50 dans le Lot et 51 dans la Drôme. Au total, 31 enquêteurs ont été recrutés pour ce travail et ont été supervisés par un coordinateur au niveau de chacun des sites.

La pré-enquête a commencé en décembre 1995 et s'est prolongée plusieurs mois. Le recueil de données s'est achevé en avril 1996. Les difficultés rencontrées ont été multiples, à commencer par celles de l'accès au terrain et d'une certaine méfiance initiale des usagers.

#### **D. Suivi épidémiologique de patients sous méthadone**

Françoise \* FACY

\* Directeur de Recherche de l'INSERM U 302  
44, Chemin de Ronde  
78110 LE VESINET

#### **Contexte du système français de soins aux toxicomanes**

Contrairement à d'autres pays, la France a développé à partir des années 70 un système de soins spécifiques aux toxicomanes, à partir de centres spécialisés de soins conventionnés, dont la fonction principale est de recevoir des toxicomanes et/ou leur entourage afin de leur offrir une prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative.

Depuis 1992, les Pouvoirs Publics ont encouragé les centres à prescrire de la méthadone dans le cadre d'une prise en charge globale (psychologique, sociale et médicale) pour des toxicomanes ayant échoué dans leurs démarches précédentes.

Un protocole d'agrément a régi le fonctionnement de ces centres, par rapport à un nombre de places limité et des critères de sélection précis. Depuis mars 1995, la méthadone bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché, la prescription devenant plus large, au niveau des praticiens et des patients.

#### **Résultats préliminaires**

Les résultats préliminaires montrent une diversité géographique importante des sujets pris en charge, avec une densité plus importante pour les zones déjà connues pour les problèmes de SIDA et de toxicomanie.

Au niveau toxicologique et médical, il s'agit d'usagers d'héroïne à 95 %. Le produit principal de dépendance est l'héroïne pour 85 % des consultants. L'injection intraveineuse est (ou a été) pratiquée par 94 % des sujets, avec un nombre moyen de 24 injections hebdomadaires. 37 % associent de la cocaïne.

82 % des sujets ont eu des sevrages institutionnels antérieurs à leur entrée dans le programme. 47 % ont eu un surdosage. 40 % ont fait une tentative de suicide.

Le test de sérodiagnostic VIH est effectué dans 96 % des cas. Il est alors positif pour 29 % des sujets. Parmi eux, 42 % ont une forme asymptomatique, 34 % une forme clinique mineure, 12 % une forme clinique majeure.

Au niveau socio-démographique, la moyenne d'âge des sujets à l'admission est de 32 ans. Elle est plus élevée que dans les autres centres de soins.

On note une légère sur-représentation de femmes par rapport aux autres prises en charge (29 %), une majorité de français (94 %). 48 % des patients sont célibataires, 38 % vivent en couple, 41 % sont parents.

Le niveau scolaire est souvent plus élevé que celui des patients des autres centres de soins (27 % ont un niveau bac ou plus). Une qualification professionnelle existe dans 69 % des cas. 20 % des patients ont une activité professionnelle continue, et 31 % une activité intermittente. 20 % bénéficient du RMI.

Au niveau de l'entourage habituel, on remarque une présence familiale importante (44 % des parents, 41 % un conjoint, 28 % des enfants), seuls 12 % vivent seuls et 6 % vivent en institution. Seuls 3 % sont SDF.

Au niveau de la substitution, 23 % ont déjà été inclus dans un programme agréé de substitution (sur 945 réponses). 18 % ont eu de la méthadone et 43 % ont déjà pris de la buprénorphine.

Au niveau du suivi des patients, l'évolution est appréciée sur les attitudes de prévention (risques de contaminations sanguine et sexuelle) : 32 % ont une évolution favorable, mais 12 % ont une évolution défavorable.

Par rapport aux données psychologiques, 47 % évoluent favorablement et 17 % défavorablement pour l'anxiété. Les troubles dépressifs montrent une amélioration pour 43 %, une détérioration pour 17 %.

Les niveaux d'insatisfactions familiale et sociale montrent une amélioration pour 28 % des patients, mais une détérioration pour 11 %.

Les consommations sont peu repérées lors des suivis mais indiquent des usages d'alcools (n = 54), d'opiacés (n = 74), de benzodiazépines (n = 35), de cocaïne (n = 11).

## **Discussion**

Ces résultats sont provisoires par rapport à l'étude globale de suivi qui est engagée auprès des centres prescripteurs de méthadone, jusqu'à 5 000 patients. Mais certaines remarques sont profilées :

- les évolutions favorables sont plus nombreuses que les évolutions défavorables au niveau de la santé et du comportement,
- il existe, comme dans toute action de soins ou de prévention, un seuil d'efficacité matérialisé par des sous-groupes de sujets dont les situations connaissent des détériorations au niveau des conduites d'intoxication et de leurs comorbidités,

- une comparaison avec des toxicomanes traités dans les mêmes zones géographiques, sans méthadone, donne des indications sur les pratiques de sélection des sujets, qui sont marqués par une gravité des conduites d'intoxication, des rechutes dans les traitements et une comorbidité importante. Par contre un certain nombre de caractéristiques socio-culturelles et professionnelles semblent plus favorables et sont connues pour être des facteurs importants dans la compliance aux traitements, et doivent être pris en compte pour apprécier l'efficacité des programmes.

### **Repères méthodologiques**

Sur les recommandations de la Commission Nationale des traitements de substitution, le Ministère de la Santé a confié à l'INSERM une étude nationale sur le suivi des patients recevant de la méthadone.

Dans un contexte de Santé Publique, les objectifs de l'évaluation sont :

- d'apprécier quantitativement les groupes de populations touchées,
- de caractériser les sujets traités et les comparer aux toxicomanes habituellement vus dans le système de soins,
- de rechercher l'existence de sous-groupes distincts par rapport au suivi du traitement.

Les questionnaires sont établis par la Commission Nationale. Le suivi des patients est organisé suivant des questions posées à l'entrée dans le traitement puis tous les 6 mois jusqu'à la sortie.

34 centres participent depuis 1993 jusqu'en septembre 1995 à cette étude.

1 077 sujets sont décrits selon la grille établie par la Commission Nationale des traitements de substitution.

## **11.4\_ comportements à risques (ex : injection, partage)**

### **A. Administration intraveineuse**

Près de 63 % des toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994 ont utilisé ou utilisent la voie intraveineuse. Cette proportion est de 85 % chez les seuls héroïnomanes. Les utilisateurs, anciens ou actuels, de la voie intraveineuse sont plus âgés que les autres. Mais, comme il a été remarqué précédemment, c'est pour les sujets les plus âgés que l'on constate les toxicomanies les plus lourdes.

### **Repères méthodologiques**

- ***Enquête Toxicomanie de novembre, SESI***

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. La question sur l'administration intraveineuse est indépendante des produits principaux et associés déclarés.

Taux de non-réponses : 12,4 % sur l'utilisation de la voie intraveineuse.



## **B. Les attitudes et les pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques de contamination par les virus du SIDA et des hépatites**

Dr François-Rodolphe \*INGOLD, Mohamed \*\*TOUSSIRT

\* Directeur scientifique de l'IREP

\*\* Sociologue à l'IREP

32-36, rue Jean COTTIN

75018 PARIS

Nous présentons ici les résultats principaux et les préliminaires d'une recherche sur l'évolution des comportements des toxicomanes dans les deux domaines des pratiques d'injection et des pratiques sexuelles. Cette recherche a été menée au niveau de cinq sites en France : la banlieue parisienne, Lille, Marseille, Metz et Paris, selon une méthode ethnographique. Elle fait suite aux deux premiers travaux réalisés sur ce thème par l'IREP en 1987-88 et 1990-91. Ces deux recherches avaient mis en évidence un changement rapide et progressif des comportements des toxicomanes, d'une part, et la persistance de pratiques à risque - via notamment la réutilisation des seringues -, d'autre part.

### **Description de la population**

Les caractéristiques générales de la population enquêtée (n = 1 703) sont comparables à ce qui est décrit dans la plupart des échantillons de toxicomanes et notamment celui du SESI (enquête "toxicomanie" exercice 1994). L'âge moyen des sujets est de 29 ans, 72 % d'hommes et 28 % de femmes.

Il est notable que c'est à Lille que se trouvent les sujets les plus jeunes, aussi bien pour les garçons que pour les filles. Ceci correspond au moins pour une part au développement récent de la consommation d'héroïne dans la région Lilloise.

La majorité des sujets (52 %) ont un domicile personnel ou vivent chez leurs parents, ceci dans tous les sites sauf Paris. C'est à Paris que nous retrouvons le plus de sujets se trouvant en situation d'errance (47 %). Inversement, c'est en banlieue que les sujets vivent dans des situations apparemment plus stables : 76 % des sujets déclarent un domicile privé ou familial.

De façon très uniforme, les sujets sont célibataires en majorité (77 %) et vivent le plus souvent seuls (69 %). Ils sont inactifs le plus souvent, inscrits ou non au chômage (69 %). Une forte proportion des sujets de notre échantillon bénéficie du RMI (31 %).

Les principaux produits consommés, outre l'alcool et les médicaments, sont essentiellement l'héroïne (99 %), le cannabis (72 %), la cocaïne (66 %) et le crack (17 %). Ces consommations sont identiques dans tous les sites sauf pour ce qui concerne le crack qui est essentiellement trouvé à Paris et en banlieue (respectivement 43 % et 18 %). Il est signalé à Lille (3 %).

D'une façon générale, les fréquences de consommation de l'héroïne sont élevées (56 % tous les jours) ce qui nous permet de parler d'un échantillon où dominent les consommateurs très actifs et dépendants. Parmi les sujets qui déclarent consommer un "produit de substitution", les produits les plus cités sont la méthadone et le Moscontin. Quelques autres produits non opiacés sont également cités, tels que le Rohypnol.

La majorité des sujets sont allés au moins une fois en prison, ceci dans tous les sites. Le nombre moyen de séjours en prison est de 3 à 4 selon les sites et la durée totale de ces séjours est en moyenne de 22 à 35 mois.

La plupart des sujets déclarent avoir entrepris une cure dans le passé (2 à 4 en moyenne) et cette dernière a eu lieu le plus souvent dans les institutions spécialisées (33 %), les hôpitaux généraux (26 %), les hôpitaux psychiatriques (25 %) et à partir des médecins généralistes (18 %).

La plupart des sujets déclarent avoir subi un test de dépistage, aussi bien pour les hépatites B et C (72 %) que pour le SIDA (88 %). Il n'existe pas de variation sensible à ce niveau selon les sites.

Parmi ceux qui ont été dépistés, la séroprévalence est globalement de 23 % pour l'hépatite B, de 47 % pour l'hépatite C et de 20 % pour le SIDA. La proportion considérable de sujets contaminés par le VHC est quasiment identique dans tous les sites. En ce qui concerne la séroprévalence VIH, les différences sont bien plus creusées : 6 % et 5 % respectivement à Metz et à Lille, 36 % à Marseille, 26 % en banlieue parisienne, 25 % à Paris.

### **Les pratiques d'injection**

Globalement, 66 % des sujets déclarent utiliser une seringue pour la consommation de leurs produits, 21 % disent avoir abandonné la voie veineuse et 13 % ne l'avoir jamais utilisée.

C'est à Marseille et à Paris que les toxicomanes utilisent le plus la voie veineuse et à Lille et Metz qu'ils l'utilisent le moins. Mais c'est surtout Lille qui apparaît atypique par rapport aux autres sites dans la mesure où il s'agit du seul site où l'héroïne est presque majoritairement consommée par "fumette" en remplacement de l'injection (51 %).

Nous pouvons donc dire que l'utilisation de la seringue est globalement majoritaire dans tous les sites, y compris à Lille, mais que les voies d'administration non sanguines -la "fumette" et le "sniff" - sont très présentes actuellement dans tous les sites à l'exception de Marseille.

L'achat de la seringue dans les officines pharmaceutiques s'est imposé comme le mode le plus habituel d'obtention des seringues, ceci dans tous les sites (de 90 % à 97 %) et nous obtenons ici des résultats identiques à ce que nous avons trouvé en 1991. Cet achat est décrit comme systématique dans la majorité des cas (63 %) bien qu'il existe de sensibles différences selon les sites.

Signalons que l'achat des seringues en Stéribox est assez largement répandu, permettant notamment aux usagers de disposer de deux seringues pour le prix d'une. L'achat et l'utilisation du Stéribox sont rapportés par une petite majorité d'usagers (59 % en moyenne), un peu moins à Paris (37 %) que dans les autres sites. Les deux grandes sources de seringues, pour les usagers, sont l'officine pharmaceutique et les programmes d'échanges. Les usagers déclarent utiliser en moyenne une quarantaine de seringues neuves par semaine.

La réutilisation de sa propre seringue reste un phénomène largement majoritaire et constant depuis 1988. Nous obtenons la même proportion de sujets qui déclarent réutiliser leurs seringues (75 %). La seule modification notable concerne le nombre de réutilisations : en moyenne, une seringue est utilisée deux fois actuellement (2 à 4 fois selon les sites). En 1988, une seringue était utilisée 4 à 5 fois et, en 1991, elle était utilisée 3 à 4 fois.

La question posée aux usagers a situé le "partage" de la seringue dans le contexte des autres partages possibles, qu'il s'agisse du matériel d'injection, de l'eau ou du produit. Les réponses font apparaître une forte proportion de déclaration de partage pour tout le matériel d'injection, sauf la seringue, ainsi que pour l'eau et le produit. La seringue est l'objet le moins partagé (13

%), tandis que le produit, la cuillère, le coton, le citron et l'eau sont décrits comme étant assez largement partagés (de 54 % à 70 %).

Il faut comprendre ici que les usagers, s'ils ont parfaitement saisi l'importance du non partage des seringues, sont beaucoup moins vigilants pour ce qui concerne le produit, la cuillère, le coton, le citron et l'eau.

Nous avons rassemblé un certain nombre d'éléments sur la dernière injection en date pour les usagers. Cette dernière donne une image instantanée des pratiques des usagers de drogues à partir de cet événement unique, récent et commun. Dans la plupart des cas, le produit injecté était de l'héroïne (88 %) et, beaucoup plus rarement, de la cocaïne, du crack ou des médicaments. Les sujets ont utilisé une seringue neuve le plus souvent (78 %) et une seringue réutilisée dans 20 % des cas. Il n'existe pas de différence bien significative entre les sites. Dans le cas d'une seringue réutilisée, il s'agissait d'une seringue "personnelle" dans 86 % des cas et "non personnelle" dans 14 % des cas. Cette seule donnée chiffrée illustre assez bien l'association entre la réutilisation des seringues et le dit "partage" des seringues.

La réutilisation de cette seringue a donné lieu à un "nettoyage" dans la plupart des cas (79 %) et, beaucoup plus rarement, à une "désinfection" (32 %). Il faut souligner que les usagers ont fait la différence entre un "nettoyage" et une "désinfection". L'eau de Javel est le produit le plus cité pour cette dernière opération (61 %).

### **Les pratiques sexuelles**

Nous ne faisons ici que les résumer brièvement. Plus des trois quarts des sujets disent avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours de l'année, ceci pour tous les sites et aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Nous retrouvons ici des résultats comparables à ceux des études précédentes.

Le dernier partenaire sexuel est décrit comme étant le partenaire habituel dans la majorité des cas, surtout chez les femmes. Il s'agit d'un partenaire de même sexe de façon assez rare, de 2 % à 3 % chez les hommes, de 2 % à 10 % chez les femmes et selon les sites. Il est consommateur de drogues injectables dans 35 % des cas, soit une proportion comparable à celle qui avait été trouvée en 1990-91.

Signalons qu'il existe une nette différence entre les hommes et les femmes à ce niveau, le partenaire sexuel des hommes étant bien moins souvent consommateur de drogues injectables que celui des femmes. Pour les premiers, le dernier partenaire sexuel est toxicomane dans 25 % à 37 % des cas, tandis que pour les dernières, il est toxicomane dans 41 % à 60 % des cas et selon les sites.

L'utilisation du préservatif est certainement un des éléments qui a beaucoup évolué depuis la moitié des années 80. En 1987, elle concernait 22 % de notre échantillon et, trois ans plus tard, en 1990/91, elle concernait 45 % de notre échantillon global. La moitié d'entre-eux (23 %) disaient l'utiliser régulièrement. Nous avons remarqué que l'utilisation du préservatif était fortement associée au statut sérologique : 43 % des sujets séropositifs ou malades disaient l'utiliser, contre 15 % chez les séronégatifs, ceci venant confirmer l'existence d'une gestion altruiste des risques de contamination chez les toxicomanes. Les données qualitatives étaient venues souligner, cependant, qu'il existait un décalage certain entre la gestion des risques selon qu'ils concernaient la seringue et la vie sexuelle.

L'utilisation du préservatif, au cours des douze derniers mois, est rapportée par une petite majorité des sujets (58 % en moyenne), ce qui est une proportion un peu supérieure à celle que nous avons trouvée en 1990/91 (45 %). Cette utilisation est décrite comme étant systématique dans un peu plus de la moitié des cas (34 %).

### **Le travail sexuel**

En moyenne, 12 % des sujets de notre échantillon déclarent exercer ou avoir exercé un travail sexuel. Cette proportion est comparable, bien qu'un peu plus faible, à ce que nous avons trouvé en 1990/91 (17 %) et elle varie peu selon les sites (de 5 % à Metz à 17 % à Marseille et à Paris). Cette activité est décrite comme étant régulière dans environ la moitié des cas (55 %) et concerne surtout les femmes. L'utilisation du préservatif est rapportée dans 76 % des cas.

### **Conclusion**

Les données dont nous disposons, et qui ne sont que survolées ici, font apparaître que les pratiques à risques des usagers de drogues restent dominées par la pratique de réutilisation des seringues, ceci dans un contexte où le partage du reste du matériel d'injection (coton, cuillère, eau) a peu évolué.

L'augmentation rapide et récente de la proportion de sujets contaminés par le virus de l'hépatite C doit être interprétée comme le résultat de ces changements partiels de comportement des usagers.

Nous observons que les toxicomanes sont relativement peu informés des risques pris lors de la réutilisation des seringues et du partage du matériel d'injection. Il en va de même pour tout ce qui concerne les hépatites. Les stratégies actuelles de prévention et de communication devraient s'adapter rapidement à cette situation.

### **Repères méthodologiques**

Cette recherche a été financée conjointement par la Direction Générale de la Santé et par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA. Elle a été réalisée avec les contributions de Taoufik ADOHANE (banlieue parisienne), de Jean HARBONNIER (Lille), de Daniel BARRAUD (Marseille) et de Philippe MILBURN (Metz). Claude JACOB (CHS Jury-les-Metz) et Hugues LAGRANGE (CNRS) ont contribué à la définition du protocole méthodologique. Le traitement statistique des données a été réalisé par Azzedine BOUMGHAR.

D'un point de vue méthodologique, la sélection des sujets s'est effectuée selon la technique dite "boule de neige" au niveau de la rue et selon un protocole aléatoire au niveau des institutions de soins. Le critère principal retenu a été la consommation de drogues injectables, que ces dernières soient injectées ou non. De la sorte, notre échantillon comprend, contrairement aux études précédentes, un petit nombre de sujets qui n'utilisent plus ou qui n'ont jamais utilisé la seringue.

Notre échantillon est composé de 1 703 sujets, 841 ont été recrutés au niveau de la rue et 862 l'ont été au niveau des centres de soins ou des structures de prévention (Bus d'échange de seringues et Boutiques). Nous disposons donc d'un échantillon composé à part égale entre la rue et les institutions, tout du moins globalement. Le recueil de données (juin 1995 - janvier 1996) s'est fait selon une double approche : quantitative (questionnaire) et qualitative (journaux de bord des enquêteurs, observations de terrain, entretiens).

## **11.5\_ facteurs de risque ou de protection**

### **A. Consommations de drogues chez les adolescents**

Il n'a pas été mis en évidence de lien entre la consommation de drogues chez les adolescents scolarisés et la situation sociale et scolaire. Cependant, les plus âgés, ceux qui "sortent" (rue, café, boîte de nuit,...), et ceux qui expriment une grande insatisfaction, sont nettement plus en risque que les autres. Tabagisme, alcoolisation, absentéisme scolaire, malaise psychologique et violence subie sont des indicateurs de risques fréquemment associés à la consommation répétée de drogue.

### **Repères méthodologiques**

- *Enquête Santé des Adolescents 1993, INSERM-UI69*

Echantillon représentatif sur le plan national des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire public (collèges et lycées) âgés de 11 à 19 ans (n = 12 391). Taux de non-réponses entre 1 % et 3 % sur la consommation de drogue.

Il s'agit de la consommation durant la vie de 7 classes de produits : haschich, cocaïne, héroïne, amphétamines, produits à inhaler, hallucinogènes, médicaments pour se droguer.

### **B. Sorties de la toxicomanie**

Les sorties de la toxicomanie sont multiformes, et constituent sans doute l'un des aspects le plus mal connu de ce domaine. Il est vrai que, dans le secteur répressif aussi bien que dans le secteur sanitaire et social, on voit assez rarement des toxicomanes âgés de plus de 40 ans. Mais est-ce pour autant la preuve de leur "sortie" de la toxicomanie? La notion de sortie est à manier avec précaution. Elle est très variable selon les auteurs et les personnes concernées, et englobe de multiples conceptions de ce que l'on peut entendre par "sortie".

Il n'existe pas de véritable étude d'évaluation du devenir des toxicomanes. Mais certaines en la matière ont cependant été menées sur des groupes hétérogènes et d'effectifs très faibles de toxicomanes.

En 1977, P. MOUTIN et G. BRIOLE ont mené une enquête sur une population de 100 appelés hospitalisés au cours de leur service militaire pour consommation d'une drogue illicite. 33 dossiers ont pu être analysés. Les auteurs ont pris en compte, dans l'établissement du pronostic, la consommation de drogue et l'insertion sociale et familiale. Si l'évolution vers une abstinence est facilitée par un désir de quitter la dépendance, le devenir du toxicomane est aussi lié à l'interaction entre des aspects qui lui sont particuliers (sexe, âge, famille, relations affectives,...) et des éléments extérieurs à lui (traitements, mesures législatives,...). Ils soulignent le rôle fondamental de la famille ainsi que celui des relations de couple durables. L'insertion et la stabilité professionnelle sont également des facteurs de premier ordre d'un pronostic favorable.

En 1978, F. CURTET et F. DAVIDSON ont cherché à retrouver après 2 à 4 ans 150 toxicomanes appartenant à deux groupes : l'un de personnes incarcérées, l'autre de personnes fréquentant une institution. L'étude de suivi a porté sur la moitié d'entre eux. Les critères d'évaluation utilisés prenaient en compte la consommation de drogue illicite, le pronostic sur le plan de la santé mentale et le pronostic psycho-social. Un niveau d'études élevé et la vie en commun des parents sont associés à une évolution favorable. Les auteurs ont souligné

également l'importance, dans le pronostic des évolutions affectives, en particulier de l'instauration d'une relation de couple, et l'intérêt d'un simple soutien thérapeutique.

Dans ces deux recherches, les toxicomanes ont été classés, selon leur devenir, en catégories plus ou moins équivalentes, soit 1/3 d'évolution favorable, 1/3 dans une situation intermédiaire et 1/3 dans une situation inchangée ou aggravée.

