

1999 REITOX core task 1 CT.99.RTX.01-F

**RAPPORT NATIONAL
SUR LE PHENOMENE DE LA DROGUE
(update)**

Ont contribué à l'élaboration de ce rapport :

M. François BECK
M. Matthieu CHALUMEAU
M. Jean-Michel COSTES
M. Thierry DELPRAT
Pr. Roger HENRION
Mme France LERT
Melle Carine MUTATAYI
M. Christophe PALLE
Mme Alice SARRADET
Mme Laurence SIMMAT-DURAND
M Abdalla TOUFIK

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. TRENDS AND NEW DEVELOPEMENTS IN DRUG POLICY	8
I.2 POLICY DEVELOPMENT ON SPECIFIC ISSUES OF PARTICULAR INTREST.	8
1.2.1.CONTEXTE	8
1.2.2.NOUVELLES ORIENTATIONS	9
1.2.2.1 Connaissance du phénomène	9
1.2.2.2 Prévention	10
1.2.2.3 Formation	10
1.2.2.4 Dispositif sanitaire et social	11
1.2.2.5 Application de la loi	12
1.2.2.6 Coordination nationale et locale	12
1.2.2.7 Coopération internationale	13
2. DEVELOPMENTS IN LEGISLATION (NEW LAWS, DIRECTIVES ETC.)	14
2.1 DRUG LAWS	14
LES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE PENALE	14
2.1 1 LES REPNSES JUDICIAIRES AUX TOXICOMANIES	14
2.1 1 1 Les adultes	14
2.1 1 2 Les mineurs	17
LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC	18
6. DEVELOPMENTS AT THE NATIONAL FOCAL POINT	19
6.3 ROLE OF NFP IN NATIONAL MONITORING AND INFORMATION SYSTEMS	19
6.3 1 ENQUETES EN POPULATION GENERALE	19
6.3.2 PROJET TREND (TENDANCES RECENTES ET NOUVELLES DROGUES)	20
6.3.2 1 Intérêt du dispositif	20
6.3.2 1 Fonctionnement	20
6.3.2 1 Calendrier	21
6.3.3 PROJET SINTES (SYSTEME D'IDENTIFICATION NATIONAL DES TOXIQUES ET SUBSTANCES)	21
6.3.3 1 Fonctionnement	21
6.3.3 2 Banque de données.	22
6.3.3 3 Plusieurs niveaux de diffusion	22
6.3.3 4 Calendrier	23
6.4 OTHER ROLES AND ACTIVITIES OF NFP WITHIN THE MEMBRE STATE	23
L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUE	23
L'APPROCHE GLOBALE D'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES : ORIENTATIONS DE TRAVAIL	23
LES EVALUATIONS DE DISPOSITIFS PARTICULIERS EN COURS	24
LA PREPARATION DU GUIDE FRANÇAIS D'EVALUATION DES ACTIONS DE PREVENTION DES TOXICOMANIES,	24

6.4 1 INTRODUCTION	25
6.4 2 POURQUOI UNE ADAPTATION FRANÇAISE	25
6.4 3 UNE DEMARCHE PARTENARIALE	25
6.4 4 CONTENU DU GUIDE	26
6.4 5 DIFFUSION ET VALORISATION DU GUIDE	26

9. TRENDS AND NEW DEVELOPMENTS IN DRUG USE **27**

9. 1 DRUG CONSUMPTION IN THE GENERAL POPULATION	27
LES PREMIERS RESULTATS DE L'ENQUETE EROPP	27
9. 1 1 RESULTATS PRELIMINAIRES	27
9. 1 1 1 CONNAISSANCE DES PRODUITS	27
9. 1 1 2 Perception de dangerosité	27
9. 1 1 3 Craintes liées à l'expérimentation des substances	29
9. 1 1 4 les représentations des toxicomanes	29
9. 1 1 5 Opinions sur la politique publique en matière de drogues	30
9. 1 1 6 Opinion sur la législation à adopter	31
9. 1 1 7 La prise en charge sanitaire et sociale	31
9. 1 1 8 Informations et préventions	32
9. 1 9 CONCLUSION	33

10. TRENDS PER DRUG **34**

10.2 SYNTHETIC DRUGS (AMPHETAMINE, ECSTASY, LSD)	34
10.2 1 INTRODUCTION	34
10.2 2 METHODOLOGIE	34
10.2 3 RESULTATS	35
10.2 3 1 Tendances de consommation de substances dans les fêtes technos	35
10.2 3 2 les substances consommées	35
10.2 3 3 Comparaison du groupe« techno » et du groupe « contrôle »	39

18. HEROIN, METHADONE AND SUBSTITUTION TREATMENT **41**

SITUATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE EN 1999	41
18. 1.HISTORIQUE	41
18. 2 CADRE REGLEMENTAIRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE	41
18. 3 - IMPACT DU DISPOSITIF	45
18. 3.1 ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS RECEVANT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	45
18. 3 2. OFFRE PAR LES MEDECINS GENERALISTES	49
18. 3.3 DESCRIPTION DES CLIENTELES DES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENT	50
18. 3.4 L'EFFET DES TRAITEMENTS AU NIVEAU INDIVIDUEL	52
18. 3.5 LA QUESTION CONTROVERSEE DE L'INJECTION DU SUBUTEX®	54
18. 3.6 L'IMPACT DES TRAITEMENTS SUR LES INDICATEURS AU NIVEAU COLLECTIF	55
18. 3.6.1 Evolutions contrastées des interpellations	55
18. 3.6.2 La mortalité	55
18. 3.6.3 Dynamique des infections à VIH et VHC	56
18. 4 EXTENSION DES MODALITES DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	56
18. 4.1 DIVERSIFICATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	56
18. 4.2 SERVICES A BAS SEUIL	57
18. 5 ATTITUDES VIS-A-VIS DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	58
18. 5.1 ATTITUDES DES DECIDEURS POLITIQUES	58
18. 5.2 ATTITUDES DES PROFESSIONNELS	59

18. 5.3. ATTITUDES DE LA POPULATION	59
18. 6 ACCES DE POPULATIONS PARTICULIERES AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	60
18. 6.1 LES PERSONNES INCARCEREES	60
18. 6.1.1 Les textes	60
18. 6.1.2 Les informations disponibles sur l'effectivité de cette politique	60
18. 6.2 LES FEMMES ENCEINTES	62
18. 7. LES PROGRAMMES DE RECHERCHE	62
18. 8 CONCLUSION	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63

19. LAW ENFORCEMENT, DIVERSION TO TREATMENT, ALTERNATIVES TO PRISON **66**

19. 1 LES ALTERNATIVES AUX POURSUITES ET A L'EMPRISONNEMENT CHEZ LES MAJEURS	66
19. 1 1 USAGER SIMPLE	66
19. 1 1 1 Le classement sans suite	66
19. 1 1 2 L'injonction thérapeutique	66
19. 1 1 3 Le sursis avec mise à l'épreuve assorti d'obligations de soins	67
19. 1 1 4 Ajournement avec mise à l'épreuve	67
19. 1 1 5 Libération conditionnelle avec obligation de soins	67
19. 1 2 USAGERS- REVENDEURS ET USAGERS DELINQUANTS	67
19. 2 LA PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE DES MINEURS USAGERS DE STUPEFIANTS	68
19. 2 1 L'APPROVISIONNEMENT DU PARQUET	69
19. 2 2 LE TRAITEMENT PENAL	70
19. 2 2 1 Le classement sans suite	70
19. 2 2 2 L'injonction thérapeutique	71
19. 2 2 3 La médiation et la réparation	72
19. 2 2 4 Les poursuites pénales	73
19. 2 3 L'ASSISTANCE EDUCATIVE	74
19. 2 3 1 Le suivi éducatif	75
19. 2 3 2 Le placement	75
19. 2 4 LES SANCTIONS	76
19. 2 4 1 Les condamnations pénales	76
19. 2 4 2 Les alternatives	77
19. 2 4 3 L'incarcération et ses suites	77
19. 2 3 CONCLUSION :	78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	80

20. WOMEN, CHILDREN AND DRUG USE **81**

FEMMES, ENFANTS ET USAGE DE DROGUE	81
20. 1 ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES CONSOMMANT UNE DROGUE ILLICITE EN FRANCE	81
20. 2 EVOLUTION DE LA CONSOMMATION FÉMININE	81
20.3 CARACTERES PARTICULIERS DE LA CONSOMMATION CHEZ LES FEMMES	82
20. 3 1 LA CONSOMMATION SELON LES DROGUES	82
20. 3 2 LE CONTACT AVEC LE SYSTEME REPRESSIF	85
20. 3 3 LES COMPLICATIONS SANITAIRES	85
20. 3 3 1 La grossesse	86
20. 3 3 2 La conduite vis à vis des enfants de mères toxicomanes	88
20. 4 LA PREVENTION	89
BIBLIOGRAPHIE	90

21. 1 TENDANCES 1997-1999	92
21. 1 1 CONSOMMATION DES DROGUES ILLICITES	92
21. 1 2 PRISE EN CHARGE SANITAIRE	93
21. 1 3 CONSEQUENCES DE L'USAGE DES DROGUES ILLICITES	93
21. 1 4 APPLICATION DE LA LOI	94
21. 1 5 PERCEPTIONS	94

INTRODUCTION

Ce **Rapport National 1999** sur le phénomène des drogues en France est une simple mise à jour du précédent rapport 1998, remis à L'OEDT au mois de mai de cette année.

Afin d'éviter toutes redondances et répétitions avec les données et analyses fournies dans le National Report 98, qui lui répondait de manière exhaustive aux "guide lines" (directives) fixées par l'OEDT, cette version 1999, ne couvre que la période de mai à octobre et uniquement les points suivants :

- Les tendances et nouvelles dispositions en matière de politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances,
- Les évolutions législatives (nouvelles lois, directives...),
- Les évolutions du point focal,
- Les tendances et nouveaux types d'usage de drogues,
- Les tendances par produits.

De plus, nous nous sommes attachés à mettre l'accent sur les trois sujets particuliers tels que mentionnés dans le contrat :

- Les traitements de substitution en France en 1999,
- Les alternatives aux poursuites et à l'emprisonnement chez les majeurs/La prise en charge judiciaire des mineurs usagers de stupéfiants,
- Les usages de drogues chez les femmes et les enfants

Notre document de référence est le rapport "Drogues et Toxicomanies - Indicateurs et tendances". Celui-ci est le reflet de notre travail et diffère quelque peu, dans sa structure et dans les sujets traités, de ce National Report 1999.

La publication de l'édition 1999 a accompagné les nouvelles orientations en matière de politiques publiques françaises. Celles-ci, s'orientent vers une approche qui s'applique à prévenir et à traiter l'ensemble des usages des produits psychoactifs, quel que soit le statut juridique, en accordant une priorité à la notion de comportement d'usage plutôt qu'à celle de produit.

Ainsi, ce document s'est efforcé de dresser un état des lieux, qui permet de mieux appréhender l'étendue et la complexité du phénomène et en prenant en compte également l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs, au même titre que les drogues illicites.

PART I

1. TRENDS AND NEW DEVELOPEMENTS IN DRUG POLICY

1.2 POLICY DEVELOPMENT ON SPECIFIC ISSUES OF PARTICULAR INTREST.

L'adoption du Plan Triennal de Lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 – 2000 – 2001.

Un plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances pour les années 1999, 2000 et 2001 a été adopté en comité interministériel le 16 juin 1999. Evolution importante, ce plan s'inscrit dans une démarche globale de lutte contre l'abus de toute substance psychoactive, qu'elle soit licite (alcool, tabac, médicament psychotrope) ou non.

1.2.1.Contexte

Le plan triennal est fondé sur des constats suivants :

- Les modes de consommation ont profondément évolué : stabilité, voire diminution de la consommation d'héroïne, augmentation de la consommation de cannabis (1/3 des jeunes de 15 à 19 ans déclare en avoir consommé), accessibilité de plus en plus importante des drogues de synthèse, fréquence des consommations abusives associant produits licites et illicites. Dans le même temps, on observe une croissance chez les jeunes de la consommation d'alcool fort et des ivresses répétées, une stabilisation de la consommation de tabac à un niveau élevé, une progression de la consommation de médicaments psychoactifs, en particulier chez les jeunes filles, ainsi qu'une certaine banalisation de l'usage des produits dopants.

Face à la rapidité des évolutions constatées, la politique de recherche, les outils de connaissance et d'évaluation sont insuffisants pour permettre aux pouvoirs publics de prendre en temps utile les décisions nécessaires.

- Alors que la politique de lutte contre la drogue fait l'objet depuis plusieurs années de débats passionnés, l'insuffisance de culture commune aux différents acteurs (répressifs, sociaux, éducatifs et sanitaires) constitue un frein à la conduite d'une politique comprise et partagée par tous, de sorte que les messages à destination des jeunes apparaissent brouillés, peu crédibles et donc peu efficaces.

- Il résulte des travaux scientifiques les plus récents qu'il existe une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, même si certains produits sont plus dangereux que d'autres. Toutes les enquêtes montrent par ailleurs, notamment chez les jeunes, un lien évident entre les différentes pratiques de consommation.

- L'augmentation de la consommation de produits psychoactifs par les jeunes est un phénomène qui concerne l'ensemble des pays développés. Elle n'est pas cantonnée aux quartiers en difficulté. Il est au contraire démontré que les jeunes scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) consomment nettement moins de cannabis, d'alcool et de tabac que les autres même si, pour les autres produits, c'est parmi les élèves des ZEP qu'on trouve le pourcentage le plus élevé d'usagers fréquents (au moins dix fois dans l'année).

- Dans le domaine de la prévention, beaucoup d'actions sont conduites mais dépendent trop souvent du dynamisme des acteurs locaux. Les enquêtes récentes montrent qu'en milieu scolaire les programmes de prévention ont concerné moins de 40% des élèves pour la drogue et moins de 20% pour l'alcool et le tabac. Par ailleurs, aucune compétence particulière n'est exigée des acteurs de prévention.
 - L'application de la loi du 31 décembre 1970 à l'égard des usagers a été constamment marquée par une difficulté à concilier l'action répressive avec les impératifs de santé publique. Le nombre d'usagers interpellés a doublé en 5 ans (75 000 en 1998) mais la procédure judiciaire ne permet pas encore suffisamment une rencontre utile avec les médecins ou les travailleurs sociaux.
 - Bien que le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes soit relativement développé et performant, il est peu diversifié et encore trop orienté vers une population d'héroïnomanes. La prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool est insuffisante au regard de l'importance de la population concernée. D'une manière générale, les savoir-faire pour prévenir et traiter les nouveaux comportements des jeunes (polyconsommation, et usage nocif de produits licites et illicites) sont encore insuffisants. Enfin, la diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins ont conduit à des disparités importantes.
 - Les dispositifs de soins de droit commun (médecine de ville, hôpital) restent relativement fermés, ou du moins insuffisamment attentifs aux usagers de drogue. Ils ne repèrent les consommateurs excessifs d'alcool que dans un cas sur deux et ne traitent pas la consommation tabagique de manière préventive.
 - Le dispositif spécialisé a été fortement orienté vers une approche psycho-médicale en négligeant souvent l'accompagnement social et professionnel.
- Si les poursuites pour trafic international de stupéfiants sont stables depuis plusieurs années, les interpellations pour trafic local, source d'économies parallèles et de nuisances sociales, baissent régulièrement depuis 1996. Cette situation est mal comprise aussi bien des élus que de l'opinion publique.
- En l'absence d'indicateurs fiables, les actions conduites ne sont pas ou peu évaluées.
- Face à ces constats, le plan redéfinit des priorités d'action, ainsi que les moyens d'y parvenir. Il dégage aussi des pistes de réflexion et d'expérimentation dans certains domaines où il existe encore peu de savoir-faire.

1.2.2. Nouvelles orientations

1.2.2.1 Connaissance du phénomène

L'objectif du plan triennal dans ce domaine est d'améliorer le dispositif français d'observation, d'études et de recherche afin de permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions et de prendre les décisions utiles au bon moment. Trois types d'actions sont proposées :

- Elaborer une programmation pluriannuelle de la recherche à partir d'un état des lieux des connaissances. Cela suppose de mobiliser des équipes de recherche dans des disciplines insuffisamment investies (notamment l'économie, la sociologie, la criminologie...). Développer des programmes de recherche qui permettent de disposer de données indiscutables concernant le tabac et l'alcool. Les professionnels

du secteur des boissons alcoolisées seront associés à la définition de ces programmes.

. Créer, à l'OFDT, un dispositif permanent d'observation en temps réel de l'évolution des modes de consommation et des produits qui circulent. Ce projet comporte deux volets :

- le recueil des drogues de synthèse sur les lieux de consommation et l'analyse de leur composition ;
- la mise en place d'un « réseau sentinelle » (médecins, pharmaciens, hôpitaux, services de police et de gendarmerie, associations d'autosupport, centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) qui rendra compte régulièrement de ses observations.

. Mettre en place à l'OFDT un programme d'évaluation des politiques publiques, à partir de la construction d'indicateurs fiables.

1.2.2.2 Prévention

Le plan triennal privilégie un public, les jeunes, et une approche particulière, fondée sur les comportements plus que sur les produits, en distinguant l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Il indique que le rappel de la loi doit s'accompagner d'une démarche de prévention qui ne s'attache plus seulement à prévenir l'usage mais aussi lorsqu'il existe, à éviter le passage de l'usage nocif à la dépendance. Pour ce faire, il s'agit :

. de définir un programme national de prévention accompagné de la mise au point de supports et d'outils méthodologiques validés : élaboration d'un guide des bonnes pratiques de prévention et d'un guide d'évaluation, mise en place d'une commission de validation des outils de prévention ;

. d'élaborer un plan départemental de prévention : définition d'objectifs évaluables, identification des acteurs compétents (services de l'Etat, associations, experts), financement au projet et non à la prestation ;

. de professionnaliser les acteurs de prévention (élaboration de contenus de formation, financement d'actions interministérielles de formation dans chaque région) ;

. de généraliser effectivement les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté dans les établissements scolaires, de sorte que tous les jeunes bénéficient d'au moins un programme de prévention au cours de leur scolarité ;

. de conduire des actions de prévention auprès des associations sportives et culturelles, ainsi que dans les lieux festifs, concerts, festivals et « raves » ;

. de développer les lieux d'accueil et d'écoute pour les adolescents afin que tous les jeunes puissent y avoir accès, quel que soit le lieu où ils résident.

Le plan triennal indique que ces orientations conduisent à réaffirmer les objectifs et les principes de la politique pénale à l'égard des usagers :

. éviter l'emprisonnement pour les usagers et à développer des réponses sanitaires et sociales à tous les stades de la procédure.

. veiller à ce que la politique d'interpellation ne vienne pas contrecarrer les programmes de réduction des risques.

. privilégier les aménagements de peine.

1.2.2.3 Formation

L'objectif essentiel défini par le plan triennal est de créer une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression, à partir de savoirs validés. Cinq directions sont données :

- . Former tous les professionnels non spécialisés qui se trouvent en relation avec des usagers de drogue en intégrant les problèmes posés par les consommateurs excessifs d'alcool. Il s'agit de donner les informations essentielles sur les comportements des usagers, les produits et les politiques publiques notamment la politique de réduction des risques. Un effort particulier est jugé nécessaire sur la formation des policiers, gendarmes et personnels pénitentiaires.

- . Assurer une formation commune à tous les acteurs de la prévention.

- . Permettre aux personnels spécialisés d'acquérir les compétences qui leur manquent. Il s'agit des enseignants, éducateurs et médecins généralistes qu'il faut mieux préparer à repérer les conduites à risque.

- . Assurer des formations plus ciblées à destination des services répressifs concernant notamment la lutte contre le trafic local.

- . Améliorer la formation initiale et continue des médecins et des pharmaciens. Il s'agit notamment de créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie (DESC) afin que les compétences acquises en toxicomanie et en alcoologie obtiennent une reconnaissance universitaire.

1.2.2.4 Dispositif sanitaire et social

Le plan triennal, tout en rappelant la nécessité de poursuivre de manière déterminée la politique de réduction des risques, souligne l'urgence **de réorienter le dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs de multiples produits.**

Afin de tenir compte des nouveaux modes de consommation associant plusieurs produits, les structures de soins et de prise en charge sont invitées à se rapprocher. L'objectif est que, dans chaque département, les consommateurs en difficulté puissent trouver une offre de soins adaptée. Il s'agit :

- . de conduire une démarche d'inventaire et de programmation régionale et départementale ;

- . de développer et de structurer les réseaux ville-hôpital en les invitant à se rendre compétents pour l'ensemble des conduites addictives (renforcement des réseaux existants et création de 20 nouveaux réseaux en trois ans) ;

- . de développer progressivement les équipes de liaison hospitalière afin qu'il en existe au moins une par département et dans tous les établissements publics de santé de plus de 200 lits. Cette orientation suppose le rapprochement des équipes « alcool » et « toxicomanie », ainsi que la création de nouvelles équipes. Cet objectif pourra être atteint par la création d'une vingtaine d'équipes par an, pendant cinq ans.

- . de renforcer les consultations en alcoologie existantes, de les rapprocher progressivement du dispositif de soins spécialisés pour toxicomanes et de créer de nouvelles structures en équipant en priorité les départements qui en sont aujourd'hui dépourvus (renforcement de 20 structures et création de 50 structures sur trois ans).

- . d'étudier la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes les personnes ayant des comportements addictifs, pour mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de mieux répondre à la réalité des nouveaux modes de consommation.

- . de développer la politique de réduction des risques de sorte que les usagers les plus marginalisés puissent être mieux accueillis dans toutes les grandes villes

(création sur trois ans de 3 sleep-in, 20 boutiques, 30 programmes d'échange de seringues, 30 équipes mobiles de proximité dans les quartiers en difficulté, 50 distributeurs automatiques) ;

- . d'assurer la continuité des soins des usagers en garde à vue et dans les établissements pénitentiaires. Il s'agit d'améliorer la prise en charge des personnes détenues (dont 30% sont toxicomanes), de mieux préparer leur sortie de prison (intervention plus systématique des centres de soins spécialisés dans les établissements pénitentiaires, unités de préparation à la sortie). Un effort particulier est prévu pour la prise en charge des personnes détenues en difficultés avec l'alcool (environ 30% des entrants).

- . de veiller à l'accès des usagers de drogue aux dispositifs d'insertion existants, notamment ceux prévus dans le cadre de la loi sur l'exclusion (accueil dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale / CHRS, accès aux programmes d'insertion dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre les exclusions) ;

- . de renforcer l'accompagnement social des personnes sous traitement de substitution suivies en médecine de ville (appui aux réseaux de médecins généralistes ou conventions avec les centres de soins ou les centres d'hébergement et de réadaptation sociale) ;

- . de mieux prendre en charge les femmes enceintes qui consomment de la drogue ou qui font un usage excessif d'alcool ;

- . d'expérimenter des prises en charge pour les adolescents consommateurs excessifs, à l'égard desquels il existe peu de savoir-faire.

1.2.2.5 Application de la loi

Le plan triennal présente la lutte contre le trafic comme une priorité de politique pénale. Il précise que l'arrivée massive et constante de nouvelles drogues de synthèse nécessite l'adaptation du dispositif français de contrôle juridique et administratif. Des améliorations sont recherchées autour de plusieurs axes, parmi lesquels figurent :

- . la mise au point de nouveaux outils juridiques et techniques, notamment un nouveau mode de classement des stupéfiants et des psychotropes plus rapide et plus performant ;

- . le développement d'un véritable programme de sensibilisation des milieux industriels sur les risques de détournement des produits chimiques les plus sensibles.

1.2.2.6 Coordination nationale et locale

Le plan triennal souligne la nécessité de conforter la MILDT dans sa position de lieu de référence national, au niveau de la coordination des actions mais aussi de l'expérimentation et de l'évaluation des savoir-faire.

Le plan prévoit la création de centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances, à vocation régionale ou départementale (20 centres prévus sur 3 ans). Ils apporteront aux chefs de projet départementaux ainsi qu'aux services de l'Etat, aux collectivités territoriales, aux organismes de protection sociale ou aux associations, la documentation et l'appui méthodologique dont ils ont besoin.

1.2.2.7 Coopération internationale

Le plan triennal, s'appuyant sur le constat d'actions de coopération ne concernant pour l'essentiel que la réduction de l'offre (4% des crédits en 1998 et 10 % en 1999 sont consacrés à la réduction de la demande) et de priorités géographiques peu lisibles (la Colombie et le Maroc absorbent un tiers du budget), prévoit de rédéfinir les **priorités géographiques** de la France en fonction des flux du trafic, et notamment de privilégier la coopération avec l'Asie centrale et du sud-ouest, la Russie et l'Ukraine.

Si les actions concernant la réduction de l'offre sont présentées comme prioritaires, il est également reconnu comme nécessaire de conduire des actions dans le domaine de la réduction de la demande, pour lequel la France dispose d'un savoir-faire éprouvé. La nécessité de développer des actions de réduction des risques dans les pays les plus proches, où l'état de santé des toxicomanes est particulièrement préoccupant (notamment la Russie et l'Ukraine), est également pointée.

2. DEVELOPMENTS IN LEGISLATION (NEW LAWS, DIRECTIVES ETC.)

2.1 DRUG LAWS

Les nouvelles orientations de la politique pénale

(Circulaire NOR JUS 9900148 C du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires à la toxicomanie et circulaire NOR JUS D du 17 juin 1999 sur la lutte contre les trafics de stupéfiants)

Le ministre de la Justice a adressé en juin 1999 de nouvelles directives concernant les réponses judiciaires à la toxicomanie et la lutte contre le trafic aux procureurs de la République. Il est à noter que ces nouvelles circulaires ont été envoyées dans les juridictions au moment même où était rendu public le plan triennal de la MILDT.

2.1 1 Les réponses judiciaires aux toxicomanies

2.1 1 1 Les adultes

La circulaire du 17 juin 1999 repose sur l'idée principale de la nécessité d'individualisation des décisions de Justice concernant l'usage de drogues, ce qui rend indispensable la diversification des réponses possibles et notamment des alternatives aux poursuites et à l'incarcération. L'emprisonnement ferme à l'égard d'un usager n'ayant commis aucun délit connexe ne doit être utilisé qu'en ultime recours.

Pour individualiser la décision judiciaire, il est tout d'abord nécessaire d'avoir une meilleure appréhension de la situation des usagers de drogues présentés à la Justice et de pouvoir se référer à un dossier de personnalité plus étoffé. La circulaire préconise donc le développement des enquêtes sociales rapides, des enquêtes sur la personnalité dans les informations judiciaires et l'amélioration de la communication de renseignements de personnalité à l'établissement pénitentiaire dans les cas de détention.

Les enquêtes sociales rapides, diligentées lors de comparutions immédiates ou d'ouvertures d'informations pourraient commencer dès le début de la garde à vue. Des informations seront recueillies auprès de la famille, auprès des établissements scolaires et dans le milieu professionnel ainsi qu'auprès des services judiciaires ayant eu à connaître antérieurement de la situation de l'intéressé. Un entretien avec un travailleur social devra se dérouler dès l'arrivée au tribunal de la personne déférée.

En ce qui concerne les interpellations et garde à vue, la circulaire précise que celles-ci doivent être réservées aux personnes pouvant causer dommages à autrui ou à

eux même. La circulaire demande de proscrire les interpellations à proximité immédiate des structures à « bas seuils ».

La circulaire demande également que soit assurée la continuité des traitements de substitution au cours des gardes à vue.

Diversification des alternatives aux poursuites lors de la phase d'enquête initiale

Classement avec avertissement

L'avertissement et le rappel à la loi peut-être délivré par l'officier de police judiciaire à la suite de l'interpellation, par courrier signé par le procureur de la République ou de préférence sur convocation, par une personne ou une association habilitée
La circulaire recommande d'utiliser ce type de classement pour les usagers occasionnels, surtout de cannabis.

Classement avec orientation

Ce classement doit être utilisé pour les usagers ayant des difficultés d'ordre familial, médical, social, professionnel ou scolaire et pour les usagers faisant un usage récréatif de drogues ; plus généralement lors de la première interpellation de tout usager ne relevant pas de l'injonction thérapeutique. Le classement avec orientation doit permettre un premier contact avec le dispositif de soins.

Classement sous condition

Cette mesure est adaptée aux cas des usagers auxquels il paraît nécessaire de poser des exigences plus importantes. L'utilisateur a dans ce cas l'obligation de se rendre auprès de la structure désignée et d'en justifier.

L'injonction thérapeutique

La circulaire préconise de recentrer l'injonction sur sa mission initiale. Cette mesure doit s'adresser aux héroïnomanes et autres usagers faisant un usage massif ou répété de produits illicites, lorsqu'il apparaît nécessaire de leur imposer un cadre coercitif.

La circulaire précise que si l'interpellé ne se présente pas à un rendez vous ou fait l'objet d'une nouvelle interpellation le procureur de la République peut ne pas révoquer la mesure d'injonction en cours si son déroulement apparaît positif.

Phase présentencielle

Entre l'engagement des poursuites et l'audience le prévenu doit être sensibilisé à l'intérêt de commencer une démarche d'insertion ou de soins.

Mesure expérimentale d'incitations aux soins

L'objectif est de permettre à la personne poursuivie d'entamer une démarche de soins avant de se présenter au tribunal. Mais cette démarche ne constitue pas une obligation pour le prévenu. La structure d'accueil n'est pas tenue d'informer l'autorité judiciaire des démarches entreprises par l'utilisateur.

Contrôle judiciaire

Cette mesure est recommandée pour les prévenus ayant un mode de vie trop déstructuré, très dépendant et dont le placement en détention provisoire n'est pas justifié. Le placement sous contrôle judiciaire sera demandé en vue du prononcé d'une obligation de soin.