Une étude, sous la direction de G. CAGNI, a été effectuée en 1987, sur un centre de post-cure, afin de connaître le devenir des 107 toxicomanes qui y avaient séjourné entre juin 1982 et novembre 1986. Cela a été possible pour 49 d'entre eux. L'évaluation a porté sur la conjoncture de trois facteurs fondamentaux : la rupture avec le produit ou la persistance toxicomaniaque, un pronostic de santé et un pronostic psycho-social (stabilisation affective, socio-professionnelle). Rencontre affective, lieu personnel de vie, rapport équilibré avec la famille et situation professionnelle stabilisée sont autant de facteurs qui jouent un rôle important dans l'évolution favorable du devenir des toxicomanes enquêtés. Pour plus de la moitié, l'évolution a été favorable, le quart sont dans une situation intermédiaire avec pronostic favorable, la situation des autres n'ayant pas subi de véritables changements.

Une recherche, sous la direction de R. CASTEL, a été menée sur les sorties. 51 sujets considérés comme "sortis" (et qui avaient été des toxicomanes avérés), sujets qui depuis deux ans ou moins vivaient autrement que sous l'emprise du produit, ont été enquêtés. Il semblerait qu'une majorité de consommateurs de drogues, et même de gros consommateurs qui ont plongé pendant plusieurs années, s'en sortent (la surmortalité due à la consommation de drogues étant évaluée à 10%). D'après cette étude, la sortie dépend au moins autant de la rencontre ou de la qualité du secours reçu, que du moment auquel la rencontre se produit par rapport à la trajectoire du toxicomane. Par ailleurs, la décision de s'en sortir n'est pas toujours couronnée de succès, et les "rechutes" sont fréquentes. Ainsi, consommation intermittente contrôlée et déplacement vers d'autres produits peuvent être considérés comme des sorties puisqu'il y a abandon d'un mode de vie entièrement parasité par la drogue. Certains s'en sortent sans médiation institutionnelle spécifique, mais ils ont souvent un passé institutionnel lourd (plusieurs institutions, prison). D'autres s'en sortent seuls, et sans doute sont-ils nombreux si l'on en croit le nombre de toxicomanes en dehors de toute prise en charge officielle.

Y. CHARPAK et F. BENJANIN (EVAL) ont modélisé le devenir d'une cohorte fictive de consommateurs d'héroïne en Ile-de-France, par simulation informatique, à partir de données issues d'enquêtes diverses, en l'absence d'étude de cohorte vraie réalisée en France. Dans le scénario le plus optimiste (mortalité annuelle hors SIDA de 1%, abstinence annuelle définitive de 10%, taux de partage de seringues de 10% seulement), 50% seulement des héroïnomanes sont abstinents et non porteurs du VIH à 10 ans, 16% sont porteurs du VIH, et 10% sont morts.

### **C. La consommation d'alcool, de tabac et des diverses drogues illicites parmi les jeunes**

Marie \*CHOQUET, Jean-Dominique \*\*FAVRE, Sylvie \*\*\*LEDOUX, Gilles \*\*\*\*AZOULAY

\* Directeur de Recherche de l'INSERM U 169

\*\*\* Chargée de Recherche à l'INSERM U 169

16, avenue Paul VAILLANT COUTURIER

94807 VILLEJUIF Cedex

\*\* Professeur de Psychiatrie à l'Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce

74, boulevard Port Royal  
75005 PARIS  
\*\*\*\* Psychiatre, praticien hospitalier

Pour comprendre le processus de consommation, qui va de l'expérimentation à l'abus, voire de l'usage de produits licites (alcool, tabac) à la consommation de produits illicites (cannabis, produits à inhaler, cocaïne, héroïne...), des enquêtes en population générale sont indispensables. Elles permettent d'étudier l'ampleur des phénomènes, indispensables pour établir les priorités des actions de santé publique ainsi que les facteurs associés, nécessaires aux choix des publics cibles et des méthodes d'intervention. Les principaux résultats apportent des éléments de réponse aux questions suivantes que se posent les acteurs de santé et de prévention.

*Vers une augmentation de la consommation de produits ?* Comme les tendances diffèrent selon les produits (baisse de la consommation régulière d'alcool, augmentation de la recherche d'ivresse, de l'usage de cannabis et du tabagisme féminin, stabilisation de l'usage des drogues "dures"), on ne peut conclure à une augmentation de la consommation, mais à une modification des modèles de consommation. Actuellement, les actions de prévention devraient porter prioritairement sur le tabagisme féminin ainsi que l'usage de cannabis et la recherche répétée d'ivresse des garçons. Surtout que des analyses récentes montrent que l'alcoolisation "en solitaire" des garçons est associée à la tentative de suicide...

*Existe-t-il un profil type des "jeunes en risque" face aux consommations ?* La réponse n'est pas univoque. Les consommateurs d'alcool sont, plus souvent que les non-consommateurs d'alcool, de sexe masculin, français d'origine, habitant en zone rurale ; les fumeurs plus souvent des élèves de lycées professionnels, ayant redoublé au moins une fois ; les consommateurs de cannabis plus souvent de parents cadres ou/et divorcés. Mais la consommation (quel que soit le produit) n'est pas liée à l'activité professionnelle du père. D'ailleurs, les facteurs socio-démographiques ont un poids relativement faible au regard des variables relationnelles et personnelles et les consommateurs se caractérisent surtout par une vie sociale informelle intense, alors que les activités formelles (culturelles ou sportives) sont peu corrélées. S'y ajoute, pour les fumeurs, et surtout pour les fumeuses, un sentiment de solitude et de dépressivité. Ainsi, les actions de prévention ne devraient pas se focaliser prioritairement sur des populations socialement fragiles, mais inclure aussi bien les ruraux et les fils de cadres. Par ailleurs, la composante dépressive du tabagisme devrait modifier l'approche de la prévention dans la matière.

*L'exclusion scolaire, un facteur de risque ?* A âge égal, les jeunes en insertion (CFI/ PAQUE) fument plus que les scolaires, mais sont moins consommateurs de drogue (rappelons qu'en milieu scolaire les consommateurs sont plutôt fils (filles) de cadres). Par contre, leur niveau de consommation d'alcool est semblable. Quel que soit le produit, ils ont commencé à consommer régulièrement plus tôt que les scolaires, bien avant leur exclusion du système scolaire. Ainsi, ils étaient déjà "à risque" durant leur scolarité...

*La consommation est-elle une expression de malaise ?* La consommation (en particulier celle de tabac ou de drogue) est liée à d'autres conduites, comme l'absentéisme et les actes délictueux, et ceci quels que soient l'âge et le sexe des élèves. Par ailleurs, on note, en particulier parmi les filles, le lien entre tabagisme et dépressivité....A propos de l'alcool, ce n'est pas tant le niveau mais le mode de consommation qui est en jeu. Ainsi, les jeunes qui boivent dans un esprit de fête ont un risque faible de troubles (en particulier la tentative de suicide), alors que l'usage solitaire, "pour oublier", augmente le risque de 4. Une voie de

recherche vers l'étude des modèles de consommation et leurs significations mérite d'être ouverte...

*Existe-t-il un processus d'escalade ?* La prise d'un produit augmente le risque d'en prendre un autre. Toutefois, cette association des produits ne signifie pas que la consommation d'un produit induit (ou est la cause de) la consommation d'un autre produit. Au vu des associations multiples entre difficultés personnelles et usage des produits, on fait même l'hypothèse que les consommations sont liées aux mêmes facteurs. Notons, par ailleurs, que 30 % des consommateurs réguliers d'alcool et de tabac n'ont jamais expérimenté une drogue illicite et qu'une majorité (95 %) des fumeurs de cannabis ne prennent pas de drogues "dures".

### **Repères méthodologiques**

On se propose de prendre en compte plusieurs enquêtes auprès de populations juvéniles, en particulier auprès des jeunes scolarisés du second degré (enquêtes départementales en 1978 et 1988, enquête nationale en 1993), des 16-25 ans concernés par le dispositif de réinsertion CFI-PAQUE (1993), des garçons à l'âge du service national dans les centres de sélection (1993).

## **11.6 Différents profils d'usage**

### **A. Produits consommés**

En termes de produits consommés, les populations repérées par les institutions répressives et par les institutions sanitaires et sociales révèlent des différences similaires à celles des années antérieures. Ainsi, les deux tiers des interpellations pour usage illicite de stupéfiants concernent des usagers de cannabis, alors que ce sont en majorité des héroïnomanes qui ont recours au dispositif de soins.

Le système sanitaire et social recense les usagers réguliers de drogues illicites ou licites détournées de leur usage normal. Dans le domaine répressif, la population appréhendée concerne aussi bien les usagers occasionnels que réguliers, mais l'usage des seules substances illicites est repéré.

La comparaison, depuis 1980 pour les interpellations et depuis 1987 pour les recours aux soins, des proportions respectives de chacun des produits permet de raisonner en évolution. Ainsi, parmi les personnes interpellées, la part des usagers d'héroïne diminue légèrement alors que celle des usagers de cannabis s'accroît. Dans le système sanitaire et social, on constate une faible hausse de la part des héroïnomanes ainsi que de celle des consommateurs de cannabis. Les proportions d'usagers de cocaïne et de médicaments psychotropes chez les interpellés et les sujets pris en charge sont restées relativement stables au cours du temps.

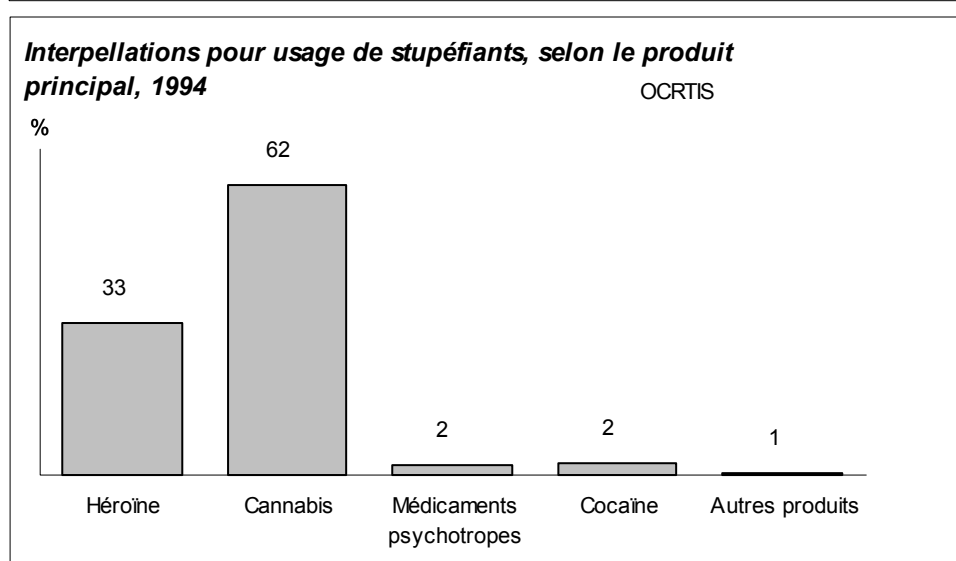
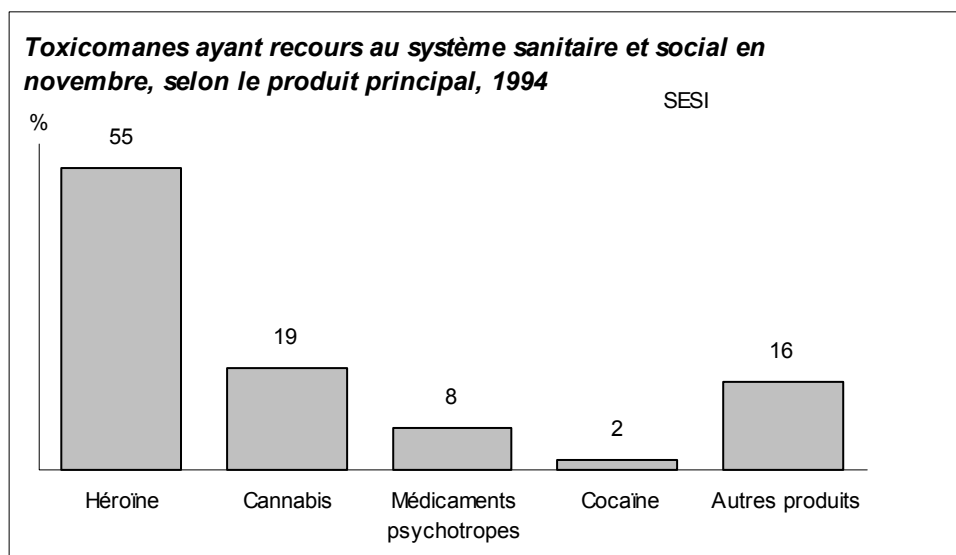


**Recours de toxicomanes au système sanitaire et social en novembre 1994 et interpellations pour usage en 1995 selon le produit principal, par sexe et âge**

OCRTIS, SESI

Produit principalement consommé	% de femmes		% d'hommes		Age moyen	
	Recours	Interpel.	Recours	Interpel.	Recours	Interpel.
Héroïne	25,3	16,2	74,7	83,8	27,9	27,2
Dérivés de codéine	27,4	-	72,6	-	30,1	-
Morphine, opium et autres opiacés	27,8	-	72,2	-	30,2	-
Cannabis et dérivés	16,7	6,8	83,3	93,2	24,0	22,8
Ecstasy	-	16,0	-	84,0	-	23,4
LSD et autres dysléptiques *	13,2	-	86,8	-	23,5	-
Médicaments psychotropes	36,6	-	63,4	-	30,1	-
Cocaïne	24,1	17,0	75,9	83,0	27,8	28,2
Crack	12,6	14,6	87,4	85,4	28,2	28,4
Colles et solvants *	28,6	-	71,4	-	24,3	-
<b>Tous produits</b>	<b>24,6</b>	<b>9,8</b>	<b>75,4</b>	<b>90,2</b>	<b>27,7</b>	<b>24,2</b>

\* effectifs inférieurs à 100



Le produit principalement consommé varie sensiblement selon l'âge des usagers. Les plus âgés présentent une toxicomanie plus lourde et sont plutôt consommateurs d'héroïne, d'autres

opiacés, de médicaments psychotropes, de cocaïne et de crack. Les plus jeunes utilisent principalement du cannabis, mais également du LSD, des colles et des solvants.

Le type de produits consommés par les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social diffère selon le type d'établissement. Dans les centres spécialisés et les hôpitaux, plus de la moitié des sujets sont héroïnomanes. Ils représentent respectivement 66 % et 56 % des recours dans ces deux types de structure. Les consommateurs de cannabis en produit principal sont majoritairement suivis dans les centres sociaux où ils représentent 47 % des toxicomanes pris en charge.

Les sujets pour lesquels il s'agit d'un premier recours au système sanitaire et social sont davantage consommateurs de cannabis en produit principal et moins consommateurs des autres produits, notamment d'héroïne et de médicaments psychotropes ; mais ils sont également plus jeunes.

Les consommateurs de certains produits sont peu ou mal repérés par ces deux systèmes d'information. L'usage de cocaïne, qui représente environ 2 % des interpellations et des recours, est probablement sous-estimé. Les usagers de cocaïne interpellés sont fréquemment polytoxicomanes et sont enregistrés comme usagers d'héroïne. Par ailleurs, on sait qu'une grande partie des consommateurs de cocaïne appartiennent à des milieux bien insérés socio-professionnellement (milieux difficiles à pénétrer par les services répressifs) et que, s'il ont recours aux soins, ils le font de préférence en médecine de ville.

Apparu en France métropolitaine à la fin des années 1980, l'usage de crack est en forte expansion depuis 1990. Sa part, toutefois minime, au sein des interpellations et des recours aux soins, se situe autour de 1 %. L'usage de crack est particulièrement concentré sur Paris et dans les Antilles.

L'usage de LSD, après un déclin jusqu'en 1989, connaît depuis 1993 un accroissement important parmi les individus interpellés, même s'il constitue moins de 1 % de ceux-ci. Sa représentation est restée stable parmi les recours aux soins. Par ailleurs, depuis 1990, on observe une très forte augmentation des interpellations pour usage d'ecstasy. Ce produit, ainsi que dans une moindre mesure le LSD, est particulièrement consommé à l'occasion de "rave party". L'usage d'ecstasy se répand également dans les boîtes de nuit et dans certaines soirées privées. Mais, quel que soit le contexte, la population qui utilise ce type de produits est en général jeune et bien insérée, et peu représentée parmi la population ayant recours aux structures sanitaires et sociales spécialisées en toxicomanie.

### **Repères méthodologiques**

- **Enquête Toxicomanie de novembre, SESI**

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Taux de non-réponses : 2,5 % sur le produit principalement consommé.

- **Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRIS**

On repère les interpellations dans l'année pour usage illicite de stupéfiants. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

## **B. Poly-consommations**

L'enquête sur les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre permet d'appréhender les consommations de différents produits ainsi que l'utilisation de la voie intraveineuse.

On note que globalement 62 % des toxicomanes pris en charge en novembre 1994 déclarent consommer plus d'un produit, mais cette fréquence peut être considérée comme minimum. Le mode de questionnement ne permet pas, en effet, de distinguer les mono-toxicomanes (consommant un seul produit) de ceux qui n'ont pas répondu à la question. Depuis 1989, il semble qu'il y ait un accroissement du nombre de poly-toxicomanes parmi les sujets recensés.

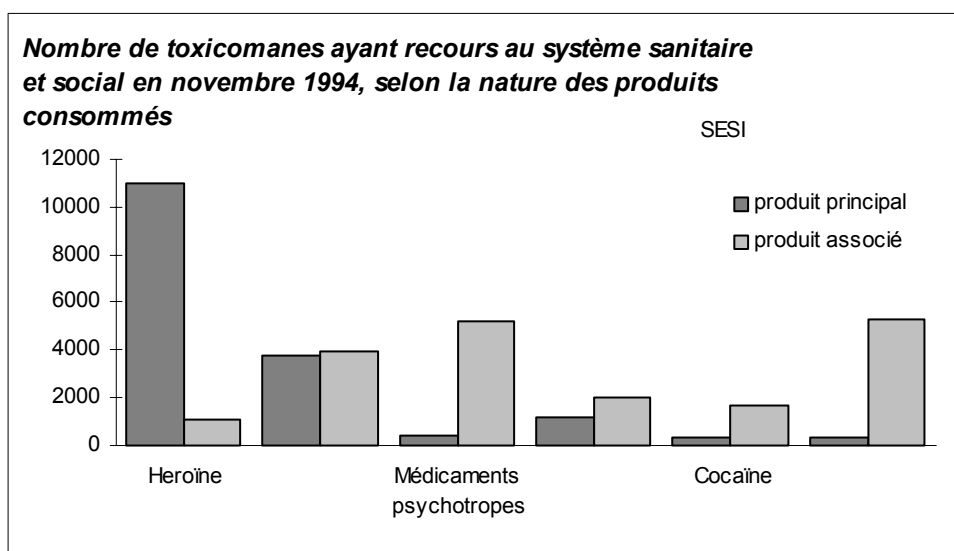
Le taux de poly-toxicomanes varie selon le produit principalement consommé : de 53 % parmi les utilisateurs de cannabis à plus de 75 % chez les consommateurs de médicaments psychotropes.

### ***Proportion de poly-toxicomanes parmi les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994***

SESI	
<b>Produit principalement consommé</b>	<b>% de poly-toxicomanes</b>
Héroïne	63
Dérivés de codéine	72
Morphine, opium et autres opiacés	57
Cannabis et dérivés	53
LSD et autres dysléptiques	74
Médicaments psychotropes	79
Cocaïne	76
Crack	68
Colles et solvants	64
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>

L'alcool et les médicaments psychotropes sont les produits associés les plus consommés. Chacun d'entre eux est utilisé en association par près de 42 % des poly-toxicomanes. Le cannabis est un produit associé également fréquent : il concerne 31 % des poly-usagers. On constate cependant qu'il existe des fluctuations de ces proportions selon le produit principalement utilisé. Par exemple, l'alcool se retrouve en association chez plus de 75 % des poly-toxicomanes utilisant du cannabis en produit principal. Il est toutefois difficile de savoir s'il s'agit d'un simple usage ou d'un abus d'alcool.

Chez les toxicomanes ayant recours aux soins, certains produits comme la cocaïne et les médicaments psychotropes sont plutôt consommés en association (respectivement par 14 % et 41 % des poly-usagers contre 2 % et 8 % lorsqu'ils sont utilisés en produit principal). L'héroïne, au contraire, produit principal de 55 % des toxicomanes suivis, n'est utilisée en association que par 9 % des poly-usagers.



## Repères méthodologiques

- **Enquête Toxicomanie de novembre, SESI**

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. Tout sujet mentionnant un à trois produits associés est considéré comme polytoxicomane. Ceux qui n'ont mentionné aucun produit associé peuvent être des mono-toxicomanes ou bien des poly-toxicomanes qui n'ont pas répondu à la question. Ce mode de questionnement sous-estime probablement le nombre réel de poly-toxicomanes.

\* En tant que substance principalement utilisée, l'alcool n'est recensé que dans les centres spécialisés ; en tant que substance associée, il est recensé dans l'ensemble des établissements.

## CHAPITRE 12. ASPECTS SOCIAUX ET CULTURELS

### 12.1 Processus sociaux, contexte culturel

*indisponible*

### 12.2 Attitudes opinions publiques

Le Baromètre Santé 1993-1994 comporte deux questions relative à l'opinion du grand public sur le thème de la drogue. La toxicomanie est le deuxième thème cité (après le SIDA) comme prioritaire pour la santé des Français aujourd'hui. De la même façon qu'en 1992, elle devance l'alcoolisme et le tabagisme.

81% des répondants pensent que la consommation de haschich constitue un risque important pour la santé des individus. Parmi eux près de la moitié considèrent ce risque comme très important.

Le grand public a une attitude assez compréhensive par rapport aux toxicomanes puisqu'ils sont perçus avant tout comme des malades (82%) qui doivent accéder aux meilleurs traitements possibles (91%). Cependant, les toxicomanes font peur puisqu'ils apparaissent comme des personnes agressives et dangereuses dans 59% des cas. L'attitude générale est plutôt tournée vers la compréhension que la répression : 28% seulement pensent qu'ils doivent être punis.

Enfin, 22% des personnes enquêtées estiment qu'il faut mettre les drogues en vente libre. Cette opinion est plus fréquente qu'en 1992 (+12%).

### Repères méthodologiques

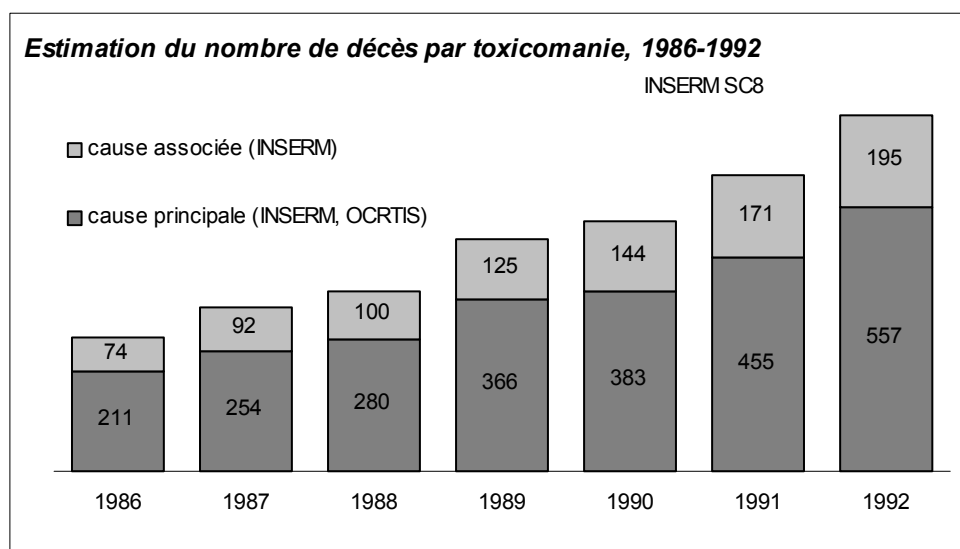
- *Baromètre Santé 1995, CFES*

Echantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans (n = 1993) consulté en décembre 1995.

## CHAPITRE 13. PROBLEMES ET CONSEQUENCES LIES A L'USAGE DE DROGUES

### 13.1\_Mortalité

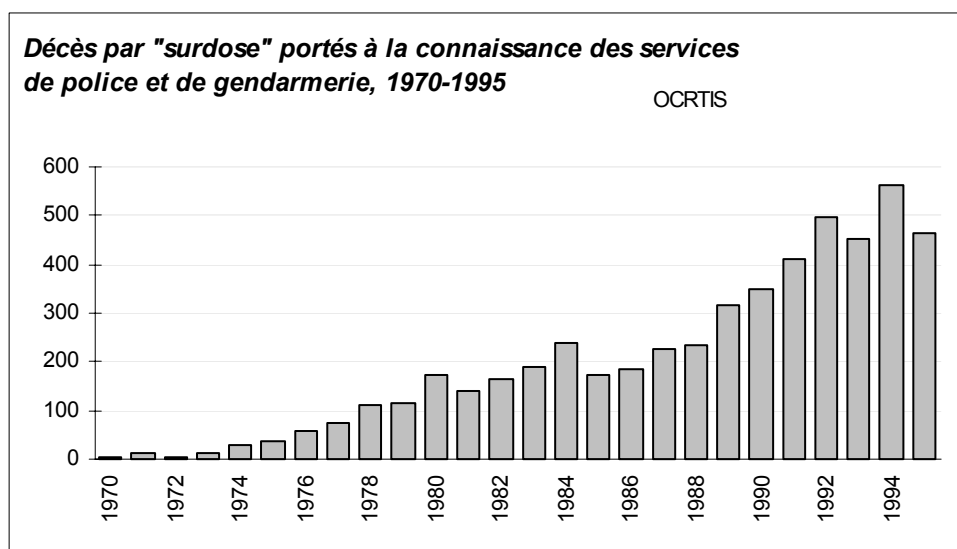
La mortalité des toxicomanes, en l'absence d'études de suivi de cohorte, n'est pas réellement connue. Parmi les décès liés à l'usage de drogue, décès qui ne constituent qu'une partie de la mortalité des toxicomanes, on peut repérer les décès par SIDA des usagers de drogue par voie intraveineuse et les décès par "surdose" recensés par les services de Police et de Gendarmerie. Par ailleurs, l'exploitation des certificats de décès par l'INSERM permet quant à elle de repérer les décès pour lesquels la toxicomanie est mentionnée en cause principale ou associée.



On estime à 1 007 le nombre de toxicomanes dont le SIDA a été déclaré et qui sont décédés au cours de l'année 1995. Après une hausse jusqu'en 1993, ce nombre est resté relativement stable depuis.

En 1995, 465 décès par surdose, constatés pour 63 % d'entre eux à domicile, ont été portés à la connaissance de l'OCRTIS. Dans 83 % des cas, le produit susceptible d'avoir provoqué la mort était l'héroïne. Par rapport aux années antérieures, les décès liés à des prises combinées d'alcool, de médicaments et d'héroïne sont plus nombreux. La fréquence des décès dus aux

médicaments s'accroît depuis 1989 et atteint 15 % en 1995. Ces décès résultent pour la plupart d'entre eux de l'absorption de multiples médicaments.



Bien que les taux de mortalité par surdose portent sur des événements rares dont l'exhaustivité du recueil n'est pas certaine, ce qui invite à la prudence quant à l'interprétation des chiffres, leur cartographie réalisée pour les années 1990 à 1994 souligne d'importantes disparités régionales et rend compte de leur évolution sur 5 ans.

Plusieurs indices montrent un accroissement de la mortalité par surdose entre 1990 et 1994 (cependant, si l'on tient compte de l'année 1995, il semble qu'il y ait une stabilisation au cours des 4 dernières années). Cet accroissement peut être le reflet d'une augmentation du nombre de toxicomanes, mais aussi le signe d'une certaine détérioration de leur état de santé, ou encore le signe de l'évolution des modes de prise des produits. Il se peut également que cet accroissement soit en partie dû à un meilleur repérage de ce type de décès.

Ainsi, le nombre de régions à mortalité inférieure à 2 décès par million d'habitants diminue de moitié entre 1990 et 1994. Ceci ne concerne plus, en 1994, que le nord ouest de la France. Par ailleurs, on observe que le taux de mortalité par surdose pour la France entière passe en 5 ans de 6 à 10 décès par million d'habitants, soit une augmentation de 65 %.

Mais en fait, ces chiffres sont le reflet d'une répartition très inégale des décès par surdose. Ainsi, l'Ile-de-France en décompte chaque année plus de la moitié. En 1990, l'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les deux régions où la mortalité est la plus élevée, cependant, leurs taux de mortalité voisins respectivement de 20 et 10 présentent une augmentation moins marquée que la moyenne nationale. En Alsace, par contre, les taux sont multipliés par trois en 5 ans et dès 1993 approchent ceux de l'Ile-de-France. De même, la Lorraine et le Nord-Pas-de-Calais, à moindre échelle, décrivent une évolution similaire et figurent en 1994 parmi les régions où la mortalité par surdose est la plus élevée.

### Repères méthodologiques

- **Déclarations des cas de SIDA, RNSP**

Le SIDA est une maladie dont la déclaration est obligatoire : on recense les cas de SIDA selon l'année de diagnostic ainsi que les décès du SIDA selon l'année de survenue.

Il existe une sous déclaration de 20 % des décès du SIDA, et un délai entre la survenue du décès et sa déclaration au RNSP.

- **Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS**

Les services de Police et de Gendarmerie repèrent les surdoses au sens strict ainsi que les accidents divers directement et indirectement liés aux conditions d'administration de la substance.

Les taux départementaux de mortalité par surdose sont standardisés sur l'âge et le sexe.

Lorsque le nombre de décès par surdose ainsi que la population d'un département sont relativement faibles, les fluctuations des taux peuvent être très importantes d'une année à l'autre.

- **Exploitation des certificats de décès, INSERM-SC8**

L'exploitation des certificats de décès permet d'estimer le nombre de décès directement liés à l'usage de drogues et ceux pour lesquels la toxicomanie est mentionnée en cause associée. Ces derniers sont des décès de toxicomanes non liés à l'usage de drogue ou qui n'ont pas été enregistrés comme tels.

Quelle que soit la source, il existe une sous-estimation du nombre de décès par surdose, ainsi qu'une sous-estimation du nombre de décès pour lesquels la toxicomanie peut être considérée comme une cause associée (notamment dans les cas de suicides, accidents de la route et autres morts violentes).

### 13.2\_Morbidité

L'état de santé des toxicomanes est peu appréhendé par les enquêtes existantes. Les quelques informations dont nous disposons concernent plus particulièrement la morbidité infectieuse, notamment l'infection par le VIH, le SIDA et par le virus de l'hépatite C.

La séroprévalence du VIH chez les toxicomanes varie considérablement selon l'âge, l'ancienneté de la toxicomanie, les modes de prise de produits, et par conséquent selon le type de structure de prise en charge, puisque chacune se différencie par des types de populations différents.

*Séroprévalence au VIH selon différentes sources, 1993-1995*

Enquêtes	Période	Taille de l'échantillon	Couverture	Toxicomanes dont la sérologie VIH est connue	Toxicomanes séropositifs* %
Hôpitaux (services de psychiatrie, médecine et spécialités médicales), (SESI)	novembre 1994	6 626	Couverture imprécise dans les hôpitaux	69%	36%
Centres spécialisés, (SESI)	novembre 1994	9 282	Exhaustif dans les 216 centres spécialisés ayant répondu	69%	20%
Centres spécialisés, (INSERM U302)	1993-1994	2 011	Exhaustif dans les 10 centres spécialisés volontaires	60%	21%
Antennes toxicomanie, (INSERM U302)	1994	2 175	Exhaustif dans 10 antennes toxicomanie	89%	14%
Centres spécialisés avec hébergement, (CESES)	2nd semestre 1995	1 686	Exhaustif dans les 92 centres spécialisés avec hébergement ayant répondu	92%	12%

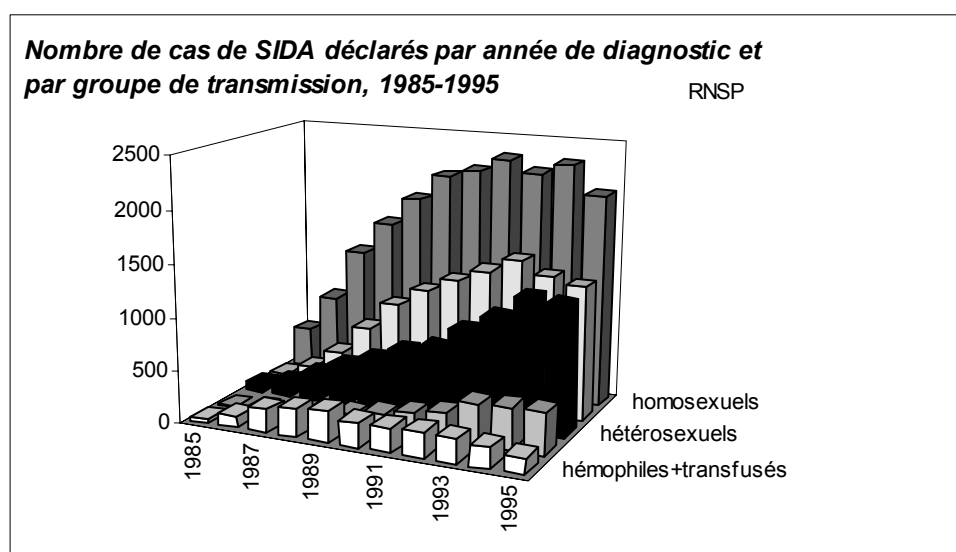
\* parmi ceux dont la sérologie est connue

Chez les toxicomanes qui font l'objet d'une prise en charge, le statut sérologique VIH est chaque année mieux connu. Il faut cependant rester prudent quant à une généralisation des résultats à l'ensemble des toxicomanes du fait du caractère déclaratif des données et du fait que des pathologies éventuellement associées au VIH et aux hépatites sont elles-mêmes à l'origine d'un certain nombre de recours aux structures de soins. Ceci implique une sur-représentation des sujets séropositifs, notamment dans les hôpitaux.

La proportion de sujets séropositifs semblerait se situer autour de 20 % chez les toxicomanes ayant recours aux soins. On peut toutefois retenir une fourchette de 12 % à 36 % de sujets séropositifs parmi les toxicomanes dont on connaît la sérologie et qui font l'objet d'une prise en charge. Lorsque ce sont des utilisateurs anciens ou actuels de la voie intraveineuse, les taux de sujets séropositifs sont plus élevés. Depuis 1991, une baisse des taux de séropositivité au VIH se dessine chez les toxicomanes. On note, en effet, une diminution d'environ 20 % de la fréquence des toxicomanes séropositifs suivis dans les hôpitaux et les centres spécialisés entre 1991 et 1994. Dans les centres spécialisés avec hébergement, la diminution constatée est du même ordre entre 1993 et 1994, puis s'accroît l'année suivante.

Les toxicomanes ont été particulièrement touchés par l'épidémie de SIDA. Celle-ci s'est développée en premier lieu chez les homosexuels, puis dans le groupe des usagers de drogue par voie intraveineuse, pour lesquels le nombre de nouveaux cas déclarés progresse très rapidement jusqu'en 1990. Le groupe des hétérosexuels constitue, depuis la fin des années 1980, celui où l'on observe les taux de croissance des cas de SIDA les plus élevés. Il semble qu'à l'heure actuelle il y ait une stabilisation de l'épidémie, en particulier dans le groupe des homosexuels et dans celui des toxicomanes. Cependant, les cas de SIDA avérés reflètent les infections contractées dans le passé et non l'évolution actuelle des nouvelles contaminations.

Au 31 mars 1995, 41 058 cas de SIDA ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie (62 % de ces personnes sont connues comme étant décédées). Parmi l'ensemble de ces cas de SIDA, 28 % sont liés à la toxicomanie soit directement, soit par le(s) partenaire(s), soit de la mère à l'enfant. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 1995 dans le groupe des toxicomanes est estimé à environ 1 450 en tenant compte des retards de déclaration et de la sous-déclaration.



Les seules informations disponibles sur l'hépatite C concernent les toxicomanes suivis en novembre 1994 dans les centres spécialisés et les hôpitaux. Cependant, pour près de la moitié d'entre eux le statut sérologique est inconnu, soit parce qu'ils n'ont pas effectué de test de



dépistage, soit parce qu'ils l'ont fait et que le résultat du test est inconnu ou enfin parce que la variable n'a pas été renseignée. Parmi ceux dont le statut sérologique est connu, 49 % sont séropositifs à l'hépatite C. Ce taux est de 57 % parmi les toxicomanes ayant consommé un produit par voie intraveineuse.

### **Repères méthodologiques**

- **Enquête Toxicomanie de novembre, SESI**

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Les résultats sur le VIH et le VHC sont disponibles sur les seuls centres spécialisés et les hôpitaux.

Selon les hypothèses retenues en matière de prévalence du VHC chez les personnes dont on ne connaît pas la sérologie, on obtient une fourchette de 25 % à 74 % du taux de prévalence des toxicomanes séropositifs au VHC.

- **Enquête semestrielle auprès des centres de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, CESES**

On repère les toxicomanes résidents des centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement (collectif, appartements thérapeutiques, appartements relais) subventionnés par la DGS. 92 centres sur 106 existants ont répondu à l'enquête du second semestre 1995 (n = 1 686).

- **Déclarations des cas de SIDA, RNSP**

Le SIDA est une maladie dont la déclaration est obligatoire : on recense les cas de SIDA déclarés selon l'année de diagnostic.

Les données des années 1994 et 1995 sont des données redressées.

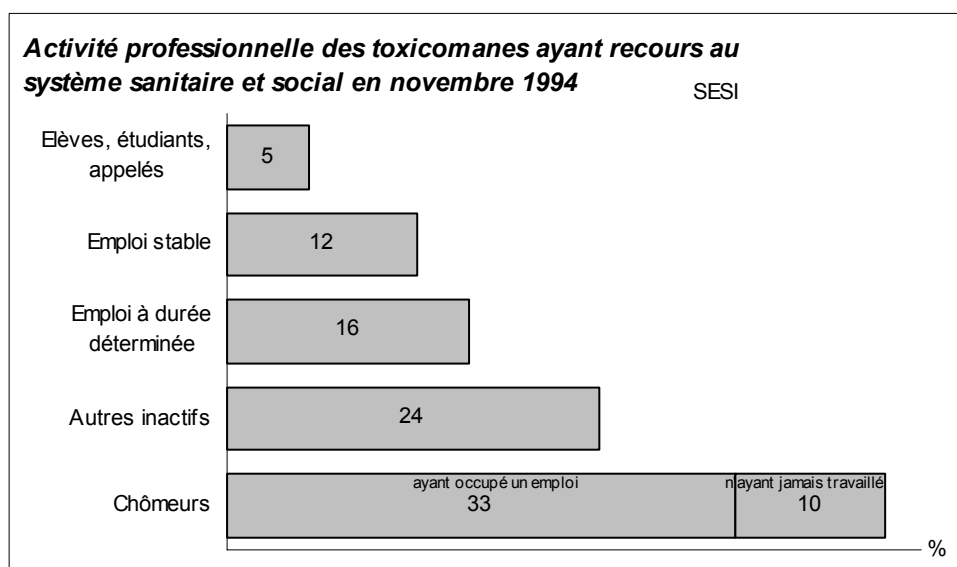
Il existe une sous déclaration de 15 %, quelque soit le groupe de transmission, et un délai entre le diagnostic de la maladie et sa déclaration au RNSP.

### **13.3 \_ Problèmes sociaux : activité professionnelle et assurance sociale**

Les informations concernant l'activité professionnelle et la couverture sociale sont connues pour les seuls toxicomanes qui ont recours au système sanitaire et social en novembre. Il faut donc rester prudent quant à l'extrapolation des résultats à l'ensemble des toxicomanes.

L'insertion des toxicomanes dans la vie active est faible. 72 % des toxicomanes suivis en novembre 1994 n'exercent pas d'activité professionnelle ; parmi ceux-ci 60 % sont au chômage. Par ailleurs, la situation de ceux qui exercent un emploi est cependant relativement précaire puisque parmi eux, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée. C'est dans les centres sociaux que la part des inactifs est la plus importante, mais les toxicomanes qui y ont recours sont également plus jeunes.

Enfin, si les toxicomanes déclarent 9 fois sur 10 bénéficier d'un régime d'assurance maladie, 8 % d'entre eux, plus particulièrement les moins de 25 ans, n'ont aucune couverture sociale. Le quart des toxicomanes perçoivent le RMI. C'est parmi les chômeurs qui ont déjà travaillé que les bénéficiaires du RMI sont les plus représentés.



D'après les études ethnographiques récentes (approche de terrain), il semblerait que, par rapport aux années antérieures, on assiste à une radicalisation des états de pauvreté et de la précarisation chez les toxicomanes.

### Repères méthodologiques

- *Enquête Toxicomanie de novembre, SESI*

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Taux de non-réponses : 1,9 % sur l'activité professionnelle, 12,9 % sur le RMI et 10,6 % sur l'assurance maladie

## 13.4\_ Aspects légaux

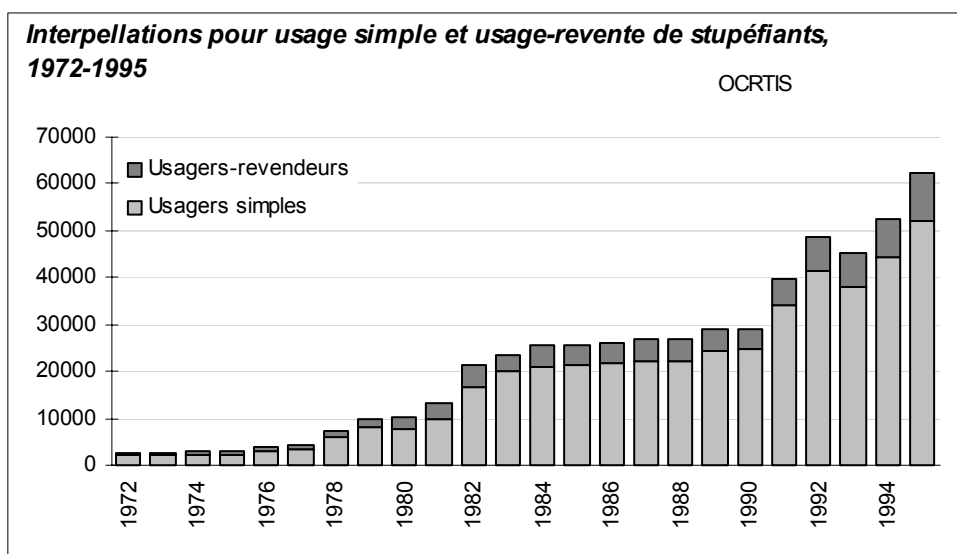
### A. Interpellations pour usage illicite de stupéfiants

L'usage de stupéfiants constitue un délit (article L.628 du Code de la Santé Publique) passible de peines pouvant aller jusqu'à 1 an d'emprisonnement et 25 000 francs d'amende.

En 1995, 35 930 affaires de stupéfiants ont été traitées par les services de Police, Gendarmerie et Douanes. Elles ont donné lieu à l'interpellation pour usage ou trafic de stupéfiants de 69 432 personnes, certaines ayant été interpellées à de multiples reprises au cours de l'année. L'usage constitue le motif d'interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants le plus fréquent : en 1995, il représente 90 % d'entre elles.

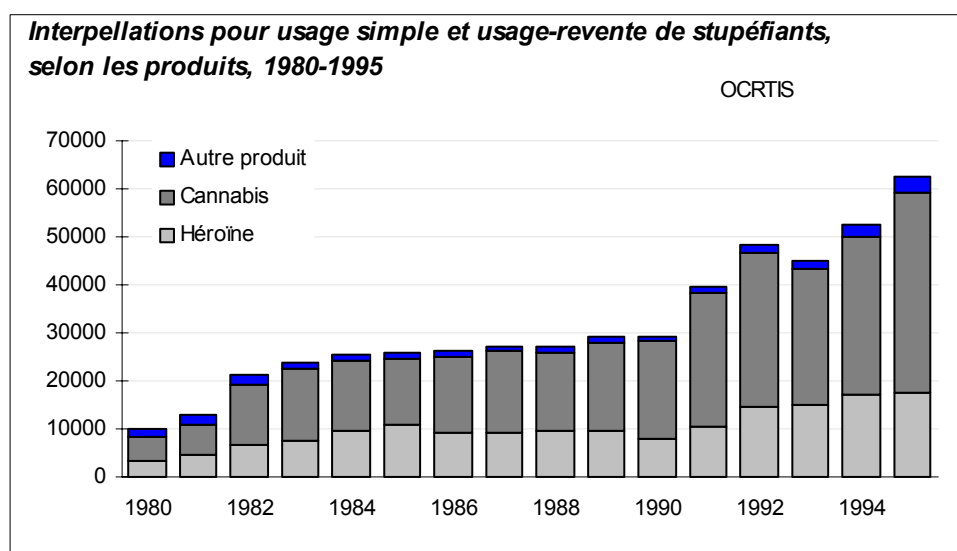
Le nombre des interpellations pour usage illicite de stupéfiants a doublé en moins de 5 ans. En 1995, on en compte 62 325, dont 84 % pour usage simple. L'augmentation constatée en 1995, soit 19 % par rapport à 1994, est sans précédent, si l'on exclut 1982 et 1991 années témoins d'un meilleur enregistrement. Elle est à 92 % due à une augmentation des interpellations pour usage de cannabis. Le renforcement des contrôles d'identité dans le cadre de l'opération

Vigipirates à la suite des attentats islamistes en 1995 pourrait permettre d'expliquer une partie de l'augmentation des interpellations pour usage et notamment de cannabis en 1995.