Phase sentencielle et postsentencielle

Ajournement avec mise à l'épreuve

La circulaire recommande le développement des mesures d'ajournement de peine avec mise à l'épreuve. Cette mesure fixe un délai précis au prévenu, l'aide à se situer dans le temps et l'engage dans un processus de responsabilisation.

Sursis avec mise à l'épreuve

Cette mesure constitue la principale « sanction alternative » proposée par les juridictions. Cette mesure doit aussi prendre en compte l'ensemble des difficultés d'insertion rencontrées par le condamné et repose sur la mise en œuvre d'un suivi socio-éducatif par les services de probation.

Travail d'intérêt général

Cette mesure est rarement utilisée pour les usagers de drogues qui s'adaptent souvent difficilement aux postes de travail habituellement prévus pour les personnes bénéficiant de cette mesure. La circulaire préconise de faire précéder la période d'activité d'une période préparatoire et de prévoir un accompagnement éducatif ou sanitaire pendant la durée de la mesure.

Libération conditionnelle sous condition d'obligation de soins

Cette mesure est de moins en moins utilisée. Elle permet pourtant de mieux préparer la sortie des détenus incarcérés. Cette mesure doit être préparée avec les services de probation lors de la détention avec le détenu, sa famille, les services sanitaires de l'établissement et les partenaires extérieurs (centre de soins spécialisés par exemple).

Placement à l'extérieur

Cette mesure permet à un détenu d'être pris en charge hors d'un établissement pénitentiaire par une association spécialisée qui assure l'insertion socio-économique. La personne s'engage également à se faire suivre par une structure spécialisée de soins aux usagers de drogues. L'idée est de profiter du placement à l'extérieur pour une prise de contact avec le système de soins spécialisé pouvant aboutir à un suivi thérapeutique.

La semi liberté

Cette mesure ne semble pas ou peu utilisée pour des détenus usagers de drogues. La circulaire préconise son utilisation. Elle permet de préparer la sortie du détenu. Pendant une première phase le détenu peut se rendre, accompagné pour un rendez vous avec une structure sociale ou pour un travail. Dans un deuxième temps une semi liberté classique est mise en place. Il paraît intéressant de pouvoir faire suivre les usagers par un éducateur susceptible de poursuivre l'accompagnement des usagers lorsqu'ils sont définitivement libérés.

2.1 1 2 Les mineurs

En ce qui concerne les mineurs, la réponse judiciaire peut se faire dans le cadre d'une procédure pénale ou d'une procédure civile en assistance éducative. Les critères de choix entre ces deux procédures ne sont pas clairement définis dans la circulaire.

Procédure pénale

- les mineurs ne présentant pas de difficultés personnelles ou sociales impliqués dans un simple usage ou une vente occasionnelle doivent faire l'objet de rappel à la loi et de classement sous conditions, précisément notifié aux intéressés et à leurs représentants légaux.
- les mineurs ne sont qu'exceptionnellement concernés par l'injonction thérapeutique
- la répétition d'infractions et/ou l'implication dans le trafic de stupéfiants justifient la saisine systématique du juge des enfants ou du juge d'instruction spécialisé dans les affaires de mineurs dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945.

La circulaire rappelle que de nombreuses réponses éducatives peuvent être apportées dans le cadre de l'ordonnance mentionnée ci-dessus : liberté surveillée, mise sous protection judiciaire, placement en établissement éducatif ou sanitaire.

Procédure civile

Les parquets des mineurs sont invités par la circulaire à demander d'être systématiquement informé des situations dans lesquels se développent des

conduites addictives mettant des jeunes en danger, notamment avec des produits comme l'alcool et les médicaments.

La lutte contre le trafic

La circulaire se penche tout d'abord sur les conditions d'amélioration de la coordination de l'action publique rappelant le rôle central que doit jouer l'OCRTIS et invitant les services répressifs à mettre en œuvre un dispositif de coordination au niveau local.

La circulaire aborde ensuite la question des mesures destinées à atteindre le patrimoine des trafiquants. Elle rappelle que la confiscation concerne l'ensemble du patrimoine du trafiquant et non pas uniquement les produits de l'infraction. Elle rappelle également que le procureur a le pouvoir de prendre des mesures conservatoires en vue de permettre la confiscation du patrimoine d'une personne mise en examen.

Constatant que faute de pouvoir identifier le patrimoine des trafiquants et en l'absence de mesures conservatoires préalables, la confiscation ne porte le plus souvent que sur les biens saisis lors de l'interpellation, la circulaire invite les parquets à utiliser la loi sur le proxénétisme de la drogue (loi du 13 mai 1996 – art- 222-39-1 du nouveau code pénal) qui incrimine le fait pour une personne qui est en relations habituelles avec un usager ou un trafiquant de ne pouvoir justifier de l'origine de ses ressources ou de son train de vie.

La circulaire clarifie enfin un certain nombre de points concernant la coopération judiciaire internationale en matière d'identification, de saisie et de confiscations des avoirs illicites.

PART II

6. DEVELOPMENTS AT THE NATIONAL FOCAL POINT

6.3 ROLE OF NFP IN NATIONAL MONITORING AND INFORMATION SYSTEMS

La France dispose d'un système d'information sur les drogues et les toxicomanies reposant quasi exclusivement sur des sources sanitaires et répressives. En outre, ce dispositif repose sur un petit nombre de sources permanentes peu précises ou peu réactives dans le temps et dans l'espace du fait des lourdeurs d'exploitation et de la difficulté à réaliser des analyses géographiques fines. Il existe par ailleurs des études plus ciblées sur le plan spatio-temporel mais qui, non renouvelées, ne permettent pas la mise en évidence de tendances.

C'est sur la base de cette constatation que l'Observatoire s'engage dans l'élaboration d'un système d'observation plus réactif et qui tient compte de l'usage de drogue indépendamment de son retentissement sur le système sanitaire ou répressif.

Les conseils de l'OEDT qui visent à l'amélioration de la comparabilité des données en Europe ont été pris en compte au mieux selon les contraintes imposées localement.

Le système d'observation français sera ainsi enrichi de plusieurs dispositifs :

- un dispositif pérenne d'enquêtes en population générale
- un réseau d'observateurs sentinelles pour le suivi des tendances récentes sur les drogues et les toxicomanies en France (projet TREND).
- un dispositifs d'analyse des échantillons de drogues de synthèse (projet SINTES)

6.3.1 Enquêtes en population générale

La réflexion sur la mise en place d'un dispositif d'observation en population générale, pérenne et cohérent, a été menée au long de l'année 1998/99. Elle s'est accompagnée de différentes analyses des travaux existants en France et en Europe.

Le travail effectué en 1998 et 1999 contribue à pallier cette lacune du système statistique français. L'étude des modalités de mise en place d'un tel dispositif a conduit à retenir quatre grands axes de travail :

1 - Mise en place d'une enquête de consommation fin 1999 en privilégiant une logique de partenariat et de suivi des tendances par rapport à une logique de recherche, ce qui implique les conséquences suivantes : questionnaire plutôt léger, reproductibilité et mise en œuvre rapide. L'OFDT s'appuiera pour cela sur le baromètre santé « jeunes + adultes » coordonné par le CFES.

2- une enquête en milieu scolaire début 1999 dans un cadre de comparabilité avec les pays 3- européens et de reproductibilité dans le temps (enquête ESPAD)

3- une enquête au cours de la journée de sensibilisation à la défense

4- Mise en place d'une enquête pérenne sur les perceptions et opinions, dont la maîtrise d'ouvrage revient entièrement à l'OFDT, début 1999.

De plus, il est envisagé, pour le long terme, une participation à l'enquête décennale de santé. En regard d'un objectif de recherche et de compréhension des consommations, une prise en compte, par cette enquête, de l'ensemble des produits psychoactifs apporterait certainement beaucoup et permettrait une analyse de l'intrication entre produits licites et illicites.

6.3.2 Projet TREND (Tendances récentes et Nouvelles drogues)

6.3.2 1 Intérêt du dispositif

Le projet TREND est conçu pour être complémentaire du dispositif statistique épidémiologique actuel. Il est conçu pour repérer l'émergence de tendances et apporter des éléments de compréhension des phénomènes mesurés.

Ce dispositif correspond à la mise en place d'un système qui reprend les propositions du "detecting emerging trends" évoqué par l'OEDT.

6.3.2 1 Fonctionnement

Le dispositif TREND repose sur un réseau d'observateurs sentinelle répartis dans 10 sites en France : Lille, Metz, Paris et sa périphérie proche (Essonne et Seine-Saint-Denis), Rennes, Dijon, Lyon, Bordeaux, Toulouse et Marseille.

Les observateurs sentinelles ont des points de vue diversifiés. Ces partenaires regroupent des enquêteurs ethnologues et chercheurs faisant partie du réseau IREP, des personnes travaillant dans des structures de bas seuil, des associations d'autosupport, des médecins généralistes faisant partie de réseaux « toxicomanie », des personnels de services d'urgence hospitaliers et des ethnographes spécialistes des milieux festifs techno.

Un partenariat est établi avec les Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Institut de Veille Sanitaire et l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants en vue d'un examen des procédures judiciaires.

Un travail de recherche d'une méthodologie d'observation dans des milieux non spécialisés en toxicomanie (milieux scolaires, travailleurs de rue, milieux festifs jeunes, points écoutes etc.) sera réalisé avec la mission toxicomanie du conseil général du 93 ainsi qu'avec un réseau ville-hôpital de prise en charge des toxicomanes situé dans le département du 91.

Les membres du réseau fournissent des données semestriellement.

Les données recueillies sont pour l'essentiel qualitatives.

Elles sont colligées régulièrement à l'OFDT dans une base de données.

Le recueil d'information par ces observateurs est adapté à ce qu'ils appréhendent de façon privilégié de par leur formation et leur position. Ainsi, l'information demandée aux médecins généralistes ainsi qu'au personnel des urgences est d'ordre sanitaire en priorité mais elle concerne aussi les produits et les usagers. L'information recueillie auprès des structures de bas seuil, des associations d'auto support et des enquêteurs de terrain est relative aux modes d'usage, aux produits et aux usagers mais elle concerne aussi, plus secondairement cette fois ci, les effets observés sur la santé.

Les données produites par ce dispositif ne permettront donc pas d'estimer des incidences ou des prévalences. L'intérêt est ici de repérer l'émergence de tendances ainsi que d'apporter des éléments de compréhension du phénomène mesuré actuellement par des indicateurs annuels et figés.

L'analyse est réalisée par les membres de l'OFDT puis par un groupe restreint d'experts qui se réunit tous les semestres. Ce groupe rassemble des membres du collège scientifique de l'OFDT et des experts extérieurs à l'OFDT, proches du terrain. Tous les semestres également, l'OFDT organisera des réunions rassemblant des experts du domaine et des représentants des « observateurs sentinelles ». Elles auront pour but de rapporter les tendances observées, de les discuter et de les confronter. Elles permettront enfin de consolider le dispositif du réseau.

A l'issue de ces réunions, les nouvelles tendances en matière de toxicomanie seront susceptibles d'être dessinées et les problèmes, pour lesquels des investigations complémentaires seraient nécessaires, définis.

Des enquêtes *ad hoc* seront, le cas échéant, mises en place afin de confirmer et d'évaluer l'importance d'un phénomène émergent. Le sujet et la méthodologie de ces études seront établis d'après ces synthèses semestrielles et avec ces experts.

Pour la diffusion des résultats, trois niveaux d'information sont envisagés :

Des rapport semestriels publics rendant compte des résultats de l'observation de terrain et des conclusions de ces réunions, seront adressés aux décideurs et professionnels concernés ;

L'information sera partagée en réseau sur un site intranet avec les organismes « observateurs sentinelles » du réseau de surveillance ;

En cas d'identification d'un phénomène nouveau, le réseau sera mobilisé.

En résumé, ce réseau relie une grande partie des intervenants concernés par l'usage de drogues. Ceci permet à la fois une vision commune du phénomène et un retour d'information rapide aux personnes les plus concernées. La diffusion de l'information produite par ce réseau étant transmise aux décideurs dans l'optique d'une adaptation des moyens de prise en charge de l'usage de drogues, ce système pourrait permettre aux professionnels concernés d'être proche d'une décision qui les concerne.

6.3.2 1 Calendrier

Les données du réseau TREND ont commencé à être collectées en juillet 1999. Un premier rapport est prévu en février 2000.

6.3.3 Projet SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances)

Ce dispositif vise à améliorer la connaissance des drogues de synthèse. Ce projet répond pour une partie aux recommandations de l'Europe relatives à l'action commune.

6.3.3 1 Fonctionnement

La banque de données SINTES est fondée sur un **réseau mixte**, associant les services et laboratoires répressifs (douanes, police et gendarmerie), deux laboratoires hospitaliers, des experts en pharmacodépendance, des centres de soins spécialisés, des médecins intervenant sur les lieux de consommation ainsi que des épidémiologistes.

Des échantillons de produits synthétiques sont recueillis et transmis à des laboratoires spécialisés pour une **analyse toxicologique**. 70 échantillons par mois seront analysés par les laboratoires rattachés au circuit socio-sanitaire.

Le produit synthétique est défini comme un produit considéré par les usagers comme étant une drogue synthétique, qu'il se présente sous forme solide, de poudre ou liquide.

Les bases de données des services répressifs concernant ces produits sont transmises à l'OFDT tous les 2 mois.

Une information concernant le **contexte d'utilisation**, le type des usagers et certains événements observés est également collectée, exclusivement par le réseau socio-sanitaire.

Toute cette information (résultats d'analyse toxicologique et données d'observation) est centralisée à l'OFDT, sur support informatique

6.3.3 2 Banque de données.

L'analyse des données se fait à plusieurs niveaux :

Une première expertise toxicologique est réalisée par les laboratoires partenaires ;

Une analyse spécifique des données du projet (résultats d'analyse et données de contexte de consommation recueillies par les intervenants socio-sanitaires) est réalisée par l'OFDT ;

L'information apportée par le projet SINTES sera ensuite prise en compte parmi l'ensemble des informations par ailleurs recueillies dans le projet plus global d'identification des tendances récentes (TREND) ;

En cas d'identification d'un produit nouveau, une expertise toxicopharmacologique des produits sera réalisée par les deux Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances/Centres anti-poisons partenaires du projet. L'OFDT contactera l'OEDT pour conduire cette évaluation en relation avec d'autres spécialistes européens, le cas échéant.

6.3.3 3 Plusieurs niveaux de diffusion

L'information est diffusée aux participants à l'action sous forme brute et en temps réel ;

Les décideurs et les professionnels concernés recevront tous les six mois un compte-rendu contenant résultats et expertise. Ils seront contactés en cas d'identification d'un phénomène nouveau ;

En cas d'identification d'un produit nouveau, les organismes internationaux impliqués seront informés ainsi que l'ensemble des partenaires ;

En cas d'identification d'un problème toxico-pharmacologique grave, les deux Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances/Centres anti-poisons déclencheront une alerte sanitaire.

6.3.3 4 Calendrier

Le réseau SINTES fonctionne depuis août 1999. Un premier rapport est prévu en février 2000.

6.4 OTHER ROLES AND ACTIVITIES OF NFP WITHIN THE MEMBRE STATE

L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUE

L'approche globale d'évaluation des politiques publiques : Orientations de travail

Le Conseil d'Administration a fixé, fin 1998, à l'Observatoire trois orientations de travail prioritaires pour la période 1999-2001. L'évaluation est une de ces orientations. Le document adopté par le Conseil d'Administration prévoit :

« *En matière d'évaluation, l'OFDT doit :*

- *Définir un cadre global d'évaluation des politiques publiques.*
- *Développer des méthodologies et des savoir-faire en s'inspirant, le cas échéant, des travaux étrangers.*
- *Mettre en place et suivre jusqu'à leur terme des évaluations d'actions publiques et des études ponctuelles et rapides qui s'inscrivent dans ce plan général. »*

L'évaluation des politiques menées dans le domaine de la lutte contre les drogues et les toxicomanies est en France quasi inexistante. Cette situation n'est pas propre à ce domaine. L'expertise et la pratique en matière d'évaluation sont peu développées en France. Si certains travaux ont pu être menés sur l'initiative de certains chercheurs ou à la suite d'une commande des pouvoirs publics, ils ne sont pas toujours menés à leur terme. Pour la plupart, ces évaluations, disparates quant à leur portée et leur méthodologie, sont menées très largement en aval de la mise en place des actions ou des dispositifs étudiés.

L'OFDT a commencé à investir ce domaine par la mise en place d'évaluations de certains dispositifs (Points écoute, UPS, bus méthadone ...) ou d'études centrées sur une question d'évaluation (effet de la procédure d'interpellation pour usage sur la lutte contre le trafic...). Mais cet investissement ne s'inscrit pas actuellement dans une démarche globale. C'est la résultante de l'empilement de réponses apportées aux différentes demandes adressées à l'observatoire par les membres du GIP. Ces demandes se sont fortement accrues au cours des derniers mois. Il y a un risque évident d'éparpillement de nos efforts et d'épuisement ; l'équipe actuelle ne pouvant plus faire face à la demande.

Il est proposé de structurer notre action en cette matière autour de deux axes :

1. Mener une approche globale d'évaluation des politiques publiques, s'inscrivant dans la durée (3 ans), fortement articulée au plan triennal 1999-2001 ;

2. Développer et diffuser des savoir-faire et mettre en place une capacité d'expertise de projets d'évaluation d'actions ou de dispositifs.

Les évaluations de dispositifs particuliers en cours

Etudes <i>Rapports</i>	Résumé du protocole d'étude
PES, Prog. d'échange de seringues (18 mois)	Enquête transversale une semaine donnée (fin mars 98) auprès d'un échantillon représentatif des PES et "boutiques" sur : caractéristiques des individus " à risque" et aux modes de protection, caractéristiques des programmes (lieux, ancienneté, taille, type d'activité,...)
Bus Méthadone (17 mois)	Etude quantitative transversale (après 6 mois) auprès des "clients" inclus dans le projet depuis au moins 3 mois. Suivi (évaluation participative). Etude qualitative de type ethnographique. Interviews auprès des professionnels du programme, d'autres programmes "méthadone", auprès des promoteurs de l'action ,de clients,
Points Ecoutes Jeunes et Parents (9 mois)	7 juin 99: Présentation des résultats de l' étude quantitative typologie des PE, leur histoire, l'accessibilité, la prise en compte des problématiques sociales et psychosociales, caractérisations des populations,...) Etude qualitative d'approfondissement en cours. : les problématique de l'écoute, niveaux de professionnalité, correspondance réponses/besoins, inscription dans l'environnement
Interventions en milieu scolaire (14 mois)	Oct98-Jan99: Analyses sémantiques approfondies et analyse quantitative :enquête approfondie auprès d'un échantillon de 500 collèges et 500 lycées, à partir de questionnaires sur perception des professionnels sur leur rôle, sur les élèves et leur rapport à la drogue, attentes des institutions, ... Oct98- Avr99 : Recherche-action d'évaluation participative. Analyse qualitative d'instrument d'auto-observation, carnet de bord, documents internes aux établissements, grilles "budget-temps",... Jan99-Sept99: Analyse des partenariats basée sur entretiens et outils d'observation issus des phases précédentes.
UPS, Unité pour sortant (20 mois)	Analyse qualitative (en cours): étude des documents relatifs à la mise en place des UPS (dont cahier des charges,...), entretiens semi-directifs des professionnels concernés (administration pénitentiaire, responsable UPS,...) Juil-oct 99: enquête transversale multi-site auprès des détenus Août 99- Avril 2000 : enquête rétrospective (à 6 et 12 mois) sur les taux de mortalité et de réinsertion

Guide à l'attention des planificateurs et/ou des évaluateurs de programmes.

6.4 1 Introduction

En 1998, l'OEDT a publié le *Guide d'évaluation des actions de prévention des toxicomanies, à l'attention des planificateurs des évaluateurs de programme*. Ce document devait participer à la promotion des pratiques d'évaluation dans l'Union européenne en fournissant un ensemble de questions pratiques qui accompagnent dans leurs démarches d'évaluation les responsables de projet peu avertis dans le domaine. En tant que partenaires et souscripteurs à la politique de Réduction de la demande de drogue de l'OEDT, les Points focaux REITOX ont été invités à promouvoir le document le plus largement possible dans leurs pays respectifs.

6.4 2 Pourquoi une adaptation française

Le guide européen ne reprend pas, toutefois, le discours épistémologique sur l'évaluation, puisque ce thème est largement traité dans la Monographie N°2 de l'OEDT *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, reprenant la première *Conférence européenne sur la prévention de la drogue* des 12-14 mars 1997. Ces deux documents, d'une grande plus value, se complètent parfaitement. Néanmoins, ce "kit" n'est que partiellement exploitable en France. En effet, ladite monographie, parce qu'écrite en Anglais, n'est pas accessible aux acteurs de terrain, alors que l'information qu'elle recouvre est nécessaire dans le contexte français où la pratique de l'évaluation est faiblement implantée. Dès lors, le guide européen ne paraît pas alors pleinement adapté au lectorat ciblé : les évaluateurs néophytes. Pour une promotion de l'évaluation cohérente, l'OFDT a jugé plus approprié de ne procéder à la diffusion large d'un guide d'évaluation qu'après s'être muni d'un support informatif adapté au contexte national, c'est-à-dire présentant en langue française l'ensemble des éléments d'information nécessaire pour encourager l'appropriation de la démarche évaluative.

Ce guide doit fournir aux professionnels un ensemble d'orientations références (sur les théories, méthodologies et questions pratiques) pour les aider dans la compréhension des protocoles d'évaluation qu'ils seront amenés à réaliser ou à sélectionner. Son ambition est d'offrir une première aide à ces responsables de projet et administrateurs, de participer à la consolidation d'une culture de l'évaluation en France.

6.4 3 Une démarche partenariale

L'OFDT s'est alors engagé dans la rédaction d'un document unique qui reprennent les points abordés par le guide européen et recouvrent également les grandes questions d'évaluation. Un groupe de travail *ad hoc* a été mis en place en Décembre 1998, représentant des institutions (MILDT, CFES¹, DPJJ², bureau DESCO³) et structures professionnelles (associations réalisant des évaluations, services

¹ Comité français d'éducation pour la santé

² Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Ministère de la justice.

³ Bureau de la Direction de l'enseignement scolaire, Ministère de l'éducation nationale.

communaux de prévention ou de promotion de la santé) ayant compétence et légitimité en la matière. Cette démarche vient en accord avec les orientations du *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, paru en juin 1999, qui marque la volonté interministérielle de développer les efforts engagés en matière d'évaluation.

6.4 4 Contenu du Guide

Le document s'organisera autour de trois volets, qu'il est prévu de compléter par des fiches techniques amovibles sur des notions clés, ou récurrentes, de la réflexion.

Une première partie synthétisera les principes et fondements théoriques de l'évaluation, basés sur les discours scientifiques et institutionnels existant à l'heure actuelle en France sur le besoin de développer une logique évaluative chez les "professionnels impliqués dans la prévention des substances psychoactives".

La deuxième partie proposera les questions concrètes de mise en place de l'évaluation. Elle ré-exploitera les lignes directrices de l'évaluation déclinées par le guide européen de l'OEDT pour un ajustement sur les acquis et la littérature scientifiques internationaux.

L'illustration des phases définies au chapitre précédent se fera par la description continue d'évaluations réalisées France afin d'offrir une image compréhensive de la démarche évaluative. Cette continuité des exemples n'apparaissait pas dans le guide européen, ce qui ne facilitait pas la lecture.

6.4 5 Diffusion et valorisation du Guide

Annoncée pour fin 1999 dans le Plan triennal, la parution du guide français d'évaluation a été repoussée au premier trimestre 2000. La stratégie de diffusion prévue cible, comme premiers relais promotionnels, la centaine de Chefs de projets, organisant la politique de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances au niveau local, les Directions ministérielles concernées (Education Nationale, Jeunesse et Sport, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Intérieur etc.) et les grandes communes françaises bénéficiant de cellules de prévention ou de promotion de la santé. Une diffusion sur demande est envisagée dans un deuxième temps, le guide français devant être présenté sur le site commun des services publics français sur les drogues et les toxicomanies et annoncé lors de la campagne de communication de la MILDT "Les drogues, savoir plus, risquer moins", en fin 99.

PART III

9. TRENDS AND NEW DEVELOPMENTS IN DRUG USE

9. 1 DRUG CONSUMPTION IN THE GENERAL POPULATION

Les premiers résultats de l'enquête EROPP

(Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes)
voir supra 6.3.1

Cette enquête est conduite par l'OFDT au courant de mois d'avril ; le rapport final est attendu pour la fin de l'année.

9. 1 1 Résultats préliminaires

9. 1 1 1 Connaissance des produits

Les perceptions, opinions et représentations des Français en matière de drogues et de toxicomanie ont été questionnées à la fois sous l'angle des différents produits et comportements et sous celui des solutions à envisager en termes de politique publique. Environ 95 % de la population est capable de citer spontanément au moins une drogue, avec une moyenne de 3,7 produits cités, avant tout le cannabis (78 %). Les autres "drogues" les plus connues sont la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 % ; +10 % par rapport à 1997), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). Tous les autres produits sont cités par moins de 10 % des répondants. Une minorité de plus en plus importante cite spontanément l'alcool comme faisant partie des drogues (20 % en 1999 vs 14 % en 1997). Cela est vraisemblablement lié aux conclusions du rapport Roques, et en particulier aux tableaux de classement de la dangerosité des produits dont la presse s'est faite l'écho et qui positionnaient l'alcool au même niveau que l'héroïne. Ainsi, l'augmentation des déclarations spontanées pour le tabac est plus faible (21 % en 1999 vs 17 % en 1997).

Pour éclairer plus avant ce point de vue, une enquête de 1993 permet de voir, lorsqu'il est proposé explicitement, un accord assez massif sur le fait que l'alcool et le tabac sont des drogues (respectivement 84 % et 77 %).

Le fait d'avoir expérimenté du cannabis, d'être dans la tranche [35-64 ans] et de se sentir bien informé sur les drogues sont positivement liés à la déclaration spontanée de l'alcool ou du tabac parmi les drogues. Le diplôme est également un facteur très discriminant, les individus ayant un diplôme inférieur au bac ou un bac professionnel déclarant moins souvent que les autres ces produits.

9. 1 1 2 Perception de dangerosité

En termes de dangerosité pour la santé des différentes substances psychoactives, il apparaît que l'héroïne, et à peine moins la cocaïne, sont associées à un dommage immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). Pour l'ecstasy, l'expérimentation apparaît relativement moins dangereuse (76 %), la représentation de ce produit se révélant moins bien définie dans la population.

Pour plus de la moitié de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie. Un tiers juge la consommation régulière sans danger, 5 % de l'échantillon jugeant même de ce produit qu'il n'est jamais dangereux, ce qui n'est le cas d'aucun autre produit mis à part les médicaments pour les nerfs avec 2 %. 41 % jugent le cannabis relativement moins dangereux que l'héroïne sur cette échelle alors que seuls 2 % pensent que c'est l'inverse.

Ainsi le seuil de dangerosité dépend-il des produits ; pour la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy, il se situe au niveau de la simple expérimentation, alors que pour les autres produits évoqués, des nuances spécifiques apparaissent. D'autre part, le risque d'accoutumance est jugé beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % pensent qu'il existe dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %).

En ce qui concerne l'alcool et le tabac, les réponses sont très différentes des autres substances, plus des trois quarts des Français estimant qu'ils ne sont dangereux pour la santé qu'à partir d'une consommation quotidienne (précisée en nombre de verres ou de cigarettes). L'usage du tabac apparaît dangereux dès l'expérimentation à 21 % des individus interrogés, alors que ce n'est le cas que de 6 % pour l'alcool. En moyenne, le risque pour la santé est situé respectivement à partir de 9 cigarettes par jour et 4 verres par jour. Lors des entretiens, la réception du slogan " Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts ", fréquemment cité par les répondants comme point de repère pour fixer le seuil à 2 ou 3 verres, a pu être une nouvelle fois constatée. Malgré les différences dues à la diversité des modes de consommation de l'alcool et du tabac, on voit tout de même se dessiner un consensus sur l'alcool, avec un seuil de dangerosité modal de 3 verres quotidiens, alors que sur le tabac, la notion de danger pour la santé semble beaucoup plus hétérogène (12 % citent 5 cigarettes, 21 % un demi-paquet, 18 % un paquet). Ce résultat, qui permet de mesurer l'impact des campagnes de communications en termes de seuil pour l'alcool donne à réfléchir pour ce qui concerne le tabac, et peut-être plus encore sur les drogues illicites, incitant à mener des actions de communication différenciées par produits.

En termes de hiérarchie, lorsque l'on demande quel est le produit le plus dangereux parmi l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, l'alcool, le cannabis, le tabac et les " médicaments pour les nerfs ", une assez forte majorité relative cite l'héroïne (41 %), la cocaïne et l'ecstasy complétant le groupe des produits les plus choisis, avec respectivement 20 % et 17 %. Pour les produits peu choisis, on peut noter que le cannabis (3 %) l'est moins souvent que l'alcool (6 %), mais plus que le tabac (2 %). Parmi les facteurs discriminants, la proximité au cannabis est très liée positivement au fait de déclarer l'alcool ou l'héroïne comme produit le plus dangereux. L'âge apparaît également important, les [18-24 ans] citant à 55 % l'héroïne, alors que les plus jeunes et les plus âgés citent relativement plus la cocaïne (26 %) et le cannabis (6,5 %).

9. 1 1 3 Craintes liées à l'expérimentation des substances

La simple expérimentation des différentes substances psychoactives représente une crainte plus ou moins forte pour les Français.

Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois :

	Très peur	Plutôt peur	Sous-Total ⁴ "peur"	Plutôt pas peur	Pas peur du tout	Ne connaît pas le produit	NSP ou Ne veut pas dire
Héroïne	70.5	23.4	93.9 %	1.5	3.3	0.5	0.9
Ecstasy	59.8	28.5	88.3 %	4.1	3.4	3.1	1.2
Cocaïne	59.2	28.8	87.9 %	4.2	5.7	0.2	2.0
Crack	60.1	26.4	86.4 %	2.3	3.0	7.2	1.0
Un produit à inhaler (colle, solvants, éther ...)	49.6	36.6	86.3 %	6.2	5.7	0.4	1.5
LSD	57.0	28.1	85.1 %	2.7	3.3	7.7	1.1
Champignons hallucinogènes	48.2	33.4	81.6 %	6.4	5.3	5.7	1.0
Amphétamines	42.2	39.5	81.6 %	8.0	5.3	3.8	1.2
Produit dopant (produit pour améliorer les performances)	41.1	39.1	80.2 %	10.6	7.0	0.5	1.6
Cannabis ou haschisch	40.6	27.7	68.3 %	13.4	16.6	0.3	1.4
Médicaments pour les nerfs (tranquillisant somnifère anti-dépresseur...)	16.1	39.1	55.2 %	24.7	18.4	0.0	1.7
Tabac	13.7	23.7	37.5 %	25.3	36.1		1.0
Alcool	11.6	21.9	33.5 %	27.9	37.8	0.0	0.9
Mop	19.3	11.9	31.2 %	1.0	1.5	65.9	0.4

Les % présentés sont en ligne (total de chaque ligne = 100 %)

Le niveau de peur apparaît globalement très élevé, supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis. Six groupes de produits peuvent être isolés :

- les substances très anxiogènes (nettement dominées par l'héroïne, comprenant l'ecstasy, le crack, la cocaïne et le LSD),
- les substances pour lesquelles l'expérimentation apparaît relativement moins terrifiante (produits à inhaler, champignons hallucinogènes),
- les substances liées à la recherche de la performance (amphétamines, produits dopants) qui ont une part équilibrée de "très peur" et de "plutôt peur", autour de 40 % pour chacun,
- le cannabis, dont l'usage « pour essayer » inquiète les deux tiers des Français
- les médicaments pour les nerfs, dont les personnes ont assez fréquemment "plutôt peur", mais peu souvent "très peur"
- l'alcool et le tabac pour lesquels l'appréhension d'une expérimentation concerne environ un tiers des Français.

9. 1 1 4 les représentations des toxicomanes

Pour ce qui concerne les représentations des toxicomanes, se sont dégagés six groupes au sein de la population des [15-75 ans] :

La classe 1 (11,6 % de l'échantillon) est celle des individus en total désaccord avec l'idée que les usagers d'héroïne sont des délinquants ou des "faibles".

⁴ % de "très peur" + "Plutôt peur"

La classe 2 (11,7 % de l'échantillon) montre un profil nuancé principalement caractérisé par un fort taux d'individus plutôt d'accord avec l'idée que les toxicomanes sont des " parasites ".

La classe 3 (17,2 % de l'échantillon) offre un profil nuancé principalement caractérisé par un fort taux d'individus plutôt en désaccord avec l'ensemble des propositions, en particulier avec l'idée que les usagers d'héroïne sont des délinquants.

La classe 4 (26 % de l'échantillon) rassemble des individus principalement caractérisés par un fort taux de plutôt d'accord avec l'idée que les toxicomanes sont dangereux et qu'ils sont plus perçus comme des victimes que comme des profiteurs.

La classe 5 (17,7 % de l'échantillon) est composée d'individus ne donnant aucune excuse aux usagers d'héroïne, ne les considérant pas du tout ni comme des victimes, ni comme des malades, mais les jugeant tout à fait dangereux.

La classe 6 (15,7 % de l'échantillon) semble avant tout être celle des incohérents, sont tout à fait d'accord avec toutes les propositions concernant les usagers, si contradictoires soient-elles...

9. 1 1 5 Opinions sur la politique publique en matière de drogues

En parallèle à cette investigation sur les représentations des drogues et des usagers, **l'opinion sur la politique publique** à mener en matière de toxicomanie a également été interrogée.

Jugements de valeur sur l'efficacité et la légitimité de l'interdiction de l'usage de cannabis et d'héroïne :

	tout fait d'accord	à plutôt d'accord	sous-total d'accord	plutôt pas d'accord	pas tout d'accord	du sous-total pas d'accord	NSP
l'interdiction de la consommation du cannabis contribue à empêcher les gens d'en consommer	22.5 %	24.1 %	46.6 %	24 %	27.9 %	51.9 %	1.6 %
l'interdiction de la consommation de l'héroïne contribue à empêcher les gens d'en consommer	26.6 %	23.9 %	50.5 %	23.1 %	24.6 %	47.7 %	1.8 %
l'interdiction de la consommation du cannabis est une atteinte au droit de disposer de son corps	13.1 %	20.1 %	33.2 %	25.7 %	39.5 %	65.1 %	1.7 %
l'interdiction de la consommation de l'héroïne est une atteinte au droit de disposer de son corps	11.6 %	14.4 %	26 %	26.8 %	44.6 %	71.5 %	2.6 %

L'efficacité d'une interdiction de l'usage recueille une part à peu près équilibrée d'avis favorables et défavorables, pour l'héroïne comme pour le cannabis. L'idée qu'elle est une atteinte aux droits fondamentaux de la personne est en revanche beaucoup moins fréquente puisqu'elle ne concerne qu'un tiers des Français pour le cannabis et un quart pour l'héroïne. Ici, la distinction entre les substances apparaît beaucoup plus nettement (33 % vs 26 %). La majorité des Français juge donc l'interdiction de la consommation légitime.

9. 1 1 6 Opinion sur la législation à adopter

	tout fait d'accord	à plutôt d'accord	sous-total d'accord	plutôt pas d'accord	pas tout d'accord	du pas d'accord	sous-total	NSP
autoriser la consommation du cannabis tout en maintenant l'interdiction dans certains cas (aux mineurs, avant de conduire...)	14.8 %	19.2 %	34.1 %	16.4 %	47.8 %	65.1 %		0.8 %
autoriser la consommation de l'héroïne tout en maintenant l'interdiction dans certains cas (aux mineurs, avant de conduire...)	4.8 %	6.8 %	11.6 %	14.2 %	73.4 %	87.6 %		0.8 %
Le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool	5.8 %	11.3 %	17.1 %	18.6 %	63.9 %	82.5 %		0.4 %

Les % présentés sont en ligne (total de chaque ligne = 100 %)

Parmi les mesures alternatives, étaient proposées la réglementation (sous les termes d'une autorisation sous conditions) du cannabis et de l'héroïne et la vente libre du cannabis. C'est dans ce contexte que la distinction entre cannabis et héroïne apparaît la plus nette pour les répondants. Quasiment la moitié des individus rejette catégoriquement l'idée de réglementation du cannabis lorsque ce sont les trois quarts en ce qui concerne l'héroïne. Environ un tiers est favorable à l'autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, ce qui n'est le cas que de 12 % lorsqu'il s'agit de l'héroïne.

La légalisation du cannabis rencontre une opposition très forte puisque près des deux tiers des Français y sont farouchement opposés, et seuls 17 % y sont favorables. Par d'autres enquêtes, avait été détectée au cours des années 90 une tendance à accepter de plus en plus souvent l'idée de mise en vente libre du cannabis, même si celle-ci reste minoritaire en regard de l'opinion qui la considère comme une incitation à la consommation. D'autre part, plus de la moitié (57 %) des individus favorables à l'autorisation sous condition ne le sont pas à la légalisation, faisant de la réglementation la mesure " standard " des partisans d'une révision de la loi.

L'opinion sur l'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation apparaît particulièrement plébiscitée (39 % estimant que c'est une très bonne chose, et plus de la moitié que c'est plutôt une bonne chose). A peine un individu sur 10 apparaît défavorable à cette méthode. Sur l'hypothèse d'un monde sans drogue, seul un quart des Français adhère, le plus grand nombre (41 %) se déclarant en complet désaccord avec cette assertion. Le niveau d'accord avec l'idée qu'il est possible d'arriver à ce que personne ne se drogue augmente linéairement avec l'âge et les hommes se déclarent plus volontiers " pas du tout d'accord " que les femmes.

9. 1 1 7 La prise en charge sanitaire et sociale

Parallèlement, l'idée de limiter les risques encourus par les usagers obtient un véritable plébiscite (95 % des individus sont d'accord avec l'idée qu'il faut tout faire pour limiter les conséquences de leur consommation). Le recours aux **produits de substitution**, présentés comme prescrits par des médecins et remplaçant l'effet de l'héroïne, est jugé favorablement par 81 % des Français. Il est notable que la connaissance de l'existence de programmes de substitution influe sur l'accord avec cette pratique (53 % des gens qui savent que les médecins peuvent prescrire des produits de substitution y sont très favorables, contre seulement 25 % chez ceux qui ne le savent pas).

La **vente de seringue sans ordonnance** ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % de favorables). Celle-ci apparaît très positivement liée à la connaissance de cette pratique. La **distribution contrôlée d'héroïne**, est une mesure moins bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français y est favorable (53 %). Si le sexe n'influe pas sur cette prise de position, l'âge apparaît discriminant, les plus jeunes et les plus âgés y étant les moins favorables. Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence nettement le niveau d'accord (68 % vs 49 %). Globalement, on note qu'il n'y a pas de clivages très forts mais un continuum de perceptions qui font porter le stigmate tantôt sur le produit, tantôt sur une pratique.

L'usage thérapeutique du cannabis trouve l'aval de plus des deux tiers des répondants (68 %). Les hommes sont plus souvent complètement en accord que les femmes (38,5 % vs 31 %). Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis est positivement lié avec cette proposition, mais pas de façon aussi significative que ce qu'on pouvait attendre (76 % vs 65 %).

Dans l'ensemble, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de mieux en mieux acceptées par les Français depuis le début des années 90.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par environ deux tiers des répondants (66 %). Néanmoins, moins de 10 % d'entre eux pensent qu'elle est adaptée puisque 63 % disent qu'il faudrait l'augmenter et 21 % qu'il faudrait faire autrement. Seuls 1 % estiment qu'il ne faut pas aider les usagers dépendants à s'en sortir.

9. 1 1 8 Informations et préventions

A propos de l'utilité d'informer les jeunes, une très forte majorité se dégage (86 %), la proportion d'individu estimant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler apparaissant en baisse au cours des années 90. Par ailleurs, l'information des jeunes est ressentie suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %.

Si seuls 8 % des Français s'estiment très bien informés sur les drogues, ils sont au total 58 % à se juger bien informés. Plus des deux tiers (68 %) des [18-24 ans] s'estiment bien informés alors que c'est le cas de moins de la moitié (48 %) des [65-75 ans]. Le niveau d'information ressenti croît également de façon linéaire avec le niveau de diplôme (de 43 % pour les sans diplôme à 74 % pour les individus ayant obtenu un diplôme supérieur à bac+2) et avec le fait d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie (76 % vs 53,5 %), ce résultat vérifiant l'hypothèse selon

laquelle l'expérimentation est une source importante de légitimité. On constate aussi que les indécis politiques sont ceux qui se sentent le moins bien informés sur les drogues.

Du point de vue des campagnes de communication, il peut être intéressant de cerner le profil des individus qui se sentent très mal informés. Ils sont 45 % à avoir plus de 50 ans (contre 33 % à l'ensemble de l'échantillon), 88 % à détenir un diplôme inférieur au baccalauréat (contre 57 % dans l'ensemble de l'échantillon), 35 % à habiter une commune rurale (contre 26 % dans l'ensemble de l'échantillon), et ce au détriment des plus grandes villes. Les ouvriers et les retraités sont sur-représentés parmi les très mal informés. En revanche, le sexe et l'intensité de la religion ne sont pas des caractères discriminants sur le fait de se sentir très mal informé.

9. 1 9 Conclusion

Cette enquête a été l'occasion de mesurer le niveau de proximité avec les substances psychoactives illicites et notamment avec le cannabis, confirmant ainsi sa banalisation en population générale adulte, constat que l'OFDT avait déjà tiré grâce à plusieurs enquêtes auprès des jeunes. En effet, un Français sur cinq déclare avoir déjà expérimenté le cannabis, un sur seize en ayant consommé au cours des douze derniers mois. La consommation de cannabis concerne en particulier les adolescents et les jeunes adultes, plus les hommes que les femmes. Chez les [18-44 ans], 31 % ont déjà expérimenté l'herbe ou le haschisch, les autres substances concernant 5 % des individus de cette tranche d'âge au cours de la vie et moins de 1 % au cours de l'année.

Au final, on notera l'existence d'une courbe de la défiance à l'égard des drogues et des usagers suivant l'âge " en U ", les plus jeunes et les plus âgés montrant les craintes les plus fortes et le besoin d'information le plus important. Le sexe apparaît nettement moins discriminant dans la mesure où lorsqu'il semble avoir une action sur une représentation ou une opinion, cet effet disparaît sous l'influence de celui d'être expérimentateur ou non d'une drogue illicite. En effet, la crainte vis à vis des produits et les attitudes de rejet vis à vis des toxicomanes sont nettement moins fortes chez les personnes ayant eu des contacts avec la drogue et en particulier les consommateurs.

D'une manière générale, les personnes ayant un niveau d'études élevé, celles ayant une sensibilité politique de gauche, les habitants des zones plutôt urbanisées, les gens se sentant les mieux informés sur les drogues ont des perceptions moins stigmatisantes des drogues, de leurs usagers et sont plus favorables aux mesures de réduction des risques et à l'idée d'une réglementation de la consommation de cannabis. Néanmoins, presque tous les Français s'accordent sur l'idée de limiter les dommages occasionnés par l'usage des drogues.

10. TRENDS PER DRUG

10.2 SYNTHETIC DRUGS (AMPHETAMINE, ECSTASY, LSD)

Rapport de recherche-action de l'association Médecins du Monde

Titre : usages de drogues de synthèse Ecstasy, Lsd, dance-pile, Amphétamines,. Réduction des risques, dans le milieu festif techno, transmit, récemment, aux pouvoirs publics

10.2 1 INTRODUCTION

Compte tenu du développement important de la consommation de substances psychotropes dans le cadre des événements festif techno l'association humanitaire Médecins Du Monde a mis en place avec le soutien financier du ministère de la santé un projet de recherche-action sur la réduction de risques multiformes au sein de ces événements. Parallèlement aux actions de prévention menées par cet organisme dans plusieurs régions en France un questionnaire a été élaboré et administré *in situ* aux personnes fréquentant ces événements. Parallèlement, une trentaine d'observations participantes ainsi qu'une trentaine d'entretiens approfondis ont été réalisés avec des personnes fréquentant ces événements. Un questionnaire similaire a été administré à un « groupe contrôle » composé de personnes ayant les mêmes caractéristiques socio-démographiques recrutées en dehors des événements festifs technos (lycées, universités etc.).

Les objectifs de ce volet recherche ont été :

- d'évaluer les risques encourus par les jeunes concernés, d'un point de vue physique, psychique et social.
- d'établir des recommandations de santé publique, permettant aux pouvoirs publics de définir une stratégie de prévention adéquate des risques liées au phénomène des raves.

Dans le contexte français la réalisation de cette recherche revêt une importance particulière dans la mesure où elle comble une lacune maintes fois soulignée dans la connaissance dont on dispose sur la consommation de drogues dans ce milieu. C'est en effet la première fois qu'une enquête multicentrique est réalisée dans ce milieu et sur un échantillon relativement important.

Les résultats rapportés ici sont issus de l'analyse préliminaire et partielle de données, quantitatives et qualitatives recueillies. Ces premiers résultats ont fait l'objet d'un rapport présenté aux autorités compétentes, mais ne sont pas encore rendus publics.

10.2 2 METHODOLOGIE

949 Questionnaires ont été remplis, entre juillet 1998 et mai 1999, dans des événements festifs technos (48 % dans des free parties, 24 % dans des raves payantes, 17 % dans des soirées privées et 9 % dans d'autres contextes). Dans le but de cerner les caractéristiques spécifiques des personnes fréquentant les événements technos « *groupe Techno* » par rapport aux personnes qui ne

fréquentent pas ces types d'événements 667 autres questionnaires ont été recueillis auprès d'un groupe "contrôle" ayant les mêmes caractéristiques sociodémographique⁵, que le groupe « techno ». Les réponses du groupe « Techno » et celles du groupe « contrôle » ont été comparées à l'aide de tests statistiques⁶.

10.2 3 RESULTATS

10.2 3 1 Tendances de consommation de substances dans les fêtes technos

- La consommation de psychotropes, dans le contexte des fêtes techno, est d'abord caractérisée par la grande diversité des substances utilisées.
- L'ecstasy occupe une place centrale parmi les différentes substances rencontrées, parce qu'elle se situe à la croisée du produit stimulant et du produit hallucinogène, et aussi du fait du développement de sa consommation en lien étroit avec l'enracinement en France de la « culture techno ». C'est la conjonction de ces deux éléments qui a fait que le phénomène « explose » et suscite l'engouement. Mais l'adéquation ecstasy et fête techno n'a plus les mêmes significations aujourd'hui tant les usages ont évolué.
- Le développement de l'usage de substances hallucinogènes, naturelles comme la psilocybine, les champignons mexicains ou le datura, ou synthétiques comme le LSD et l'apparition de nouveaux produits comme la kétamine.
- L'usage de plus en plus important de produits stimulants, essentiellement cocaïne et amphétamines.
- Le développement de l'usage des substances dites « relaxantes », et en particulier de la consommation de produits opiacés qui accompagnent, le plus souvent, la consommation de produits appartenant aux deux premières catégories mentionnées;
- La généralisation d'un poly-usage de psychotropes et les associations entre substances.

10.2 3 2 les substances consommées

Cannabis

⁵ notamment dans des lycées et des universités de leur secteur, une version adaptée du questionnaire. Dans cette version, ont été retenues avec leur énoncé, modalités et possibilités de réponse les questions explorant les caractéristiques personnelles et familiales, l'insertion sociale, la gestion de risques, l'information sur les produits et la consommation. Des précautions ont été prises pour éviter que les personnes du groupe Contrôle participant se sentant sollicitées en tant que non-Techno. Des questions-filtre ont été introduites pour identifier ceux qui invités à participer en tant que Contrôles se révèlent participants des événements techno. Ces formulaires ont été systématiquement éliminés pour assurer la pertinence de la comparaison.

⁶ Dans la plupart des cas les réponses du « groupe Techno » et celles du « groupe Contrôle » ont été comparées à l'aide du test de Comparaison des Pourcentages. Dans les cas des réponses multiples des Test du Khi2, du Khi2 corrigé de Yates et le Test exact de Fisher ont été utilisés, selon le nombre de cas à comparer. Les réponses quantitatives ont été comparées, selon les effectifs, à l'aide du test de Comparaison des moyennes ou du Test non-paramétrique de médiane.

	Nombre de répondants	% de consommateurs parmi les répondants
Au cours de la vie	901	90
La précédente fête techno	561	34

Le cannabis est le psychotrope le plus consommé, il se présente, de la même façon que le tabac, comme un produit « plate-forme » auquel se superposent d'autres substances, associées à travers des combinaisons qui varient pour ainsi dire d'un individu-consommateur à un autre. 90% de l'échantillon déclare en avoir consommé au cours de la vie et 34 % lors de la précédente fête techno

Ecstasy

	Nombre de répondants	% de consommateurs parmi les répondants
Au cours de la vie	896	70
La précédente fête techno	481	71

L'ecstasy est, après le cannabis et avec le LSD, les amphétamines et la cocaïne, l'un des produits psychotropes les plus utilisés par les personnes participant aux fêtes technos. Les utilisateurs ne connaissent que rarement la nature exacte des produits qu'ils consomment et identifient les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy par leur appellation, logo, et couleur. Plus de deux tiers de répondants déclarent en avoir consommé.

3 – GHB, 4 % des répondants déclare en avoir consommé. Le GHB est utilisé seul pour ces effets hallucinogènes, stimulants ou relaxants ou en associations avec d'autres substances pour potentialiser les effets ou pour faciliter la gestion de la « descente ».

Stimulants

10.2 3 2 3 1 Amphétamines (speed)

	Nombre de répondants	% de consommateurs parmi les répondants
Au cours de la vie	886	47
La précédente fête techno	561	11

Les observations réalisées lors de l'enquête tentent de confirmer l'augmentation de la consommation de cette substance en France. Cette augmentation de la consommation semble être liée aux deux facteurs: le nombre important de comprimés d'amphétamines vendus sous le nom d' « ecstasy », d'un côté et au fait que ce produit est peu onéreux. 47 % de répondants ont déjà consommé ce produit et 11 % l'ont consommé lors de la précédente fête techno.

Les amphétamines disponibles dans les événements observés se présentent souvent sous la forme de comprimés (vendus comme tels ou comme de l'ecstasy), en poudre le plus souvent (vendu au gramme ou en gélule), ou en pâte. Le *speed* est identifié par sa consistance, par sa couleur (*le jaune, le rose, le blanc*) et par sa provenance. Les amphétamines sont avalées en comprimés ou sous forme de petites boulettes roulées dans du papier à rouler, ou bien sniffées, ils sont injectés par une minorité.

Cocaïne

	Nombre répondants.	de % de consommateurs parmi les répondants.
Au cours de la vie	896	56
La précédente fête techno	561	21.5

Sur 896 personnes qui se sont prononcées sur la consommation de cocaïne, 56 % ont répondu en avoir consommé. La cocaïne est peu injectée mais principalement sniffée. Elle est souvent consommée en association avec d'autres produits.

Crack/free base

Sur 870 personnes qui se sont prononcées sur la consommation de *crack/free base* 10 % (66 personnes) ont répondu en avoir consommé. Il est principalement fumé (56 personnes). Les autres modes d'administration sont marginales.

Poppers :

forme liquide vendu en petite fiole à inhaler, a été consommé par 42 % de l'échantillon.

Hallucinogènes

LSD

	Nombre répondants.	de % de consommateurs parmi les répondants.
Au cours de la vie	894	63%
La précédente fête techno	561	7,3 %

Le LSD représente la troisième substance consommée parmi les répondants dont un peu moins de deux tiers déclarent en avoir consommée et moins d'une personne sur dix lors de la précédente fête.

Kétamine

la consommation de cette substance est récente en France néanmoins environ 15 % de répondants déclarent en avoir consommé.

Le kétamine disponible en France se présente sous la forme d'un liquide incolore, de poudre blanche ou en gélules. Elle est *sniffée* le plus souvent mais aussi fumée et avalée.

Protoxyde d'azote

37% déclarent avoir consommé ce produit. Il se présente sous une forme gazeuse, en bonbonne ou dans les petites recharges destinées aux appareils de fabrication de cocktails apéritifs, ou encore dans les recharges destinées aux bonbonnes de chantilly. Il est inhalé dans des ballons.

Hallucinogènes naturels: ont été consommées par plus d'un quart de l'échantillon (28 %). Les substances les plus consommées sont le datura, les champignons hallucinogènes, la psilocybine, ou les champignons mexicains-, et l'absinthe.

Opiacés

Opium et rachacha :

L'opium et le rachacha (le *rach*), résidus d'opium

Sont utilisés le plus souvent en « descente » d'autres produits (stimulants ou hallucinogènes), fumés ou avalés en boulettes, 22 % des répondants (885) déclare en avoir consommé. Par ailleurs la consommation d'infusion de pavots a été également observée.

Héroïne

Cette substance est consommée par environ 25 % des répondants (887). Elle est principalement sniffée (83 %); fumée 37 % et injectée 12%. Dans ce milieu l'héroïne est plus utilisée occasionnellement, pour gérer les « descentes » de produits hallucinogènes ou stimulants.

Autres opiacés

14% déclarent avoir consommé Codéine et Néocodion® et 9% du Subutex® . Ces deux médicaments seraient utilisés aussi, à l'instar de l'héroïne ou l'opium dans le contexte de la fête, comme produits facilitant les « descentes » d'autres produits notamment des stimulants.

Les données quantitatives mais surtout celles qui sont qualitatives mettent en évidence le fait que ces produits sont rarement utilisés seuls. Le plus souvent ils sont utilisés en association. Les combinaisons de produits sont en effet multiples et variées. La cocaïne et les amphétamines en particulier sont, dans la plupart des cas, associées à d'autres substances, le cannabis dans la majorité des cas, l'ecstasy une fois sur deux environ.

10.2 3 3 Comparaison du groupe « techno » et du groupe « contrôle »

Afin de cerner les spécificités des personnes qui fréquentent les fêtes technos de ceux qui ne fréquentent pas ce type d'événements les deux groupes ont été comparés principalement du point de vue de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leurs liens avec leur famille ; de leur trajectoire de vie ; de leur insertion sociale ; de leur prise en considération et de leur gestion des risques liés aux VIH et à l'hépatite C.

Il se dégage de cette comparaison que :

Croyance religieuse

les deux groupes ont la même proportion de croyants. La différence se situe au niveau de la religion de choix. Tandis que les Technos ont plus tendances à être bouddhistes, les Contrôles ont plus tendances à être catholiques et musulmans.

Positionnement dans le spectre politique français

Sur une échelle comportant 5 positions entre extrême gauche et extrême droite, parmi les Technos ceux se situant sur l'aile gauche sont 6 fois plus nombreux que ceux de l'aile droite alors que parmi les Contrôles ils ne sont que 3 fois plus nombreux. Les Technos se déclarent plus fréquemment "ni de gauche ni de droite" et revendiquent plus fréquemment des positions autres (hors le spectre gauche-droite).

Positionnement sur la place dans la société

Sur une échelle proposée entre "Je trouve parfaitement ma place dans la société française" et "Je ne trouve pas du tout ma place", ceux qui trouvent leur place sont 1,9 fois plus nombreux que ceux qui ne la trouvent pas parmi les Technos et 4,5 fois plus nombreux parmi les Contrôles. Les Technos sont plus nombreux à déclarer qu'ils ne se retrouvent pas dans cette échelle.

Rapports avec la famille

Les individus appartenant au groupe techno sont moins élevés par les deux parents, sont moins en relation avec leurs parents vivants que ceux du groupe contrôle et ils vivent en outre fréquemment en couple, seul ou émancipés des parents.

Gestions de Risques liés au VIH et à l'hépatite C

Aussi bien parmi les Technos que parmi les Contrôles, moins de la moitié de ceux ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ont utilisé des préservatifs à chaque fois ou presque. La proportion des Technos ayant eu des rapports sexuels sous les effets d'un produit est le double de celle des Contrôles. Les membres du groupe Techno ont effectué plus fréquemment des tests de dépistage du VIH/SIDA, de l'Hépatite B et C que les Contrôles mais les proportions des résultats positifs déclarés par les deux groupes ne diffèrent pas.

Consommation de produits licites

Sur les 4 produits licites proposés, tabac, bière, vin et alcools forts, seuls ces derniers sont consommés par la même proportion de Technos et de Contrôles. Les 3 autres sont plus fréquemment consommés par les Technos.

Consommation de produits illicites

Les 19 produits illicites proposés ont été consommés plus fréquemment par les Technos que par les Contrôles. La différence entre les niveaux de consommation de deux groupes est très significative :

- Dans le groupe « contrôle » la consommation de substance comme la kétamine, le Gamma OH/GHB, le crystal et le Subutex, est totalement absente.
- Le groupe « techno » consomme deux fois plus du cannabis et des médicaments, et dix fois plus d'amphétamine, d'ecstasy, de LSD/acide et d'opium/rachacha et d'héroïne.
- Alors que les 5 drogues les plus consommées chez les Technos sont le cannabis, l'ecstasy, le LSD/acide, la cocaïne, et l'amphétamine chez les Contrôles en revanche, les produits les plus consommés sont le cannabis, les smart drinks, les médicaments, les plantes hallucinogènes, le poppers et la cocaïne. Au total, constatent les auteurs du rapport, abstraction faite des alcools forts, le groupe techno ont tendance à consommer plus de drogues, en quantité, fréquence et diversité, que le groupe contrôle.

18. HEROIN, METHADONE AND SUBSTITUTION TREATMENT

SITUATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE EN 1999

18. 1.HISTORIQUE

Les traitements de substitution sont une disposition récente dans la prise en charge des usagers de drogue en France où les professionnels ont en effet longtemps vu dans cette modalité thérapeutique un instrument de contrôle social, alors qu'ils privilégiaient, au plan des principes plus que des réalités, l'approche de l'individu comme sujet à travers une démarche d'inspiration psychanalytique accompagnée d'un soutien éducatif et social (Guerrieri, 1984, Bergeron, 1996). L'impossibilité d'utiliser la méthadone réservée à deux centres expérimentaux parisiens a conduit les médecins de ville sous la pression d'usagers de drogue, dont beaucoup étaient en mauvaise santé et socialement désinsérés, à leur prescrire des morphiniques à visée antalgique (d'abord la buprénorphine -Temgésic®- puis lorsqu'en 1992, sa prescription sur carnet à souche a été exigée, le sulfate de morphine retard, -Moscontin® et Skénan®) ; par ailleurs, les usagers consommaient des médicaments codéinés disponibles en pharmacie (Néocodion® notamment) sans prescription et à bas prix. Ces pratiques médicales de substitution à la limite de la légalité ont conduit à quelques sanctions disciplinaires. Elles ont permis à un petit noyau de médecins de ville, pour beaucoup engagés dans la prise en charge de l'infection VIH, de changer leurs relations avec les usagers de drogue, souvent exclus de façon plus ou moins ouverte des cabinets médicaux. Ces médecins ont ainsi fait les premières expériences de prise en charge substitutive et de travail collaboratif en réseau pour les usagers de drogue (Carpentier, 1994, Lorient, 1995, Lert, 1998). L'alliance de ce groupe de médecins militants, peu nombreux dans un corps médical réticent et inexpérimenté (Moatti, 1998), des associations de lutte contre le sida ou d'action humanitaire, rejointe par une petite fraction des professionnels de la toxicomanie, a permis l'adoption par les autorités sanitaires de cette stratégie jusque là disqualifiée (Coppel, 1996, Lert, 1998) dans le prolongement des mesures prises depuis 1987 pour favoriser l'accès au matériel d'injection pour les usagers de drogue.