L'accroissement, depuis vingt ans, des interpellations pour usage de drogue provient certainement d'un accroissement du nombre d'usagers combiné à une augmentation de l'activité des services de Police, Gendarmerie et Douanes. Les stratégies répressives mises en œuvre limitent, en effet, l'interprétation des données sur les interpellations. Le nombre d'interpellations enregistrées est un indicateur sensible à différentes variations tant au niveau de l'activité des consommateurs que de la législation sur les stupéfiants, ou encore de l'application de la loi.

Le produit mentionné lors d'une interpellation pour usage illicite de stupéfiants est le produit principalement consommé par l'interpellé. Le cannabis est le produit le plus fréquemment cité ; l'héroïne vient ensuite. Leur part respective au sein des interpellations pour usage enregistrées en 1995 est de 67 % et 28 %.



## Repères méthodologiques

- **Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS**

On repère les interpellations pour usage illicite de stupéfiants dans l'année. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année, ce qui induit des double-comptes si l'on raisonne au niveau des individus.

Ce fichier enregistre les seules arrestations ayant fait l'objet d'un procès-verbal par les services de Police, Gendarmerie et Douanes. Il ne tient pas compte des affaires pour lesquelles il y a simple mention en main-courante.

C'est un meilleur enregistrement des interpellations pour usage de stupéfiants qui a entraîné en 1982 et en 1991 une augmentation importante de leur nombre. La baisse constatée en 1993 est principalement due à la réforme du Code de Procédure Pénale ; elle a surtout concerné les services qui recevaient le plus grand nombre d'usagers.

## B. Condamnations et incarcérations pour usage de stupéfiants

Il est difficile de mettre en relation les interpellations et les condamnations pour délit d'usage du fait de classifications différentes des infractions à la législation sur les stupéfiants. Par ailleurs, toute interpellation ne mène pas forcément à une poursuite judiciaire. Il peut y avoir un classement sans suite, la prononciation d'un simple avertissement à usager ou encore la décision d'une mise sous injonction thérapeutique.

### **Les injonctions thérapeutiques**

L'injonction thérapeutique, mise en place par la loi du 31 décembre 1970 (article L.628.1 du Code de la Santé Publique), a entre autres pour objectif de proposer des dispositions de soins alternatives à la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Elle permet au Procureur de la République d'enjoindre à l'usager de produits stupéfiants de suivre un traitement au lieu de faire l'objet de poursuites judiciaires. Cette alternative offerte par le Procureur est diversement appliquée dans les départements.

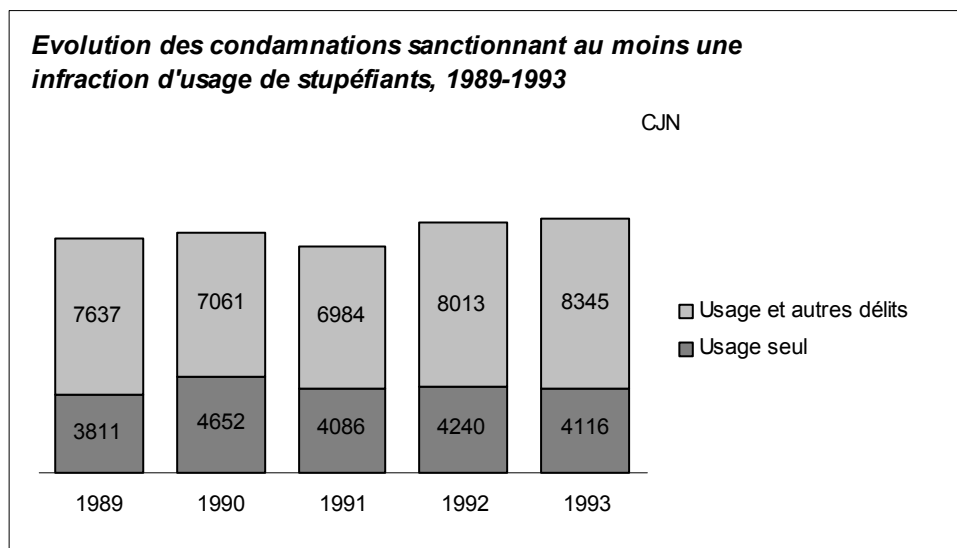
En 1995, 8 630 personnes toxicomanes ont bénéficié d'une mesure d'injonction thérapeutique. Parmi elles, 6 072 ont fait l'objet d'un suivi médico-social. Du fait d'une meilleure collaboration entre les instances judiciaires et sanitaires, l'écart se réduit, d'une année sur l'autre, entre le nombre de personnes pour lesquelles une injonction thérapeutique est prononcée et le nombre de celles qui bénéficient effectivement d'un suivi.

#### ***Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies, 1993-1995***

	DGS, SED		
	1993	1994	1995
Nombre d'injonctions prononcées	6149	7678	8630
Nombre de personnes ayant eu effectivement un suivi médico-social	4064	5760	6072

## Les condamnations sanctionnant au moins une infraction d'usage de stupéfiants

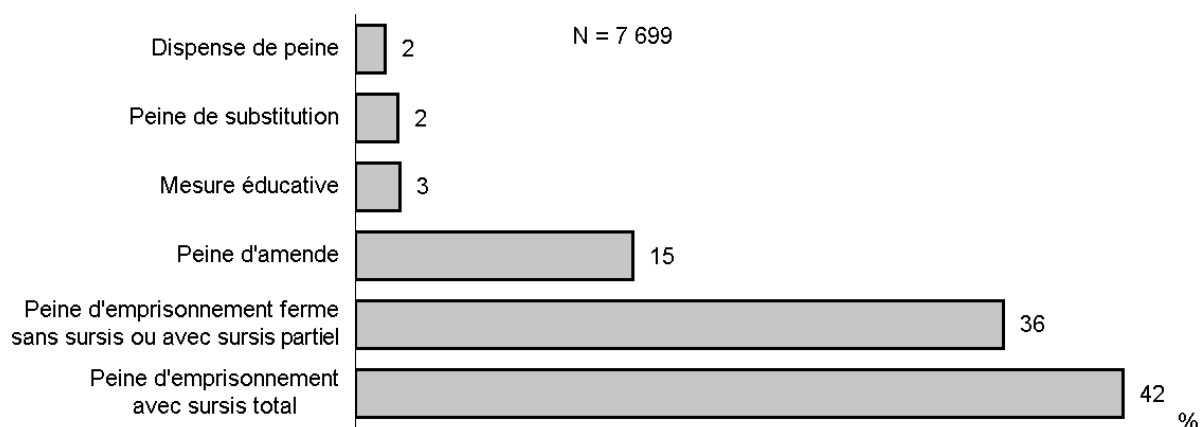
Lorsqu'il y a poursuite judiciaire et condamnation pour délit d'usage illicite de stupéfiants, on constate, en 1993, que dans 67 % des cas, l'usager de drogue est également poursuivi pour d'autres infractions. La part de l'usage, au sein des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées dans les condamnations, n'a cessé de diminuer au cours des 5 dernières années : elle est passée de 44 % en 1984 à 24 % en 1993. Les infractions pour usage de stupéfiants (12 461) représentent en 1993 1,7 % de l'ensemble des infractions sanctionnées dans les condamnations.



La peine sanctionne l'ensemble des infractions commises et varie donc fortement selon l'association d'autres délits.

L'emprisonnement avec sursis total constitue la peine la plus fréquemment prononcée : dans 42 % des cas, que l'usage soit associé ou pas à d'autres délits.

### Condamnations sanctionnant l'usage de stupéfiants en infraction unique ou principale, selon la nature de la peine, 1993



Lorsqu'il y a délits multiples, les peines de prison ferme sont plus fréquentes qu'en cas d'usage seul, et les durées plus longues. Ainsi, 44 % des usagers ayant commis d'autres infractions sont condamnés à la prison ferme, dans plus de la moitié des cas pour une durée supérieure à 6 mois. En revanche, la prison ferme sanctionne 29 % des personnes condamnées pour seul délit d'usage, et pour 82 % d'entre elles cela n'excède pas 6 mois.

Quant aux peines d'amende, elles sont deux fois plus fréquentes lorsque l'infraction d'usage est unique : elles sanctionnent 21 % des délits d'usage seuls et 9 % des délits d'usage associés à d'autres délits.

## **Les incarcérations**

Parmi les personnes ayant commis un délit d'usage de stupéfiants (seul ou associé à d'autres délits) et condamnées à une peine de prison ferme, certaines ne l'effectueront pas. En effet, il peut s'agir de condamnations par défaut ou encore de condamnations à l'emprisonnement ferme susceptibles d'être converties en travaux d'intérêt général.

Seules les incarcérations pour lesquelles l'usage de stupéfiants constitue l'infraction unique ou principale (inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont repérables : en 1995, l'Administration pénitentiaire en a comptabilisé 864. Ce chiffre ne représente pas le nombre d'usagers de stupéfiants en prison puisque les infractions commises par ceux-ci peuvent n'avoir aucun rapport avec l'usage. Il ne représente pas non plus tous les détenus incarcérés pour une infraction d'usage car celle-ci, lorsqu'il y a délits multiples, n'est pas toujours inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt.

## **Repères méthodologiques**

- **Cadres du parquet, SED**

Il s'agit d'états annuels de l'activité des cours d'appel, des tribunaux de grande instance et des tribunaux de police. Ces états permettent un comptage du nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées pendant une année en France.

- **Suivi des mesures d'injonction thérapeutique, DGS**

L'autorité sanitaire (DDASS) est responsable du bon déroulement du traitement. Si le contrat sanitaire n'est pas correctement rempli, les poursuites pour délit d'usage reprennent.

- **Casier Judiciaire National, SED**

On repère les condamnations sanctionnant au moins une infraction d'usage illicite de stupéfiants parmi les quatre premières infractions inscrites au casier judiciaire national. Les peines et les durées d'emprisonnement sont connues pour les seules condamnations sanctionnant l'usage en infraction unique ou en infraction principale (de rang 1). Les peines et durées sont probablement sous-estimées puisque ne sont pas comptées les condamnations sanctionnant un autre délit en infraction principale (l'usage venant ensuite) : certaines études ont montré que la multiplicité des délits associés à l'usage aggravait les peines et les durées d'emprisonnement ferme.

Les mesures éducatives sont des peines prononcées uniquement à l'encontre des mineurs.

- **Fichier national des détenus, SCERI**

Seules les incarcérations, pendant l'année, pour usage illicite de stupéfiants en infraction unique ou principale (placée en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont comptées. Il s'agit d'un flux d'entrées en prison. Ce mode d'enregistrement ne permet donc pas de repérer toutes les incarcérations pour une infraction d'usage de stupéfiants. De plus, lorsqu'il y a délits multiples, l'infraction placée en premier lieu sur le mandat de dépôt peut aussi bien être l'infraction considérée comme la plus grave que celle qui a été constatée en premier lieu.

## CHAPITRE 14. DISPONIBILITE ET OFFRE

### 14.1 Offre et trafic de stupéfiants

#### A. Le blanchiment de l'argent lié à la drogue

L'année 1995 et le début de l'année 1996 ont été marqués, en France, par une intensification de la lutte contre le blanchiment et une évolution législative importante destinée à accroître son efficacité.

#### **Le bilan de la lutte**

Les données du TRACFIN (Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers Clandestins), créé en 1990 au sein du Ministère de l'Economie et du Budget pour lutter contre le blanchiment de l'argent d'origine criminelle au côté de l'Office Central pour la Répression de la Grande Délinquance Financière (OCRGDF) au Ministère de l'Intérieur, montrent la mobilisation croissante des différents acteurs impliqués dans cette lutte.

La participation des institutions financières s'est très sensiblement accrue avec, en 1995, 865 déclarations de soupçon, contre 683 en 1994 et 648 en 1993. Depuis sa création, TRACFIN a ainsi reçu au 1er octobre 1996 un total de 3 394 déclarations concernant plusieurs milliards de francs.

Les banques, à elles seules, sont à l'origine de 74 % de ces déclarations, le reste provenant des autres organismes soumis à cette procédure, autres établissements financiers privés et publics, entreprises d'assurances, mutuelles, sociétés de Bourse, changeurs manuels.

A partir de ces déclarations, 300 enquêtes sont en cours en 1995 au TRACFIN, alors qu'elles n'étaient que de 200 en 1994. Parmi elles, le nombre d'affaires transmises, depuis 1991, à la justice s'élève à 120 au 1er octobre 1996. Elles se répartissent à parts égales entre affaires de blanchiment "stricto sensu" et affaires concernant les capitaux d'origine criminelle en général (au titre de l'article 40 du code de procédure pénale). Elles mettent en jeu plusieurs centaines de millions de francs. Pour les premiers mois de 1996, ce nombre s'élève à plus de 30, ce qui montre l'accélération de la mise en œuvre des procédures judiciaires. La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur représentait en 1995 un tiers des affaires totales, alors qu'elles étaient largement concentrées dans la région parisienne au cours des années antérieures. On ne dispose pas, actuellement, des données concernant les résultats de ces procédures.

#### **L'évolution législative**

Dans le cadre de l'harmonisation des législations internationales et européennes, la France a adopté, en 1996, une nouvelle loi relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime (loi n° 96-392 du 13 mai 1996). Elle vise à adapter la législation française à la convention du Conseil de l'Europe de 1990 relative au blanchiment, en levant notamment deux difficultés signalées au cours des années antérieures pour l'application de la loi : le champ d'application de la législation anti-blanchiment et la charge de la preuve concernant l'origine de l'argent.

D'une part, la loi crée un délit général de blanchiment des produits des crimes ou délits. Le délit spécifique concernant le trafic de stupéfiants est maintenu, mais il est désormais possible d'appliquer la loi anti-blanchiment pour des fonds dont on ne peut pas établir des liaisons directes avec les stupéfiants, ce qui est le plus souvent difficile, en particulier quand il s'agit de fonds venant de l'étranger et qui ont transité à travers divers circuits. Toute autre infraction peut donc être évoquée.

D'autre part, la loi incrimine la non-justification de ressources correspondant à son train de vie pour toute personne ayant des relations habituelles avec des trafiquants ou usagers de stupéfiants.

### **Repères méthodologiques**

- **TRACFIN, Ministère de l'Economie et des Finances et Ministère du Budget**

Les informations de ce texte proviennent du communiqué du Ministère du Budget lors de la présentation du bilan 1995 de l'action de la douane.

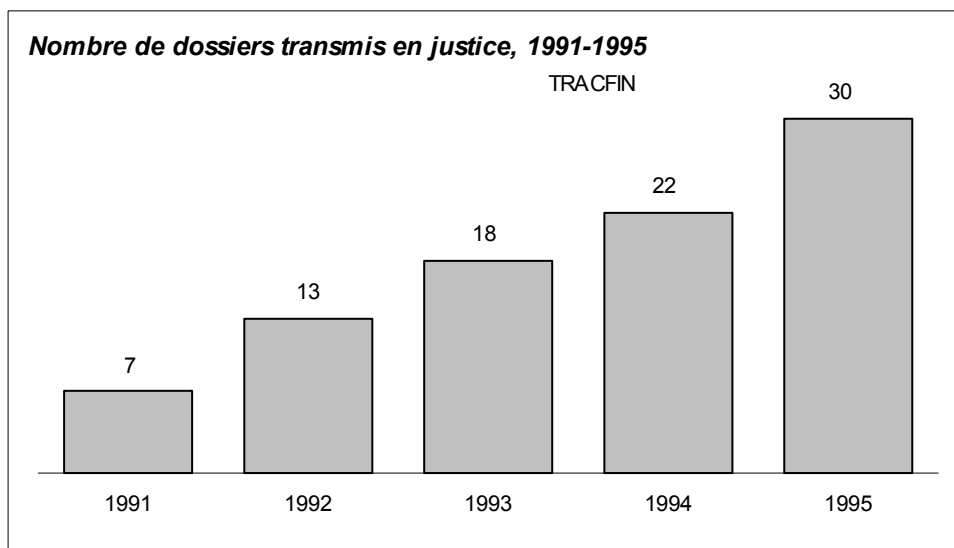
Le cadre législatif : principaux textes récents

Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.

Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques.

Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants.

Décret du 9 mai 1990 portant création d'une cellule de coordination chargée du traitement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN).

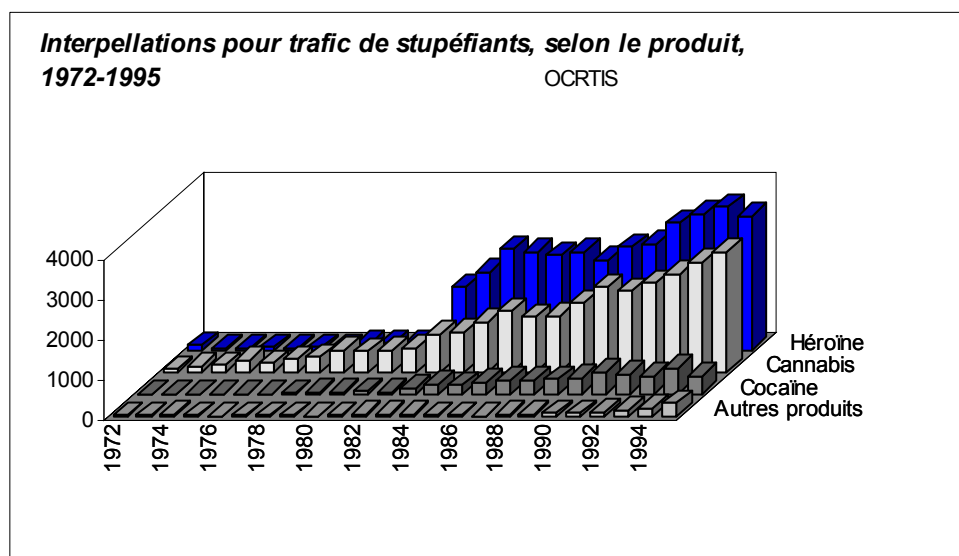


### **B. Interpellations, condamnations et incarcérations pour offre et trafic de stupéfiants**

En 1995, 7 107 personnes ont été interpellées pour trafic local ou international de stupéfiants par les services de Police, de Gendarmerie et de Douanes. Leur nombre est légèrement inférieur à celui constaté en 1994. La tendance à la hausse constatée au cours des vingt dernières années ne saurait cependant, faute de confirmation dans les années ultérieures, être remise en cause. Par rapport à l'usage, le trafic de stupéfiants reste minoritaire et représente, en 1995, 10 % du total des interpellations.



Jusqu'en 1983, le cannabis était le produit le plus fréquemment cité dans les interpellations pour trafic de stupéfiants puis les trafiquants d'héroïne sont devenus majoritaires. Depuis 1983, les interpellations pour trafic de cannabis et de cocaïne ont été multipliées par 3 et celles d'héroïne par 2. En 1995, le cannabis représente 42 % des interpellations pour trafic de stupéfiants, l'héroïne 47 % et la cocaïne 6 %. Le trafic d'ecstasy s'est très fortement accru depuis son apparition en 1990 : les interpellations sont passées de 13 en 1990 à 276 en 1995, soit 21 fois plus. L'ecstasy concerne 4 % des trafiquants interpellés en 1995. Quant au LSD, aux amphétamines et aux médicaments psychotropes, ce sont des produits qui, pour chacun d'entre eux, donnent lieu, dans moins de 1 % des cas, à une interpellation pour trafic.



La fréquence des trafiquants locaux et des revendeurs continue à s'accroître au détriment des trafiquants internationaux pourtant majoritaires en 1972 : elle est de 83 % en 1995. Le nombre de trafiquants internationaux de cannabis interpellés est plus important que celui des trafiquants internationaux d'héroïne. Il représente 45 % du total des trafiquants internationaux de stupéfiants. On distingue, par ordre d'importance, plusieurs groupes de trafiquants internationaux de cannabis : les réseaux français, britanniques, marocains, italiens, espagnols et néerlandais.

Comme pour l'usage, il est difficile, au niveau de l'offre de stupéfiants, de mettre en relation les interpellations, les condamnations et les incarcérations du fait de classifications des infractions à la législation sur les stupéfiants différentes. Par ailleurs, une interpellation n'induit pas toujours une condamnation qui elle-même ne mène pas forcément à l'incarcération. De plus, quand cet enchaînement existe, le temps écoulé entre chaque étape varie selon les qualifications et les affaires.

En 1993, 2,4 % des infractions sanctionnées dans les condamnations, soit 17 379, relèvent de l'offre, du transport ou du trafic de stupéfiants. Dans plus de 90 % des cas les individus mis en cause sont également poursuivis pour d'autres infractions. Ces trois types d'infraction représentent en 1993 34 % des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). La détention/acquisition de stupéfiants, qui dans la majorité des cas ne semble pas ressortir du simple usage, est difficile à mettre directement en relation avec l'offre ou le trafic de stupéfiants. Elle constitue la qualification la plus fréquente au sein des ILS : sa part est de 61 %. C'est également l'infraction la plus fréquemment associée à d'autres délits (dans 95 % des cas).

### 25 524 condamnations en 1993

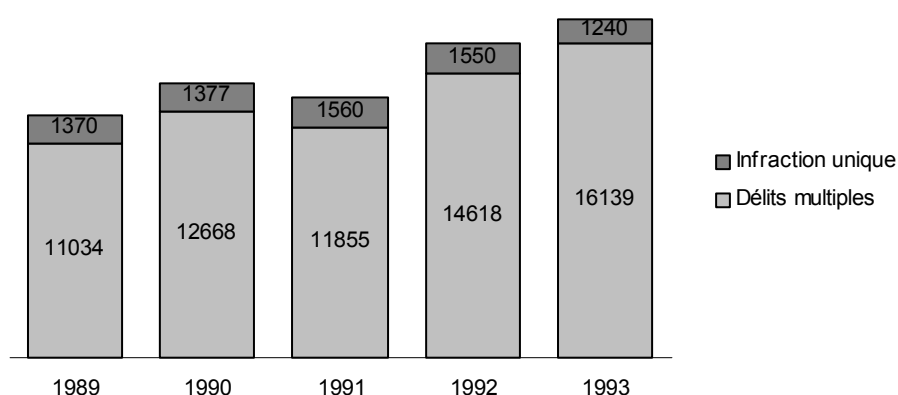
CJN

#### sanctionnant 51 234 infractions à la législation sur les stupéfiants, dont

3 633 pour trafic  
 5 939 pour transport  
 21 031 pour détention/acquisition  
 7 807 pour cession et offre  
 12 461 pour usage  
 350 pour aide à l'usage  
 13 pour autres ILS

#### Infractions relatives à l'offre, au transport ou au trafic de stupéfiants sanctionnées dans les condamnations, 1989-1993

CJN



Les incarcérations pour ILS (en infraction principale) restent en 1995 dominées par les trafiquants de stupéfiants. La qualification de cession et offre, qui vient ensuite, représente à peine 8 % des ILS donnant lieu à une incarcération.

#### Incarcérations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, 1995

FND

#### 12 277 incarcérations dont

7 801 pour trafic  
 1 026 pour cession et offre  
 864 pour usage  
 2 586 pour autres ILS

### Repères méthodologiques

- Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS

On repère les interpellations dans l'année pour trafic de stupéfiants. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

La forte hausse du nombre d'interpellations pour trafic entre 1982 et 1983 est en partie due à un meilleur enregistrement.

- **Casier Judiciaire National, SED**

On repère les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées dans les condamnations. Du fait d'associations fréquentes entre les différentes qualifications d'infractions dans une même condamnation, le nombre d'infractions mentionné est supérieur au nombre de condamnations qui les sanctionne.

- **Fichier national des détenus, SCERI**

Seules les incarcérations, pendant l'année, pour trafic ou offre de stupéfiants en infraction unique ou principale (placée en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont comptées. Il s'agit d'un flux d'entrées en prison. Ce mode d'enregistrement ne permet donc pas de repérer toutes les incarcérations pour trafic ou offre de stupéfiants. De plus, l'infraction placée en premier lieu sur le mandat de dépôt peut aussi bien être l'infraction considérée comme la plus grave que celle qui a été constatée en premier lieu.

Les qualifications relatives aux incarcérations ne peuvent, faute de concordance entre les définitions, être mises en relation avec celles relatives aux condamnations.

## 14.2\_ indicateurs du marché de la drogue : saisies (nombre, quantités)

Les saisies de produits stupéfiants, comme les interpellations, dépendent autant du trafic que de l'activité des services de Police, Gendarmerie et Douanes. Certaines grosses saisies peuvent entraîner des fluctuations de chiffres importantes d'une année sur l'autre, ce qui rend particulièrement délicate l'analyse dans le temps des quantités saisies. Par rapport à 1994, année record pour la quantité de drogue saisie sur le territoire français, 1995 a vu ses prises baisser en volume bien que leur nombre se soit accru.

*Saisies de produits stupéfiants, 1992-1995*

Produits	1992		1993		1994		1995	
	Quantités saisies	Nb de saisies	Quantités saisies	Nb de saisies	Quantités saisies	Nb de saisies	Quantités saisies	Nb de saisies
Cannabis (kg)	42 075	17 690	45 783	16 200	58 029	17 707	42 270	22 543
Héroïne (kg)	328	4 559	386	5 092	661	5 163	498	5216
Cocaïne (kg)	1 625	1 069	1 715	1 168	4 743	1 281	864	1107
Crack (kg)	2	105	5	219	10	227	9	325
L.S.D. (doses)	128 359	119	430 617	121	74 004	160	70 217	158
Ectasy-MDMA (doses)	13 911	73	133 521	186	254 804	358	273 779	587
Amphétamines (kg)	13	73	43	86	80	98	103	104

OCRTIS

Les trafiquants les plus fréquemment interpellés sont des trafiquants d'héroïne, mais la drogue la plus saisie en France, aussi bien au niveau des quantités que du nombre de prises effectuées, reste le cannabis. Dans 93 % des cas, il est saisi sous forme de résine. Plus les quantités saisies de cannabis (résine et herbe) sont importantes moins le nombre de prises est élevé. Ainsi, dans 71 % des cas les quantités saisies sont inférieures à 10 grammes ; alors que les prises de plus de 50 kilogrammes représentent 81 % des quantités saisies, mais moins de 1 % du nombre de prises.

La résine de cannabis provient principalement d'Espagne et du Maroc (respectivement 47 % et 37 %). Cependant, tous pays d'acquisition confondus, la quantité de résine de cannabis saisie dont l'origine de production est le Maroc représente 67 % de l'ensemble de la résine saisie en France en 1995, l'Espagne étant plutôt un pays de redistribution. Le marché français

est le principal destinataire avec 39 % de la résine saisie en France. Viennent ensuite les Pays-Bas qui représentent 19 % des destinations connues.

Le nombre de saisies d'héroïne inférieures à 5 grammes reste majoritaire en 1995 avec 69 % des saisies d'héroïne effectuées en France. Cela ne concerne cependant qu'une proportion infime, 1 %, de la quantité totale d'héroïne saisie. La véritable part du trafic, qu'il soit local ou international, se situe au-delà de 100 grammes : les saisies de plus de 100 grammes représentent 7 % du nombre de prises et 92 % des quantités saisies. Au delà de 5 kilogrammes, ces deux parts sont respectivement de 0,3 % et 43 %.

Comme les années précédentes, l'héroïne saisie en France provient essentiellement (58 % du total et 78 % des provenances connues) des Pays-Bas qui constituent un pays de redistribution important. Sa destination première (68 % du total et 72 % des destinations connues) est le marché local français. Toutefois, pour les prises de plus de 5 kilogrammes, les destinations étrangères sont plus représentées et la France apparaît plus fréquemment comme un pays de transit.

La cocaïne, à l'instar de l'héroïne, enregistre une majorité de saisies inférieures à 5 grammes. Celles-ci représentent 62 % du nombre de saisies de cocaïne effectuées en France en 1995. Cependant, les prises de cocaïne supérieures à 100 grammes, et notamment celles qui dépassent 5 kilogrammes, restent en 1995 plus fréquentes que celles d'héroïne. Ainsi, les prises de plus de 5 kilogrammes de cocaïne concernent 3 % des cas et 78 % des quantités saisies.

La cocaïne dont la provenance est connue vient principalement d'Amérique du Sud : le Brésil et la Colombie constituent en effet à eux seuls 72 % des pays d'acquisition de la cocaïne saisie en France en 1995. La France, pays de transit pour la cocaïne saisie sur son territoire, représente seulement 12 % des destinations connues. L'Espagne tient une place prépondérante en 1995 : elle est destinataire de 48 % de la cocaïne saisie en France. Les Pays-Bas viennent ensuite avec 14 %.

En ce qui concerne les saisies d'ecstasy, de LSD et d'amphétamines, les principaux pays de provenance et de destination identifiés sont respectivement les Pays-Bas et l'Espagne.

### **Repères méthodologiques**

- **Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS**

Les procédures judiciaires ne permettent pas toujours de révéler le pays d'acquisition des produits saisis. De plus, lorsque le pays d'acquisition est connu, il ne correspond pas toujours au pays de production. En effet, nombreux sont les pays d'acquisition (et de destination) de la drogue saisie en France qui sont en réalité des pays (re)distributeurs ou de transit.

Taux de provenance non identifiée : 21 % pour la résine de cannabis, 25 % pour l'héroïne, 8 % pour la cocaïne, 9 % pour l'ecstasy, 4 % pour le LSD.

Taux de destination non identifiée : 4 % pour la résine de cannabis, 5 % pour l'héroïne, 24 % pour la cocaïne, 8 % pour l'ecstasy, 3 % pour le LSD.

## CHAPITRE 15. DISCUSSION

### 15.1 (15.2)\_ Tendances actuelles

Cette présentation de tendances est un exercice un peu spéculatif : quelles sont les tendances sur les drogues et les toxicomanies que nous pouvons mettre en relief, en 1996 ? Il ne s'agit pas à proprement parler d'une synthèse des éléments décrits dans le rapport mais d'une sélection de traits saillants représentatifs à la fois du socle sur lequel repose à l'heure actuelle notre connaissance du phénomène, fondée sur des données quantitatives disponibles, et d'une approche plus qualitative, "à dire d'expert", portant sur des évolutions récentes que l'on peut relever.

#### Usages et produits

L'usage de drogues et la toxicomanie ne constituent plus des phénomènes essentiellement urbains. Ces comportements tendent à se propager hors des grandes métropoles. La tendance au vieillissement se poursuit sauf pour les usagers de crack, signe pour ce produit d'une autre forme d'usage plus précoce. D'après les études ethnographiques récentes (approche de terrain), il semblerait que, par rapport aux années antérieures, on assiste à une radicalisation des états de pauvreté et de la précarisation chez les toxicomanes.

Les polytoxicomanies se développent. La place des médicaments psychotropes dans l'ensemble des produits consommés par les toxicomanes devient particulièrement importante.

La consommation d'héroïne, après une très forte croissance ces dix dernières années, semble se stabiliser.

L'usage de cocaïne, dont les rares indicateurs que l'on possède laissent à penser qu'il est important, est toujours aussi mal connu sauf à travers son association avec d'autres consommations où il est souvent mentionné.

Malgré une forte progression constatée depuis son émergence en France à la fin des années 80, l'usage de crack est contenu à un niveau encore limité. Il affecte essentiellement la région parisienne et les Antilles.

Le phénomène récent le plus marquant est certainement la progression considérable de la consommation d'ecstasy et d'hallucinogènes, dans les discothèques ou les fêtes rassemblant des jeunes, au delà du simple cadre des "raves".

Nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes en France qui auraient consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de ceux qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Plus de neuf fois sur dix le produit consommé est le cannabis. Son usage semble se banaliser, d'une certaine manière : plus d'un quart des personnes entrant à l'âge adulte l'ont expérimenté. Cet usage occasionnel recouvre d'autres pratiques où le cannabis seul ou associé à d'autres produits (alcool, ecstasy...) a un rôle important dans des conduites de dépendance.

## **La répression du trafic et de l'usage**

La hausse des saisies de produits stupéfiants, constatée au cours des dernières années, marque un temps d'arrêt en 95 pour toutes les drogues à l'exception de l'ecstasy.

Les prix de l'héroïne, de la cocaïne, et de l'ecstasy, habituellement pratiqués au niveau de la rue à Paris, sont à la baisse ces dernières années. Quant à la pureté des produits, si la qualité de l'héroïne s'est améliorée à Paris, celles de la cocaïne et du cannabis auraient, aux dires des consommateurs, baissé.

Les interpellations pour usage illicite de stupéfiants (62 000 en 95) continuent de progresser fortement (+ 19 % au cours de la dernière année) mais cette progression porte essentiellement sur le cannabis. L'alternative aux poursuites que constitue l'injonction thérapeutique est de plus en plus employée (8 600 en 95) et fait l'objet d'une meilleure coordination entre les services judiciaires et sanitaires.

La part de la petite et moyenne délinquance attribuable aux toxicomanes reste un indicateur difficile à construire en raison notamment de la non-élucidation d'une partie importante de ces faits. Une recherche monographique réalisée à Paris sur l'année 1990 indique en tout état de cause que le chiffre de 50 % fréquemment cité serait surestimé.

## **Traitement, état de santé**

Le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes continue à se renforcer et à se diversifier. Près de 65 000 toxicomanes ont eu recours aux centres de soins spécialisés en 1995 (+ 22 % en une année). Les médecins généralistes voient leur part de prise en charge croître dans le traitement de certains patients toxicomanes. Les dispositifs spécialisés et généralistes sont mieux intégrés dans le cadre d'une prise en charge plus globale et mieux coordonnée. La mise à disposition de traitements de substitution (Méthadone® et Subutex®) s'est considérablement développée depuis 1993. Le nombre de toxicomanes en bénéficiant est passé de quelques dizaines à plus de 23 000 en septembre 1996.

Les toxicomanes ont largement été infectés par le VIH : parmi l'ensemble des cas de SIDA déclarés depuis 1978, 28 % sont liés à la toxicomanie. Actuellement, 20 % des toxicomanes qui ont recours aux soins seraient infectés par le VIH. Les derniers indicateurs en la matière tendent à montrer une stabilité voire une diminution de la part des toxicomanes infectés par le VIH. Cette évolution vient souligner l'importance des efforts de prévention qui sont réalisés à ce niveau depuis une dizaine d'années.

Les toxicomanes sont également très touchés par les hépatites (environ un sur deux ont une sérologie positive pour l'hépatite C), mais leur statut sérologique est dans ce domaine moins bien connu.

La prise en charge des problèmes infectieux est de plus en plus fréquente. Ceci ne doit pas masquer les autres problèmes somatiques et les pathologies psychiatriques rencontrés par les toxicomanes.

Même si des résultats positifs sont enregistrés à la suite de l'amélioration de l'accessibilité aux seringues et des actions menées dans le cadre d'une stratégie globale de réduction des risques, certaines pratiques à risque perdurent. C'est le cas de la réutilisation des seringues et du partage du matériel d'injection autre que la seringue.

La mortalité en relation avec la toxicomanie est devenue, chez les jeunes adultes, une des causes principales de mortalité (avec les accidents et les suicides). Le nombre de décès par surdose (une des composantes de la mortalité des toxicomanes), qui a très fortement progressé au cours des années 80, se stabilise depuis les 4 dernières années. L'héroïne reste très largement dominante dans les produits mis en cause, mais la part des médicaments augmente sensiblement (17 % en 95).

### **15.3 (15.4)\_limites méthodologiques**

#### **Un domaine complexe à observer**

L'essentiel de la législation française en matière de drogue et de toxicomanie résulte de la loi du 31 décembre 1970, qui a plusieurs objectifs et présente un double versant : réprimer le trafic et l'usage de stupéfiants et organiser les soins aux toxicomanes. Tout en posant le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants, la loi propose une alternative thérapeutique à la répression de l'usage : l'injonction thérapeutique. Elle précise également deux principes majeurs dans l'organisation des soins : leur gratuité et l'anonymat pour les toxicomanes pris en charge. Ce cadre législatif structure la connaissance que nous pouvons en avoir. Les deux grandes filières statistiques existantes (sanitaire, répressive) sont le reflet de la dualité du toxicomane établie par la loi. La règle de l'anonymat ne facilite pas les études épidémiologiques au niveau des sujets traités et de leur suivi.

L'usage de drogue est par nature difficilement repérable et donc descriptible. En France, le dispositif d'observation des usages de drogues en population générale est incomplet. Néanmoins de nombreuses données sont disponibles. Elles proviennent le plus souvent des institutions qui interviennent en la matière. Elles ne reflètent donc qu'une partie du phénomène et sous un angle particulier, celui de l'institution.

Les sources d'information qui ont été explorées pour mener à bien ce travail peuvent être catégorisées de la manière suivante :

- les sources institutionnelles, qui émanent d'institutions sanitaires, sociales ou répressives luttant contre la drogue et la toxicomanie, et dont l'objectif principal est de mesurer et d'orienter leur action ;
- les études sur des populations particulières, concernées directement par la toxicomanie, menées par des équipes de recherche ou des administrations, non engagées directement dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie mais contribuant à la connaissance du phénomène ;
- les enquêtes en population générale, qui visent à mesurer l'importance des usages de drogues et à étudier les comportements ou les attitudes de la population globale à l'égard de la drogue.

#### **Problèmes de définition**

Les définitions varient selon les sources, les dénominations aussi. Il s'agit alternativement de toxicomanes (services de soins), conduites toxicophiles (service de santé des armées), usagers de stupéfiants (services de police et de gendarmerie), consommateurs de drogues (enquêtes en population générale). Le terme de toxicomane est défini de manière plus pragmatique que théorique. C'est en quelque sorte un élément de l'identité de l'individu relevé par l'institution qui le repère, saisi comme tel dans ses statistiques.

Entre l'usage de drogue et la toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d'usages : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs avec toutes les conséquences qui s'ensuivent sur l'état physique et psychique des individus, dépendance lorsque la personne devient prisonnière du seul but de trouver le produit qui lui manque.

Toutes ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane ou toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du phénomène, notamment dans son évaluation quantitative : combien y a-t-il de toxicomanes ? Les fluctuations de ces évaluations sont d'autant plus fortes qu'elles portent sur des populations différentes. En effet, le rapport de grandeur varie de un à dix selon que l'on considère l'usage ou la dépendance. Aussi, quels que soient les termes utilisés, l'attention doit être portée sur la nécessité de préciser la perspective selon laquelle l'observation est menée : toxicomanes suivis par le système sanitaire et social, usagers de drogues interpellés par le système répressif...

#### **(15.5,15.6)\_Données et connaissances : besoins, lacunes, et priorités pour les travaux futurs.**

De ce travail, il ressort que notre connaissance sur les drogues et les toxicomanies présente des lacunes. Les mesures suivantes permettraient d'en combler les principales.

Il s'agit, d'une part de renforcer le dispositif global de connaissances des usages de drogues et des toxicomanies, qui repose actuellement essentiellement sur les sources statistiques institutionnelles, par :

- la mise en place d'une observation des usages de drogues en population générale, seul moyen d'estimer valablement l'importance de ces usages et base méthodologique pour des études plus ciblées sur une catégorie d'usage;
- le lancement d'un suivi longitudinal pour décrire la dynamique (les trajectoires) des usages de drogues, des toxicomanies et de leurs conséquences.

d'autre part, d'enrichir cette perception globale par un programme d'études sur des aspects plus précis tels que :

- la mortalité-morbidité des toxicomanes,
- les politiques publiques,
- les modes d'usage et comportements,
- la connaissance des populations et trajectoires,
- les trafics,
- l'évaluation des actions.



## **PARTIE IV : INTERVENTIONS DANS LE DOMAINE DE LA « REDUCTION DE LA DEMANDE »**

### **CHAPTER 16. CONTEXTE POLITIQUE**

#### **La politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie**

La politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie repose sur la loi du 31 décembre 1970 organisée sur deux principes majeurs : l'anonymat et la gratuité, et s'appuyant sur un dispositif spécialisé dont les missions ont été redéfinies dans le décret du 29 juin 1992. Elle a été longtemps orientée exclusivement vers l'abstinence totale via le sevrage des toxicomanes, mais depuis le plan triennal de 1993, une ouverture vers la prise en charge par les traitements de substitution s'est mis en place. En 1996, les axes de développement et de travail dans la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes se sont développés sur trois pôles :

- l'augmentation du nombre et du type de possibilités d'hébergement. Le nombre de places a été multiplié par deux entre 1993 et 1996 et le type d'accueil s'est diversifié. On recense actuellement 1217 places associant des post-cures d'accueil plus traditionnel, des appartements thérapeutiques, des communautés thérapeutiques... ;
- la mise en place des traitements de substitution avec l'implication à des degrés divers des médecins libéraux et des professionnels hospitaliers et la mise sur le marché de deux médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché spécifique pour les dépendances majeures aux opiacés.
- la poursuite de la politique de réduction des risques s'intègre dans la prise en charge globale du toxicomane et doit permettre de lutter contre les infections (hépatites, VIH, abcès) qui touchent durement cette population et également de favoriser voire de permettre un accès réel aux soins. Cette politique mise en place par deux bureaux de la DGS doit offrir aux toxicomanes les plus marginalisés, les plus jeunes souvent, une aide et une ouverture les amenant à se soigner tant pour les pathologies somatiques que pour leurs dépendances.

La politique de lutte contre la toxicomanie a, depuis quelques années pris une dimension plus large qui doit prendre en compte l'ensemble des toxicomanes en y incluant l'évolution des types de consommation et l'émergence de nouveaux produits.

Cette évolution majeure, soutenue par une volonté politique permet d'offrir au patient plusieurs possibilités de choix de traitement ou d'aide. A côté du sevrage qui garde sa place en tant que prise en charge réelle et nécessaire, ont été proposés des traitements de substitution et des moyens pour favoriser l'accès aux soins.

Cette évolution s'est concrétisée de plusieurs façons :

⇒ par la diversification des prises en charge en hébergement qui répond aux différents profils de personnes toxicomanes : appartements thérapeutiques, appartements de transition, communautés thérapeutiques ;

⇒ par l'essor spectaculaire des traitements de substitution (Méthadone® et Subutex®), les deux médicaments ont des modalités de prescription différentes mais doivent toujours associer des prises en charges psychosociales.

La primo-prescription de méthadone reste réservée aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes conventionnés avec une possibilité de relais en ville par un médecin généraliste lorsque l'état du patient le permet. En ce qui concerne le SUBUTEX, la France est le seul pays européen où cette molécule est commercialisée avec une première prescription en médecine de ville. Le nombre de patients traités est en augmentation régulière et approche fin décembre 1996 les 30.000 personnes.

⇒ par l'implication d'acteurs de soins jusqu'alors peu concernés par la prise en charge des patients toxicomanes. La formation des personnels hospitaliers a facilité l'accueil à l'hôpital de ces personnes ce qui a permis de traiter les différentes pathologies présentées par ces patients et de créer des liens fonctionnels avec les intervenants habituels. Parallèlement le développement des réseaux toxicomanie-ville-hôpital a diffusé auprès des médecins généralistes une culture de prise en charge qui a aidé à mieux accepter les toxicomanes en ville.

Le travail en commun de l'ensemble de ces acteurs conduit à améliorer les prises en charge et les possibilités de traitement des personnes toxicomanes.

L'évolution du dispositif spécialisé doit maintenant faire face à une évolution des produits et des modes d'utilisations, en particulier la consommation d'ecstasy et de cocaïne qui touche un public différent.

La complémentarité des systèmes sanitaires spécialisé et général se prolonge par une politique de réinsertion sociale, étape nécessaire au retour du patient toxicomane dans une insertion sociale et économique.

### **Repères méthodologiques**

Texte rédigé par : DGS - Bureau SP3

*Voir en annexe : liste des textes juridiques relatifs à la prise en charge médico-sociale des toxicomanes*

## **CHAPITRE 17. DIMENSION THEMATIQUE - TRAITS PRINCIPAUX DE LA « REDUCTION DE LA DEMANDE »**

### **17.1 \_ Interventions dans la petite enfance**

#### **MILDT et DGS**

En 1995, la MILDT et la DGS ont réalisé 4 **feuilles informatifs** sur l'adolescence au sein du carnet de santé distribué à la naissance de chaque enfant aux parents. Ces fiches ont pour objet :

- dans l'immédiat, d'informer les parents sur la période de l'adolescence entraînant des changements naturels mais également des risques de fragilisation de l'individu (information, éducation des parents)
- dans les 10 prochaines années de sensibiliser l'adolescent lui-même, en le responsabilisant vis à vis de sa santé et des changements entraînés par cette période.

Un schéma permet de repérer les personnes et les lieux d'information et d'aide au sein du réseau sanitaire et social, des réseaux associatifs, des réseaux scolaires et administratifs.

## 17.2 Programmes scolaires

### Ministère de l'Education Nationale

- Les **actions de prévention** contre toute forme de dépendance s'intègrent aux **programmes scolaires** par le biais de matières telles que : l'éducation civique, l'éducation physique et sportive, les sciences. Cette promotion de la santé est réalisée avec le concours de personnels enseignants, du service de promotion de la santé en faveur des élèves, des services de Protection Maternelle et Infantile, des réseaux d'aides spécialisées et des personnels extérieurs.

- Ainsi quelques classes de santé sont organisées au même titre que les classes de neige ou vertes.

- Des actions de prévention de la toxicomanie sont mises en place dans les classes de CM2 à l'initiative de grandes villes, en accord avec le rectorat. C'est le cas de la ville de Paris qui propose à tous les élèves de CM2 une séance d'information. Une cassette vidéo « Histoire de Pascal » sert de support au débat animé par une équipe médico-sociale et l'enseignant. Une évaluation de cette action a été réalisée en 1991-1992 par la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris.

- Les **comités d'environnement social** (CES) créés en 1990 regroupent autour du chef d'établissement la communauté éducative et les acteurs de la vie sociale et du quartier (associations, acteurs institutionnels ...). Ils développent une politique de prévention, créent un lien véritable entre l'école et son environnement, coordonnent les initiatives en matière de prévention. Leurs actions s'inscrivent dans les projets d'établissement, présupposant la définition d'objectifs opérationnels, repérables en temps et en lieu, réalistes et limités. Un bilan de ces actions doit être adressé au rectorat. Les CES concernent les collèges, les lycées d'enseignement général et les lycées d'enseignement professionnel des zones d'éducation prioritaires en particulier. Depuis 1993, l'action des Comités d'Environnement Social (CES) est étendue à l'enseignement primaire. Les enseignants de CM2 et les professeurs des collèges se rencontrent de manière ponctuelle afin de prévenir les problèmes de violence et de toxicomanies et de préparer les élèves de CM2 à leur entrée au collège. Les CES sont financés par la MILDT et depuis 1995 l'Education Nationale participe à leur financement.