Ces orientations de politique sanitaire ont été affirmées par le plan gouvernemental de septembre 1993 mais ont mis plus de deux ans à se traduire sur le terrain. Après trois ans d'expérience, le plan gouvernemental pour la période 1999-2001 rendu public en juin 1999 prolonge ces orientations en ce qui concerne les personnes dépendant de l'héroïne (MILDT, 1999).

18. 2 CADRE REGLEMENTAIRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE

La base réglementaire des traitements de substitution repose sur une série de circulaires et de notes d'information du Ministère de la santé prises depuis mars 1994 et sur les décisions de mise sur le marché en 1995 pour la délivrance en officine de la méthadone et de la buprénorphine fortement dosée. Le choix du dispositif a été fait par le Ministère de la santé, la Commission des stupéfiants de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (ex Agence du Médicament) en concertation avec l'industriel commercialisant la buprénorphine

(Schering-Plough) selon un processus de décision qui n'a pas été encore précisément étudié.

Le choix de la buprénorphine semble lié à divers facteurs : 1) ses propriétés pharmacologiques. Sa relative sécurité a été mise en avant (en minimisant l'existence d'un risque de dépression respiratoire comme tout opiacé) ainsi que son rôle protecteur vis-à-vis des overdoses à l'héroïne, et l'absence d'effets euphorisants qui semblait protéger de son intégration aux drogues de rue (INSERM, 1998) ; 2) sa galénique sous forme de comprimés destinés à une absorption sublinguale ; 3) l'expérience qu'en avaient les usagers et les médecins apparaissait un facteur favorable dans la mesure où la méthadone gardait une mauvaise image. La lenteur de la montée en charge du dispositif prévu par la circulaire de 1994 pour les traitements de méthadone a pu aussi contribuer à cette décision. En effet, si certains centres nouvellement et spécialement créés ont eu rapidement des files actives nombreuses, d'autres n'ont pas utilisé pendant de longs mois leurs capacités d'accueil.

Ainsi resté confiné dans deux centres hospitaliers parisiens pendant plus de 20 ans, le traitement substitutif à la méthadone, n'a été étendu qu'à partir de 1993 d'abord dans des centres spécialisés avec un nombre de places prédéfini (circulaire du 7 mars 1994), puis à tous les centres relevant du dispositif de prise en charge des usagers de drogue (circulaire du 31 mars 1995). Les conditions de prescription, de délivrance et de suivi du Subutex® sont définies par cette même circulaire. Depuis, d'autres textes se sont attachés à renforcer le système de prise en charge (circulaire du 3 avril 1996, note d'orientation du 5 novembre 1998) sans modifier le cadre légal de ces traitements. Le principe est d'intégrer le traitement substitutif dans une prise en charge globale assurée au sein des centres spécialisés ou par des professionnels hospitaliers, libéraux et des services sociaux travaillant en réseau.

Le système ainsi mis en place crée un régime différent pour les deux médicaments disponibles, méthadone et Subutex®.

Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 1999

Modalités	Subutex®	méthadone
Date d'entrée en vigueur effective	début 1996	1994
Agrément des centres/des médecins	non	non (sauf en 1994)
Nombre maximum/médecin ou centre	pas de limitation	max 50 en 1994 puis pas de limitation
Déclaration des patients traités aux autorités sanitaires	non	non
Critères d'inclusion	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien	dépendance aux opiacés évaluée par le praticien + contrôle urinaire (présence d'opiacés sauf méthadone)
Prescription	Initiation et suivi en médecine de ville ou en CSST. Primoprescription possible, poursuite du traitement en cours en milieu carcéral	Initiation en CSST puis possibilité de suivi en médecine de ville primoprescription possible en milieu carcéral si CSST interne ou externe. Poursuite du traitement en milieu carcéral. (initiation du

		traitement en milieu hospitalier envisagée)
Modalités de prescription	Carnet à souche (transformation en ordonnances sécurisées au 1/07/1999)	Carnet à souche (transformation en ordonnances sécurisées au 1/07/1999)
Durée maximum de la prescription	28 jours	7 jours
Posologie	Recommandation maximum 16mg/jour mais pas de contrainte	Recommandation maximum 100mg/jour mais pas de contraintes
Délivrance	Délivrance en pharmacie dans tous les cas jusqu'à 28 jours de traitement. Possibilité de délivrance fractionnée. (projet de fractionner la délivrance et de la limiter à 7 jours)	Administration supervisée en CSST ou remise du médicament jusqu'à 7 jours. Délivrance en pharmacie, possibilité de délivrance fractionnée (projet d'allonger la délivrance à 14 jours)
Contrôles urinaires	non prévus	1 ou 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois puis deux fois par mois. A l'appréciation du médecin si suivi en ville. toujours réalisé au CSST
Paiement des soins	Droit commun si suivi en ville	Gratuité puis droit commun si relais en ville

Les circulaires ne prévoient aucun agrément ni pour les centres (qui doivent s'organiser et s'équiper pour respecter la réglementation concernant le stockage de la méthadone) ni pour les médecins prescripteurs ; aucune règle ne limite le nombre de patients à prendre en charge par centre ou par médecin. Enfin aucune déclaration individuelle n'est faite aux autorités sanitaires pour les personnes prises en charge, conformément aux principes définis par la loi du 31 décembre 1970 qui prévoyait en contrepartie de son volet répressif la gratuité et l'anonymat des recours. La décision de prescrire un traitement de substitution est sous la seule responsabilité du médecin dans le respect des textes sur les stupéfiants, des recommandations définies dans l'AMM et de l'esprit des circulaires. Les critères initialement définis pour la méthadone par la circulaire du 7 mars 1994 (être volontaire et accepter la venue quotidienne au centre, dépendant majeur aux opiacés depuis au moins 5 ans, avoir entrepris sans succès plusieurs cures de sevrage), ont été assouplis dès 1995 (circulaire du 31 mars) : venue régulière et non plus quotidienne, plus de critère sur l'ancienneté de l'intoxication. La présence d'opiacés (à l'exclusion de la méthadone) doit être vérifiée dans les urines. La restriction de la dose à un maximum de 100 mg par jour a été transformée en recommandation. Aucun critère et aucune procédure ne sont définis pour l'initiation d'un traitement par le Subutex®.

Concernant le financement des soins, il existe aussi un double régime : la gratuité dans les centres spécialisés financés par l'Etat ; pour les traitements suivis en médecine de ville, le droit commun s'applique avec une prise en charge totale ou partielle par l'Assurance Maladie à laquelle s'ajoute une aide sociale, pour les plus démunis, qui permet souvent la gratuité ; grâce au tiers payant l'utilisateur peut éviter tout débours (le médecin et le pharmacien étant rémunérés directement par la sécurité sociale). Le passage à un financement de la part actuellement assurée par l'Etat à l'Assurance Maladie est envisagé dans le Plan 1999-2001 compte tenu de l'extension de l'assurance-maladie et de l'aide médicale. Cette extension a été largement favorisée par la mise en place du RMI (revenu d'assistance) en 1988 qui

ouvre droit à l'assurance maladie et à l'aide médicale. Beaucoup d'usagers de drogue bénéficient du RMI. Par ailleurs la couverture sociale est maintenue pendant un an après une incarcération. La prochaine mise en place de la CMU (couverture maladie universelle) devrait compléter le dispositif. Il reste que les procédures administratives pour bénéficier effectivement de ces droits restent relativement lourdes, en particulier pour une population instable et stigmatisée.

Le traitement de méthadone doit être initié en centre de soins avec la possibilité de transférer le suivi du patient en médecine de ville lorsqu'il «aura la capacité de gérer de façon autonome son traitement et qu'un suivi institutionnel n'est plus indispensable ». Des critères indicatifs sont donnés par la circulaire : dose de méthadone stabilisée, dosages urinaires négatifs aux opiacés, acquisition d'un minimum de stabilité sociale, équilibre personnel amélioré, suivis somatiques ou psychiatriques organisés. L'initiation en milieu hospitalier est envisagée mais pas encore effective en 1999. Il n'existe pas de règle pour la venue quotidienne au centre dans la limite d'une remise au patient de 7 jours de traitement, qui est aussi la durée maximum de la prescription de tout stupéfiant. Le rythme des contrôles urinaires est de une à deux fois par semaine pour les 3 premiers mois, deux fois par mois ensuite tant que la personne est suivie au centre ; ensuite dans le cas d'un suivi en médecine de ville, cette périodicité est laissée au jugement du médecin. Les prélèvements d'urine sont faits au centre de soins et analysés par les services hospitaliers dans le cadre d'une convention spécifique qui prévoit le paiement de l'hôpital. Rien n'est prévu pour les patients sous Subutex® qui, de fait, ne font pas l'objet de contrôles urinaires.

Lors de la mise sur le marché du Subutex®, les autorités sanitaires ont rappelé que la prescription de sulfate de morphine devait être évitée pour la dépendance à l'héroïne. La résistance de certains prescripteurs et usagers a amené à accepter ce recours pour certaines femmes enceintes ou des usagers « bien insérés socialement » et ayant échoué dans d'autres tentatives (lettre DGS du 26 juin 1996).

La réglementation des traitements de substitution apparaît ainsi relativement souple pour éviter de donner aux traitements de substitution un caractère d'exception dans la pratique médicale. Une certaine lourdeur bureaucratique peut venir :

- pour les CSST, de la gestion très précise des stocks de méthadone en relation avec les pharmacies hospitalières;
- pour les médecins, de la prescription sur carnets à souche qu'ils devaient acheter jusqu'à mi-1999 auprès du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Leur remplacement par des ordonnances sécurisées a été introduit en juillet 1999 pour faciliter le traitement de la douleur ; ces ordonnances doivent être commandées et payées par le médecin selon des normes précises (décret du 31 mars 1999) ;
- pour les pharmaciens en particulier, de la gestion des procédures pour la mise en oeuvre du tiers payant et le contrôle.

Les autorités ont encouragé et soutenu financièrement la création de réseaux associant les professionnels et les services contribuant à une prise en charge globale sur le modèle des réseaux spontanément créés au début des années 90 par les médecins engagés dans la prise en charge des usagers de drogue, à l'image de ceux qui s'étaient mis en place pour l'infection VIH. 50 réseaux étaient financés par l'Etat en 1998, d'autres existent également mais ne sont pas dénombrés avec

précision. Leurs fonctions ont évolué au cours du temps mais restent très hétérogènes. En effet, au départ ils avaient surtout un rôle d'information et de formation des professionnels, d'orientation des patients vers des praticiens susceptibles de les traiter, de création d'un contexte local favorable au développement de la substitution (Loriot, 1995, Lert, 1998). Ils devraient évoluer vers une offre de services pluridisciplinaires aux personnes traitées pour répondre aux exigences d'une prise en charge efficace qui doit allier un traitement de substitution adapté et une prise en charge psychosociale et médicale comme le montrent les études évaluatives des traitements de substitution. Aucune étude globale ne permet à l'heure actuelle de décrire ce système dans sa diversité et son fonctionnement concret. Les données publiées indiquent qu'ils associaient surtout des médecins généralistes et des pharmaciens, parfois des CSST⁷. Si des liens existent souvent de longue date avec des services hospitaliers pour l'infection VIH qui ont adapté leurs pratiques, il n'en est pas de même pour l'hépatite C et surtout pour la prise en charge de la souffrance psychique et de la co-morbidité psychiatrique qui reste un des points les plus critiques de la prise en charge (Bry, 1998, Lert, 1998, Perdrieau, 1998) .

La circulaire de mars 1995 a créé un dispositif de suivi des traitements de substitution au niveau départemental qui rassemble les représentants des administrations et des professionnels ainsi que des personnalités qualifiées pour suivre la mise en œuvre du dispositif au niveau local. Il assure une concertation entre les partenaires locaux et rend compte au Ministère de la Santé. La Commission consultative des traitements de substitution assume des fonctions similaires au niveau national et suit l'évolution de l'ensemble du dispositif. Elle ne constitue pas cependant une instance d'évaluation.

Ainsi le système dépend largement d'une part des pratiques professionnelles tant des médecins de ville que des centres et de leurs diverses catégories de personnel, d'autre part du système de soins et de sa capacité à proposer une prise en charge coordonnée correspondant à l'ensemble des besoins somatiques, psychologiques, psychiatriques et sociaux des usagers dépendants.

18. 3 - IMPACT DU DISPOSITIF

Le dispositif créé, grâce à une offre beaucoup plus large et les conditions très peu contraignantes, a été plus favorable à la diffusion du Subutex® qu'à celle de la méthadone.

18. 3.1 Estimation du nombre d'usagers recevant des traitements de substitution

Les données disponibles indiquent que plusieurs dizaines de milliers de personnes reçoivent chaque mois du Subutex® tandis que 6 à 7000 bénéficieraient de traitements de méthadone depuis 1994 : l'admission en traitement ne donne pas lieu, comme on l'a vu, à une déclaration permettant de recenser les personnes traitées.

⁷ Les données établies par la DGS datent de 1995, les résultats des études suivantes ne sont pas encore publiés par la DRES.

En 1997, l'enquête DREES-DGS⁸ observait dans les centres spécialisés une augmentation de 10% des recours. Parmi les 60 170 prises en charge, 54% correspondaient à des traitements de substitution dont 31% par le Subutex® et 21 % par la méthadone (OFDT,1999). En octobre 1998, parmi les 1462 sujets enquêtés par le dispositif OPPIDUM, 71 % des sujets étaient en traitement de substitution dont 40% recevaient de la méthadone et 60% du Subutex®⁹.

Pour la méthadone, la circulaire du 7 mars 1994 prévoyait que les 5000 premiers patients devaient être suivis dans le cadre d'une enquête évaluative confiée à l'INSERM (F.Facy). Pour le Subutex®, on ne dispose d'aucun système d'information sur les personnes traitées mais les chiffres de vente permettent une estimation indirecte des personnes traitées sur la base d'une dose moyenne quotidienne¹⁰.

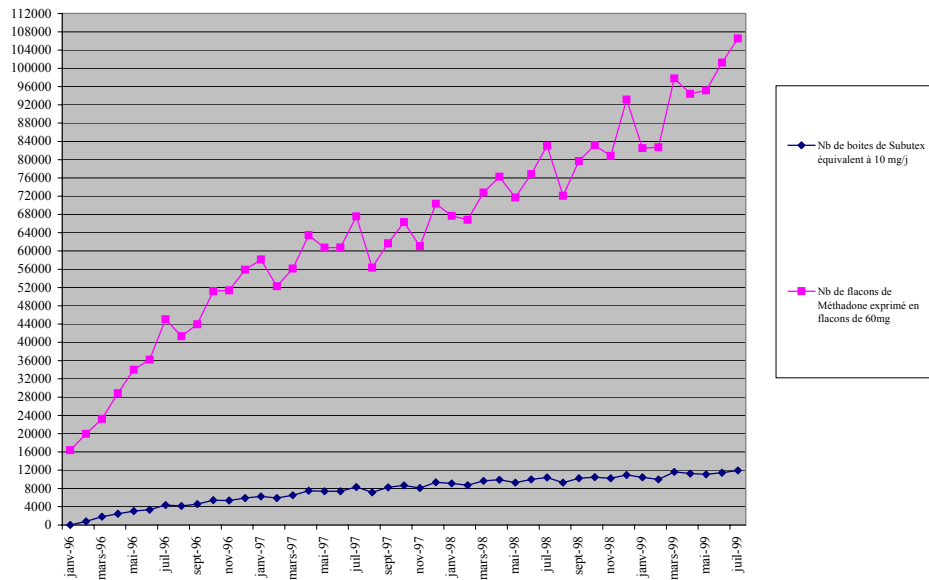
La figure ci-dessous présente les volumes de Subutex® et de méthadone achetés en officine, volumes qui correspondent pour le premier à tous les traitements et pour la seconde uniquement à ceux prescrits en médecine de ville. Depuis février 1996, le volume de Subutex® a connu une croissance soutenue tandis que celle de la méthadone a été beaucoup moins rapide et correspond à un nombre estimé de patients beaucoup plus faibles : 3 500 environ en juillet 1999, contre 64 000 pour le Subutex®. Le taux de croissance du Subutex® a été de 120% entre 1996 et 1997 et de 30% l'année suivante ; pour la méthadone ces taux sont respectivement de 64 % et de 26%. Les personnes recevant un traitement au cours d'une période d'un an sont probablement plus nombreuses que ne l'indiquent ces estimations mensuelles : ainsi par exemple, au Havre, 388 personnes ont eu au moins une prescription de Subutex® en avril, juillet ou octobre, mais chaque mois seulement 260 à 280 personnes ont consulté pour une prescription de Subutex® ainsi le nombre de personnes traitées au cours de la période est sous-estimé d'au moins 28 à 33 % par les estimations mensuelles.

⁸ L'enquête de la DRESS (qui absorbe le SESI) a été menée chaque année depuis 1982 d'abord au 4^e trimestre puis au mois de novembre, elle est devenue bi-annuelle depuis 1997. Cette enquête porte de façon détaillée sur les caractéristiques des usagers pris en charge au cours du mois dans les établissements sanitaires et sociaux enquêtés : ceux-ci comprennent outre les services spécialisés, des services sociaux et des services hospitaliers. Le critère est la consommation régulière et prolongée de produits illicites ou détournés, à l'exclusion de la dépendance alcoolique isolée. Les services spécialisés donnent aussi la fréquentation annuelle. Elle ne prend pas en compte les médecins généralistes.

⁹ L'enquête OPPIDUM réalisée annuellement pendant le mois d'octobre recueille l'information sur les profils socio-démographiques et les consommations de la dernière semaine des personnes fréquentant les services spécialisés et les établissements sanitaires; certains services à bas seuil entrent dans son champ mais pas les médecins généralistes. Cette enquête est réalisée par les 6 CEIP (Centre d'étude et d'information sur les pharmacodépendances) qui couvrent diverses régions. La représentativité de l'étude par rapport à la situation nationale est très difficile à apprécier (Thirion, Communication personnelle).

¹⁰Le système SIAMOIS (InVS) recueille chaque mois les ventes de Subutex® et de méthadone en officine : pour le Subutex® sous l'hypothèse d'une consommation quotidienne par la même personne d'une dose de 8mg, on peut ainsi évaluer le nombre de personnes-mois consommant ce médicament. L'hypothèse de la dose est basée sur l'enquête SPESUB qui donne une posologie moyenne de 7,6 à 7,8mg. Pour la méthadone, les ventes en officine correspondent aux patients suivis par les médecins de ville ; une estimation est effectuée sur la base d'une dose moyenne quotidienne de 60mg. Le dispositif d'enquête (annuelle jusqu'en 1997 puis tous les deux ans) existant en France pour les personnes prises en charge concernent les CSST et ne prend pas en compte les médecins de ville. Des patients peuvent

Evolution des ventes de Subutex® et de méthadone en officine de 1996 à juillet 1999¹¹



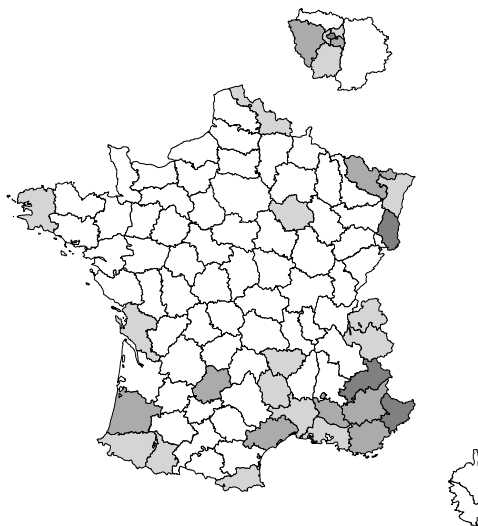
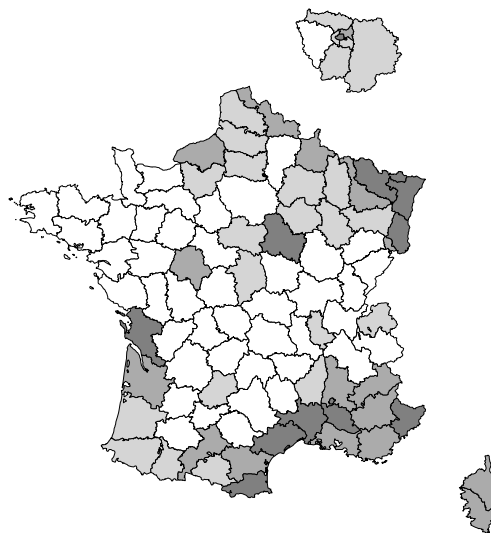
Source SIAMOIS. (Emmanuelli, à paraître)

Alors que le Subutex® peut être offert sur tout le territoire par les médecins de ville, la prescription de méthadone est dépendante de l'existence et des pratiques des CSST. Selon le bilan établi par la DGS-SP3, sur 96 départements métropolitains et 4 outre mer, 24 ne peuvent actuellement initier de traitement substitutif à la méthadone faute de centres spécialisés (11 départements) ou parce que le centre n'a pas adopté cette pratique (13 départements). En métropole, il s'agit pour la plupart de départements ruraux. De plus dans quelques départements (8 au moins en 1997), aucun relais en ville n'existait pour les patients suivis en méthadone.

recevoir du Subutex® prescrit par les médecins exerçant en CSST mais leur nombre n'est pas connu. Ainsi pour le Subutex®, les ventes en officine correspondent à des prescriptions qui peuvent être faites en CSST ou en cabinet de ville.

¹¹ Les produits étant vendues sous des dosages différents, les conditionnements vendus ont été transformés en équivalent unités de 7 comprimés de 10 mg pour le Subutex® et en unités de 60mg pour la méthadone.

Ventes de Subutex® et de méthadone au niveau départemental en 1998
Volumes rapportés à la population des 20-39 ans



Source SIAMOIS. (Emmanuelli, à paraître)

Outre cette hétérogénéité de l'offre, comme l'usage de drogue, le niveau des ventes de médicaments de substitution est variable sur le territoire comme le montrent les cartes ci-dessous. On observe des taux élevés pour le Subutex® dans les départements frontaliers du Nord, sur le pourtour méditerranéen et la Corse, Paris et la Seine-Saint-Denis, et quelques départements avec des grandes agglomérations (Gironde, Haute-Garonne, Seine-Maritime). Pour la méthadone, l'hétérogénéité géographique reflète beaucoup plus celle de l'offre de traitements par les services spécialisés. Les ventes en officine sont très faibles dans la plupart des départements, y compris dans certains pourtant très concernés par la toxicomanie.

18. 3 2. Offre par les médecins généralistes

On peut appréhender l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge par les traitements de substitution à partir des informations collectées par certaines caisses d'Assurance Maladie¹² ou dans le cadre d'enquêtes auprès d'échantillons de médecins de ville¹³.

Répartition des patients traités parmi les médecins généralistes

		Marne*	Le	Havre*	Enquête APPROPOS**		Enquête nationale EVAL**	
		1998	1998	1997	1999	1998		
Produits		Subutex®	Subutex®	Subutex®		Tout produit		
	N. médecins	non indiqué	379	200	3012	300		
généralistes prescripteurs	N	153				117		
	%	?	24%	18%	20%	39,1 dont 13,4% souvent		
Patients/médecin :								
≤ 5 patients		75,8%	84%	79%	79%			
6 à 10		11,8%	11%	9%	10%	Non documenté		
> 11 patients		12,4%	5%	12%	11%			

*données exhaustives à partir des prescriptions présentées au remboursement auprès du régime général de la Sécurité Sociale ; ** enquête menée sur des échantillons de médecin au niveau national.

Selon les études, 18% à 39% des généralistes prescrivent des traitements de substitution. Cette différence est plausible car dans l'enquête menée par EVAL sont comptés les prescripteurs occasionnels. La plupart suivent au plus 5 patients. Selon

¹²Les services médicaux des caisses d'Assurance Maladie qui remboursent les médicaments aux patients ou aux pharmaciens peuvent, grâce au codage des médicaments, repérer les individus recevant ce traitement, les prescripteurs et les pharmaciens. Les autorités sanitaires n'ont pas encouragé ce repérage pour éviter toute suspicion de fichage des usagers de drogue. Les services de contrôle médical dont c'est la fonction peuvent intervenir en cas de dérives venant soit du patient soit du prescripteur. Il semble que les services de contrôle ont eu davantage recours à l'information et à la concertation, notamment par le biais des comités départementaux de suivi qu'à des méthodes plus directives pour faire face à des recours multiples. Certains services ont abordé cette question de façon statistique et permettent de connaître le nombre de prescripteurs par patient et les doses prescrites et achetées.

¹³ L'enquête APPROPOS a été réalisée à deux reprises par la firme Schering Plough en 1997 et en 1999. L'enquête EVAL réalisée en 1992, 95 et 98 a porté la première année sur un échantillon de généralistes dans 4 régions très concernées par la toxicomanie puis en 1995 et en 1998 sur des échantillons de médecins dans toute la France. Les échantillons sont représentatifs.

l'enquête APPROPOS, en 1999, 15% des patients étaient suivis par 15 % des médecins et 46 % des patients étaient suivis par 11% des médecins prescripteurs.

Un cadre peu contraignant pour prendre en charge une population encline à la transgression amène à redouter des recours multiples et la création d'un marché parallèle des médicaments. L'accès facile à la prescription de Subutex® et sa délivrance fréquemment gratuite sont cependant des facteurs qui jouent contre ces phénomènes. Ce que montre d'ailleurs l'étude réalisée auprès des clients des programmes d'échange de seringues : parmi ceux-ci qui ne représentent pas loin s'en faut l'ensemble des usagers, proportionnellement le Subutex® est moins acheté dans la rue que la méthadone ou le Moscontin® : 33 % des consommateurs de Subutex® l'achètent tout ou partie dans la rue, c'est le cas de 40 % des consommateurs de méthadone, et de 57 % des consommateurs de sulfate de morphine (Emmanuelli, 1999). Le recours au marché parallèle pour le Subutex® peut correspondre à l'absence de couverture sociale, à des personnes non dépendantes des opiacés qui font une consommation épisodique, etc. Ces phénomènes sont observés mais leur ampleur n'est pas évaluée.

Les informations sur le nombre de prescripteurs et les doses reçues par un patient en consultant plusieurs prescripteurs établies par quelques caisses de sécurité sociale vont dans le sens d'un phénomène de « nomadisme » relativement contenu. Dans la Marne¹⁴, 75% des usagers ont eu sur une période de 3 mois un seul prescripteur et 18% deux. La fidélité étant à peu près la même vis-à-vis des pharmaciens. Au Havre, sur 388 patients ayant eu au moins une prescription au cours des trois mois considérés, seulement 260 à 280 ont eu une prescription chaque mois (Clergeat, 1999). 91% avaient vu un seul médecin au cours du mois et 95 % avaient des doses inférieures ou égales à 16 mg/jour. En Alsace, région qui a un index volume de Subutex®/population parmi les plus élevés, ces chiffres sont respectivement de 64% avaient vu un seul médecin et 26% deux pour une période de 6 mois. Les doses très élevées pouvant alimenter un trafic sont très rares (37 patients/4580 soit moins de 1%) ont acquis sur la période des doses moyennes supérieures à 30 mg/jour (Cholley, 1999).

A la différence de la méthadone et du Subutex® destinés aux seuls usagers dépendant des opiacés, le sulfate de morphine a pour indication principale le traitement de la douleur et la dépendance a été explicitement mentionnée comme ne devant pas donner lieu à un traitement substitutif à l'aide de ce produit. Il garde la faveur d'usagers souvent très désinsérés, de certains médecins, ceci plus particulièrement dans certaines régions (Languedoc Roussillon et Ile-de-France). Ces prescriptions existent mais leur volume et son évolution ne sont pas connus¹⁵. Certains professionnels demandent aux autorités sanitaires d'officialiser cette indication (voir plus loin).

18. 3.3 Description des clientèles des différents types de traitement

¹⁴ Données établies par le Dr. Renaud Parjoie, CPAM de la Marne.

¹⁵ Au premier semestre 1996, en Provence Alpes Côte d'Azur, le sulfate de morphine représentait 25 % des prescriptions d'opiacés dont 37 % à indication de traitement de substitution (Millet, 1998). On ne dispose pas de données plus récentes.

Pour la méthadone, l'enquête nationale réalisée par F. Facy permet d'avoir un tableau précis des patients à l'inclusion dans les traitements¹⁶. Au fil du temps, l'âge des patients admis dans les centres pour les traitements a baissé mais il reste plus élevé que celui des patients pris en charge dans les centres de façon générale ou fréquentant les cabinets de ville. De la même façon, le profil social des patients admis indique que si la méthadone a été réservée à des personnes ayant une toxicomanie lourde et ancienne, il a évolué pour inclure un peu plus de personnes isolées ou sans enfant, d'un niveau scolaire plus bas, moins bien insérées professionnellement. Les indicateurs portant sur les troubles psychiques, les difficultés relationnelles et les comportements à risque ont un niveau de gravité un peu plus faible pour les patients inclus à partir de 1996. Au départ en effet, la méthadone a été réservée à des toxicomanes lourds mais ayant une certaine stabilité dans leur vie quotidienne ce qui peut expliquer cette évolution des caractéristiques individuelles des patients à l'admission.

Pour le Subutex®, les informations sont plus hétérogènes et les catégorisations utilisées ne sont pas directement comparables d'une étude à l'autre. A côté de l'enquête SPESUB¹⁷ réalisée à la demande du laboratoire Schering Plough (Blin, 1998, Charpak, 1999), on dispose d'enquêtes descriptives réalisées par des réseaux ville-hôpital à leur propre initiative ou à celle de l'industriel. Ces enquêtes comportent souvent une partie longitudinale, prospective (enquête SPESUB, étude ARES92) ou rétrospective (enquête SUBTARES ou réseau Vaucluse, Bry, 1999).

Caractéristiques des patients à l'inclusion dans les études/dans les traitements

	Evaluation nationale méthadone		SPESUB	ARES 92	SUBTARES	Réseau Vaucluse
Région	Enquête nationale		Tout le territoire	Nord Ile de France	de 4 régions	Dép. du Vaucluse
Date de l'inclusion	Avant 1996	Depuis 1996	1996	1996	1997	1997
Produit étudié/cadre	Méthadone		Subutex®	Tout traitement	Subutex®	Subutex®
N. de sujets inclus	2343	2866	919	95	300	197
Age moyen	35,6	33	31 ans	32,6 ans	31 ans	30 ans
% d'hommes	71%	70%	72%	84%	68%	74%

¹⁶ Les 5000 premiers patients admis en traitement de substitution à la méthadone étaient systématiquement inclus dans une enquête prospective comportant un bilan initial et des suivis tous les 6 mois. Le questionnaire rempli par les centres sur dossier s'intéresse aux caractéristiques socio-démographiques, à l'histoire de la toxicomanie, à la psychopathologie et à certains troubles/pathologies somatiques, à la situation familiale. Tous les 6 mois, une fiche de bilan est établie concernant la nature du traitement, les bilans urinaires, les consommations, l'évolution de la psychopathologie et des problèmes somatiques, ainsi qu'un bilan de la situation sociale et familiale. Les centres semblent avoir eu des difficultés à participer à cette enquête. Ainsi les bilans ont été établis et transmis en retard à l'équipe coordinatrice. Sur les 5360 sujets inclus, seuls 3936 ont été analysés pour la phase longitudinale.

¹⁷ L'enquête SPESUB a été réalisée auprès de 101 médecins particulièrement impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue et pour la plupart affiliés à un réseau Toxicomanie. 919 patients ont été inclus d'avril à septembre 1996 dans l'étude dont une partie étaient déjà substitués au moment de l'inclusion (650), 96 avaient été traités par la méthadone et 173 bénéficiaient pour la première fois d'un traitement substitutif. Ces patients étaient les 10 premiers patients consultant successivement dans le cabinet du médecin participant. Ces sujets ont été suivis deux ans. Les autorités chargées du respect des informations individuelles (CNIL) n'ont pas pour le moment autorisé la réalisation d'une étude de mortalité dans cette cohorte. Les enquêtes SUBTARES et Réseau Vaucluse sont des enquêtes rétrospectives : SUBTARES a été réalisée en 1997 auprès de 71 médecins de 4 réseaux français (71 praticiens) situés dans des régions différentes ayant prescrit au moins 2 traitements. Ont été inclus au plus 5 patients ayant eu plus d'une prescription et non perdus de vue le premier mois. L'enquête faite par Bry en juin 1997 portait sur des patients suivis au moins 6 mois. Dans les deux cas les caractéristiques du suivi ont été reconstituées à partir des dossiers médicaux.

Education inférieure au baccalauréat	76%	80%	81%	Non documenté	55% ^a	Non documenté
Actifs	18% ^b	17% ^b	34% ^c	57% ^d	22% ^b	29% ^e
Logement stable	53% ^f	52% ^f	85%	89%	51%	75%
Séropositivité VIH	24% ^g		12,2%	22,1%	21%	14%
Séropositivité VHC	Non documenté		45,6%	50%	56%	49%

a) études arrêtées au BEPC ou au CAP ; b) activité professionnelle continue ; c) travail permanent d) travail déclaré e) travail permanent contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée ; f) logement indépendant ; g) au cours du suivi.

Les informations de l'enquête OPPIDUM montrent que parmi les consommateurs de Subutex®, 10% le consommaient en dehors de toute prise en charge spécifique. Ces sujets ont une consommation de Subutex® plus irrégulière, ce sont plus souvent des hommes, plus souvent en grande précarité, ils consomment plus de produits illicites (35% héroïne, 20% cocaïne vs 10% et 7% pour les sujets en traitement de Subutex®) et plus de benzodiazépines (45% vs 20%). Parmi les sujets recevant du Subutex® dans un cadre thérapeutique, 40% étaient suivis par des médecins généralistes. Il est en effet logique que les patients suivis en médecine de ville fréquentent les centres spécialisés pour des prestations complémentaires. Comparés à ceux qui sont suivis exclusivement en CSST, les sujets suivis à la fois en ville pour la substitution et en CSST sont plus jeunes, plus isolés, ont moins souvent une activité professionnelle, consomment plus de benzodiazépines (23% vs 18%) et d'héroïne (14% vs 9%), sont plus souvent injecteurs (31% vs 16%). Ils ne se différencient pas pour les autres consommations (Thirion, communication personnelle).

Dans la population des usagers injecteurs fréquentant les Programmes d'échange de seringues (source minoritaire d'approvisionnement en seringues en France), en mars 1998, 73% des usagers rapportaient une consommation de Subutex® au cours du mois écoulé ; parmi eux 79% l'avaient injecté au moins une fois au cours de la période et 47% chaque jour. Cependant ces usagers étaient plus jeunes, moins consommateurs de cocaïne, de crack et de benzodiazépines, moins désinsérés socialement et moins susceptibles de partager leur seringue que les autres clients des PES (Emmanuelli, 1999).

Les données disponibles ne permettent pas actuellement d'avoir une vision globale de la typologie des clientèles (ancienneté de l'usage, caractéristiques sociales, psychopathologie, problèmes somatiques, comportements à risque) des différents types de structure et des différents produits.

18. 3.4 L'effet des traitements au niveau individuel

Concernant le suivi des patients sous méthadone, les difficultés de collecte des informations des bilans successifs rend difficile l'interprétation des résultats d'une part sur la rétention en traitement d'autre part sur l'évolution de la consommation de substances psychoactives et de la situation sociale des usagers admis. En mars 1998, 57 % des patients sont en traitement depuis moins d'un an et 17% depuis plus de deux ans ; la dose moyenne prescrite était de 61mg, les patients venant au centre

en moyenne 2 fois par semaine avec 3 contrôles urinaires par mois en moyenne. Un peu plus de 4 patients sur 10 (43%) avaient chaque mois des entretiens psychothérapeutiques (3 par mois) et 44% bénéficiaient d'un suivi social. Les traitements psychotropes étaient souvent prescrits : 28% recevaient des antidépresseurs, 18% des neuroleptiques et 44 % d'autres psychotropes (Facy, 1999).

Pour les patients traités par le Subutex®, l'enquête SPESUB (prospective) apporte les informations les plus fiables sur la rétention en traitement et l'évolution des situations individuelles en fonction de quelques critères. Une petite étude a été réalisée au sein d'un réseau d'Ile de France (ARES92) de façon prospective. Les autres études sont rétrospectives et leurs résultats plus difficiles à interpréter.

Dans l'étude SPESUB, un an après l'inclusion dans l'étude, 69% des usagers étaient toujours suivis par le même médecin, 55% au bout de deux ans. Si on ajoute à ces sujets ceux qui étaient suivis ailleurs pour un traitement de substitution ou une autre prise en charge, ces taux étaient respectivement de 77% et 68%. Ce taux de rétention ne tient pas compte d'éventuelles interruptions de la prise en charge et ne correspond qu'au seul critère objectif de consultation du médecin, quelle que soit la régularité du suivi. Concernant la consommation de drogues : la consommation d'héroïne a baissé de 46% à l'inclusion à 14% à un an et 11% à deux ans de suivi. Pour la cocaïne, ces chiffres sont respectivement de 18%, 5 % et 11%. Le pourcentage de sujets ayant un logement précaire, faible au départ, diminue au cours du suivi (10%, 5%, 4%). Le pourcentage de personnes sans activité professionnelle baisse de 43% à 35% puis 32%.

Dans l'enquête du réseau ARES92 qui inclut des patients bénéficiant des divers types de traitement de substitution, 73% des patients étaient encore suivis à 6 mois et 63% à un an par le même médecin. En ce qui concerne la situation professionnelle et les conditions de logement ont peu évolué en un an. La consommation régulière d'héroïne a baissé de 28% à 7% avec une légère augmentation de la consommation occasionnelle qui passe de 18% à 26%. La consommation d'alcool déclarée tend à une légère baisse. La consommation régulière de cocaïne a disparu et la consommation occasionnelle est stable.

Les données de l'enquête du réseau Vaucluse pour des patients en suivi depuis 14 mois en moyenne indiquent une amélioration notable de la situation professionnelle, une disparition de la consommation d'héroïne chez 86% des patients, chez 83% d'entre eux de l'injection. 65 % des sujets suivis ont des prescriptions de psychotropes.

Une enquête a été réalisée en juillet 1998 par les volontaires de l'association AIDES (taux de réponse 50%)¹⁸ et concernent des personnes suivies dans des cadres divers et recevant du Subutex® (69%), de la méthadone (24%) ou le sulfate de morphine (8%). La moitié des 495 répondants étaient en traitement depuis plus de 2 ans. Pour un sujet sur deux, il s'agit d'un deuxième traitement de substitution. Compte tenu de son mode de recrutement, cette population est marquée par

¹⁸On ne dispose pas d'informations sur la représentativité géographique des répondants. AIDES et ses partenaires associatifs, Médecins du Monde et ASUD sont surtout présents au coeur de quelques grandes villes.

l'infection VIH (37%) ou des pathologies somatiques (70% ont des problèmes de santé), un logement précaire (30%), isolées (41% vivent seules). Les opinions favorables sont majoritaires pour ce qui concerne la posologie (65%), les relations avec le médecin prescripteur (70%), les relations avec les autres (50%). Cependant seulement 36% ont vu leur situation sociale s'améliorer. Les personnes insatisfaites de leur posologie sont plus susceptibles de changer de médecin et de pharmacie. La moitié (51%) préféreraient une substitution injectable.

La comparaison entre les personnes suivies en ville et celles suivies en centre de soins est favorable à ces derniers qui semblent à même d'offrir plus d'aide pour les problèmes de santé (88% vs 70%), permettre des rapports plus faciles avec le médecin (43% vs 35%) et générer plus de satisfaction (51% vs 35% pour la santé, 82% vs 71% pour la relation avec le médecin, 85% vs 64% pour la posologie).

Toutes ces informations recueillies à des époques différentes, avec des méthodologies et des outils difficilement comparables, le plus souvent un recueil de données réalisé de façon non indépendante par le prescripteur lui-même (à l'exception de l'enquête de AIDES), un traitement statistique essentiellement descriptif des données sont difficiles à utiliser pour une appréciation de l'efficacité des traitements. On peut globalement avancer que les usagers ont des contacts réguliers avec les centres ou les médecins pour des périodes relativement longues, que leur usage de substances se transforme au cours du suivi dans le sens d'un moindre recours aux drogues illicites ; par contre leur situation sociale évolue de façon différente selon les enquêtes, avec une certaine amélioration en termes d'emploi. Cependant on doit tenir compte du fait que l'évolution de la situation sociale dépend sans doute des propres efforts de la personne traitée, du soutien social apporté par les professionnels mais aussi d'un contexte plus général qui n'est pas actuellement particulièrement favorable à l'intégration de personnes peu qualifiées et stigmatisées. Les autres aspects notamment la psychopathologie sont difficiles à apprécier. L'impossibilité de comparer les études ne permet pas d'identifier les facteurs institutionnels, thérapeutiques ou individuels associés à la qualité des prises en charge.

18. 3.5 La question controversée de l'injection du Subutex®

L'ampleur du phénomène d'injection du Subutex® était inattendue. Il s'agit d'une pratique fréquente : l'enquête SPESUB repère à un an 13% d'injecteurs parmi les patients traités par le Subutex®, Bry évalue leur pourcentage à 12% après 6 mois de traitement, 31% dans l'étude SUBTARES ; 47% des clients de PES s'injectent le produit chaque jour. L'injection correspond ici à l'intégration du Subutex® aux drogues de rue mais on observe aussi cette pratique chez des personnes régulièrement suivies. L'enquête dans les PES et les résultats de la cohorte MANIF2000¹⁹ indiquent un léger effet protecteur du traitement de substitution par rapport aux risques de partage de seringue et de matériel (Reynaud-Maurupt, à paraître).

¹⁹MANIF2000 est une cohorte de personnes contaminées par le VIH à la suite de partage du matériel d'injection. Cette étude menée par l'ORS Provence Alpes Côte d'Azur et l'INSERM U379 étudie l'évolution de l'infection VIH en relation avec l'évolution de la consommation de drogue : observance des traitements antiviraux, pratiques de consommation et risques de transmission des infections virales, évolution de la situation sociale etc.

Ce phénomène doit donc être plus précisément documenté tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif. Des recherches sont en cours à ce sujet.

18. 3.6 L'impact des traitements sur les indicateurs au niveau collectif

La diffusion des traitements de substitution est concomitante d'une baisse des overdoses mortelles et des interpellations pour trafic et usage d'héroïne tandis que celles concernant la cocaïne et le crack augmentent.

18. 3.6.1 Evolutions contrastées des interpellations

Les interpellations pour usage et usage-revente ont amorcé une baisse en 1996 qui s'est poursuivie au cours des années suivantes (la baisse observée entre 1995 et 1998 est de 57%), pour le trafic la baisse est de 59% mais ne s'est amorcée qu'en 1997. Pour la cocaïne et le crack on note une évolution inverse (+131% pour usage et usage-revente, avec une accélération la dernière année et +116% pour le trafic) (Ministère de l'Intérieur, 1999). La diminution de la place de l'héroïne correspond à des observations faites sur le terrain dans certaines populations²⁰.

Ces informations indiquent une transformation du marché des produits illicites. Il est probable qu'il existe bien une baisse de la demande d'héroïne en relation avec la diffusion des traitements de substitution tandis que l'augmentation de la cocaïne peut correspondre à un double phénomène d'augmentation de la demande par des personnes suivies en traitement de substitution et de transformation de l'offre au niveau international.

Les pratiques des services policiers et judiciaires vis-à-vis du trafic de médicaments ne peuvent être décrites faute de données.

18. 3.6.2 La mortalité

L'impact du développement des traitements de substitution sur la mortalité des usagers dépendant des opiacés ne peut être appréhendé faute d'étude de cohorte. On dispose des seules informations sur les overdoses mortelles rapportées par les services de police judiciaire. Celles-ci ont connu une baisse importante : de 564 en 1994, 465 en 1995, les overdoses ont baissé à 143 en 1998 soit une baisse amorcée avant la diffusion des produits de substitution ; 70 % entre 1995 et 1998 pour l'ensemble des décès, 76 % pour ceux attribués à l'usage d'héroïne. Avec des fluctuations, les décès attribués à la consommation de médicaments sont stables (Ministère de l'Intérieur, 1999).

La publication en 1998 (Tracqui, 1998) de 20 cas d'overdoses mortelles liés à la consommation de Subutex® a attiré l'attention sur les potentiels risques graves de ce produit facilement accessible. Parallèlement, 42 observations de décès associant

²⁰ Dans l'étude réalisée auprès de la clientèle des PES par exemple, on observe la domination très nette de la polytoxicomanie (16% des individus ne consomment qu'un seul produit), seulement 6% des usagers consomment exclusivement des produits illicites, la moitié seulement ont consommé de l'héroïne dans le dernier mois presque autant de la cocaïne : l'injection quotidienne de cocaïne ou de crack concerne 34% des consommateurs de ces substances et 50% des usagers d'héroïne (Emmanuelli, 1999)

la consommation de Subutex® ont été rapportés de février 1996 à janvier 1999 dans le système national de pharmacovigilance²¹. On ne dispose pas d'informations détaillées sur les caractéristiques des personnes décédées, leurs antécédents, leur situation par rapport aux soins à l'époque de la mort ce qui ne permet pas d'interpréter la portée de ces observations, en particulier par rapport au système relativement libéral de distribution. Compte tenu de la diffusion des traitements de substitution en France (plusieurs dizaines de milliers de personnes traitées), il est probable que les données disponibles sous-estiment les décès des toxicomanes dépendant des opiacés. Un système d'information collectant une information détaillée sur les décès liés à l'abus de substances psychoactives (DRAMÉS) est en cours de validation sous la responsabilité du CEIP de Marseille.

18. 3.6.3 Dynamique des infections à VIH et VHC

La prévalence de l'infection VIH parmi les usagers de drogue varie fortement selon les régions. Elle se situe dans une fourchette de 11% à 20% dans les études les plus récentes (OFDT, 1999), et se situe à un rang intermédiaire entre les taux faibles de l'Europe du Nord et ceux très élevés des pays de l'Europe du Sud. On ne dispose pas en France de véritables études d'incidence ou d'estimation par modélisation. Les nouveaux cas diagnostiqués d'infection VIH chez les usagers de drogue continuent à baisser mais plus lentement que dans les années 80 ou au début des années 90²².

La prise de conscience de l'ampleur de l'infection à VHC est récente mais les attitudes et les pratiques des professionnels ont beaucoup évolué au cours des dernières années. Le dépistage est désormais fréquent (86% de testés dans l'enquête PES en 1998) et la conscience du risque s'accroît chez les usagers. Dans l'enquête PES, la prévalence du VHC est de 25% parmi les usagers ayant recours à l'injection depuis 2 ans ou moins, ce qui se situe à un niveau très inférieur à celui rapporté dans des études étrangères pour les premières années d'injection (Garfein, 1998, Alter, 1998).

Cependant, on ne peut pas apprécier l'effet propre sur la dynamique épidémiologique de ces infections virales, de la diffusion des traitements de substitution au sein des mesures générales de réduction des risques.

18. 4 EXTENSION DES MODALITES DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Le milieu professionnel et associatif de la réduction des risques appelle à une extension de la « palette » des traitements de substitution disponible, avec notamment la mise en place de traitements de produits injectables.

18. 4.1 Diversification des traitements de substitution

²¹ Information communiquée par la Direction de l'Evaluation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en août 1999.

²² Les seules données disponibles sur les nouveaux dépistages d'infection VIH émanent du réseau des ORS et portent sur la période 1989-1997 (ANRS, à paraître).

L'histoire particulière du développement des traitements de substitution a, en quelque sorte, conduit à étendre en dernier le recours à la méthadone à l'inverse des autres pays qui ont pris comme traitement de référence la méthadone. Beaucoup de professionnels ont fait les premières expériences de traitement de substitution avec le sulfate de morphine et la buprénorphine et très peu ont une pratique de la prescription de méthadone qui reste entachée en France pour certains de l'image d'un traitement de masse, pour d'autres d'un traitement réservé à des toxicomanies très lourdes. De plus, la substitution est envisagée par certains leaders de la profession plus comme une technique de bas seuil que comme un véritable traitement comportant une prise en charge pluridisciplinaire.

L'appel à une diversification des traitements de substitution repose sur l'idée de satisfaire la recherche d'effets euphorisants par les usagers et sur l'hypothèse qu'il serait possible par des essais cliniques de mieux définir les indications de différents produits. La demande comporte trois directions :

- un assouplissement du cadre réglementaire de la prescription de sulfate de morphine, produit qui a, en raison de ses effets, la faveur de nombreux usagers qui l'ont expérimenté ;
- la mise sur le marché de formes galéniques injectables ;
- la mise en route d'expériences de traitement par l'héroïne.

Sur ce dernier point, des initiatives ont été prises par Bernard Kouchner lorsqu'il était Secrétaire d'Etat à la Santé pour favoriser une expérience en France de traitement par l'héroïne. Un projet est en cours d'évaluation dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ; les résultats de l'évaluation scientifique seront connus à l'automne sans qu'on puisse préjuger encore de l'attitude des autorités quant à la réalisation d'une telle expérience en France.

Le plan triennal adopté en juin 1999 prévoit cette diversification et la réalisation d'essais cliniques portant sur des produits codéinés et des produits injectables (p71). La mise en place de traitement par le LAAM est aussi à l'étude.

La mise sur le marché d'un produit associant buprénorphine et naloxone, un moment envisagée face à l'observation des pratiques d'injection du Subutex®, a soulevé une vive réaction des associations de réduction des risques. Ce projet semble abandonné pour le moment en France mais une demande d'AMM européenne a été déposée par la compagnie pharmaceutique.

18. 4.2 Services à bas seuil

Le cadre de prescription français est peu contraignant quant aux exigences vis-à-vis du prescripteur et vis-à-vis du patient pour ce qui est de la consommation parallèle de produits illicites ou non prescrits ou de la régularité du suivi de la prise en charge. Ce cadre peut être mis en oeuvre d'une façon très souple qui se rapproche de ce qu'il est convenu d'appeler « à faible seuil d'exigences » ou d'une façon très rigoureuse accompagné d'une sorte de contrat avec l'utilisateur sur les procédures d'admission, la posologie, la délivrance, l'administration contrôlée, le suivi, la surveillance de consommations parallèles, la régularité, les examens et traitements complémentaires etc. La façon dont se distribuent les pratiques n'est pas connue.

Cependant les possibilités de contrôle par les médecins généralistes étant assez faibles, il est probable que certains traitements sont « de fait » ou involontairement à bas seuil.

Médecins du Monde, pionnier en France du dépistage anonyme du VIH (1986), de l'échange de seringues (1989), de la méthadone (1994), a ouvert à Paris en janvier 1998 un programme à bas seuil dont l'objectif est de faciliter l'accès à une population vulnérable et précaire (Avril, 1999)²³. Ce dispositif itinérant stationne chaque jour une heure dans 3 arrondissements de la capitale, les élus locaux refusant encore la présence du service sur le quatrième site. Ce programme fonctionne avec 16 personnes (13,25 ETP). la dose maximum est de 40 mg consommée sur place. En un an, 381 personnes ont demandé leur admission, 341 ont été admises ; parmi celles-ci 48 (14%) ont été orientées en médecine de ville et 66 (19%) en CSST, 94 sujets (28%) ont cessé de venir pendant une période d'au moins deux mois mais 10 (3%) ont repris. Deux décès (dont une personne admise mais peu utilisatrice du bus et une ayant abandonné le service) sont connus de l'équipe. En fin d'année la file active du bus méthadone était de 133 personnes dont la moitié venaient au moins 4 fois par semaine. Il s'agit d'une population très précaire (seulement 30 % ont un logement personnel ou familial), ayant peu de contact avec le système de soins (42 % n'avaient jamais eu de recours) et une couverture sociale ineffective (33%) ;, une proportion élevée d'étrangers dont une moitié en situation irrégulière. Cette population se distingue de la clientèle déjà particulière des programmes d'échange de seringues de l'Île-de-France²⁴ par une situation plus dégradée du point de vue du logement, de l'accès aux soins, et des consommations de produit (plus d'héroïne, plus de sulfate de morphine, moins de Subutex®, une consommation similaire de crack et de cocaïne)²⁵. Le programme semble ainsi atteindre ses objectifs de contact avec une population d'utilisateurs très vulnérables dont une partie peut bénéficier d'un soutien social et d'une poursuite de la prise en charge par les services classiques (33% des patients entrés en 1998).

L'extension de ce programme à Marseille est à l'étude pour une ouverture à l'automne 1999.

18. 5 ATTITUDES VIS-A-VIS DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

18. 5.1 Attitudes des décideurs politiques

L'ensemble des questions relatives à la réglementation et à la prise en charge des substances psychoactives reste en France un sujet de controverse dans la sphère politique. La question des traitements de substitution n'est qu'un des aspects de ces débats qui portent plutôt sur la politique en matière d'alcool, la publicité pour le tabac et l'alcool, la pénalisation de l'usage des drogues, l'évolution législative etc. Si les traitements de substitution ne constituent pas un thème particulièrement polémique,

²³Une évaluation complète est en cours sous la responsabilité de F.Facy (INSERM) et de R.Ingold (IREP). Actuellement seules sont disponibles les données du rapport d'activité.

²⁴On peut comparer certains items à ceux recueillis en avril 1998 lors de l'enquête IVS-INSERMU88 dans les PES (Emmanueli, 1999). Une analyse particulière a été faite pour certains critères pour les usagers de l'Île de France.

²⁵Les autres critères ne peuvent être comparés compte tenu des différences de l'information recueillie.

leur fonction comme d'ailleurs l'ensemble de la stratégie de réduction des risques reste en général mal comprise au-delà du cercle des professionnels, soignants ou responsables administratifs, et des militants associatifs. Ceci se traduit notamment par des difficultés lors de l'implantation de services tels les centres d'accueil de jour²⁶ ou le stationnement du bus méthadone de Médecins du Monde à Paris qui sont alors l'objet de conflits entre promoteurs des projets, administrations, élus et associations d'habitants.

Jusqu'à présent la stratégie de réduction des risques a été avancée par les ministres de la Santé successifs, cependant son affirmation au sein d'une politique publique de la drogue reste encore timide.

18. 5.2 Attitudes des professionnels

Les médecins généralistes sont le seul groupe professionnel impliqué dans la prise en charge des usagers de drogue dont les attitudes ont été étudiées et peuvent être objectivées par les prescriptions. Les réticences des professionnels exerçant dans les centres de soins ont été abordées dans des études qualitatives (Lert, 1998) mais n'ont pas fait l'objet d'études particulières.

Jusqu'à l'arrivée des traitements de substitution, les médecins cherchaient à éviter le plus possible les usagers d'héroïne (Boullenger, 1994, Lorient, 1995, Lert, 1998). Aujourd'hui, une partie des médecins (20 à 30%) seulement prescrivent des traitements de substitution et parmi eux une petite proportion suivent en tout la moitié des sujets suivis. C'est ainsi 2 à 4 % des médecins généralistes qui supportent la moitié de cette file active. Cette situation correspond bien aux attitudes rapportées par les généralistes en 1996 (avant la mise sur le marché des traitements de substitution) : dans l'enquête nationale réalisée par Moatti auprès d'un échantillon représentatif des généralistes²⁷, 24% prenaient en charge des usagers de drogue dont moins d'un tiers étaient prêts à prescrire de la buprénorphine contre 7,5 % des médecins qui ne prenaient en charge aucun toxicomane (Moatti, 1998). L'enquête menée par EVAL (1998) en 1998, parmi les médecins qui disent voir des 'toxicomanes' (61%), 21 % déclarent qu'ils acceptent toujours de suivre le patient, et 27 % le plus souvent, soit moins de la moitié. Ils sont 74 % à accepter souvent de prescrire des médicaments, proportion en nette augmentation par rapport à 1995 (31%).

18. 5.3. Attitudes de la population

Au fil des années, en population générale, la représentation du toxicomane comme malade a progressé de 13 points de 1992 à 1995/6 pour atteindre 86 %, tandis que

²⁶ L'installation d'un centre d'accueil à bas seuil dans le 10^e arrondissement de Paris. L'opposition d'une association d'habitants a fait reculer les élus et les administrations pourtant favorables au projet. Le centre sera déplacé dans un no man's land près de la Gare du Nord.

²⁷ En avril 1996, un échantillon représentatif des généralistes a été sollicité de répondre à une enquête par téléphone après un courrier explicatif. Le taux de réponse a été de 70%. L'enquête portait sur les attitudes à l'égard de l'infection VIH et de la toxicomanie. Elle cherchait à identifier les obstacles à la prise en charge des patients séropositifs ou usagers de drogue en terme d'attitudes, d'expérience ou de conditions d'exercice.

la vision du toxicomane comme responsable de ce qui lui arrive (45%) ou dangereux (54%) s'atténue. La presque totalité des répondants (95%) pensent qu'ils doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux (+3% par rapport à 1992). (CFES,1997). Dans des sondages d'opinion, le recours aux traitements de substitution est jugé efficace par 70% des Français en 1996 et 1997 et 39 % sont favorables à des programmes de distribution contrôlée d'héroïne (OFDT,1999). Ainsi la substitution qui s'inscrit dans un processus de médicalisation de la dépendance rencontre une bonne adhésion de la population.

18. 6 ACCES DE POPULATIONS PARTICULIERES AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

18. 6.1 Les personnes incarcérées

18. 6.1.1 Les textes

Dans le cadre du développement de la stratégie de réduction des risques en milieu carcéral, les autorités sanitaires encouragent la prise en charge des personnes incarcérées par les traitements de substitution dans le cadre du service médical. Celui-ci comporte 149 UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires), 26 services psychiatriques (SMPR) dont 16 ont un centres de soins spécialisés (ex-antennes toxicomanie). De plus certains CSST extérieurs interviennent en milieu carcéral. Depuis la loi du 18 janvier 1994, les services médicaux sont rattachés à l'hôpital général ou psychiatrique avec lequel l'administration pénitentiaire passe convention et ne dépendent donc plus de celle-ci. Dans les établissements pénitentiaires gérés par des structures privées (21), il appartient à celles-ci d'assurer le service médical en accord avec les principes et les orientations définis par les autorités sanitaires. Le principe de la poursuite des traitements en prison, affirmé par la circulaire du 11 janvier 1995 a été précisé par la circulaire du 5 décembre 1996 qui indique que les traitements de substitution peuvent être poursuivis ou initiés en prison, tant pour ce qui est de la méthadone que du Subutex®. Cependant, comme en milieu libre la primoprescription de méthadone doit être réalisée par un CSST interne ou externe. La délivrance des médicaments doit être effectuée par le personnel médical. Pour favoriser l'intégration des services de santé pénitentiaires au système de soins, un médecin exerçant en prison doit faire partie du comité départemental de suivi. Les médecins des services médicaux internes à la prison sont invités à prendre contact avec le médecin traitant et à organiser la poursuite du traitement après la levée d'écrou. De même plus récemment (circulaire du 5 novembre 1998), les centres de soins spécialisés ont été invités à renforcer la prise en charge des personnes toxicomanes en milieu carcéral.