- La Direction des lycées et collèges édite des **documents** en collaboration avec la MILDT.

- Réalisation de 2 brochures : elles ont été conçues pour aider les chefs d'établissement et les équipes éducatives dans leur action de prévention au niveau, d'une part des lycées et des collèges, et d'autre part de l'école élémentaire : « Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires », « Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire ».

- Réalisation de cassettes vidéo : Une première cassette vidéo « la lettre de Jean » accompagnée d'un livret pédagogique est distribuée à l'intérieur du système scolaire mais également aux partenaires. Cet outil est utilisé pour la formation des personnels. Une seconde cassette de 32 mn intitulée « Tempo solo » destinée aux élèves de collèges est actuellement en cours de diffusion. Elle est composée de deux modules : l'un s'adresse aux élèves de 6ème-5ème, l'autre aux élèves de 4ème-3ème. Elle a pour but d'aider les adolescents à prendre conscience des méfaits de la drogue à travers l'amitié de deux collégiens confrontés à ce problème. La vidéocassette accompagnée de son dépliant pédagogique est disponible dans tous les collèges, dans les organismes de formation de l'Education Nationale, les centres de documentation ainsi qu'auprès des partenaires.

### Gendarmerie Nationale.

- Les **FRAD** (Formateurs Relais Anti-Drogues) sont de plus en plus sollicités pour intervenir dans les établissements scolaires (collèges et lycées). Avec les adolescents ils démythifient la drogue par l'information et le dialogue. Depuis le cours de l'année 1996, une cassette vidéo « Animal Dealer » étaye leur discours. Cet outil, réalisé par le service de production pédagogique de la gendarmerie, pose la problématique du phénomène et dénonce le rôle du dealer. Leur objectif premier est de responsabiliser le jeune face à sa consommation éventuelle de drogue et de prendre la bonne décision.

### **17.3 \_ Programmes auprès des jeunes hors milieu scolaire**

#### MILDT / Ministère de la Jeunesse et des Sports

- Les personnes-ressources des directions régionales ou départementales de la Jeunesse et des sports apportent le concours financier et pédagogique de leur ministère à diverses **actions de prévention** sélectionnées sur projets :

- actions de sensibilisation et de formation auprès d'animateurs, d'éducateurs, de travailleurs sociaux, médecins, de parents...;
- animations diverses destinées à permettre à des jeunes en difficulté de s'exprimer, de communiquer et de prendre des initiatives;
- animations sportives auprès des jeunes en difficulté ne fréquentant pas les structures sportives traditionnelles.

- Les **centres information jeunesse** (CIJ), association sous tutelle du Ministère de la Jeunesse et des Sports, ont pour objectif principal l'accueil direct et l'information des jeunes de moins de 25 ans sur les questions de vie quotidienne. Les 33 centres information jeunesse se situent essentiellement au plan régional. Les centres, sous coordination du centre information et de documentation jeunesse (CIDJ), forment un réseau « information jeunesse » souple et actif, pouvant au moyen de structures locales (départementales et communales) innover le tissu social local. Ces CIJ mettent en place, en direction des jeunes, deux grands types d'actions en matière de prévention des toxicomanies et de l'éducation à la santé :

- les unes axées sur l'orientation, l'information (globale et de proximité) et la documentation,
- les autres portant sur la sensibilisation et l'animation autour de ce thème (journées porte ouverte, atelier débat, promotion de projets de jeunes ou d'associations portant sur la prévention des toxicomanies...)

- Chaque années de nouveaux « **points info-santé** » sont créés sur les crédits interministériels au sein des centres information jeunesse (CIJ). Ces « points info-santé » sont tenus en collaboration avec des médecins des personnels de santé. Des formations sont réalisées par les directions régionales de la Jeunesse et des sports auprès des responsables et personnels de ces structures.

- Les Centres d'Entraînement aux Méthodes Educatives Actives (CEMEA) ont mis en place, pendant des grands rassemblements culturels et musicaux, **des lieux d'hébergement provisoires** accueillant des jeunes en errance, pour la plupart consommateurs de produits toxiques licites et illicites. De telles actions ont eu lieu au « Printemps de Bourges », au « Festival de théâtre de rue d'Aurillac », au « Francofolies de la Rochelle ». Ces actions ont fait l'objet d'évaluation pour chacune d'entre elle et la rédaction d'un guide méthodologique adressé aux maires organisateurs de tels festivals.

### Ministère de l'Interieur

- **Les Centres de Loisirs Jeunes (CLJ)** ont été créés au départ durant les grandes vacances scolaires sur les plages puis leur action a été recentrée à partir de 1991 dans les agglomérations et quartiers difficiles des banlieues. 37% de ces CLJ poursuivent leur mission les mercredi, samedi et pendant les petites vacances scolaires.

- **Les Opérations Prévention Eté (OPE)** s'inscrivent dans un cadre interministériel. Elles consistent à proposer à des jeunes qui résident en milieu urbain et exposés à des risques de marginalité, des activités de loisirs, de sports durant une période de l'été.

### 17.4\_Campagnes médiatiques

#### MILDT / CFES

- Les campagnes de presse par voie télévisée et radiophonique ont pour objectif de transmettre à tous un message clair reflétant la volonté de la collectivité de mieux prévenir la toxicomanie. **Trois campagnes** ont déjà eu lieu à intervalle irrégulier. Des études sont commanditées par la Mildt : un sondage a été réalisé au mois de décembre 1996, une enquête qualitative devrait être effectuée en 1997 afin de préparer une nouvelle campagne de communication nationale.

- **La journée nationale et semaine européenne** de prévention en 1994 a été organisée par le CFES. A cette occasion une évaluation de la campagne a été réalisée (pré et post test à la campagne), des subventions ont été versées en faveur d'associations ayant mené pour la campagne des actions de communication ou de prévention (ANIT, DIS, FTPJ, tabou santé, CECD, SOS Drogue International ...).

### 17.5\_Aide téléphonique

#### Drogues info service

Un **service national d'accueil téléphonique** en matière de drogues et toxicomanies existe en France depuis 1991. Ce service gratuit, ouvert 24h/24, est accessible par un n° vert : 0 800 23 13 13.

Les pôles d'accueil téléphonique sont situés dans 6 villes : Lille, Lyon, Marseille, Paris, Strasbourg et Toulouse (les deux derniers ne seront ouverts qu'à la fin de l'année 1996). En 1995, le nombre d'appels reçus est de 580 000, soit une augmentation de 30 % par rapport à l'année 1994.

Drogues info service est un service interministériel constitué en Groupement d'intérêt public. Sa mission principale comporte trois volets :

- l'écoute, le soutien et le conseil aux personnes qui ont besoin d'aide pour faire face à des problèmes liés à l'usage ou à la prévention de l'usage de drogues,
- l'information sur les produits, les effets, les risques liés à l'usage, la loi, le dispositif de soins,
- l'orientation vers les organismes compétents dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Selon l'esprit de la loi de 1970, ce service d'accueil téléphonique est ouvert aux usagers de drogues et à leur entourage. Il est anonyme. Les appels adressés à Drogues info service proviennent pour 40 % de l'entourage immédiat d'usagers de drogues, pour 30 % d'usagers de drogues, pour 25 % du grand public (non usagers, n'appartenant pas à l'entourage immédiat d'usagers) et pour 5 % de professionnels, spécialisés ou non dans l'intervention en toxicomanie.

A propos des produits mentionnés au cours des appels en 1995, il faut souligner deux points importants. Le premier concerne l'augmentation importante du nombre d'appels concernant le cannabis. Ceci semble être une répercussion des débats très médiatisés sur les risques liés à la consommation de cannabis à l'occasion des publications des divers rapports de la commission Henrion, du Comité national d'éthique, de l'Académie de médecine. Le second point concerne l'alcool qui continue d'être le troisième des produits cités par les appelants de Drogues info service.

## 17.6 Programmes « communautaires »

### Ministère de l'Education Nationale

- Les **comités d'environnement social** (CES) créés en 1990 regroupent autour du chef d'établissement la communauté éducative et les acteurs de la vie sociale et du quartier (associations, acteurs institutionnels ...). Ils développent une politique de prévention, créent un lien véritable entre l'école et son environnement, coordonnent les initiatives en matière de prévention. Leurs actions s'inscrivent dans les projets d'établissement, présupposant la définition d'objectifs opérationnels, repérables en temps et en lieu, réalistes et limités. Un bilan de ces actions doit être adressé au rectorat. Les CES concernent les collèges, les lycées d'enseignement général et les lycées d'enseignement professionnel des zones d'éducation prioritaires en particulier. Depuis 1993, l'action des Comités d'Environnement Social (CES) est étendue à l'enseignement primaire. Les enseignants de CM2 et les professeurs des collèges se rencontrent de manière ponctuelle afin de prévenir les problèmes de violence et de toxicomanies et de préparer les élèves de CM2 à leur entrée au collège. Les CES sont financés par la MILDT et depuis 1995 l'Education Nationale participe à leur financement.

## MILDT et Ministère de la Jeunesse et des Sports

Les Centres d'Entraînement aux Méthodes Educatives Actives (CEMEA) ont mis en place, pendant des grands rassemblements culturels et musicaux, des **lieux d'hébergement provisoires** accueillant des jeunes en errance, pour la plupart consommateurs de produits toxiques licites et illicites. De telles actions ont eu lieu au « Printemps de Bourges », au « Festival de théâtre de rue d'Aurillac », au « Francfolies de la Rochelle ». Ces actions ont fait l'objet d'évaluation pour chacune d'entre elle et la rédaction d'un guide méthodologique adressé aux maires organisateurs de tels festivals.

## Ministère de la Défense : Gendarmerie Nationale.

Les **FRAD** (Formateurs Relais Anti-Drogues) interviennent auprès d'adultes : parents d'élèves, agents des collectivités locales, élus locaux, adhérents d'associations de quartier, gendarmes. Ils présentent les produits stupéfiants au moyen d'une mallette pédagogique contenant des échantillons de drogues. Ils insistent sur l'importance de la communication entre adultes et enfants.

### **17.7\_ Groupes d'expérimentateurs**

*indisponible*

### **17.8\_ Travail de rue**

*indisponible*

### **17.9\_ Structures « à bas seuil »**

## Direction des Actions Sociales

On dénombre actuellement 3 centres d'hébergement d'urgence pour toxicomanes en situation de grande précarité, **les Sleep-in**. Ils assurent aux toxicomanes un accueil en urgence de nuit et offre des possibilités de consultations d'orientation sanitaire et sociale le jour. Ces structures pour toxicomanes en situation de grande précarité sont construites autour du concept de citoyenneté et de travail communautaire.

## DGS - Division SIDA

Depuis 1993, un certain nombre de lieux d'accueil pour toxicomanes proposent à leur clientèle du matériel de prévention. Il s'agit le plus souvent de "**boutiques**" ou dispensaires de vie et de centres médico-sociaux. Ils permettent le contact avec les personnes toxicomanes les plus marginalisées qui ne veulent ou ne peuvent interrompre leur intoxication, et qui du fait de leurs conditions sociales précaires ont le plus de difficultés à prendre soin de leur santé. Ces lieux de contact, au nombre de 25, ne visent pas à une prise en charge des problèmes de dépendance mais constituent plutôt une aide à la vie quotidienne des toxicomanes actifs (information, échange de seringues, hygiène, repos, prestations médico-sociales). Ces lieux de contact peuvent être également considérés comme le point de départ du dispositif de soins : ils

permettent de toucher des personnes qui sont exclues de tous les circuits et qui ne souhaitent pas, ou pas encore, s'inscrire dans une démarche de soins.

## **17.10\_Prévention de l'infection VIH pour les toxicomanes**

### **DGS - Division SIDA**

Outre les services à bas seuil (boutiques), la politique préventive de réduction des risques chez les usagers de drogues passe par des **outils de prévention** tels que les trousse de prévention, les programmes d'échange de seringues, et les automates de distribution et de récupération de seringues.

- Il existe plusieurs types de **trousse de prévention** (2 seringues d'1 ml, 1 ou 2 tampons alcoolisés, 0 à 2 étuis cartonnés, 1 ou 2 doses d'eau stérile, 1 préservatif, des messages de prévention, n° verts de Sida Info Service et de Drogue Info Service) :

- le Stéribox®, vendu uniquement en pharmacie ou distribué en échange d'un jeton par un automate accolé à la façade d'une pharmacie aux heures de fermeture. En 1995, environ 160 000 Stéribox® par mois ont été vendus en France.

- "Le Kit®" sachet, "Le Kit®" carton et "Le KAP®" qui ont été récemment créés et qui sont distribués dans les programmes de prévention et grâce aux distributeurs automatiques.

- Les **programmes d'échange de seringues**, actuellement au nombre de 51, sont des projets pour lesquels le contact avec l'utilisateur de drogues commence par l'échange des seringues, la distribution des préservatifs et la dispensation de conseils de prévention. Ils sont plus particulièrement destinés aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux. Les équipes des programmes d'échange de seringues effectuent un travail de proximité auprès des usagers de drogues et sont le plus souvent basées sur une unité mobile ou "bus" (32). Plusieurs programmes sont également mis en œuvre dans les locaux des associations (9) ou au sein de certaines pharmacies activement engagées dans la réduction des risques (10). Dans certains cas, enfin, les équipes sont amenées à effectuer un "travail de rue" afin d'entrer en contact avec les usagers de drogues.

- Les **automates**, dont le nombre est de 61, comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues (une seringue usagée complète est échangée contre une trousse de prévention "Le KAP®"), les récupérateurs électroniques délivrant des jetons, et les distributeurs simples (un jeton est échangé contre une trousse de prévention "Stéribox®" ou "Le Kit®" carton). On recense également 42 récupérateurs simples destinés à éviter la dispersion des seringues sur la voie publique.

## **17.11\_Programmes de substitution**

### **DGS - Bureau SP3**

La prise en charge du patient toxicomane a été l'occasion de nombreux débats depuis plusieurs années. L'apparition du Sida et surtout la contamination d'un nombre important de toxicomanes ont amené les pouvoirs publics français à proposer, au-delà de la prise en charge psychothérapeutique ciblée sur l'abstinence, la mise en place de traitement de substitution en complément de la politique de réduction des risques. Il ne s'agit ni de programmes de



substitution ni de traitement de maintenance mais de prescription dans le cadre d'une prise en charge personnalisée avec un seuil élevé d'exigence.

Dès 1994, une volonté politique de mettre en place ces traitements s'est affirmée. Cette ouverture s'est alors concrétisée par la mise sur le marché de deux médicaments ayant une indication spécifique pour le **traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés** : METHADONE® en 1995 et SUBUTEX® en 1996.

En septembre 1996, on recense 84 centres qui proposent un traitement de substitution par la méthadone : on estime à au moins 4 000 le nombre de personnes sous méthadone dans les centres spécialisés auxquelles doivent s'ajouter environ 600 personnes sous méthadone prises en charge en relais par la médecine de ville.

#### **- Principes généraux des traitements de substitution :**

Ces deux médicaments ont été choisis dans une optique de soins et non de maintenance. Les seuils d'exigence sont différents pour répondre aux besoins d'une population plus nombreuse. Du fait de leurs caractéristiques pharmacologiques, la stabilisation des traitements est facilitée avec un certain confort pour le patient.

La METHADONE® est un opiacé qui entraîne une dépendance importante, liée à une forte imprégnation des récepteurs avec des syndromes de sevrage marqués mais différés à l'arrêt du médicament. Le SUBUTEX® occasionne une dépendance moindre et les risques de surdosage sont quasi nuls sauf en cas d'association médicamenteuse.

Ces traitements doivent faciliter la prise en charge des difficultés psychologiques, médicales et sociales des patients et nécessitent un projet thérapeutique global spécifique pour chaque personne soit dans un cadre institutionnel (méthadone) ou plus souple (subutex). Il est essentiel que le patient soit volontaire, motivé et bien conscient des contraintes qu'imposent ces médicaments.

Pour sensibiliser les médecins généralistes et les aider à prendre en charge les toxicomanes, ont été organisées des formations destinées également aux pharmaciens et autres professionnels concernés.

#### **- La prescription des médicaments :**

Depuis 1994, le nombre de centres spécialisés autorisés à prescrire la méthadone augmente mais le tournant décisif se situe en 1995 où tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes peuvent, sans autorisation préalable, prescrire ce médicament, la primo-prescription étant réservée aux médecins y exerçant. Après une prise en charge globale en centre spécialisé, un relais en médecine de ville est possible assuré par un médecin volontaire et formé. Ce praticien, choisi par le patient avec l'accord du médecin du centre spécialisé, accepte de le prendre en charge dans un cadre sanitaire global, ce qui va bien au-delà de la rédaction d'une ordonnance mais implique une relation patient-médecin incluant un examen médical et une écoute complétée d'un dialogue.

- L'évaluation régulière de ce traitement qui a été confiée à l'INSERM fait état, par rapport à la population toxicomane, d'une sur-représentation féminine, d'un âge moyen plus élevé et de l'association d'un certain nombre de problèmes sociaux.

Le SUBUTEX®, mis sur le marché en février 1996, est un morphinique de synthèse, agoniste/antagoniste avec une durée d'action longue de l'ordre de 29 heures. Le syndrome de

sevrage est retardé et moins intense qu'avec la méthadone du fait d'une moindre dépendance. Il n'a pas d'effet euphorisant mais un effet plafond. Il est utilisé par voie orale en une prise quotidienne.

Ce médicament (dosage de 0,4mg, 2 et 8mg) s'adresse à des patients pour la plupart déjà suivis en médecine libérale. Le SUBUTEX® peut être prescrit, sur bon de carnet à souches, par tout médecin traitant après un examen médical dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge et d'une pratique en réseaux (centres spécialisés de soins aux toxicomanes, médecins généralistes, pharmaciens d'officine, centre hospitalier). Ces pratiques de collaboration sont notamment mises en oeuvre au sein des réseaux toxicomanie-ville-hôpital pour la prise en charge globale des usagers de drogues.

### **17.12\_Désintoxication**

*voir chapitre 17.13*

### **17.13\_Traitement des toxicomanes**

*Les dispositifs décrits ci-après concernent les seules structures spécialisées pour toxicomanes financées directement par l'Etat. Il existe par ailleurs d'autres structures spécialisées qui peuvent être financées par les Conseils généraux, les municipalités, des dons privés,...*

#### **DGS - Bureau SP3**

Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes a été mis en place par la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci garantit, par ailleurs, la gratuité des soins et l'anonymat pour les personnes qui le souhaitent, tant lors d'un sevrage en établissement public de santé que lors d'une prise en charge par le dispositif spécialisé de soins pour toxicomanes. Ce dispositif est spécifique par rapport au suivi des malades en secteur psychiatrique et par rapport à la prise en charge des malades alcooliques. Il est géré à 60 % par des associations et à 40 % par des hôpitaux publics de santé.

**Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire**, dont 184 sont actuellement conventionnés, assurent une prise en charge globale des toxicomanes : un suivi médical, psychologique, social et éducatif des personnes ; ils travaillent à leur insertion socio-professionnelle, et proposent un soutien aux familles. Ils peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire ou accompagner les patients en cours de sevrage à l'hôpital, et orienter vers les centres de soins avec hébergement. 6 centres spécialisés de soins en ambulatoire présentent la particularité de gérer des unités d'hospitalisation spécifiques qui, situées à l'intérieur de l'hôpital, bénéficient de lits de sevrage.

**Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif conventionnés** (centres thérapeutiques résidentiels et communautés thérapeutiques) sont au nombre de 54 (664 places). Ils accueillent les toxicomanes après le sevrage et contribuent à leur consolidation psychologique ainsi qu'à leur réinsertion sociale et professionnelle.

**Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec ou sans hébergement** gèrent 32 permanences d'accueil. Ils gèrent également 64 réseaux d'appartements thérapeutiques-relais (435 places) et 29 réseaux de familles d'accueil (150 places) pour des suivis thérapeutiques spécifiques à la suite de cures de désintoxication ou au cours d'un traitement de substitution.

17 centres proposent un hébergement de transition ou d'urgence (118 places) lors de situations de stabilisation d'un sevrage, de sortie de prison, d'attente d'un hébergement,... Un certain nombre de centres spécialisés disposent, enfin, de nuitées d'hôtel mais le nombre de ces dernières est difficilement quantifiable.

Il existe également 16 **centres spécialisés de soins aux toxicomanes intervenant en milieu pénitentiaire**. Ils sont installés dans des maisons d'arrêt et ont pour mission d'assurer une prise en charge médico-sociale globale des détenus toxicomanes et de préparer à leur sortie. Ils sont placés sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et du directeur hospitalier de rattachement.

Depuis 1994, 33 **réseaux ville-hôpital toxicomanie**, faisant l'objet d'un conventionnement avec l'Etat, ont été créés. Ils sont animés par des médecins généralistes constitués en association, des praticiens hospitaliers et des intervenants en toxicomanie d'une même région. Ils sont chargés d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes : médecine de ville, services hospitaliers et centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

#### **17.14 \_traitement avec hébergement**

*En France, il n'est pas possible de distinguer les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec et sans hébergement. Se reporter au chapitre 17.3.*

#### **17.15 \_groupes d'auto-support**

*indisponible*

#### **17.16 \_Soins somatiques**

### **Évolution de la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes entre 1992 et 1995**

Dr Juliette \*Bloch, Françoise \*\*Nory-Guillou, Clary \*\*\*Monaque, Dr Yves \*\*\*\*Charpak

\* Médecin biostatisticien à EVAL

\*\* Sociologue à EVAL

\*\*\* Attachée de recherche clinique à EVAL

\*\*\*\* Médecin épidémiologiste à EVAL

75, rue du Faubourg St-Antoine

75011 PARIS

#### **Place de la toxicomanie dans la pratique des médecins généralistes**

La fréquentation des médecins généralistes par les toxicomanes s'est modifiée en 1995. Ainsi, en 1995, la proportion de médecins qui déclaraient n'avoir reçu aucun toxicomane dans l'année écoulée a plus que doublé (32 % contre 12 %) alors que la proportion de ceux qui en ont reçu plus de 20 dans l'année a diminué de moitié (6 % contre 15 %). Le nombre moyen de toxicomanes vus dans l'année est passé de 9,4 par médecin en 1992 à 5,2 en 1995.

Mais à côté de cette baisse apparente de fréquentation, apparaît un phénomène de fidélisation de la clientèle : en 1995, les médecins reçoivent plus souvent des anciens toxicomanes et les deux tiers d'entre eux ont des clients toxicomanes réguliers, contre un tiers en 1992.

## **Prise en charge des toxicomanes**

Plus des trois quarts des médecins qui voient des toxicomanes déclarent leur prescrire des médicaments. Ce chiffre est en légère augmentation en 1995 (à la limite de la significativité). Les médecins citent spontanément moins de produits différents en 1995 qu'en 1992. La prescription des produits antalgiques, y compris l'Antalvic® et Di-Antalvic® est en baisse et celle des produits morphiniques et apparentés (morphinomimétiques et opioïdes) en légère hausse. On note de même une augmentation nette des posologies quotidiennes des produits les plus cités (Tranxène 50®, Rohypnol®, Di-Antalvic®, et Viscéralgine®), et une forte diminution des prescriptions de posologie "insuffisante" (par exemple Temgésic®).