18. 6.1.2 Les informations disponibles sur l'effectivité de cette politique

Une enquête a été réalisée en mars 1998 auprès des 168 médecins responsables des différents types de services médicaux en milieu carcéral pour connaître le nombre de toxicomanes traités par la méthadone ou le Subutex®, les traitements

initiés en prison et les problèmes rencontrés par les équipes médicales dans la mise en oeuvre de ces traitements (Tortay et Morfini, 1999).

Personnes en traitement de substitution en prison du 2 au 6 mars 1998

	Subutex®	méthadone	Total
N. services ayant participé	160	105	?
N. personnes incarcérées dans les unités correspondant aux services	52937	51001	?
Personnes traitées	N 879	157	1056
	% 1,7 %	0,3 %	2
dont traitement initiés en prison	17 %	19%	18%

Mille personnes environ (soit 2 % environ de la population carcérale) recevaient un traitement de substitution dans les prisons françaises en mars 1998, dont un peu moins d'une sur cinq avaient commencé ce traitement en prison. Rappelons qu'au 1^{er} janvier 1998, 10547 personnes étaient incarcérées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (OFDT, sous presse).

Concernant la situation des personnes entrées en prison en janvier et février 1998, 122 services ont fourni des informations pour le Subutex® et 105 pour la méthadone. 683 personnes ont déclaré un traitement de substitution à leur incarcération, soit 4,5 % des entrants (597 par le Subutex® et 83 par la méthadone) ; 22 % des traitements de Subutex® ont été interrompus et 13 % des traitements de méthadone.

Ces chiffres nationaux recouvrent des différences importantes entre les établissements qui tiennent à leur fonction (maison d'arrêt ou centre de détention pour peine), à leur implantation géographique et surtout aux attitudes et aux pratiques professionnelles des équipes médicales dont beaucoup sont encore réticentes à cette stratégie thérapeutique (Heysch de la Borde, 1999, de Goer de Hervé, 1998). Dans la plus grande maison d'arrêt de l'île de France, 30% des entrants déclaraient en mai 1997 avoir utilisé régulièrement une drogue au cours des 12 mois précédant leur incarcération (16% l'héroïne, 10% la cocaïne ou le crack, 14 % se disaient polytoxicomanes, 6,7 % déclaraient une administration intraveineuse). Parmi les entrants, 8,5 %, soit un peu moins du tiers des personnes rapportant l'usage de drogue se déclaraient en traitement (Obrecht, 1999). Ce centre, le plus grand de France, assure à lui seul 28 % des traitements de substitution en cours en milieu carcéral au premier trimestre 1998 en France tandis que certains services (44 soit plus d'un quart) n'ont aucun patient sous traitement de substitution (Tortay, 1999).

Les conditions dans lesquelles les besoins des patients sont évalués pour décider de poursuivre un traitement de substitution apparaissent hétérogènes : les informations manquent sur l'évaluation clinique, le délai de mise en route du traitement, les modalités de la vérification des déclarations auprès du médecin traitant, la prise en compte du point de vue du patient etc.

Les principales réserves du personnel soignant exerçant en milieu pénitentiaire portent sur les pratiques de détournement, plus importantes compte tenu des galéniques respectives pour le Subutex® (comprimés) que pour la méthadone (sirop dont l'administration est supervisée). La pratique de la « fiole », distribution de produits broyés et dilués a fortement régressé, la distribution de comprimés broyés jugée infantilissante est minoritaire, la distribution reste souvent quotidienne et l'administration supervisée. Cette supervision n'est cependant pas très efficace pour des comprimés à absorption sub-linguale. A l'inverse certaines équipes s'efforcent de rapprocher leurs pratiques de celles du milieu libre et distribue le Subutex® deux fois par semaine après une semaine de délivrance quotidienne. Les craintes portent aussi sur l'inhalation des comprimés broyés. Plus généralement c'est le principe même des traitements de substitution et leur indication en milieu carcéral qui posent problème aux équipes. Enfin, la distribution par le personnel soignant peut représenter une charge de travail importante.

Beaucoup reste donc à faire comme pour les autres volets de la prise en charge médicale en milieu carcéral pour améliorer la qualité et la continuité des soins d'une part, l'accès à l'eau de Javel et aux préservatifs d'autre part. Il n'y a pas actuellement de projet de distribution de seringues en prison malgré la reconnaissance de la pratique d'injection en prison.

18. 6.2 Les femmes enceintes

Le traitement par le Subutex® n'est pas recommandé pendant la grossesse mais il semble cependant utilisé. Les interrogations portent sur le délai d'apparition et le syndrome de sevrage du nouveau-né. La grossesse a été explicitement mentionnée comme indication du sulfate de morphine. La répartition des femmes enceintes entre les différents types de traitement substitutif n'est pas connue. Une étude multicentrique sur le suivi de la grossesse et les premiers mois de l'enfant est en cours d'évaluation scientifique au sein du PHRC.

18. 7. LES PROGRAMMES DE RECHERCHE

En 1999, les traitements de substitution ont constitué un des thèmes prioritaires des appels d'offre publics de recherche : Dans le programme pluridisciplinaire lancé par la MILDT en association avec l'INSERM et le CNRS, parmi les 23 projets soutenus, 5 portent sur les traitements de substitution dont un en neurobiologie. Les résultats de l'appel d'offre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) ne sont pas connus à la date de rédaction de ce rapport.

18. 8 CONCLUSION

Les traitements de substitution ont été introduits tardivement en France et s'y sont développés ensuite très rapidement. Le système français apparaît original avec un niveau de contrôle assez faible, la buprénorphine qui est devenu de fait le médicament de référence, la médecine générale comme cadre principal de la prescription. Bien qu'hétérogènes les données disponibles convergent vers un impact positif pour les usagers traités : rétention élevée en traitement, baisse de la consommation de substances illicites, réduction des décès par overdoses, stabilisation de la situation sociale, accès aux soins, opinion favorable majoritaire

chez les usagers. Si la majorité des médecins restent réticents à prendre en charge la dépendance aux opiacés, le nombre de médecins prescrivant des traitements de substitution s'est accru mais une partie importante des usagers sont pris en charge par une petite fraction du corps médical.

La souplesse du cadre de prescription du Subutex® peut nourrir un phénomène de trafic et d'intégration du produit aux drogues de rue mais les données disponibles indiquent que celui-ci est probablement limité. Une partie du recours au marché de rue pour l'acquisition des produits de substitution peut tenir à l'insuffisant développement des programmes à bas seuil d'exigence. Le maintien à un niveau élevé de l'injection des comprimés de Subutex® peut tenir des facteurs individuels ou culturels mais aussi à la qualité des prises en charge et aux propriétés de la buprénorphine.

Malgré les textes réglementaires, la prise en charge en milieu carcéral apparaît encore insuffisante.

Les interrogations principales portent sur la qualité des prises en charge proposées, notamment l'offre de soins globale nécessaire à des personnes présentant des problèmes graves et complexes. Les questions les plus critiques portent sur la prise en charge de la souffrance psychique et de la psychopathologie et l'insertion sociale.

Enfin, il n'est pas possible d'apprécier si la répartition entre les deux traitements disponibles, méthadone et Subutex, optimise les résultats des prises en charge. Sans qu'un changement réglementaire ait été introduit, l'accès des traitements de substitution en médecine de ville affecte l'offre de soins spécialisés et brouille les fonctions du secteur spécialisé profondément ébranlé au cours des 15 dernières années par l'épidémie de Sida puis par l'adoption de stratégies fondées sur le paradigme de réduction des risques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIDES Fédération Nationale. (1999) Impact d'un traitement de substitution dans la vie des usagers de drogue reçus dans le réseau AIDES. Rapport 44 p.

Alter, MJ, and Moyer, LA. (1998) The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18, Suppl.1, S6-S10.

ANRS (à paraître) Synthèse des principales données quantitatives pour l'évaluation de la prévention de l'infection VIH en France (1994-1998) ANRS, Collec. Sciences Sociales et Sida à paraître.

Avril, E. (1999) Bus méthadone bas-seuil de Paris. Rapport d'activité 1998. Rapport Médecins du Monde juin 1999.

Baudier, F., Arènes, J., Kouchner, B. (1997) Baromètre santé 95/96 adultes. Edit. CFES, coll. Baromètre 288 p.

Blin, P., Nouveau-Duburcq, A., Charpak, Y. and Martin, M. (1998) One year follow-up of heroin users treated by high dosage buprenorphine : The French experience. Eval June 1998 - European Harm Reduction Conference - Utrecht.

Boullanger, N. (1994) Une expérience d'ethnographie d'intervention in Ogien, A., Mignon, P. (Ed) La demande sociale de drogues. DGLDT - Documentation Française, Paris, 145-150.

Bry, D. (1998) Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution. *La Revue du praticien Médecine Générale* 12, 39-42.

Carpentier, J. (1994) *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*. Marketing edn. Poitiers: Ellipses.

Charpak, Y., Blin, P., Nouveau, A., Martin, P.P. (1999) Two years follow-up of 947 patients maintained with high dosage of buprenorphine. 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Geneva, 21-25 march 1999.

Cholley, D., Weill, G. (1999) Traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. *Le Concours Médical* 121 (20) 1552-1555.

Clergeat, F. (1999) A propos de la prescription et de la délivrance de Subutex dans l'arrondissement du Havre. *Le Stéthoscope Havrais* 42, 25-27.

Coppel, A. (1996) Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. In *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Centre d'études transdisciplinaire. Vivre avec les drogues. Editions Seuil Coll. Communications N° 62, 75-108.*

De Goer De Hervé, B. (1998) La substitution aux opiacés et la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral. A propos d'une enquête un jour donné dans les prisons dépendant de la direction régionale de Lyon. Mémoire pour l'obtention de la capacité de médecine pénitentiaire. Université Claude Bernard-Lyon I - juin 1998.

Emmanuelli, J., Lert, F. and Valenciano, M. (1999) Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. juillet 1999, pp.1-85. INSERM U88 -InVS: pour l'OFDT.

Emmanuelli, J. (à paraître) Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. Le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution. Rapport InVs (à paraître).

EVAL, (1998) Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98. OFDT - rapport novembre 1998.

Facy, F., Parquet, P.J. (1999) Toxicomanes et prescription de méthadone. *EDK* 127 p.

Garfein, R.S., Doherty, M.C., Monterroso, E.R., Thomas, D.L., Nelson, K.E., Vlahov, D. (1998) Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, vol. 18, Suppl.1, S11-S19.

Heysh de la Borde, J., Plantavid, M. (1999) Les traitements de substitution dans les maisons d'arrêt de la région Midi-Pyrénées : Pratiques médicales, vécu des équipes soignantes, des personnels de surveillance, de patients eux-mêmes. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Journées sur l'accès aux traitements de Substitution en milieu carcéral du mardi 11 mai 1999. Résumés des interventions.

INSERM (1998) Evaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogue. Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche. juin 1998, Saint-Maurice: INSERM U88.

Lert, F., Lert, H. (1998) La stratégie de réduction des risques en actes. Une étude de cas en Ile de France. Juillet 1998, Saint-Maurice. Rapport INSERM U88.

Loriot, D. (1995) « Il soigne, il ordonne.... il est honoré. » Essai pour l'évaluation d'un réseau de médecins généralistes autour de la prise en charge des patients toxicomanes. Institut d'Etudes Politiques de Paris. Mémoire présenté sous la direction de Urfalino, P. Novembre 1995.

Millet, P., Monnier, B., Affaton, M.F., Campocasso, J., Arditti, J., Jouglard, J. (1998) Etude des prescriptions de Stupéfiants et spécialité à base de buprénorphine en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Thérapie* ; 53 : 107-112.

MILDT (1999) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 - 2000 - 2001. juin 1999.

Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Sous-direction des Affaires Criminelles, Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants. (1999) Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1998. Usagers Cocaine/Crack - Usagers Héroïne. pp.1-106. Ministère de l'Intérieur.

Moatti, J.P., Souville, M., Escaffre, N., Obadia, Y. (1998) French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction* 93 (10), 1567-1575.

Obrecht, O. (1999) L'expérience de l'U.C.S.A. du CHI de Corbeil-Evry. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Journées sur l'accès aux traitements de Substitution en milieu carcéral du mardi 11 mai 1999. Résumés des interventions.

OFDT (1999) Drogues et Toxicomanies. Indicateurs et tendances. Rapport 1999.

OFDT (1999) Les Français et les drogues : perceptions, opinions et attitudes 1988 - 1998. Tendances n° 1.

Perdrieau, J., Bâcle, F., Lalande, M. and Fontaine, A. (1999) Suivi et évolution des patients toxicomanes en médecine générale (Arès 92 - Epid 92). pp.1-65. OFDT.

Reynaud-Maurupt C. (à paraître) Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected injecting drug users.

Tortay, I., Morfini, H., Parpillon, C., Bourdillon, F., (1999) Enquête DH-DGS, Traitements de substitution en milieu pénitentiaire. Mars 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DH-DGS - février 1999.

Tracqui, A., Tournoud, C., Flesch, F., Kopferschmitt, J., Kintz, P., Deveaux, M., Ghysel, M.H., Marquet, P., Pépin, G., Jaeger, A. and Ludes, B. (1998) Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage. 29 observations cliniques - 20 cas mortels. *La Presse Médicale* **27**, 557-560.

19. LAW ENFORCEMENT, DIVERSION TO TREATMENT, ALTERNATIVES TO PRISON

19. 1 LES ALTERNATIVES AUX POURSUITES ET A L'EMPRISONNEMENT CHEZ LES MAJEURS

19. 1 1 Usager simple

19. 1 1 1 Le classement sans suite

Dans le système juridique français, le procureur de la République a la possibilité en vertu du principe d'opportunité des poursuites de classer une affaire. Dans le cas des affaires d'usage, sans qu'il soit possible de le quantifier précisément, les classements sans suite sont très fréquents. En 1997, on comptait environ 70 000 interpellations pour usage simple. On peut estimer que 4 personnes interpellées sur 5 ont bénéficié d'un classement sans suite. Le classement peut-être assorti de conditions, notamment la prise de contact avec l'autorité sanitaire. Il faut cependant noter que toutes les formes de classement sans suite correspondent à des actes administratifs, sur lesquels le parquet peut en théorie toujours revenir tant que la durée prévue pour l'extinction de l'action publique n'est pas écoulée. Au contraire, l'alternative aux poursuites issue de la loi de 1970 éteint l'action publique.

19. 1 1 2 L'injonction thérapeutique

Cette alternative aux poursuites, inscrite dans la loi de 1970, était à l'origine réservée aux seuls usagers. Un usager poursuivi pour infractions d'usage et de détention par exemple, est normalement exclu du bénéfice de l'injonction thérapeutique. Le texte de la loi n'écarte pas l'utilisation d'une mesure d'injonction thérapeutique en cas de récidive. On constate dans la pratique que de nombreux usagers ont fait l'objet de mesures d'injonction répétées.

Dans la majorité des cas, le principe de l'injonction est décidé lors d'un contact téléphonique entre l'officier de police judiciaire et le substitut du procureur. L'utilisateur se voit fixer un rendez-vous au cours duquel lui sera notifiée l'injonction par l'autorité judiciaire. Il arrive assez fréquemment que les usagers ne se rendent pas à ce rendez-vous. Il semble que dans une minorité des cas, l'utilisateur soit alors poursuivi et condamné. Bien souvent, le substitut du procureur se contente de classer l'affaire. Les réactions sont variables d'une juridiction à l'autre et même d'un magistrat à l'autre.

L'utilisateur qui a reçu notification de l'injonction thérapeutique doit alors prendre contact avec l'autorité sanitaire, en général un médecin de la DDASS, qui évalue l'intérêt et les modalités adaptées d'un traitement. La majorité des injonctions (60%) sont prononcées pour des cas d'usage de cannabis. Il arrive, dans ce cas, que l'autorité sanitaire limite la durée de l'injonction à ce seul entretien. L'autorité sanitaire doit en principe rendre compte du bon déroulement du « traitement » prescrit à l'utilisateur, ce traitement étant défini comme un suivi social, médical et

psychologique. En 1997, les traitements avaient une durée allant d'un seul entretien à un an de suivi. La réception d'un compte rendu favorable par le procureur entraîne l'extinction de l'action publique. En cas de non-respect des obligations fixées à l'usager, le procureur peut alors décider de reprendre les poursuites à l'encontre de l'usager. Bien que les circulaires successives du ministère de la Justice rédigées depuis la fin des années 1980 encouragent à la réouverture des poursuites dans ce cas, il semble que ce ne soit pas très fréquent dans les faits.

19. 1 1 3 Le sursis avec mise à l'épreuve assorti d'obligations de soins

Les poursuites pour les usagers simples interviennent donc surtout lorsqu'un usager à qui il a été proposé une injonction ne s'est pas rendu au tribunal pour se faire notifier l'injonction. Les poursuites sont également décidées au vu du parcours de l'usager, l'injonction perdant de sa crédibilité aux yeux des magistrats lorsqu'elle a déjà été utilisée plusieurs fois. Les usagers poursuivis sont en général condamnés. Ils peuvent encore échapper à une peine d'emprisonnement ferme si le juge leur accorde un sursis avec mise à l'épreuve, qui sera souvent assorti d'obligations de soins. La peine d'emprisonnement avec sursis total ou partiel comporte un certain nombre d'obligations. En cas de manquement, le Juge de l'Application des Peines peut demander la révocation du sursis. Actuellement, cette mesure est prévue par l'article 132-45 alinéa 3 du Nouveau Code Pénal²⁸. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes.

19. 1 1 4 Ajournement avec mise à l'épreuve

Le Nouveau Code Pénal prévoit également un ajournement avec mise à l'épreuve (article 132-63) ; le prononcé de la condamnation est différé à l'exécution d'obligations particulières, dont des obligations de soins. Dans ce cas, l'obligation de soins est substitutive et non cumulative puisque la peine n'est pas prononcée.

19. 1 1 5 Libération conditionnelle avec obligation de soins

Enfin, une quatrième obligation de soins peut être prononcée par le Juge de l'Application des Peines dans le cadre d'une libération conditionnelle, dont peut bénéficier une personne condamnée après exécution de la moitié de sa peine de prison ferme (article 729 du CPP).

19. 1 2 Usagers- revendeurs et usagers délinquants

La présence d'une autre infraction que l'usage, y compris la détention, ne permet pas selon le texte de la loi de prononcer une injonction thérapeutique. C'est cependant possible en disjoignant les infractions, ce qui alourdit la procédure judiciaire et se rencontre assez rarement. Les usagers revendeurs sont donc assez souvent condamnés, bien que la situation puisse là aussi être assez différente d'une

²⁸- « Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ».

juridiction à l'autre. Le jugement tient aussi compte de l'ensemble du parcours de l'utilisateur revendeur.

L'utilisateur revendeur peut par contre bénéficier du sursis mise à l'épreuve avec obligation de soins. Les usagers revendeurs étant souvent incarcérés avant le jugement en détention préventive, la peine comporte une partie d'emprisonnement ferme couvrant la détention provisoire et le sursis avec mise à l'épreuve.

En ce qui concerne les usagers délinquants (infraction d'usage et infraction non ILS), les circulaires de 1987 et 1993 les excluaient clairement des bénéficiaires de l'injonction thérapeutique. La circulaire de 1995²⁹ a opéré un changement sur cette question en prévoyant la possibilité de l'utilisation de cette mesure pour cette catégorie d'utilisateur. Dans la pratique, ce sont souvent les usagers eux même qui font état de leur situation d'utilisateur pour obtenir une peine moins sévère pour le délit qu'ils ont commis. Les rapports remis par les DDASS sur l'injonction thérapeutique montrent que cette mesure n'est sans doute pas souvent appliquée pour ce type d'utilisateurs. Ces rapports expliquaient en effet le nombre relativement peu élevé d'injonctions pour les usagers d'héroïne par le fait que ces usagers sont en général aussi poursuivis pour des délits de vols.

19. 2 LA PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE DES MINEURS USAGERS DE STUPEFIANTS

Saisi d'un délit commis par un mineur de dix-huit ans³⁰, le magistrat dispose à toutes les étapes de la procédure d'un choix entre une procédure pénale ou une assistance éducative. En effet, en vertu de l'ordonnance de 1945 qui régit la prise en charge des mineurs, la solution éducative doit dans la mesure du possible être privilégiée. Ainsi, dans le cadre d'un usage de stupéfiants, l'application de l'ordonnance de 1945 s'oppose à l'application de la loi de 1970 régissant l'usage et le trafic de stupéfiants, donc aux sanctions pénales, mais également aux alternatives sanitaires proposées par cette loi. Le recours à l'assistance éducative n'est pas exclusive des soins, mais il semble que le recours à ceux-ci soit extrêmement rare, pour plusieurs raisons sur lesquelles nous reviendrons.

Afin de clarifier les différentes étapes de la procédure judiciaire concernant les mineurs, coupables d'un délit quelconque, usage de stupéfiants, trafic ou revente ou autre délit associé à une consommation, nous envisagerons successivement les modes d'approvisionnement des services judiciaires, les recours possibles, les interlocuteurs sollicités pour mettre en œuvre des solutions alternatives. A chaque étape, les variantes observées selon les délits précisés ci-dessus seront précisées et nous tenterons, à partir des statistiques disponibles au niveau national, de quantifier chacun des flux ainsi identifiés. Globalement, il n'existe aucune spécificité de la prise en charge des mineurs usagers de stupéfiants par rapport aux autres mineurs délinquants.

²⁹ Circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, ministère de la Justice, ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, ministre délégué à la Santé.

³⁰ - Age de la majorité civile en France. La coupure dans la prise en charge induite par la distinction mineurs-majeurs est particulièrement sensible pour la consommation de stupéfiants, qui est un processus en déroulement sur la trajectoire de l'individu. En matière d'assistance éducative, la compétence du juge des enfants s'étend aux 18-21 ans mais pas en matière pénale.

19. 2 1 L'approvisionnement du parquet

Les plaintes et dénonciations concernant des mineurs peuvent être portés à la connaissance du parquet (procureur de la République) par les services de police, agissant eux-mêmes de leur propre initiative ou sur demande d'un particulier ou d'une administration. Si pour les délits en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants, la saisie de la police se fait essentiellement par sa propre activité, patrouilles, surveillances, etc., en ce qui concerne les mineurs, la police peut être requise par des particuliers, les parents par exemple, ou les établissements scolaires. Ainsi, une affaire de détention de stupéfiants est initiée dans un lycée par découverte de produits laissés tombés par un jeune lors d'une convocation chez le proviseur. La direction de l'établissement choisit d'appeler les services de police.

Lorsque le service de police est saisi de tels faits, il doit normalement rédiger un procès-verbal transmis au parquet. L'insistance des circulaires du ministre de la Justice à rappeler au fil des textes la nécessité que le parquet soit avisé y compris des simples cas d'usage de stupéfiants laisse supposer que telle n'est pas la pratique des services de police. Les enquêtes sur le terrain confirment cette hypothèse bien que les services eux-mêmes s'en défendent. Ainsi tous les éducateurs et personnels sanitaires rencontrés nous ont fait part de cette incompréhension des jeunes face à des interpellations ne débouchant sur la rédaction d'aucun procès-verbal mais entraînant la confiscation des substances³¹.

Les statistiques publiées par la police judiciaire distinguent les mineurs des majeurs. La part des mineurs de 11 % en 1971 pour les infractions sur les stupéfiants, remonte à ce niveau à partir de 1994, après être passée par un minimum de 6 % en 1988 ; elle s'établit aujourd'hui à environ 13 %, ce qui est inférieur au pourcentage moyen de mis en cause mineurs toutes infractions confondues (19 %). Les mineurs sont donc sous-représentés pour ce contentieux. Pour l'usage seul, cette part est proche de 15 %, cette infraction est donc plus souvent retenue à charge des mineurs. En nombre absolu, cela représente 14 577 interpellations en 1997 dont 73 % pour consommation, 14 % pour revente, 9,5 % pour trafic et 3,5 pour une autre infraction à la législation sur les stupéfiants. Les données publiées par l'OCRTIS³² sont plus détaillées sur les âges puisque les mineurs sont distingués en deux groupes, avant 16 ans et 16 ou 17 ans, mais ne concernent que l'ensemble des infractions en matière de stupéfiants, sans distinguer la consommation. La part des plus jeunes (- de 16 ans) est stable autour de 15-16 % des interpellations de mineurs.

Les administrations, établissements scolaires, assistantes sociales peuvent également saisir directement le parquet par un courrier ou un rapport sur la situation d'un jeune. C'est également le cas des caisses d'allocations familiales qui informées par l'éducation nationale, dénoncent au parquet l'absentéisme scolaire des jeunes de moins de seize ans³³. Dans le contexte de la justice des mineurs, il convient

³¹ - Ce qui renforcerait auprès de ces jeunes, la rumeur persistante d'une consommation policière des produits « taxés » par les policiers.

³² - Office central pour la répression du trafic et des infractions aux stupéfiants, les statistiques publiées portent sur l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes pour des interpellations débouchant sur une transmission au parquet. Voy. A ce propos, Simmat-Durand L., Martineau H., Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants, in *Population*, 1999 (à paraître).

³³ - Age de fin de l'obligation scolaire.

également de remarquer que des parents en plein désarroi face à la consommation de leurs enfants saisissent le parquet directement. Les données judiciaires ne permettent pas d'évaluer ces flux, seules des recherches empiriques donnent quelques éléments. Il semble ainsi que le signalement par les établissements scolaires des affaires liées aux stupéfiants soit rare (Sagant, 1997), malgré quelques signes d'ouverture depuis quelques années, pour partie en raison de l'incapacité des établissements à gérer seuls les affaires les plus graves.

19. 2 2 Le traitement pénal

En vertu du principe de l'opportunité des poursuites³⁴ régissant le droit pénal français, le parquet apprécie s'il convient ou non de donner suite à une affaire ainsi portée à sa connaissance. Les circulaires et enquêtes du ministère de la Justice soulignent que les magistrats sont rarement saisis de la situation des mineurs usagers de drogues³⁵. Plus encore que pour l'usage de stupéfiants en général, les solutions que peut envisager le parquet sont variées et source d'hétérogénéité des traitements sur le territoire national. Globalement, quatre voies principales s'ouvrent alors à lui en matière pénale outre la voie civile en assistance éducative que nous examinerons ensuite.

19. 2 2 1 Le classement sans suite

Après vérification des antécédents judiciaires du jeune, quel que soit le délit, le magistrat peut toujours considérer la poursuite comme inopportune. S'agissant des ILS, les magistrats affirment ne jamais recourir au classement pour les affaires les plus graves de trafic, y compris s'agissant de mineurs. Compte tenu de la part importante des abandons de poursuite en matière d'usage de stupéfiants pour les majeurs, il est compréhensible que les mineurs ne fassent pas l'objet de poursuites plus soutenues. La conviction du magistrat semble l'élément déterminant pour le classement d'une affaire d'usage de stupéfiants concernant un mineur.

Le classement sans suite peut s'accompagner d'un rappel à la loi, effectué par un officier de police judiciaire ou par le magistrat après convocation du jeune et de ses parents ou d'un signalement aux autorités sanitaires (DDASS). D'après l'enquête effectuée auprès des parquets en 1997, toutes ses solutions sont utilisées sur le territoire national, le choix de l'une ou l'autre dépendant de la politique pénale ou des contraintes locales (Sagant, 1997).

Tous délits confondus, la minorité de l'auteur est une circonstance entraînant souvent le choix d'un abandon des poursuites, du moins jusqu'au début des années 1990. Ainsi, l'examen des affaires pénales du parquet de Versailles avait montré que trois affaires sur cinq étaient classées si le mis en cause est mineur, sauf si l'infraction comportait des violences (Simmat-Durand, 1994). Après les années 1990, un mouvement semble s'amorcer de poursuites et de condamnations plus

³⁴ - Article 40 du code de procédure pénale. Pour une comparaison de la mise en œuvre de ce principe dans certains pays européens pour le contentieux lié aux stupéfiants, voy. Joubert C ; Huisman W., La politique de tolérance en matière de drogue : un phénomène bien néerlandais ?, in *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, n° 11, novembre 1997, pp. 963-987.

³⁵ - Circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique ; rapport Sagant, 1997.

fréquentes, en partie liée aux nouvelles mesures de lutte contre les délinquances urbaines, qui demandent que même les petits délits reçoivent une réponse judiciaire adaptée et proportionnée pour éviter que les jeunes ne développent un sentiment d'impunité. Ce sentiment d'impunité des mineurs et leur ignorance de leur responsabilité pénale sont décrits par l'ensemble des personnes rencontrées comme la première difficulté du rappel à la loi qui doit s'opérer à l'opération d'une interpellation pour usage de stupéfiants.

Le parquet peut prononcer un classement sous conditions, par exemple de suivre une formation ou une scolarité, mais aussi de consulter une association traitant des problèmes de toxicomanie.

19. 2 2 2 L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est une alternative sanitaire aux poursuites pénales par le parquet strictement réservée au délit d'usage illicite de stupéfiants (art. L.628-1 du code de la santé publique). Le respect de cette obligation, mise en œuvre par les directions départementales de l'action sanitaire, entraîne l'extinction de l'action publique.

L'injonction thérapeutique, qui devrait concerner les usagers d'héroïne ou de cocaïne et les consommations associées de cannabis et d'alcool ou de médicaments (circulaire du 28 avril 1995) est souvent réservée en pratique aux usagers de cannabis (Simmat-Durand, 1999). De plus, y compris dans les juridictions où l'injonction est écartée pour ce produit, elle peut être utilisée pour les mineurs usagers de cannabis. C'est le cas à Nanterre, où les injonctions concernent moins de 5 % d'usagers de cannabis majeurs mais à 99 % des usagers mineurs.

Le service des injonctions thérapeutiques de Nanterre prend en charge environ 80 mesures par an (contre 250 pour les majeurs), ce qui correspond à la limite maximale, compte tenu des moyens mis à sa disposition par la DDASS. Ces injonctions peuvent faire suite à une exclusion scolaire assortie d'un signalement au parquet. Les parents sont systématiquement convoqués et un bilan de la situation est effectué par trois ou quatre entretiens avec le jeune et deux en moyenne avec les parents. La psychologue évalue dans ce cadre s'il y a ou non un véritable problème de consommation, auquel cas elle met en place une orientation sur un CMP ou CMPP³⁶ ou un projet de réintégration scolaire en partenariat avec le médecin scolaire. Le renvoi vers les structures pour toxicomanes est très rare³⁷. L'orientation peut aussi concerner les parents. Globalement pour la psychologue rencontrée, l'orientation reste problématique du fait des carences du dispositif, en particulier si un hébergement paraît nécessaire.

Le parquet à l'issue de cette évaluation qui dure environ quatre mois est informé que la suite a été favorable et classe l'affaire. Si la mesure n'a pas pu être mise en place ou si elle s'avère négative, le classement a également lieu sauf si la psychologue saisit le parquet d'une demande écrite d'assistance éducative. Pour la moitié environ

³⁶ - Centre médico-pédagogique, centre médico psycho-pédagogique : structures sanitaires de secteurs chargées de l'accueil des mineurs et des familles en difficultés.

³⁷ - Celles-ci de manière générale ne voient que très peu de mineurs, quelle que soit l'origine de leur demande d'accueil, cf. *infra*.

des cas rencontrés à Nanterre, l'injonction thérapeutique ou l'interpellation qui la précède sert de détonateur mais la famille est capable de se mobiliser très vite pour trouver une solution. Il s'agit alors d'un rôle de médiateur³⁸. Dans l'autre moitié des cas, la psychologue évoque des jeunes en difficultés, qui ont une consommation importante auto-thérapeutique ou addictive, avec ou non une délinquance associée. Ils sont souvent en marge du système scolaire parfois depuis très longtemps. Certains vivent de la revente et sont alors hermétiques à toute réintégration des circuits légaux, beaucoup moins attractifs financièrement.

Dans des cas très rares, l'injonction thérapeutique peut être prononcée alors même qu'il y a un autre délit, comme ce cas de violences sur policiers dans le cadre de manifestations lycéennes, l'interpellation amène la découverte de haschich. Cette question des violences est abordée de manière récurrente par tous nos interlocuteurs : les plus jeunes sont souvent difficiles à aborder et les interpellations, voire les gardes à vue dégénèrent facilement (substitut).

Le parquet de Paris a une politique toute autre à l'égard des mineurs usagers de stupéfiants. En règle générale, les services de police se contentent d'une inscription en main courante assortie d'un rappel à la loi, l'injonction thérapeutique étant ressentie comme inadaptée. Seuls les jeunes sans domicile fixe font l'objet d'une prise en charge par l'intermédiaire du service éducatif du tribunal (Gille, 1993).

19. 2 2 3 La médiation et la réparation

La réparation est une mesure récente instituée depuis 1993. La protection judiciaire de la jeunesse concourt à la mise en œuvre de cette mesure pour les mineurs. Ainsi en 1995, 4 021 mesures ont été prises en charge par la PJJ, toutes infractions confondues³⁹, dont 83 % prononcées par le parquet, 12 % par le juge des enfants et 4 % par le tribunal pour enfants. Elle est plutôt adaptée à des contentieux comportant une victime, donc peu dans le cadre des infractions à la législation sur les stupéfiants. Néanmoins certains parquets l'utilisent pour l'usage de stupéfiants, y compris en faisant notifier le rappel à la loi par les délégués du procureur en maison de justice et du droit (Sagant, 1997).

La médiation est utilisée dans les mêmes circonstances, le choix entre les deux appellations relevant des politiques pénales locales. Certains parquets la réservent à des catégories précises d'usagers de stupéfiants, par exemple à Nanterre les jeunes usagers de cannabis âgés de 18 à 25 ans.

Les statistiques publiées par le ministère de la Justice montrent la montée en puissance de ce dispositif depuis l'année 1993, tous contentieux confondus, on est passé de 4 089 mesures de médiation-réparation mineurs en 1994 à 11 874 en 1997. La part des infractions à la législation sur les stupéfiants dans ce contexte est malheureusement impossible à mesurer.

³⁸ - Sur cette juridiction la médiation pénale est réservée aux jeunes majeurs de 18 à 25 ans. Tous les consommateurs, y compris de cannabis, sont convoqués devant un délégué du procureur pour évaluation.

³⁹ - Les statistiques publiées par ces services ne prennent pas en compte l'infraction. Voy. Protection judiciaire de la jeunesse, bilan statistique 1995 des services du secteur public, Paris, Ministère de la Justice, octobre 1996.

19. 2 2 4 Les poursuites pénales

Le parquet s'il estime devoir choisir la voie pénale, selon la gravité de l'affaire, peut saisir le juge d'instruction en réquisitoire d'informer ou le juge des enfants en requête pénale. Dans le cadre du traitement en temps réel des procédures il dispose également de la convocation par officier de police judiciaire COPJ⁴⁰ soit pour mise en examen par le juge des enfants, soit directement pour jugement devant le juge des enfants statuant en chambre du conseil, pour des faits normalement simples ou peu graves. Hors ce contexte, ou si le mineur a déjà fait l'objet de plusieurs procédures, le procureur peut demander une audience à délai rapproché (entre 1 et 3 mois), pour accélérer la procédure (loi du 1^{er} juillet 1996).

En matière pénale, si le jeune est déféré, le service éducatif auprès du tribunal (SEAT) est obligatoirement saisi. Il rencontre le mineur et ses parents et rédige une synthèse proposant une réparation (très peu en matière de stupéfiants), une liberté surveillée préjudicielle ou un contrôle judiciaire.

Pour les usagers-revendeurs, les poursuites seront systématiquement utilisées mais seront souvent associées à une assistance éducative (le dossier est ouvert au civil et au pénal).

L'instruction est réservée aux affaires les plus graves, de trafic par exemple ou de violences, elle est obligatoire en matière criminelle, ou aux dossiers complexes, dans le cas par exemple d'un démantèlement de filière comportant de nombreux mis en cause majeurs et mineurs. Le parquet dans ce deuxième cas peut choisir de disjoindre le dossier afin de renvoyer le mineur vers le juge des enfants.

Un contrôle judiciaire peut être prononcé sur la durée de l'instruction, la détention provisoire n'étant possible qu'après seize ans et dans les cas les plus graves. Lorsqu'il est avéré que le jeune est consommateur de substances stupéfiants, ce contrôle peut être assorti d'une obligation de soins, nécessitant une orientation sur un service sanitaire pour sa mise en œuvre. Dans la pratique, l'obligation de soins est peu prononcée (cf. infra), mais relativement plus par les juges d'instruction que par les juges des enfants. Le contrôle judiciaire visant un mineur sera le plus souvent mis en œuvre par la PJJ, mais quelquefois aussi par les services s'occupant des majeurs : si l'affaire est grave, si le jeune est proche de sa majorité, s'il y a récidive, si le service des mineurs ne peut assurer une prise en charge urgente. Ainsi, le cas de ce jeune de 15 ans prévenu de cession de stupéfiants pour lequel le contrôle judiciaire vise à interdire l'accès à la commune où ont eu lieu les faits (il est de ce fait placé chez un oncle). Ce service est peu adapté à cette clientèle, la convocation des parents n'est pas automatique. De même, les contacts avec les établissements scolaires sont rares, le rôle n'étant pas ici éducatif mais inscrit dans un contexte répressif.

Le juge des enfants peut également prendre des mesures avant jugement, comme une liberté surveillée préjudicielle, qui sera mise en œuvre par les services de protection judiciaire de la jeunesse (SEAT ou CAE) ou prononcer une mesure éducative provisoire. Les éducateurs se reconnaissent démunis face à une

⁴⁰ - Loi du 8 février 1995, puis loi du 1^{er} juillet 1996.

dépendance car les jeunes refusent toute prise en charge médicale. Ceux impliqués dans le trafic sont souvent dans l'impossibilité d'arrêter car ils sont menacés voire leur famille agressée (dégradation des véhicules, bris de vitres, etc.) ; dans les cas les plus graves, la seule solution demeure l'éloignement du jeune voire le déménagement de la famille.

En matière d'usage de stupéfiants, la poursuite pénale n'interviendra qu'au bout d'un certain nombre d'affaires successives : la sanction est globale par rapport à un parcours et non pas sur des faits actuels. Dans ce cas, le choix se portera plutôt sur une décision en Chambre du conseil, audience en cabinet du juge des enfants, siégeant seul. Le jeune est systématiquement assisté d'un avocat et ses parents présents. Dans ce cas, seules des mesures éducatives, une admonestation ou une remise aux parents peuvent être prononcées.

Les mineurs prennent une part de plus en plus active dans la revente sinon dans le trafic (*substitut*). Les gros trafiquants les utilisent car les sanctions pénales pour les plus jeunes sont moindres. Un délit spécifique a de ce fait été incriminé⁴¹. La revente est souvent difficile à caractériser, les mineurs reconnaissant très difficilement les faits.

Pour les affaires les plus graves, le jeune est déféré puis placé sous liberté surveillée jusqu'au jugement. Le jugement intervient alors par le Tribunal pour enfants, le juge des enfants étant assisté de deux assesseurs. C'est une audience non publique à laquelle prend part le Procureur de la République (contrairement à l'audience en chambre du conseil).

L'activité de la PJJ en termes de prise en charge des mineurs délinquants qui a connu une baisse continue de 1981 à 1988, suivant en cela le mouvement des interpellations, a retrouvé son niveau de 1981 en 1994 pour ensuite augmenté de 20 % en deux ans. Le nombre de mineurs délinquants pris en charge dépasse aujourd'hui celui des mineurs en danger.

19. 2 3 L'assistance éducative

Aux termes de l'article 375 du code civil, « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistances éducatives peuvent être ordonnées par justice...* ». L'usage de drogue entre donc bien dans cette définition. Le juge des enfants est saisi par les parents ou l'un d'eux, un service auquel le jeune a été confié, le mineur lui-même, le ministère public et exceptionnellement le juge lui-même.

Les circulaires du ministère de la Justice dès les années 1980 reconnaissent que la double orientation médicale et pénale de la loi de 1970 se révèle inadaptée à la prise en charge des mineurs qui nécessitent une approche éducative globale. Ainsi, en 1985, les parquets sont invités à saisir le juge des enfants d'une procédure

⁴¹ - Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 : le fait de provoquer un mineur à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants devient un délit spécifique puni de sept ans d'emprisonnement et de un million de francs français d'amende.

d'assistance éducative dans tous les cas de toxicomanie, y compris quand elle porte sur des produits licites, si cet usage est révélateur d'une situation de danger⁴². Ce texte marque la spécificité de la toxicomanie des jeunes qui ont souvent recours à des produits facilement accessibles (colles, solvants...) mais qui peuvent conduire à des comportements violents et présenter un danger réel pour la santé. Cette même ligne directrice est conservée jusqu'à la fin des années 1980, avant qu'un tournant se manifeste dans les années 1990, la question de la toxicomanie des jeunes se dissolvant dans des actions plus générales, la lutte contre les violences urbaines et contre la violence dans les établissements scolaires et l'absentéisme. Ce dernier objectif est celui qui trouve le plus facilement une consistance sur le terrain, tous nos interlocuteurs nous ont présenté l'absentéisme répété comme un clignotant, à ne jamais négliger dans le parcours du jeune. La refonte complète des activités et missions des services chargés de la mise en œuvre de ces mesures, du secteur public ou habilité a démarré au début de l'année 1999, afin de tenir compte des nouveaux contextes de la société actuelle⁴³.

19. 2 3 1 Le suivi éducatif

L'assistance éducative peut être choisie à titre principal, l'action étant alors civile par saisie du juge des enfants en AE. Celle-ci est confiée à un CAE (centre d'action éducative, le SEAT n'étant compétent qu'en matière pénale) ou à un service agréé d'AEMO (action éducative en milieu ouvert) qui choisira les modalités de suivi les plus adaptées au jeune.

Selon les juridictions, cette solution sera privilégiée pour certaines infractions, parmi les moins graves. Si l'injonction thérapeutique existe sur ce ressort, elle se substitue à l'action éducative au moins pour les premières infractions d'usage, sauf si le jeune est déjà connu, ou qu'il y a un autre délit associé. Le juge peut nommer directement un éducateur ou demander une investigation d'orientation éducative (IOE) qui est une évaluation psychologique du jeune et une évaluation de sa situation familiale, d'une durée d'environ six mois. A l'issue, le service éducatif propose une orientation dans un service public ou privé, en général pour six mois, au terme de laquelle un bilan est effectué. Dans certains cas, un placement peut s'avérer nécessaire.

Si le jeune a des problèmes de santé, un suivi sera mis en place par une structure médicale de secteur, un CMP ou un CMPP, de préférence disposant d'une unité pour adolescent, mais aussi la Croix Rouge.

En règle générale, l'obligation scolaire est respectée par un travail en partenariat avec les établissements scolaires qui s'améliorent du fait de l'ouverture des écoles sur le monde extérieur.

19. 2 3 2 Le placement

⁴² - Note du 11 février 1985, Prise en charge par l'Education surveillée des jeunes usagers de drogue.

⁴³ - Circulaire PJJ 99-01 du 24 février 1999, Circulaire d'orientation relative à la protection judiciaire de la jeunesse (NOR : JUSF9950035C), B.O. Justice.

Dans les cas les plus lourds, le juge des enfants peut requérir un placement du jeune, mais qui ne sera pas orienté vers une prise en charge sanitaire car il n'existe pas de centres de cure pour ce type de clientèle. Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes ne souhaitent pas accueillir de mineurs, et les foyers de la protection judiciaire de la jeunesse ne veulent pas des toxicomanes. Il s'agit alors d'internats scolaires, de la protection judiciaire de la jeunesse ou de l'aide sociale à l'enfance, sans spécificité à l'égard des problèmes médicaux ou de dépendance. En bout de course, pour un jeune très dépendant et sans structure d'accueil, la seule alternative sera l'incarcération (substitut).

Le démantèlement des grosses structures de la PJJ n'a pas été suivi de la reconstruction du nombre nécessaire de petites unités d'où un déficit actuel chronique du nombre de places disponibles (Lazerges, Balduyck, 1998). De plus, les structures d'accueil immédiat des mineurs délinquants sont quasi-inexistantes. Le plan de réorganisation publié en 1999 (cf. supra) prévoit ainsi la création de cinquante de ces centres dans les deux ans.

19. 2 4 Les sanctions

Bien que la voie de l'assistance éducative soit toujours privilégiée pour les mineurs, en particulier pour les affaires d'usage de stupéfiants, au final les sanctions pénales s'appliquent, bien que le changement d'échelle soit considérable.

19. 2 4 1 Les condamnations pénales

En cas de délit grave, ou en cas de délits répétés, la condamnation pénale sera prononcée, les sanctions allant de l'admonestation, ou remise aux parents, à l'emprisonnement ferme.

Les données publiées par le ministère de la Justice distinguent les mineurs de 16 ans et ceux de 16 à 18 ans. Sauf baisse conjoncturelle en 1994 et 1995, leur nombre est de l'ordre de 800 chaque année en France pour l'ensemble des infractions à la législation sur les stupéfiants. Si ce nombre est stable, la part des plus jeunes (moins de 16 ans) dans les condamnés a eu tendance à augmenter ces dernières années : elle atteint 32 % en 1997 contre 21 % en 1990. Les mineurs condamnés sont donc plus jeunes qu'il y a quelques années et pour des infractions plus graves. Si l'on considère maintenant le détail par infraction : 11 % sont condamnés pour trafic, 52 % pour revente et 37 % pour usage. L'infraction la plus souvent condamnée est donc la revente, ce que corrobore tous les entretiens que nous avons effectués, les mineurs sont très présents dans les petits trafics locaux, dont certains tirent des revenus substantiels obérant toute tentative éducative ou de réinsertion dans les stages par exemple. Par contre, la part des mineurs condamnés pour usage dans l'ensemble du contentieux lié aux stupéfiants est supérieure à celle observée pour les majeurs (31 %). Les statistiques publiées ne permettent malheureusement pas de considérer les infractions combinées avec les peines prononcées. La part importante de

l'admonestation dans les condamnations appliquées aux mineurs est sans doute pour beaucoup dans l'invisibilité de la sanction pour les jeunes⁴⁴.

Par contre il n'est pas possible d'évaluer dans les autres contentieux, la part des condamnations visant des usagers de stupéfiants, les statistiques ne retenant qu'une infraction principale. Les mineurs nient généralement toute consommation alors même qu'ils sont interpellés en possession de stupéfiants, la probabilité qu'ils reconnaissent faire un usage dans le contexte d'une autre affaire est encore plus rare. Néanmoins, il peut arriver qu'un problème de drogue émerge à l'occasion par exemple d'un contrôle judiciaire, qui entraînera la modification de l'ordonnance avec le prononcé d'une obligation de soins.

19. 2 4 2 Les alternatives

La liberté surveillée, le sursis avec mise à l'épreuve, avec éventuellement une obligation de soins, le travail d'intérêt général peuvent en matière de stupéfiants comme pour les autres infraction être choisis en alternative aux sanctions ou à l'emprisonnement. La mise sous protection judiciaire (Lazerges, p. 172) ou le placement sont également des voies éducatives utilisables.

Les services de protection judiciaire de la jeunesse sont généralement compétents pour assurer le suivi de ces mesures, sauf dans le cas où les faits ont été commis par un jeune proche de sa majorité. En effet, compte tenu des délais de procédure, des faits commis par un mineur peuvent être jugés par le tribunal pour enfants alors qu'il a atteint sa majorité. Dans cette hypothèse, courante du fait des interpellations nettement plus nombreuses des plus de seize ans, ce sont les services majeurs qui mettent en œuvre les alternatives, c'est-à-dire les SIPP (anciens comités de probation).

Une obligation de soins peut être prononcée dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve (art. L.132-45-3 du nouveau code pénal), auquel cas le conseiller d'orientation et de probation oriente la personne vers une structure de soins : centres de soins spécialisés pour toxicomanes, médecins de ville ou hôpital (Simmat-Durand *et al.*, 1998).

19. 2 4 3 L'incarcération et ses suites

Les incarcérations de jeunes sont très peu nombreuses, autour de 200 par an en matière de stupéfiants, et concernent principalement des prévenus. Au 31 décembre 1997, seuls neuf mineurs condamnés pour ILS sont incarcérés en métropole. Ils sont donc cinq fois moins représentés pour ce contentieux que les majeurs, 4 contre 20 % des condamnés (Kensey, 1997). Les condamnations à de l'emprisonnement ferme exécutées concernent essentiellement la revente, l'implication croissante des très jeunes dans les « grosses affaires » amenant les magistrats à prononcer des peines importantes, jusqu'à deux ans (le jeune encoure une peine moitié moindre de celle prévue par le code).

⁴⁴ - Alors que cette condamnation est inscrite au casier judiciaire jusqu'à la majorité.

Des règles spécifiques ont été édictées concernant l'incarcération des mineurs, avec un examen médical obligatoire, pour lequel il est recommandé de porter une attention particulière à la détection d'un usage éventuel de produits stupéfiants⁴⁵. Il est en outre recommandé que les actions en matière de lutte contre la toxicomanie et le sida visent en priorité cette catégorie de détenus. L'enquête sur la santé des entrants en 1997⁴⁶ porte sur 3 602 mineurs, moins de 5 % des entrants, dont près de 27 % ont déclaré avoir eu une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue dans les douze derniers mois (contre 32 % pour l'ensemble des entrants). Par contre, ces jeunes utilisent dix fois moins souvent la voie intraveineuse que l'ensemble de la population incarcérée.

Le système pénitentiaire est actuellement très mal équipé pour l'accueil des mineurs : les structures sont insuffisantes et inadaptées (Lazerges, Balduyck, 1998). La prise en charge des toxicomanes dans le cadre de l'incarcération se fait dans dix-huit antennes toxicomanie, sur la base d'une demande des détenus. Les résultats publiés sur l'activité de ces antennes ne détaillent pas la répartition par âge de façon à distinguer les mineurs. Ainsi, jusqu'en 1993, le groupe « moins de 20 ans » comporte moins de 5 % de la population vue dans ce cadre. Ensuite, seul l'âge moyen est indiqué. L'écart dans les chiffres entre ces deux enquêtes montre là-aussi une sous représentation des plus jeunes dans les structures assurant une prise en charge de la toxicomanie.

Si un jeune est déjà suivi par un service éducatif, le suivi se poursuit dans le cas d'une incarcération. Dans tous les cas, le service éducatif doit proposer une alternative à l'incarcération et une orientation à la sortie, par exemple un placement, une formation, un éloignement .

19. 2 3 Conclusion :

L'activité judiciaire à l'égard des usagers mineurs est très faible. Les chiffres nationaux de l'ordre de quelques centaines laissent prévoir que chaque juridiction dans le pire des cas ne prendra en charge que quelques personnes ou quelques dizaines. C'est ce que constate la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (1999, p. 81) : « *L'émergence de nouvelles formes de consommation chez les jeunes n'a pas été suffisamment prise en compte ni par le dispositif spécialisé, ni par le dispositif de soins de droit commun, de sorte que ces jeunes –consommateurs abusifs de multiples produits mais non dépendants- constituent une population presque invisible en termes d'action publique* ». Unanimement, tous les acteurs de cette prise en charge soulignent la difficulté face à des jeunes vivant complètement dans le déni du problème de drogue, même confrontés à des évidences. Bien peu d'entre eux s'avouent que le système judiciaire lui-même a du mal à prendre en compte une possible consommation, qui bien souvent n'est alors ressentie que comme ludique, la toxicomanie du jeune étant toujours relativisée : « ils en prennent tous, mais ce ne sont pas des toxicomanes c'est pour s'évader pour tenir dans le système scolaire » (*éducatrice*).

⁴⁵ - Circulaire AP 94 du 4 février 1994, Régime de détention des détenus mineurs, (NOR / JUSE9340147C), B.O. Justice n° 53.

⁴⁶ - DREES, La santé des entrants en prison en 1997, Collection Etudes et statistiques n° 4, mai 1999.

L'embarras face à cette question est lisible dans les circulaires, qui ont changé de ligne directrice après 1990, comme nous l'avons déjà évoqué. Le ministère de l'Intérieur, dans le cadre des conventions d'objectifs de lutte contre la délinquance, présente ainsi la question : « *En effet, si le phénomène de la toxicomanie est devenu une préoccupation pour tous, ses manifestations auprès des mineurs ne sont pas clairement appréhendées. L'approche de cette question est d'autant plus délicate qu'il faut tenir compte des particularités de l'adolescence, période au cours de laquelle sont testés de multiples produits, sans qu'il soit toujours possible de parler de toxicomanie avérée* »⁴⁷. Cette façon d'aborder la question traduit le malaise de l'institution face à ces jeunes consommateurs.

Manifestement, le système judiciaire ici ne fonctionne pas pour renvoyer les jeunes sur des structures sanitaires, il est d'ailleurs relativement inefficace pour les majeurs (Simmat-Durand *et al.*, 1998). Mais les sources d'approvisionnement des centres de soins sont encore plus réduites. Les statistiques sanitaires montrent cette invisibilité des mineurs dans les structures : les données publiées ne détaillent pas le groupe moins de 20 ans (moins de 5 % de la clientèle des centres de soins spécialisés pour toxicomanes)⁴⁸. Mais les différents acteurs éprouvent peut être des difficultés à « classer » les plus jeunes dans la rubrique toxicomanes et s'ils les rencontrent ne les comptabilisent pas comme tels. C'est en tout cas flagrant dans le système judiciaire, les interpellations, le suivi et la condamnation ont lieu pour un autre délit, ce n'est qu'en insistant beaucoup que l'on peut entendre reconnaître que oui sans doute tel jeune avait ce genre de problème.

Concernant l'usage des stupéfiants, l'enquête effectuée auprès des jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (Choquet *et al.*, 1998) montre qu'à âge égal, la consommation est presque double de celle observée en population générale, par le CFES (1998) par exemple, pour le cannabis et bien plus forte pour l'héroïne. Ainsi à 16-17 ans, un peu moins des deux tiers a déjà pris du haschich au cours de sa vie dans le premier cas, contre un quart dans le second et 6 % pour l'héroïne contre 0,1 %. Malgré des réserves méthodologiques sur la comparaison de ces enquêtes on peut en déduire que la PJJ rencontre plus souvent des consommateurs, alors qu'elle n'a pas de problématique très spécifique de prise en charge de ce problème. De plus, les âges de début de la consommation, déclarés autour de 14 ans dans l'enquête PJJ laissent supposer que la durée de consommation n'est pas suffisante à la limite fatidique des 18 ans pour que les services aient réellement affaire à des toxicomanes. La problématique est assez proche de celle concernant l'alcool, les quelques années nécessaires au passage de la consommation régulière à la consommation abusive, définissent un temps de latence où le repérage ne se fait pas et où pourtant la prévention secondaire devrait être maximale.

⁴⁷ - Ministère de l'Intérieur, circulaire du 14 janvier 1993, NOR : INTK9300009C).

⁴⁸ - Ce groupe moins de 20 ans est de plus défini différemment selon le type de service : dans les hôpitaux, les bébés de mères toxicomanes présentant une dépendance sont pris en compte. La seule année permettant d'avoir le détail est 1993 ; on peut définir un groupe 12-17 ans : sa part est de moins de 1 % dans les hôpitaux, 2 % dans les centres de soins spécialisés et 7 % dans les centres sociaux (Antoine, Carpentier, 1995).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Antoine D., Carpentier C., *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993*, Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, SESI, mars 1995, Documents statistiques n° 222.
- Choquet M. Ledoux S., Hassler C., Paré c., *Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse*, INSERM, PJJ, 1998, 146 p.
- Gille S., Identification du mineur usager de toxiques à Paris et en région parisienne : approches et pratiques institutionnelles, in *Droit de l'Enfance et de la famille*, 1993/1, n° 37, 19 p.
- Kensey A., Mineurs en prison : aspects statistiques, in *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, « Un péril « jeunes » ? », n° 29, 1997, pp. 39-47.
- Lazerges C., Balduyck J.P., *Réponses à la délinquances des mineurs*, Rapport au Premier ministre, Paris, La Documentation Française, 1998, 447 p.
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, 1999-2000-2001*, Premier ministre, Paris, juin 1999, 109 p. + annexes.
- Sagant V., *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques en matière d'injonction thérapeutique*, Ministère de la Justice, 1997.
- Simmat-Durand L., *Sélection et orientation des affaires pénales par le parquet, une approche quantitative*, thèse de doctorat de démographie, Paris I, 1994.
- Simmat-Durand L., Cesoni Ml., Goyaux N. , Kletzlen A., Martineau H., *L'usager de stupéfiants entre répression et soins, la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998, 504 p., 2 volumes (Etudes et Données Pénales n° 77).
- Simmat-Durand L., Les obligations de soins, une pratique ambiguë, in *Déviance et Société*, à paraître, 1999.

20. WOMEN, CHILDREN AND DRUG USE

FEMMES, ENFANTS ET USAGE DE DROGUE

20. 1 ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES CONSOMMANT UNE DROGUE ILLICITE EN FRANCE

Aucune étude n'a été consacrée à la consommation féminine en tant que telle. Tout au plus peut-on se livrer à des approximations pour certaines drogues: opiacés, cannabis et cocaïne, en tenant compte de la proportion de femmes consommant ces drogues par rapport aux hommes. Cette proportion est, dans la majorité des enquêtes épidémiologiques ou ethnographiques, comprise entre 25 et 30%. Pour les opiacés, essentiellement l'héroïne, le nombre d'usagers ayant eu recours au système sanitaire ou social ou ayant eu affaire au système répressif étant estimé entre 146000 et 172000 pour la seconde moitié des années 90, dans le dernier rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) (1), le nombre de femmes héroïnomanes serait compris entre 36500 (25% de 146000) et 51600 (30% de 172000). En ce qui concerne le cannabis, si on se réfère au nombre de près de 2 millions d'usagers dans l'année écoulée, cité dans le rapport de l'OFDT de 1996 (2), le nombre de femmes ayant consommé cette drogue serait compris entre 600000 et 800000. Toutes ces estimations n'ont qu'une valeur indicative, restent très floues, et ne tiennent pas compte des fortes disparités qui existent tant en ce qui concerne l'âge des consommateurs que leur répartition géographique et leur lieu de résidence. Plus intéressant est d'apprécier l'évolution de la consommation féminine.