A côté de la prescription médicamenteuse, on note une évolution dans la pratique du dépistage du SIDA, deux fois plus fréquemment proposé en 1995 qu'en 1992 (80 % contre 40 %), alors que le dépistage des maladies sexuellement transmissibles l'est deux fois moins (mais différence non significative).

Une dernière évolution que l'on peut signaler est l'amélioration des relations entre les médecins généralistes et les institutions ou les professionnels auxquels ils adressent éventuellement leurs patients toxicomanes (hôpital, psychiatre, association ou centre de soins spécialisés). En 1992, seul un tiers des médecins déclaraient avoir un correspondant habituel alors qu'en 1995, pratiquement tous les médecins ont au moins un correspondant habituel auquel ils adressent leurs patients.

## **Opinions**

Le nombre de médecins qui pensent que la médecine générale a une place dans la prise en charge des toxicomanes est en légère hausse (bien que non significative). En revanche, l'augmentation des avis favorables concernant les produits de substitution est très significative : 52 % des médecins y sont plutôt favorables en 1995 contre 23 % en 1992. Il existe parallèlement une prise de conscience du rôle potentiel de ces produits dans la prévention du SIDA et de la délinquance souvent associée à la toxicomanie, et de leur place dans l'arsenal thérapeutique.

## **Conclusion**

La réalisation de deux enquêtes similaires à trois ans d'intervalle auprès d'une centaine de médecins généralistes met en lumière une évolution dans la prise en charge des toxicomanes. Ces constatations doivent être mises en relation avec les bouleversements récents de l'appréhension de la toxicomanie par la société française. La mise en place de la réglementation et le financement des programmes méthadone, ainsi que la législation concernant la prescription par les médecins généralistes de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) s'accompagnent d'une meilleure perception des produits de substitution par les médecins et d'une pratique de prescription médicamenteuse plus ciblée. L'éclosion d'un débat public marquant le passage de l'utilisateur de drogue du statut de délinquant à celui de malade pourrait entraîner une implication plus grande du médecin généraliste, soignant, vis-à-vis du toxicomane, patient. Les résultats de ce travail semblent aller dans ce sens.

## **Repères méthodologiques**

Les résultats de deux enquêtes, réalisées selon la même méthodologie en 1992 et 1995, sont comparés. La première enquête a concerné 120 médecins généralistes, exerçant dans une des quatre régions à forte densité de toxicomanes que sont les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Nord Pas-de-Calais et Rhône-Alpes. La deuxième enquête, élargie à tout le territoire français a touché 288 médecins généralistes, dont 140 dans les quatre régions concernées par l'enquête précédente.

Les deux échantillons ont été constitués par tirage au sort à partir de listes de France-Télécom, avec une procédure de remplacement préétablie en cas de refus. Les interviews étaient réalisés par téléphone, le questionnaire de 1995 reprenant une grande partie des questions de 1992, afin de permettre une comparaison entre les deux enquêtes. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS®. Les différences mentionnées entre les deux périodes sont celles qui sont significatives au seuil 5 %.

Le taux de refus a été de 20 % en 1992 et de 30 % en 1995. Toutefois, dans les deux enquêtes, l'échantillon final est représentatif de la population des médecins généralistes. L'échantillonnage a entraîné une légère sous-représentation des médecins du secteur 2 et une sur-représentation des jeunes installés et des femmes en 1995.

## 17.17 Réduction des risques

### DGS - SIDA

Outre les services à bas seuil (boutiques), la politique préventive de réduction des risques chez les usagers de drogues passe par des **outils de prévention** tels que les trousse de prévention, les programmes d'échange de seringues, et les automates de distribution et de récupération de seringues.

- Il existe plusieurs types de **trousse de prévention** (2 seringues d'1 ml, 1 ou 2 tampons alcoolisés, 0 à 2 étuis cartonnés, 1 ou 2 doses d'eau stérile, 1 préservatif, des messages de prévention, n° verts de Sida Info Service et de Drogue Info Service) :

- le Stéribox®, vendu uniquement en pharmacie ou distribué en échange d'un jeton par un automate accolé à la façade d'une pharmacie aux heures de fermeture. En 1995, environ 160 000 Stéribox® par mois ont été vendus en France.

- "Le Kit®" sachet, "Le Kit®" carton et "Le KAP®" qui ont été récemment créés et qui sont distribués dans les programmes de prévention et grâce aux distributeurs automatiques.

- Les **programmes d'échange de seringues**, actuellement au nombre de 51, sont des projets pour lesquels le contact avec l'utilisateur de drogues commence par l'échange des seringues, la distribution des préservatifs et la dispensation de conseils de prévention. Ils sont plus particulièrement destinés aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux. Les équipes des programmes d'échange de seringues effectuent un travail de proximité auprès des usagers de drogues et sont le plus souvent basées sur une unité mobile ou "bus" (32). Plusieurs programmes sont également mis en œuvre dans les locaux des associations (9) ou au sein de certaines pharmacies activement engagées dans la réduction des risques (10). Dans certains cas, enfin, les équipes sont amenées à effectuer un "travail de rue" afin d'entrer en contact avec les usagers de drogues.

- Les **automates**, dont le nombre est de 61, comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues (une seringue usagée complète est échangée contre une trousse de prévention "Le KAP®"), les récupérateurs électroniques délivrant des jetons, et les distributeurs simples (un jeton est échangé contre une trousse de prévention "Stéribox®" ou "Le Kit®" carton). On

recense également 42 récupérateurs simples destinés à éviter la dispersion des seringues sur la voie publique.

### **17.18\_Post-cure**

voir chapitre 17.13

### **17.19\_Actions spécifiques pour hommes ou femmes**

*indisponible*

### **17.20\_Enfants de toxicomanes**

*indisponible*

### **17.21\_Parents de toxicomanes**

#### **Direction des Affaires Sociales**

Les « **points écoute jeunes et/ou parents** » sont au nombre de 58 sur la France. Ces unités de prévention sont financées par l'Etat et peuvent éventuellement bénéficier de cofinancements. Elles ont un rôle d'information pour tout public. Elles offrent un accueil et un accompagnement aux jeunes en difficulté et en danger de toxicomanie, aux usagers, à leur famille, à leur entourage de manière à pouvoir apporter un soutien et si nécessaire un accompagnement aux jeunes qui en font la demande, ou encore de manière à venir en aide aux parents pour les aider à dédramatiser une situation.

### **17.22\_Usage de drogues en prison**

#### **DGS - Bureau SP3**

##### **- Traitement des usagers de drogues en prison**

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont confiés aux établissements hospitaliers publics (services médico-psychologiques régionaux - SMPR). Dans ses missions figure la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Les antennes toxicomanie avaient été mises en place, à titre expérimental, au sein des SMPR. Seize antennes toxicomanie ont été ainsi créées entre 1986 et 1988. Depuis 1992, les antennes toxicomanie ont pris le statut de centres spécialisés de soins aux toxicomanes intervenant en milieu pénitentiaire. Les équipes de ces structures sont placées sous l'autorité technique du praticien hospitalier, chef du SMPR, et sous l'autorité administrative du directeur de l'établissement public de santé de rattachement. Elles ont comme mission la coordination de toutes les actions en faveur des détenus toxicomanes et la préparation de leur sortie. Elles procèdent également au repérage des arrivants, assurent un rôle de conseil auprès des services concernés de la prison et sont à l'interface avec les institutions extérieures prenant en charge des toxicomanes.

La réforme santé relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale renforce le rôle des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire. Du fait de l'application de la réforme confiant la prise en charge des détenus au service public hospitalier, des équipes d' **unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)** vont s'impliquer dans les actions de prise en charge sanitaire des toxicomanes en coordination avec les équipes de secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les actions dans le cadre de cette nouvelle organisation sont :

- le sevrage à l'entrée en détention
- le dépistage et le traitement des complications somatiques liées à l'usage des produits toxiques
- le repérage et le traitement des troubles psychopathologiques qui sous-tendent les conduites addictives
- la poursuite de tout traitement dont les traitements de substitution

Un traitement de substitution (SUBUTEX ou METHADONE) entrepris avant l'incarcération doit être poursuivi en détention au titre de la continuité des soins.

Depuis avril 1996, une initiation de traitement de SUBUTEX est possible et doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

Depuis décembre 1996, la METHADONE peut aussi être initiée, en cours de détention, pour les toxicomanes présentant une pharmacodépendance avérée aux opiacés, dans le cadre d'un processus de soins et d'insertion sociale. Ce traitement doit être initialement prescrit par un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, qu'il s'agisse d'une "antenne toxicomanie" ou d'un centre extérieur habilité à intervenir en milieu pénitentiaire.

#### **Direction des Actions Sociales / Direction de l'Administration Pénitentiaire**

Un projet expérimental de **Quartier Intermédiaire Sortants (QIS)** a été mis en place en mars 1992 à la maison d'arrêt pour hommes de Fresnes. Cette expérience pilote est actuellement étendue à 7 autres établissements pénitentiaires (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Strasbourg, Nice, Maison d'arrêt pour femmes de Fresnes). Le QIS s'adresse en priorité aux sortants les plus démunis, les plus en difficulté sur le plan physique et psychique. Il travaille plus particulièrement sur le traitement social des usagers de drogues et autres dépendances. Il intervient durant le dernier mois avant la sortie et de plus en plus pendant le premier mois après la sortie. Il implique un véritable travail en groupe où une prise en charge globale permet de récupérer avant même la sortie les éléments essentiels d'une citoyenneté retrouvée. Il s'agit d'aider les détenus à se réinsérer en cherchant à limiter le retour en prison.

#### **Direction de l'Administration Pénitentiaire / MILDT**

**Les vacances médico-psychologiques** : elles sont assurées par des psychiatres et des psychologues dans l'optique d'un meilleur suivi institutionnel. Elles sont pratiquées auprès des comités de probation et d'aide aux libérés (CPAL) qui assurent l'exécution en milieu ouvert des peines et mesures décidées par l'autorité judiciaire, mais également en milieu fermé, principalement dans les maisons d'arrêt mais aussi dans certains établissements pour peines. Le rôle de ces spécialistes est de soutenir par leur travail d'analyse les équipes

confrontées à des situations de plus en plus difficiles. Depuis plusieurs années ces vacances sont réorientées vers un travail de suivi institutionnel. D'abord mise en oeuvre en milieu ouvert, cette orientation a été développée en milieu fermé au fur et mesure du renforcement des moyens sanitaires alloués aux établissements. Elle tente de s'éloigner de son rôle de prise en charge thérapeutique directe pour mettre en avant une démarche volontariste vers le dispositif de soins. Ces interventions sont financées par la Mildt.

### **17.23\_Usage de drogues au travail**

*indisponible*

### **17.24\_Autres activités : documentation**

#### **Direction des Actions Sociales**

La mise à disposition pour tout public d'une **documentation fiable : Toxibase** est une base de données documentaires informatisées sur la pharmacodépendance regroupant plus de 10 000 documents indexés. Elle assure les demandes d'information, au travers un réseau de documentalistes installés dans neuf centres d'accueil. Toxibase est accessible sur tous les minitels et sur internet. Chaque année un bilan est réalisée par l'association Toxibase.

#### **Ministère de l'Education Nationale**

La Direction des lycées et collèges édite des **documents** en collaboration avec la MILDT.

- Réalisation de 2 brochures : elles ont été conçues pour aider les chefs d'établissement et les équipes éducatives dans leur action de prévention au niveau, d'une part des lycées et des collèges, et d'autre part de l'école élémentaire : « Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires », « Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire ».
- Réalisation de cassettes vidéo : Une première cassette vidéo « la lettre de Jean » accompagnée d'un livret pédagogique est distribuée à l'intérieur du système scolaire mais également aux partenaires. Cet outil est utilisé pour la formation des personnels. Une seconde cassette de 32 mn intitulée « Tempo solo » destinée aux élèves de collèges est actuellement en cours de diffusion. Elle est composée de deux modules : l'un s'adresse aux élèves de 6ème-5ème, l'autre aux élèves de 4ème-3ème. Elle a pour but d'aider les adolescents à prendre conscience des méfaits de la drogue à travers l'amitié de deux collégiens confrontés à ce problème. La vidéocassette accompagnée de son dépliant pédagogique est disponible dans tous les collèges, dans les organismes de formation de l'Education Nationale, les centres de documentation ainsi qu'auprès des partenaires.

#### **MILDT**

- Edition de guides : « Jalons pour des actions de prévention » : analyse et indexation de nouveaux outils de préventions en collaboration avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports.
- Edition de plaquettes d'information : sur l'Ecstasy à destination des professionnels.
- Elaboration et diffusion prochaine d'un texte de référence sur la prévention s'adressant à tous les intervenants exerçant dans le champ de la prévention.



## **CHAPITRE 18. EVALUATION, RECHERCHE ET FORMATION**

### **18.1\_Evaluation**

*Remarque préalable : ce chapitre est le résultat d'une amorce d'investigation du domaine qui n'est appréhendé que partiellement.*

#### **Ministère de la Jeunesse et des Sports**

Une évaluation des actions est demandée aux services déconcentrés, par l'intermédiaire de des circulaires annuelles, afin d'anticiper et de définir les stratégies et les modes d'intervention. Ces informations permettent de concevoir les formations nationales souhaitables et de renforcer la coordination de l'action interministérielle locale. Cette évaluation prend la forme d'une fiche de suivi et d'évaluation remplie :

- par l'opérateur (description de l'organisme opérateur, diagnostic, description de l'action, partenaires associés, implication jeunesse et sports, publics, zone couverte, attente des objectifs et évaluation, évolution des cofinancements du partenariat, description du coût total de l'action)
- par la personne ressource chargée du dossier prévention. Cette partie permet de présenter la synthèse qualitative et quantitative de l'ensemble des actions locales et de prendre en considération les avis, observations et propositions de la personne-ressource, responsable des axes d'intervention et des stratégies à mettre en place en matière de prévention.

#### **DGS - Division SIDA**

L'évaluation des actions, mise en oeuvre par la Division, prend une importance toute particulière : des modules prennent corps peu à peu :

- évaluation de l'efficacité de l'eau de Javel,
- évaluation des trousseaux prévention,
- évaluation de l'efficacité des programmes d'échange de seringues : rapport d'activité type des associations, harmonisation des pratiques de Programmes d'Echange de Seringues à mettre en place, en 97 étude d'une cohorte d'utilisateurs fréquentant une structure dans une optique de santé publique,
- évaluation d'ASUD journal auprès des lecteurs (utilisateurs, intervenants).

#### **MILDT :**

- Toutes les conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie prévoient des instruments de mesures d'efficacité, quantitatifs et qualitatifs permettant une évaluation. Ces conventions ont pour but de renforcer la coordination des services de l'Etat contribuant à la politique de lutte contre la toxicomanie, de permettre le renforcement du dispositif de prise en charge sanitaire et social des toxicomanes relevant de la Justice. Ainsi elles doivent :

- proposer un hébergement combiné de modalités d'accompagnement sanitaire et social adapté,
- favoriser la complémentarité et la cohérence des réponses apportées par les différents dispositifs.

Les 15 premiers départements, ayant bénéficiés de ces mesures, ont fait l'objet d'une double évaluation réalisée par le préfet et le procureur de la République en 1994/1995. Les 15 nouveaux départements nommés seront soumis aux mêmes mesures en 1997. Les conclusions des évaluations permettent, si elles sont favorables, de reconduire les moyens mis à disposition. Dans cet optique, un rapport intermédiaire sur les réponses qui ont été mises en oeuvre, doit parvenir auprès des ministères de tutelle afin de prévoir au mieux l'enveloppe budgétaire de l'année suivante.

- A l'occasion de la journée nationale et semaine européenne une évaluation de la campagne a été réalisée : pré et post test à la campagne.

#### **Direction de l'action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris.**

La ville de Paris qui propose à tous les élèves de CM2 une séance d'informations sur la toxicomanie. Une cassette vidéo « Histoire de Pascal » sert de support au débat animé par une équipe médico-sociale et l'enseignant. Une évaluation de cette action a été réalisée en 1991-1992 : « Evaluation de l'action « Histoire de Pascal » dispensée en classe de CM2, année scolaire 1991-1992 » Docteur L.Chérié-Challine - Docteur G.Richard, Département de Paris.

#### **Ministère de l'Education Nationale.**

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a intégré dans son programme d'études annuel une étude portant sur « Les comités d'environnement social et les conduites d'usage de drogues illicites en milieu scolaire » R. Ballion, Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques (CADIS), CNRS. L'étude vise, entre autres objectifs (voir chapitre 18.2), à établir un état du développement des comités d'environnement social (C.E.S) : leur constitution, leur fonctionnement et les effets qu'ils génèrent.

### **18.2 Recherche**

la MILDT a, depuis 1988, engagé un processus de développement de la recherche sur le thème des drogues et des toxicomanies. Un processus de mobilisation des chercheurs a été entrepris sous forme de groupe thématique de travail et d'élaboration d'état des lieux ; il a donné lieu à la rédaction de plusieurs appels d'offres concernant l'ensemble des disciplines clinique, épidémiologie, neurobiologie, sociologie, ethnologie, droit ...

Les équipes de recherches sont généralement des équipes publiques appartenant aux grands organismes de recherche comme l'INSERM et le CNRS, mais également quelques équipes associatives et d'autres de droit privé. Elles sont financées par des fonds d'Etat au niveau national généralement, mais parfois au niveau régional (par les observatoires régionaux de la santé, par exemple).

En 1993, est créé au sein du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) un groupement de recherches (GDR) intitulé « Psychotropes, politiques, société ». Ce groupement s'est donné pour objectifs de développer les sciences sociales sur les questions de psychotropes, de favoriser la constitution d'un milieu scientifique français en la matière et d'affermir ses liaisons avec la recherche internationale. Au départ, le GDR rassemble 9 laboratoires, centres d'études ou instituts de recherche.

La valorisation de la recherche utilise les différentes formes habituelles : séminaires, colloques, lettres, publications (revues, livres), une revue francophone « Psychotropes », une banque de données documentaire « Toxibase », des cahiers thématiques. Un travail de synthèse sur l'état des connaissances neurobiologiques à propos des produits de consommation illicite a été effectué. Dans le domaine des sciences humaines et sociales, le travail de réflexion effectué sous la responsabilité de l'association Descartes a donné lieu à la publication de trois ouvrages sous le titre général « Penser la drogue, penser les drogues » : l'état des lieux, les marchés interdits de la drogue, répertoire bibliographique.

A côté de cette démarche générale, certains ministères mènent leurs propres initiatives dans le domaine de la recherche. Ainsi, à titre d'exemple:

### **Ministère de l'Education Nationale**

La Direction des lycées et collèges réalise et co-finance des études. Ainsi cette année deux études ont été financées :

- « Fonctionnement des collèges et prévention des conduites à risque » Association de Développement d'Etudes Sociologiques et SPORTives (DESPORT), septembre 1996. L'enquête porte sur les relations entretenues entre les conduites à risque des jeunes et la vie scolaire dans les collèges. Elle s'est déroulée dans l'académie de Rennes. Un questionnaire a été administré à l'ensemble des collèges, des entretiens ont été menés auprès des acteurs de la communauté éducative et extérieurs dans dix établissements.

- « Les comités d'environnement social (CES) et les conduites d'usage de drogues illicites en milieu scolaire » R. Ballion, Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques (CADIS), CNRS. Cette recherche est en cours de réalisation. Elle est financée par l'OFDT. Son objet est :

- d'établir un état du développement des CES : leur construction, leur fonctionnement et les effets qu'ils génèrent,
- d'avancer dans la connaissance des phénomènes liés à l'usage de drogues illicites dans les établissements.

Deux modes d'investigation sont menés : une analyse qualitative auprès des élèves de lycées et collèges et des acteurs dans les établissements et à l'extérieur, deux enquêtes par questionnaire portant sur un échantillon national de lycées et collèges ayant un CES et un échantillon national de lycéens.

### **Institut National de Recherche Pédagogique / Département « politiques, pratiques et acteurs de l'éducation » / Unité « école et santé »**

Les investigations réalisées sont de 2 ordres :

- Des recherches-actions en milieu scolaire accompagnent les équipes éducatives lors de la mise en place des actions éducatives dans les établissements scolaires. Des guides-ressource décrivent la diversité des actions de terrains:

- « La prévention à l'école.- 2 - Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée, analyse de leurs dynamiques, évaluation de leurs effets. » N. Leselbaum, C. de Peretti - INRP - Paris - 1992 - 150p.

- « La prévention à l'école. Guide-ressource des actions d'éducation à la santé liées à la prévention des cancers menées dans les lycées et collèges. » N. Leselbaum - INRP - Paris - 1990.

- « La prévention du Sida. Guide ressource des actions d'éducation à la santé liées à la prévention du Sida menées dans les lycées et les collèges. » C. de Peretti, M. Karsenti, N. Leselbaum - INRP - Paris - AFLS - 1993.

- Des études sont menées afin :

- d'appréhender le niveau de consommation de produits toxiques licites et illicites des jeunes scolarisés, ainsi que leurs attitudes et opinions à l'égard des diverses substances,

- de repérer les actions de prévention mises en oeuvre par les personnels de l'Education Nationale (enseignants, chefs d'établissement),

- d'éclairer les décisions prises au niveau ministériel, régional, local,

- d'ajuster les programmes et séquences de formations destinées aux adultes et aux élèves,

- d'engager des actions éducatives pour prévenir l'augmentation des consommations de produits toxiques.

Il s'agit d'outils de mesure et d'aide à la décision.

3 études ont été réalisées par Madame de Peretti :

- « Tabac, alcool, drogues illicites : opinions et consommations des lycéens » C de Peretti, N. Leselbaum - INRP - Paris - 1995 -

- « Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies » N. Leselbaum (dir.) - INRP - Paris - 1991 -

- « Les lycéens des banlieues difficiles et les substances psychoactives » C. de Peretti - INRP - Paris - 1996 - (rapport d'étude)

### **18.3\_ Formation**

#### **Direction des Actions Sociales**

La DAS finance avec l'aide des crédits interministériels des programmes de formation dans 22 régions. Les régions délèguent à des associations la charge de ces programmes. Ces dernières rédigent et diffusent aux financeurs des rapports d'activité annuels. Leurs analyses permettent de connaître les types de programmes de formation mis en oeuvre et les moyens y ayant été affectés (stages de sensibilisation et d'information, stages thématiques pour les professionnels de la toxicomanie et personnes pouvant être en rapport avec des jeunes en danger de toxicomanie ou déjà toxicomanes, activités de recherche-action avec des activités de conseils).

#### **MILDT / Ministère de la Jeunesse et des Sports**

##### **- Formation des cadres non professionnels**

Depuis 1987, des associations nationales de jeunesse et d'éducation populaire, agréées pour assurer la préparation aux diplômes de directeur et d'animateur de centres de vacances et de loisirs, reçoivent, sur projets, une subvention supplémentaire pour inclure dans leurs formations une sensibilisation aux problèmes de toxicomanies. Ces stages abordent les

comportements à risques chez les jeunes, adolescents et adultes, les modes d'exclusion et les pratiques de socialisation.