20. 2 EVOLUTION DE LA CONSOMMATION FÉMININE

La consommation féminine de drogues illicites a indiscutablement augmenté. La proportion de femmes ayant consommé une de ces drogues au cours de leur vie est passée de 8,2% en 1992 à 11,2% en 1995, chiffre cité dans le baromètre santé adultes du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) (3), portant sur une population âgée de 18 à 75 ans. Plus inquiétant est le résultat d'enquêtes récentes portant sur la consommation des adolescentes. Elles montrent que l'expérimentation des drogues illicites s'est répandue dans cette population depuis le début des années 90 comme le révèle une étude dans les lycées parisiens, faite par l'Institut National de la Recherche Pédagogique (INRP) comparant l'expérimentation des drogues illicites par les filles en 1991: 22% et 1998: 39% (4). Cette augmentation est particulièrement nette dans le milieu scolaire et dans les grandes villes. Ainsi, 17% des filles de 15 à 19 ans avaient fumé du cannabis au moins une fois dans leur vie dans l'enquête de Marie Choquet et Sylvie Ledoux concernant les adolescentes scolarisées dans l'enseignement secondaire en 1993 (5). Elles sont 25% à l'avoir fait en 1997 dans l'enquête assez similaire de Robert Ballion(9). Dans la même enquête, une augmentation significative est observée dans la consommation d'ecstasy qui est passée de 0,1% en 1991 à 3% en 1998, de solvants de 0,3% à 4% et à un moindre degré dans celle du LSD, de 0,4% à 1,7% et dans celle de cocaïne de 0,2% à 1,5%. Les raisons invoquées par les lycéens parisiens, garçons ou filles, consommant du cannabis sont par ordre de fréquence décroissante: la curiosité (49,5% des

réponses), le désir de faire la fête (16,7%), de se sentir bien (11,3%) et l'imitation (10,3%). Le recours face aux difficultés ne vient qu'en avant-dernière position (8,2%) ce qui distingue bien cette population de celle des héroïnomanes. Chez les femmes plus âgées, d'autres raisons ont été invoquées. L'une d'elles est la transformation profonde des stéréotypes féminins traditionnels. Les femmes devant partager un statut socio-professionnel de plus en plus proche de celui des hommes ont naturellement tendance à aligner leur comportement sur ceux-ci, voire à s'affirmer par certaines attitudes, telle que la consommation de tabac. Tenter de concilier vie professionnelle et vie familiale peut devenir source de conflits internes et d'anxiété, dépassant chez certaines leurs facultés d'adaptation. Pour d'autres, mères au foyer, la confrontation à une vie quotidienne qui ne correspond pas à leurs aspirations les conduit à un sentiment d'échec et à la recherche de compensations. Mais des faits nouveaux sont apparus dans la société française, le plus banal étant l'augmentation du nombre des divorces et des familles monoparentales ou recomposées, le plus symptomatique étant l'apparition récente de femmes parmi la population des sans abris, ce qui était exceptionnel auparavant: 18% des sans-abris âgées de 18 à 69 ans en région parisienne sont des femmes. En outre, ces dernières sont plus jeunes que les hommes dans la même situation (25 ans contre 35 à 49 ans) (6).

On a pu noter également un début plus précoce de la consommation dans les deux sexes, signalé aussi bien dans le rapport de l' Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS) que par les enquêtes effectuées dans les lycées et collèges. Pour les structures répressives (7), la proportion de mineurs interpellés pour usage s'est élevé pour les moins de quinze ans de 0,86% à 1986 à 2,59% en 1998 et pour ceux de 16 à 17 ans de 5,35% à 10,45%. Ce rajeunissement est particulièrement net pour le cannabis, raison majeure de l'interpellation des mineurs (98,7% des cas avant 15 ans, et 98,2% de 16 à 17 ans). On admet que, dès 15 ans, un lycéen parisien sur 4 a expérimenté cette drogue. La consommation augmente avec l'âge ce que montre, d'une part, la comparaison de trois enquêtes effectuées par le CFES en 1992, 1995 et 1997 où l'expérimentation de cette drogue, quel que soit le sexe, entre 15 et 20 ans, passe de 8,2% en 1992 à 23,7% en 1997 (8), d'autre part dans l'enquête dans les lycées parisiens où l'expérimentation chez les filles passe de 34,2% chez les mineures à 42,7% chez les majeures (4). Le maximum est atteint entre 20 et 25 ans pour décroître ensuite.

20.3 CARACTERES PARTICULIERS DE LA CONSOMMATION CHEZ LES FEMMES

Un certain nombre de traits caractérisent la consommation des drogues illicites chez les femmes: une consommation différente selon les drogues, un contact différent avec le système répressif, une fréquence différente des complications sanitaires, la grossesse, le problème des relations mère-enfant et de l'élevage des enfants, et un aspect particulier de la prévention.

20.3.1 La consommation selon les drogues

A côté des tendances communes aux deux sexes: accroissement et début plus précoce de la consommation, se dégage des différentes études épidémiologiques et ethnographiques *un profil particulier de la consommation féminine*. Contrairement à

la consommation de tabac où le pourcentage de femmes se rapproche de plus en plus de celui des hommes, les femmes persistent à consommer moins de drogues illicites que les hommes. La proportion d'ensemble est d'une femme pour trois hommes, proportion légèrement supérieure dans l'étude la plus récente, celle des conduites déviantes des lycéens, faite par le Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques (CADIS), dans laquelle 27% des filles ont consommé des drogues durant l'année contre 41% des garçons (9). En fait, un examen plus attentif montre qu'il existe des variations notables selon les drogues.

Les femmes consomment proportionnellement moins d'héroïne que les hommes et la proportion de femmes parmi les héroïnomanes ne semble pas varier depuis plusieurs années : 25 à 30%.

Elles consomment moins de cannabis : 23,4% des filles âgées de 15 à 19 ans ont expérimenté cette drogue au cours de leur vie contre 32,9% des garçons et 17,4% en ont consommé au cours des douze derniers mois contre 28% des garçons dans l'enquête du CFES (8); 37,3% au cours de la vie chez les filles contre 49,5% chez les garçons dans l'enquête de l'INRP (4) et 20% contre 27% dans l'enquête du CADIS. La drogue est moins souvent proposée aux adolescentes : 45,2% contre 52,6% aux adolescents dans le baromètre santé-jeune (8). Elles ont une moins bonne connaissance des points de vente et connaissent moins souvent que les garçons des personnes qui fument du haschich: 74,3% contre 88,9% (9). L'âge moyen de l'initiation est de 15,9 ans sans différence entre les garçons et les filles dans le baromètre santé jeune (8). Cependant, les filles semblent consommer moins précocement que les garçons : 3% des filles le font de 11 à 13 ans contre 6% des garçons dans l'enquête sur les adolescents (5). Elles ont tendance à ne pas renouveler leur consommation et sont plus souvent "expérimentatrices". Cette notion existait dans l'enquête en milieu scolaire de l'INSERM où la proportion de filles ayant consommé trois fois et plus de cannabis durant la vie était, en 1994 de 12% contre 26% chez les garçons (5). On la retrouve dans deux statistiques plus récentes: celle sur les conduites déviantes des lycéens dans laquelle la proportion de garçons et de filles usagers occasionnels est équivalente, mais la différence devient très marquée lorsque l'usage est répété (dix fois ou plus) : 9% contre 21% (9), et celle sur les lycées parisiens où 18,5% des filles ont consommé du cannabis au moins dix fois dans leur vie contre 31,9% des garçons et 4,8% au moins dix fois dans le mois contre 13,7% des garçons (4). Enfin, la consommation par les filles d'autres produits associés est plus faible, 2,78 fois moins élevée que celle des garçons dans le baromètre santé jeune, excepté le tabac (8). *Cependant, entre 18 et 24 ans, l'écart entre les sexes a tendance à devenir de plus en plus faible et de moins en moins significatif.*

Les femmes consomment également moins d'ecstasy mais la proportion est légèrement supérieure à une femme pour trois hommes et cette consommation augmente. Deux études pilotes ont été menées en France sur trois sites: Paris et Lille par l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)(10) en 1997, sur 163 sujets, et Bordeaux par le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID) (11) en 1998, sur 134 sujets. La consommation d'ecstasy chez les femmes par rapport à celle des hommes est de 34,4% dans la première étude et de 33,6% dans la seconde. L'âge moyen est le même, quel que soit le sexe, plus jeune que celui des héroïnomanes: aux environs de 26 ans. La

consommation est le plus souvent répétée: 62,5% des filles en ont consommé plus de dix fois dans l'enquête de l'IREP (10). Dans les deux enquêtes, la population est assez semblable: 32,1% des filles ont fait des études secondaire, 62,5% des études supérieures et 75% sont des salariées ou des étudiantes (10). La consommation est financée de façon légale, le deal ne représentant que 10% des cas environ: 9,7% (11). L'ecstasy n'apparaît pas comme un produit d'initiation et son usage succède dans la majorité des cas à celui du cannabis. Sa consommation se conjugue très souvent avec celle de beaucoup d'autres produits destinés à en renforcer l'action (cocaïne), en limiter les conséquences (cannabis, alcool, héroïne ou tranquillisants) ou en moduler les effets (LSD). La première prise se situe autour de 23 ans et se fait dans un cadre collectif: "rave" partie, fête privée, boîte de nuit, concert. Cependant, une analyse plus fine des données montre que plus on se rapproche de l'époque actuelle, plus l'âge de la découverte est précoce. L'âge de l'initiation se situerait actuellement autour de 17-18 ans. D'autre part, la consommation féminine augmente. Elle est dans les lycées parisiens de 3,1% pour les filles et de 2,9% pour les garçons (4).

Quant aux autres drogues illicites, il est impossible de déterminer la fréquence de la consommation féminine aussi bien en population générale que par rapport à la consommation masculine. Dans les lycées parisiens (4), la consommation de cocaïne et de LSD, au moins une fois au cours de la vie, est identique chez les filles et les garçons. Elle reste très marginale par rapport à celle du cannabis: 1,5% des lycéens ont expérimenté la cocaïne, 1,7% le LSD. La consommation du crack est essentiellement observée à Paris et ses banlieues et a été signalée à Lille. Le crack serait plus souvent consommé quotidiennement par les femmes toxicomanes (9,5%) que par les hommes (5%) (12), peut-être du fait d'une consommation plus marquée chez les prostituées.

Mais les femmes consomment beaucoup plus de médicaments psychoactifs, au moins deux fois plus, que les hommes. On le constate dans toutes les enquêtes. D'après le baromètre santé jeunes 97/98 (8), la proportion est de 11% chez les filles contre 5,9% chez les garçons. Non seulement les filles consomment plus mais la consommation augmente avec l'âge: 2,6% de celles âgées de 12 ans ont pris au moins un médicament de ce type au cours des 30 derniers jours, contre 16,3% à 19 ans, contrairement à ce qui se produit chez les garçons où l'on ne décèle aucune évolution particulière avec l'âge. La prédominance des filles est encore plus marquée dans l'étude des conduites déviantes des lycéens (9) où la consommation depuis un an est de 41% chez les jeunes filles (exceptionnelle dans 26% des cas et plus ou moins régulière dans 15%), et de 18% chez les garçons (exceptionnelle dans 12% des cas et plus ou moins régulière dans 6%). Il s'agit de benzodiazépines, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques plus que d'antidépresseurs. En revanche, cette consommation est moins souvent associée à d'autres drogues, notamment à l'alcool et au cannabis, chez les filles que chez les garçons. La différence femmes/hommes est retrouvée à l'âge adulte. Dans le baromètre santé adultes 95/96 (3), les femmes consomment près de deux fois plus de somnifères ou de tranquillisants que les hommes à partir de 35 ans: 10,5% des femmes en ont consommé dans les 7 derniers jours contre 5,8% chez les hommes et l'écart entre consommation féminine et masculine s'accroît après 45 ans.

20. 3 2 Le contact avec le système répressif

Une autre caractéristique de la population féminine consommant des drogues en France est *la faible proportion de femmes interpellées par la police et la gendarmerie nationale pour infraction à la législation sur les stupéfiants*. Alors que toutes les études épidémiologiques ou ethnographiques montrent que la consommation féminine augmente, les interpellations pour usage, et usage et revente ne cessent de diminuer. Sur 85507 interpellations effectuées en 1998, seules 7172 intéressaient les femmes soit 8,39% (7). Cette proportion était de 20,7% en 1972. Cette différence se retrouve pour toutes les catégories de drogues avec de légères nuances. On n'observe aucune modification dans le temps dans le nombre d'interpellations de femmes pour usage de cannabis (7,14% en 1998, 7,12% en 1997 et 7,09% en 1991) ni pour usage de cocaïne, ni même d'ecstasy. On constate une légère diminution des interpellations pour usage d'héroïne (14,71 en 1998 contre 16,31% en 1997) et une légère augmentation pour celui de crack (18,27% contre 15,15% en 1997). On peut s'interroger sur ce phénomène : consommation plus discrète des femmes, moindre participation aux deals ou plus grande tendance des forces de l'ordre à interpellier les hommes. Le même constat peut être fait dans une étude de l'IREP en 1996 (12) dans laquelle les femmes héroïnomanes ont été presque deux fois moins souvent incarcérées que les hommes (37% contre 60%) avec des durées moyennes d'incarcération deux fois moins longues. En 1996, les personnes condamnées pour usage illicite de stupéfiants étaient à 90% des hommes (1). D'une façon générale, les femmes sont proportionnellement toujours moins représentées dans les structures répressives que dans les structures sanitaires.

20. 3 3 Les complications sanitaires

Dans l'ensemble, les complications sont les mêmes dans les deux sexes: surdoses, infections virales, tuberculose, septicémies, abcès. Toutefois, on peut noter des variations dans la fréquence de ces complications selon le sexe.

Les femmes meurent moins de surdoses. Le nombre de décès par surdoses répertoriés par l'OCRTIS (7), qui a considérablement diminué dans notre pays au cours des cinq dernières années (564 à 143 entre 1994 et 1998) s'est notamment abaissé chez les femmes de 91 en 1994 (16,1%) à 18 en 1998 (12,6%). Cette différence se retrouve dans une enquête sur les décès par usage de stupéfiants en Ile de France faite par Lecomte et coll. (13) en 1990. Sur 240 décès dont près de 95% étaient dus à une surdose, 1 décès sur 5 seulement concernait des femmes. A Paris, la même année, la mortalité par usage de stupéfiants était trois fois moindre chez les femmes: 5,7 pour cent mille, que chez les hommes: 18,6.

Les infections virales ont diminué dans les deux sexes. Les mesures de réduction des risques concernant les seringues : vente libre en pharmacie depuis 1987, développement des programmes d'échange de seringues depuis 1990, implantation des distributeurs et des distributeurs-échangeurs surtout depuis 1995, ont été efficaces. On a constaté une diminution des pratiques d'injection et du partage des seringues. Dans l'étude de l'IREP (12), l'abandon des pratiques d'injections intra-veineuses a été presque identique chez les femmes (24%) et les hommes (22%) et une diminution progressive et constante, du partage des seringues a été notée dans

les deux sexes entre trois périodes d'observation 1987-88, 1990-91 et 1995-96. Au cours de la dernière période, le partage persistait chez 24% des femmes et 17% des hommes. En définitive, la fréquence de l'infection à VIH a diminué. Le taux de séropositivité pour le VIH est passé chez les femmes résidentes des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement de 25,5% en 1993 à 14,9% en 1998 (14). Le bien fondé des mesures de réduction des risques apparaît aussi dans une statistique sur les femmes enceintes recensées dans 128 services de gynécologie-obstétrique en 1987 puis en 1993 (15). La proportion de femmes contaminées par injection intra-veineuse de drogues parmi les séropositives s'est abaissée de 58,8% en 1987 à 16,6% en 1993 dans la région Ile de France et de 74,6% à 36,8% dans les autres régions mais le nombre de femmes séropositives pour le VIH n'a pas diminué pour autant (504 en 1987 et 549 en 1993). D'autre part, la pratique de réutilisation de sa propre seringue et surtout le partage du matériel d'injection s'est perpétué chez les femmes comme chez les hommes, ce qui explique en partie l'échec de la prévention concernant la transmission de l'hépatite C. Dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) (14), on retrouve la même fréquence de la séropositivité VHC chez les femmes en 1996 (59,4%) et en 1998 (59,6%).

Malgré l'efficacité des mesures de réduction des risques, *les femmes sont plus souvent infectées par le VIH*. A vrai dire, la différence des contaminations entre hommes et femmes est faible. Elle est plus marquée dans la statistique des centres de soins spécialisés (14) (18,8% de séropositivité chez les femmes de 1993 à 1998 contre 14,1% chez les hommes) que dans l'étude de l'IREP (12) (22% de séropositivité chez les femmes contre 19% chez les hommes) et celle de Pierre-Yves Bello portant sur la prévalence des héroïnomanes dans la ville de Toulouse en 1998 (16) (17% contre 16%).

Cette morbidité supérieure est due à la plus grande exposition des femmes à la contamination par le VIH par voie hétérosexuelle. Dans l'étude de l'IREP (12), on note chez les femmes, une fréquence plus élevée des maladies sexuellement transmissibles (11% contre 4%) dont on connaît le rôle favorisant dans la transmission du VIH de l'homme à la femme. Par ailleurs, les femmes semblent moins prudentes que les hommes: près de la moitié d'entre elles ne connaissaient pas la sérologie de leur dernier partenaire. Le port du préservatif est plus rare chez les femmes : 34% en ont utilisé au cours du dernier rapport sexuel contre 44% chez les hommes. Il n'a jamais été utilisé dans 37% des cas. Le préservatif ne l'a été qu'occasionnellement dans 25% des cas et systématiquement seulement dans 28% des cas. En outre, un pourcentage notable de femmes toxicomanes se livre à la prostitution (39% des cas), régulièrement (22% des cas) ou occasionnellement (17% des cas).

20. 3 3 1 La grossesse

En France, le nombre de femmes enceintes consommant des drogues illicites est inconnu. A cette ignorance, il est plusieurs raisons. Les toxicomanes ne sont apparus dans les services de gynécologie-obstétrique français, du moins les obstétriciens n'ont-ils reconnu leur présence, qu'à la fin des années 80 ce qui correspond à la phase d'expansion des toxicomanies dans notre pays et surtout à l'apparition des cas d'infection par le VIH. Encore actuellement, les toxicomanes enceintes, bien que mieux repérées, restent dispersées dans les services et leur toxicomanie souvent

méconnue. Rares sont les gynécologues-obstétriciens qui posent la question au début de la grossesse d'une éventuelle consommation de cannabis, d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy. Même si la question était posée, on estime que 20 à 30% des usagers dissimuleraient leur consommation. La seule mesure qui permettrait de faire un état des lieux serait le dépistage de toute une série de drogues illicites dans les urines des femmes, ce qui serait techniquement possible en raison de la qualité de la surveillance prénatale comportant des examens d'urines systématiques et ne poserait aucun problème éthique si cette recherche était anonyme. Une autre possibilité serait l'étude du méconium expulsé par les enfants les trois ou quatre premiers jours, qui renseignerait sur la prise de drogues par la mère dans les trois semaines précédant la naissance. Plus difficile, plus coûteuse et probablement moins bien acceptée serait la recherche sur les cheveux des femmes. Enfin, peu de gynécologues-obstétriciens sont suffisamment formés pour la surveillance de telles patientes, en dehors du diagnostic et du traitement des complications infectieuses. Seul le nombre de femmes enceintes héroïnomanes suivant un traitement de substitution peut donner lieu à une estimation approximative. Si l'on se réfère au nombre de toxicomanes prenant actuellement des médicaments de substitution, méthadone ou buprénorphine haut dosage (Subutex®), de l'ordre de 65000 (64300 en décembre 1998), si l'on estime que 30% sont des femmes et si l'on admet que 10% d'entre elles peuvent être enceintes, le nombre de femmes concernées serait de l'ordre de 2000 par an.

En France, ces femmes sont généralement considérées par les obstétriciens et les pédiatres comme difficiles à suivre, perturbatrices, et plus ou moins incapables de s'occuper de leurs enfants. A l'opposé, les intervenants spécialisés en toxicomanie considèrent que, dans les maternités, les toxicomanes sont trop stigmatisées, les dépendances souvent mal prises en charge et la séparation de la mère et de l'enfant trop souvent envisagée. D'où un profond malentendu.

Pourtant, chacun s'accorde à reconnaître que la grossesse est par excellence un moment privilégié pour entrer en contact avec les toxicomanes. C'est pourquoi certains obstétriciens, pédiatres et intervenants spécialisés s'efforcent d'introduire une transformation radicale dans l'accueil et le suivi de ces femmes. Ils préconisent de limiter les indications de sevrage aux cas les plus favorables en raison du risque de souffrance foetale aiguë et de la fréquence des rechutes après l'accouchement, de favoriser les traitements de substitution, en prescrivant des doses suffisantes pour parvenir à un bon équilibre, le lien entre les doses de médicaments de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage néonatal n'étant ni clairement établie, ni prévisible, enfin de favoriser au maximum la relation mère-enfant en évitant la séparation qu'il s'agisse du transfert du nouveau-né en unités spécialisées sauf en cas de syndromes de sevrage graves ou du placement de l'enfant par décision de justice qui doit être réservé aux cas les plus sévères. Peu à peu se constituent des réseaux comportant gynécologues-accoucheurs, sages-femmes, pédiatres, médecins internistes, intervenants spécialisés en toxicomanie, travailleurs sociaux, et médecins généralistes qui suivront ultérieurement la femme. A cet effet, a été créé en France en 1999, un groupe d'étude Grossesse et Addiction (GEGA), réunissant à ce jour 79 équipes pluridisciplinaires.

Ces mesures, notamment la prescription des traitements de substitution, permettent d'éviter en partie les complications liées à la prise d'héroïne. La mise sous

substitution améliore la qualité de la surveillance prénatale, entraîne une stabilisation des doses reçus par la mère et le fœtus, ce qui diminue l'irritabilité de l'utérus et évite les épisodes de sevrage subis par le fœtus, modifie le style de vie et l'alimentation, et permet de mieux traiter la mère lorsqu'elle est infectée par le VIH. Les résultats bénéfiques de cette nouvelle prise en charge ressortent de la comparaison de deux cohortes de nouveaux-nés de mères toxicomanes, rapportées par Lejeune et coll. en 1998 (17). Lorsque les femmes ont un traitement de substitution, la grossesse est bien suivie dans 91% des cas (46% dans le cas contraire) et le taux d'accouchements prématurés s'abaisse à 17% (34% dans le cas contraire). Tous les nouveaux-nés sont sortis avec leur mère, ce qui n'avait lieu que dans 30% des cas auparavant. La seule complication qui persiste est le retard de croissance in utero et, après la naissance, les syndrômes de sevrage plus sévères et plus prolongés avec la méthadone qu'avec le Subutex.

Par ailleurs, dans la législation française, *le dépistage des anticorps anti VHB est obligatoire dès le début de la grossesse*, complété si nécessaire par une recherche de l'antigène HBs, ce qui permet une très efficace prévention de la transmission verticale du VHB par sérovaccination à la naissance. *Le test de dépistage du VHC est recommandé. Quant à la recherche des anticorps anti-VIH, il est obligatoire pour les médecins de le proposer dès le début de la grossesse depuis janvier 1993.* A vrai dire, les obstétriciens français avaient déjà adopté une politique de dépistage très active et largement suivie depuis la fin des années 1980. Le test est actuellement proposé dans plus de 90% des cas et accepté par 99% des femmes. *Un traitement antirétroviral par zidovudine est désormais toujours proposé aux mères.* Il a été accepté par 91% des patientes en 1998. Cette prescription, combinée à la pratique d'une césarienne avant rupture des membranes et avant tout début de travail, a permis de réduire considérablement le taux de contamination de la mère à l'enfant. Dans l'enquête périnatale française, un seul enfant a été infecté sur les 133 dernières naissances (18).

20. 3 3 2 La conduite vis à vis des enfants de mères toxicomanes

Le sentiment éprouvé en France envers les enfants nés de mères toxicomanes oscille entre la crainte et l'espoir. La crainte pour la sécurité, le développement et l'épanouissement de l'enfant, sentiment éprouvé fréquemment par les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres, l'espoir dans les éventuelles vertus réparatrices de la maternité et une certaine confiance dans la capacité des toxicomanes de s'occuper de leur enfants, sentiment plus souvent éprouvé par les psychiatres et les intervenants spécialisés en toxicomanie. La loi française prévoit la possibilité d'un signalement au substitut du procureur de la République, au parquet du Tribunal de Grande Instance, lorsque la mère paraît incapable de s'occuper de son enfant. Le substitut peut demander une enquête pour complément d'informations, ordonner un placement provisoire en situation d'urgence ou saisir le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative. Le juge pour enfant peut secondairement prendre soit une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert, l'enfant est alors maintenu dans son milieu familial avec l'aide et le soutien d'un travailleur social, soit une mesure de placement provisoire dans un autre milieu d'accueil. La tendance actuelle est de laisser les enfants avec leurs parents. Il semble à ce propos que la substitution, en permettant l'émergence d'une demande d'aide ou de soins spécifiques de la part des parents et une meilleure surveillance, améliore le sort des

enfants. La situation n'en est pas pour autant très satisfaisante. Une étude concernant les enfants des toxicomanes recevant des traitements de substitution faite par Bouchez et Coppel (19) portant sur 85 enfants, a montré que 51% des parents avaient eu des difficultés pour élever leurs enfants et que 38% de ceux-ci présentaient des troubles de conduite et des symptômes anxio-dépressifs. Pour les moins de huit ans, il s'agissait plutôt d'hyperactivité, de manifestations d'opposition et de symptômes anxieux et dépressifs ; pour les plus de huit ans, de troubles du comportement.

20. 4 LA PREVENTION

Tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'un ensemble de mesures concernant aussi bien les filles que les garçons: commencer tôt la prévention, augmenter les capacités de résistance des enfants à l'offre des drogues, accroître autant que possible leur bien-être familial, scolaire et social, les aider à demander une aide appropriée en cas de difficultés personnelles et favoriser la collaboration indispensable entre parents et enseignants. *Mais certains pensent en France qu'il conviendrait de mettre en place une prévention différenciée pour les garçons et les filles* en raison, non seulement des variations dans la consommation des diverses drogues selon le sexe, mais aussi des différences très nettes dans l'expression de la détresse et de la souffrance psychique, la perception du danger, la demande d'information, et l'impact des mesures préventives chez les filles. Ainsi, dans l'étude sur les adolescents de Marie Choquet et Sylvie Ledoux (5), les adolescentes réagissent plus souvent à leurs difficultés en se plaignant de troubles variés tels que céphalées, douleurs digestives, dorsalgies et réveil nocturne. A 18 ans, presque trois fois plus de filles (40%) que de garçons (14%) présentent au moins trois de ces symptômes. On note également plus d'anomalies dans les conduites alimentaires, notamment la boulimie, plus de tendances dépressives et d'authentiques dépressions et plus de tentatives de suicide chez les filles: 27% d'entre elles ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois contre 19% des garçons, 11% y pensent fréquemment contre 7% des garçons. Des données identiques se retrouvent dans le baromètre santé jeunes 97/98 (8) dans lequel 13,7% des filles contre 7,5% des garçons avaient eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et 5,4% des filles contre 2,1% des garçons étaient passés à l'acte au cours de leur vie. D'autre part, si elles sont moins souvent victimes de violence physique que les garçons (10% contre 21% dans l'étude sur les adolescents (5) et 5,3% contre 10,3% dans le baromètre santé) (8), les filles le sont plus souvent de violences sexuelles, 6% contre 2% dans le baromètre santé. Ces violences augmentent avec l'âge chez les filles, passant de 3% de 11 à 13 ans à 9% à 18 ans et plus, alors qu'elles diminuent chez les garçons de 3% à 0,7%. En outre, les filles prennent moins de risques par plaisir ou défi (10,7% contre 19,4% des garçons au cours du dernier mois dans le baromètre santé) (8) et à personne contre 48% des garçons) (20). Enfin, il est avéré que les filles boivent moins d'alcool mais ont tendance à fumer de plus en plus et plus précocement que les garçons.

Par ailleurs, les filles sont plus intéressées par les actions de prévention et demandent beaucoup plus d'informations que les garçons tant sur le sida (70% contre 58%) que sur la drogue (51% contre 41%) (20). Elles se confient plus facilement que les garçons et sont plus responsables, plus mûres, plus soucieuses de leur santé et de leur avenir. Elles sont aussi plus réceptives aux actions de

prévention et, dans l'étude de Marie Choquet et Christophe Lagadic (20), le fait d'avoir participé à une action de prévention primaire diminue, de moitié chez les filles, le risque de consommer du cannabis par rapport à une population témoin, ce qui n'est pas constaté chez les garçons. En outre, elles manifestent plus souvent l'intention de cesser leur consommation lorsque celle-ci était occasionnelle.

Une autre preuve de cette plus grande sensibilité des femmes aux problèmes posés par les toxicomanies et la prévention peut être trouvée dans le rapport établi par le service public d'accueil téléphonique, Drogue-Info-Service (21), créé en France en 1990. Sur 29533 appels analysés parmi les quelques 70000 reçues au cours de l'année 1997, la proportion de femmes est supérieure à celles des hommes (59%). Les appels, proviennent essentiellement de l'entourage féminin (78,9%) surtout des mères (40% des cas), plus rarement d'ami(e)s (19,2%), encore plus rarement des frères et sœurs (8,8%). Ils viennent très rarement des pères (7,4%). Cette distinction entre les sexes s'étend aux professionnels de santé, les femmes appelant presque deux fois plus souvent que les hommes (63,9% contre 36,1%). *Ces chiffres montrent qu'il existe une mobilisation effective d'une partie de la population féminine qu'il conviendrait d'encourager.*

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Drogues et toxicomanies indicateurs et tendances, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. OFDT, 1999
- 2 - Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. OFDT, 1996
- 3 - Baudier F., Arènes J., Baromètre santé adultes 95/96, Comité Français d'Education pour la Santé. CFES 1997
- 4 - Peretti (de) C., Leselbaum N., Les lycéens parisiens et les substances psychoactives: évolutions Institut National de la Recherche Pédagogique. IRNP et Département des Sciences de l'Education Paris X, l'OFDT, 1999.
- 5 - Choquet M., Ledoux S., Adolescents, INSERM U 169 1994
- 6 - Lecomte T. Mizrahi An., Mizrahi Ar., Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne, Bull. Acad. Natle. Med. 1997, 181, 57-70.
- 7 - Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants. OCRTIS, Usage et trafic de stupéfiants Statistiques 1998
- 8 - Arènes J., Janvrin P., Baudier F., Baromètre santé jeunes 97/98 Comité Français d'Education pour la Santé. CFES 1999
- 9 - Ballion R., Les conduites déviantes des lycéens, Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques . CADIS, OFDT 1999.
- 10 - Ingold R., Toussirt M., L'ecstasy: recherche pilote, Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance, OFDT 1997.
- 11 - Delile J.M. Recherche sur les usagers d'ecstasy en Gironde, Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue. CEID, OFDT. 1998
- 12 - Ingold R., Toussirt M., Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite.. Institut de Recherche en