### **- Formation des animateurs professionnels**

Ces actions concernent les éducateurs sportifs, des animateurs socio-éducatifs, des personnels communaux, des chargés d'accueil dans les centres d'information jeunesse. Elles se déroulent dans le cadre de formations diplômantes de Jeunesse et sports et notamment dans le cadre du diplôme d'Etat aux fonctions d'animateurs.

### **- Formation complémentaire des personnes-ressources**

Chaque direction régionale ou départementale de la Jeunesse et des sports dispose d'une personne-ressource-toxicomanie. Sa mission est de contribuer à mettre en place une politique dans son département ou sa région, d'apporter un soutien aux actions locales de prévention, de coordonner leur mise en place avec de multiples partenaires. Ces personnes effectuent des stages complémentaires.

### **Ministère de l'Intérieur**

Depuis 15 ans des **Policiers Formateurs Anti-Drogue** assurent la formation de leurs collègues (inspecteurs, gardiens de la paix) aux techniques spécifiques de lutte contre la toxicomanie et leur font connaître les évolutions législatives, pratiques et d'orientation de l'Institution dans le domaine des Stupéfiants. Depuis quelques années, ils sont de plus en plus sollicités de manière externe. Cette politique d'information vers l'extérieur est coordonnée par le Correspondant Départemental et les Chefs de circonscription. Elle traite des différentes formes de toxicomanie et de leur danger, ainsi que du rôle de la Police dans ce domaine. La MILAD a souhaité les 400 PFAD afin d'évaluer leur connaissance et la manière dont ils traitaient le sujet. De cette enquête est née un mémento de lutte contre la drogue à l'usage du policier. Son objectif est de recadrer le discours du PFAD dans la philosophie du Ministère de l'Intérieur, de maintenir ses connaissances à jours en matière de trafic et d'usage de stupéfiant, de lutte au plan national et international, de thèmes d'actualité. D'autre part un outil vidéo est en cour de préparation. Ces PFAD sont des volontaires désignés. Ils n'ont pas de reconnaissance statutaire. Leur formation initiale dure 3 semaines, aucun test d'évaluation n'est réalisé.

### **Ministère de l'Education Nationale**

La formation du personnel revêt quatre formes :

- Les formations proposées par les académies sont dispensées à partir d'un appel à projets de formation sur la prévention des conduites à risque lancé par l'intermédiaire des missions académiques de formation des personnels de l'Education Nationale (MAFPEN). Elles sont assurées sur l'année scolaire et font l'objet d'un compte-rendu détaillé.
- Les stages nationaux de formation ont lieu une fois par an et s'adressent à tous les personnels de l'Education Nationale (rectorat, département, établissement). Les thèmes abordés ont concerné en 1996 les relations et la communication dans et hors de la classe. Les personnels formés constituent un réseau d'appui pour la réalisation sur le terrain de nouvelles actions.
- Les universités d'été ont lieu tous les ans et concernent la recherche en matière de prévention.

- La formation des futurs professeurs dans les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM) intègrent depuis 1995 un module sur la violence. A cette occasion le thème de la prévention des toxicomanies peut être abordé.

### **Gendarmerie nationale**

L'action de prévention des formateurs relais anti-drogues (FRAD) débute en 1990. Elle s'adresse à des auditoires différents : en interne dans les directions départementales auprès de collègues gendarmes, en externe auprès de jeunes scolarisés, d'adultes. Les formateurs relais effectuent cette mission de manière volontaire, en dehors de leur temps de travail. Ce sont en majorité des gradés, sous-officiers, appartenant à une unité de plus de 10 gendarmes, même si aujourd'hui la motivation de l'individu est un critère aussi important que le grade. Le FRAD suit un stage intense de 15 jours le préparant à sa mission.

### **Direction de l'Administration Pénitentiaire :**

Chaque année les crédits de lutte contre la toxicomanie de la Mildt permettent la reconduction et l'organisation de nombreuses actions, tant à l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), qu'à l'échelon déconcentré, au niveau des régions ou des services. Elles sont le lieu d'échanges sur la prévention et sur les problématiques liées à la toxicomanie et au Sida.

- **L'ENAP** réalise des actions de sensibilisation et d'information auprès des élèves surveillants, élèves éducateurs et élèves sous-directeurs, ainsi que le personnel d'encadrement. Plusieurs sessions par an sont destinées à former des « personnes ressources en toxicomanie », relais important sur les établissements pénitentiaires. La formation s'adresse également aux personnels en exercice sous la forme de formation continue. De manière générale elle vise deux objectifs : appréhender, limiter le trafic de drogue en détention, améliorer la prise en charge de la personne détenue en développant le travail en réseau avec les autres professionnels (notamment les services sanitaires). Cette formation est obligatoire afin de mettre à jours les connaissances de tous les personnels concernés et d'éviter la banalisation de toutes conduites addictives.

- Les neuf directions régionales et la mission des départements et territoires d'outre-mer gèrent directement le budget formation qui leur est attribué. Elles sont susceptibles de mettre en place des actions de formations innovantes. Ainsi la Direction régionale de Strasbourg réalise des cycles de formation permettant aux surveillants, travailleurs sociaux et personnels de direction d'échanger leurs expériences sur la prise en charges des toxicomanes en milieu carcéral avec leur homologues belges, néerlandais et luxembourgeois.

- La prévention de la toxicomanie passe aussi par une appréhension globale du concept de la santé. Depuis 1990, se développent, au sein du milieu carcéral, des actions d'éducation pour la santé en direction des personnes détenues.

- Un colloque sur « l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire » s'est tenu à Paris en 1995, co-financé par l'Administration Pénitentiaire, le ministère de la santé, le Comité français d'éducation à la santé (CFES) et l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP). Réunissant l'ensemble des professionnels concernés, il a permis de promouvoir plusieurs actions remarquables de prévention et d'éducation à la santé, menées auprès des détenus. L'élaboration d'un guide méthodologique est en cours, il permettra d'étendre ces initiatives sur tous les établissements.

## **CHAPTER 19. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS EN 96 ET BESOINS D'INFORMATION**

*voir chapitres 16,17 et 18.*

## CONCLUSIONS

Du travail effectué, il ressort que notre connaissance sur les drogues et les toxicomanies présente des lacunes. Certaines orientations de travail à venir permettraient d'y remédier dans une certaine mesure. Il s'agit, d'une part de renforcer le dispositif global de connaissances des usages de drogues et des toxicomanies, qui repose actuellement essentiellement sur les sources statistiques institutionnelles, par :

- la mise en place d'une observation des usages de drogues en population générale, seul moyen d'estimer valablement l'importance de ces usages et base méthodologique pour des études plus ciblées sur une catégorie d'usage;
- le lancement d'un suivi longitudinal pour décrire la dynamique (les trajectoires) des usages de drogues, des toxicomanies et de leurs conséquences.

d'autre part, d'enrichir cette perception globale par un programme d'études sur des aspects plus précis. L'observatoire, dont une des missions est d'animer et coordonner le domaine des études et de la recherche, détermine actuellement avec ses organes statutaires (conseil d'administration et collège scientifique) des orientations prioritaires pour les années à venir, en articulation avec les initiatives développées par ailleurs :

- Ministère de la Recherche
- Intercommission INSERM et MILDT
- GDR « Psychotropes, politique et société » du CNRS

Ainsi, pour l'année 1997 deux appels d'offres vont être lancés. Le premier, lancé par la MILDT et l'intercommission « comportements en matière de consommation » de l'INSERM, porte sur les thématiques suivantes :

- Facteurs de protection et de vulnérabilité à la dépendance.
- Temporalité des comportements de consommation.
- Modalités de l'offre et impact sur les consommations.
- Santé et comportements de consommation.
- Analyse et évaluation des politiques publiques et de leurs déterminants.

Le second, lancé par l'OFDT, porte sur les thématiques suivantes :

- Mortalité-morbidité des toxicomanes.
- Politiques publiques.
- Modes d'usage et comportements.
- Connaissance des populations et trajectoires.
- Trafics.
- Evaluation des actions.



## ANNEXES

## RESEAU MOBILISE

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (CESES)  
Centre français d'éducation pour la santé (CFES)  
Commission des stupéfiants et psychotropes  
Drogues Info Service (DIS)  
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)  
Groupement de recherche "Psychotropes, Politiques et Société" du CNRS (GDR PPS)  
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : unités 169 et 302  
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)  
Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)  
Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)  
Réseau national de santé publique (RNSP)  
Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances (TOXIBASE)  
Société d'entraide et d'action psychologique (SEDAP)

### ADMINISTRATIONS

#### **Premier Ministre**

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)  
Secrétariat Général du Comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI)

#### **Ministère de la défense**

Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA)  
Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN)

#### **Ministère de l'économie et des finances**

Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI) : Sous-direction des affaires juridiques et contentieuses et de la lutte contre la fraude, bureau D/3

#### **Ministère de l'intérieur**

Mission de lutte anti-drogue (MILAD)  
Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS)

#### **Ministère de la justice**

Direction de l'administration générale et de l'équipement (DAGE) : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SED)  
Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) : Service de la communication, des études et des relations internationales (SCERI)  
Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) : Sous-direction de la justice criminelle, bureau de la protection des victimes et de la prévention

#### **Ministère du travail et des affaires sociales**

Direction générale de la santé (DGS) : bureau SP3, division SIDA  
Service des statistiques des études et des systèmes d'information (SESI) : bureau ST2

#### **Ministère de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration et Ministère du travail et des affaires sociales**

Direction de l'action sociale (DAS) : bureau DSF1



Alain EHRENBORG  
Claude FAUGERON  
Georges FRAGA  
Jean FRANCKA  
Nathalie FRYDMAN

Dominique de GALARD  
Bertrand GARROS  
Michel GAUTHIER  
Danielle GRIZEAU  
Karine GROUARD  
Nicole GUIGNON  
Christine GUYOMAR  
Jean-Bernard HARTH  
Françoise HATTON  
Roger HENRION  
Marie-Pierre HOURCADE  
Claude JACOB  
Marie-Pierre JOLY  
Claude JOUVEN  
Annie KENSEY  
Pierre KOPP  
Bernard LAFONT  
Brigitte LAFOURCADE  
Georges LAGIER  
Eusèbe LALEYE  
Frédéric LE CARVAL  
Michel LECOLLE  
Laurence LEFEVRE  
Bernard LEGOUEIX  
Octave LEPRETRE  
France LERT  
René LEVY  
Jean-Patrick LOUBOUTIN-  
CROC

Jon MAGNUS  
Kamel MALEK  
Danielle MILLION  
Frédérique MILLION  
Hélène MORFINI  
Françoise MOYEN  
Nadine NEULAT  
René PADIEU  
Christiane. de PERETTI  
Elda PHILIPPE  
Jean-Claude PHILIPPE  
Josianne PILLONEL  
Murielle RABORD  
Jean-Loup REY  
Philippe. RIO  
Jean-François RIOUFOL  
Nathalie ROUFFIAC  
Carole RUBINO  
Valérie SAGAN  
O. SAMPEUR  
Patrick SANZOY  
N. du SAUSSOIS  
Caroline SIX  
Odile TIMBART  
Alain TOURRE  
Marc VALLEUR  
Danielle VASSEUR  
Delphine VIGUIER

## Sommaire

Introduction  
Bibliographie générale  
Les tendances actuelles

### **INDICATEURS**

#### **Usages de produits toxiques**

Consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes chez les adultes  
Consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes chez les adolescents  
Consommations de drogues chez les adultes  
Consommations de drogues chez les adolescents  
Usagers de drogues et toxicomanes : estimations de prévalence

#### **Usages et institutions**

Dispositifs spécialisés de soins, de prévention et d'insertion pour toxicomanes en France  
Dispositif d'accueil téléphonique : Drogues Info Service  
Toxicomanes suivis par les institutions sanitaires et sociales  
Interpellations pour usage illicite de stupéfiants  
Condamnations et incarcérations pour usage de stupéfiants

#### **Usagers de drogues et toxicomanes**

Age  
Sexe, nationalité, insertion professionnelle et couverture sociale  
Maladies associées à l'usage de drogues  
Mortalité

#### **Toxicomanies**

Produits consommés  
Poly-consommations et administration intraveineuse

#### **Offre de stupéfiants**

Le blanchiment de l'argent lié à la drogue  
Saisies de stupéfiants  
Interpellations, condamnations et incarcérations pour offre et trafic de stupéfiants

#### **Comparaisons européennes**

L'usage de drogues en Europe  
Les problèmes liés à l'usage de drogues et les conséquences en Europe

### **TENDANCES**

#### **Usages de produits toxiques**

La prise de médicaments psychotropes chez les adolescents, S. Ledoux et M. Choquet  
La consommation d'alcool, de tabac et des diverses drogues illicites parmi les jeunes,  
M. Choquet, J.-D. Favre, S. Ledoux et G. Azoulay  
Usages et trafic d'ecstasy, M. Kokoreff  
Approche ethnographique de la consommation de cannabis en France,  
F.-R. Ingold et M. Toussirt

#### **Usages et institutions**

Suivi épidémiologique de patients sous méthadone, F. Facy  
Toxicomanie et délinquance, M.-D. Barré  
Toxicomanes incarcérés vus par les antennes en 1994, F. Facy

#### **Usagers de drogues et toxicomanes**

Les attitudes et les pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques  
de contamination par les virus du SIDA et des hépatites, F.-R. Ingold et M. Toussirt  
Évolution de la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes  
entre 1992 et 1995, J. Bloch, F. Nory-Guillou, C. Monaque et Y. Charpak

Annexes

## BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Les ouvrages cités ci-après sont des ouvrages généraux et transversaux en matière de drogues et de toxicomanies. Une bibliographie plus spécifique se rapportant aux différents thèmes abordés dans le rapport pourra être consultée dans chaque fiche.

- Répertoire des sources statistiques sur les drogues et les toxicomanies, OFDT, nouvelle édition à paraître.
- Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances, édition 1996, OFDT, Paris, décembre 1996.
- Rapport au Ministre de la Justice et au Secrétaire d'Etat à la Santé sur : infections à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de la loi du 18 janvier 1994, Marc GENTILINI, Jean TCHERIATCHOUKINE, novembre 1996.
- Rapport au Ministre de la Justice du groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés, Inspection générale des services judiciaires, juillet 1996.
- Rapport d'information : entre répression, tolérance et permissivité, la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie, Michel GHYSEL, Assemblée Nationale, mars 1996.
- Rapport sur la convention d'application de l'accord de SCHENGEN, Paul MASSON, Sénat, janvier 1996.
- Livre blanc, Sécurité routière, Drogues licites ou illicites et médicaments : rapport au Premier ministre, Sous la présidence de G. LAGIER, La documentation française, Paris, 1996.
- Drogues et Toxicomanies : Indicateurs et tendances - Edition 1995, C. Carpentier et J.M. COSTES, OFDT-DGLDT, Paris, 1995.
- Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Sous la présidence de R. HENRION, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La documentation française, Paris, 1995.
- La santé en France : rapport du Haut Comité de Santé Publique, La documentation française, Paris, novembre 1994.
- Rapports du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé sur les toxicomanies, Paris, 23 novembre 1994.
- L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, R. PADIEU, DGLDT, La documentation française, Paris, 1994.
- Le système d'information statistique français sur les drogues et les toxicomanies en 1994 - description sommaire et propositions d'action, J.-M. COSTES, DGLDT-OFDT, Paris, octobre 1994.
- Etude multi-villes : tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994.
- La demande sociale de drogues, Sous la direction de A. OGIEN et P. MIGNON, DGLDT, La documentation française, Paris, 1994.
- Penser la drogue penser les drogues : état des lieux, Textes réunis par A. EHRENBERG, Editions Descartes, Paris, 1992.
- Colloque réseau-INSERM "toxicomanie - santé publique" 14 et 15 mai 1992 - Dijon, édité par F. FACY et G. CAGNI, Dijon, 1992.
- Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier ministre, C. TRAUTMANN, La documentation française, Paris, 1990.
- Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, M. PELLETIER, La documentation française, Paris, 1978.
- Psychotropes : revue internationale des toxicomanies, publication trimestrielle, Masson, Paris.
- Toxibase : revue documentaire, publication trimestrielle, Toxibase, Lyon.

**REPRESSION DES INFRACTIONS A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS EN FRANCE**

**délits**

MILDT

<b>Textes</b>	<b>Incriminations</b>	<b>Sanctions</b>
Code de la santé publique L. 628	- usage illicite de stupéfiants	- 1 an d'emprisonnement - 25 000 francs d'amende
Code de la santé publique L. 630	- provoquer au délit prévu par l'Art. 628 du C.S.P ou à l'une des infractions prévues par les Art. 222.34 à 222.39 du C.P., alors même que la provocation n'a pas été suivie d'effet  - présenter ces infractions sous un jour favorable  - provoquer (même non suivi d'effet) à l'usage des substances présentées comme ayant les mêmes effets que les stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-39 1er alinéa	- offre ou cession en vue de consommation personnelle	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Art. 222-39 2è alinéa	- offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration	- peine d'emprisonnement aggravée à 10 ans
Nouveau Code pénal Art. 227-18 1er alinéa	- provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 700 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 227-18 2è alinéa	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 7 ans d'emprisonnement - 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 227-18-1 1er alinéa	- provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	- 7 ans d'emprisonnement - 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-18-1 2è alinéa	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 10 ans d'emprisonnement - 2 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-37 1er alinéa	- transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants	- 10 ans d'emprisonnement - 50 000 000 francs d'amende
Art. 222-37 2è alinéa	- facilitation de l'usage (ordonnance fictive ou de complaisance)	
Art. 222-36 1er alinéa	- importation ou exportation illicites	
Nouveau Code pénal Art. 222-39-1	- fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une personne se livrant au trafic ou à l'usage de stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Art. 222-39-1 2è alinéa	- circonstance aggravante : si ces personnes sont mineures	- 10 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 324-1	- blanchiment simple de l'argent (quelle que soit l'infraction)	- 5 ans d'emprisonnement - 2 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 324-2	- blanchiment aggravé : 1- commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle 2- commis en bande organisée	- 10 ans d'emprisonnement - 5 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-38 1er alinéa	- blanchiment de l'argent provenant du trafic de stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention, offre)	- 10 ans d'emprisonnement - 5 000 000 francs d'amende
NB. La tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines (Art. 222-40 du nouveau Code pénal)		

## crimes

MILDT

<b>Textes</b>	<b>Incriminations</b>	<b>Sanctions</b>
Nouveau Code pénal Art. 222-35 1er alinéa	- production ou fabrication illicites de stupéfiants	- 20 ans de réclusion criminelle - 50 000 000 francs d'amende
Art. 222-35 2è alinéa	si les faits sont commis en bande organisée	- peine de réclusion portée à 30 ans
Nouveau Code pénal Art. 222-36 2è alinéa	- importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	- 30 ans de réclusion criminelle - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-34	- direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi "illicites" de stupéfiants	- réclusion criminelle à perpétuité - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-38 2è alinéa	- blanchiment de l'argent provenant de crimes cités à l'article sus-mentionné (222-34, 222-35, 222-36 2è alinéa)	- de 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité - 50 000 000 francs d'amende

A toutes ces peines peuvent s'ajouter des peines complémentaires telles que l'interdiction de séjour, l'interdiction du territoire français, l'interdiction des droits civiques...



## LISTE DES TEXTES JURIDIQUES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DES TOXICOMANES

-Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (modifiée) relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Décret n° 71-690 du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite des stupéfiants et inculpées d'infraction à l'article L.628 du code de la santé publique peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication.

-Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

-Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

-Décret n° 90-657 du 25 juillet 1990 modifiant le décret n° 89-380 du 6 décembre 1989 portant création du comité interministériel de lutte contre la drogue et de la délégation générale à la lutte contre la drogue.

-Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

-Décret n° 94-1030 du 2 décembre 1994 relatif aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments à usage humain et modifiant le code de santé publique.

-Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

-Décret n° 96-350 du 24 avril 1996 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

-Arrêté du 26 janvier 1988 relatif aux établissements agréés pour la cure de désintoxication prévue aux articles L 355-16 et L 355-19 du code de la santé publique.

-Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

-Arrêté du 23 juillet 1992 fixant le modèle de convention-type relative aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif.

-Arrêté du 26 août 1992 fixant la composition du dossier de demande exigé lors de la création et de l'extension d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

-Arrêté du 26 août 1992 fixant le modèle de convention-type relative aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes gérés par un établissement public de santé.

-Arrêté du 18 août 1993 relatif aux réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes.

-Arrêté du 15 septembre 1993 fixant le modèle d'avenant conventionnel type relatif aux sections d'appartements thérapeutiques-relais des centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif.

-Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie.

-Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.

-Arrêté du 28 mars 1995 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

- Circulaire DGS/SD 2D/90/7 du 2 octobre 1990 relative au contrôle du remboursement par l'état des frais de sevrage réalisé en milieu hospitalier pour les toxicomanes.
- Circulaire n° 56 DGS/2D du 6 octobre 1992 concernant le décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en oeuvre de conventions d'objectifs de la lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire DGS du 15 février 1993 relative à la lutte contre la toxicomanie : l'injonction thérapeutique.
- Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des usagers de drogues.
- Circulaire DGS - DH n°15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.
- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique.
- Circulaire DGS n°04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés
- Circulaire DGS n°37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.
- Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.
- Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des professionnels.
- Décision du 28 mars 1995 portant inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.
- Règlement CEE n°302/93 du 8 février 1993 relatif à la création de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

## SIGLES

AFLS : Association Française de Lutte contre le SIDA  
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles  
CAGE : Cut Annoyed Guilty Eyes-opener  
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle  
CESDIP : Centre de recherches Sociales sur le Droit et les Institutions Pénales  
CESES : Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale  
CIRED : Centre International de Recherche sur l'Environnement et le Développement  
CJN : Casier Judiciaire National  
CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA  
DACG : Direction des Affaires Criminelles et des Grâces  
DAS : Direction de l'Action Sociale  
DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées  
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale  
DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool  
DGLDT : Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DIS : Drogues Info Service  
EVAL : Bureau d'Etudes Evaluation Médicale, Médico-sociale, Santé publique  
GAFI : Groupe d'Action Financière International  
GDR PPS : Groupement de Recherche "Psychotropes Politique et Sociétés"  
GRASS : Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité  
IHE : Institut de l'Hygiène et de l'Epidémiologie  
ILS : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants  
INRA : Institut National de la Recherche Agronomique  
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
IREP : Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance  
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie  
OCRGDF : Office Central de la Répression de la Grande Délinquance Financière  
OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants  
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régional de la Santé  
ORSIF : Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France  
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
PNUCID : Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues  
RMI : Revenu minimum d'Insertion  
RNSP : Réseau National de la Santé Publique  
SCERI (FND) : Service de la Communication, des Etudes et des Relations Internationales (Fichier National des Détenus)  
SED : Sous-direction des la Statistique, des Etudes et de la Documentation  
SEDAP : Société d'Entraide et d'Action Psychologique  
SESI : Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information  
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional  
SOFRES : Société Française d'Enquêtes par Sondages  
TRACFIN : Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers clandestins  
UDVI : Usager de Drogue par Voie Intraveineuse  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine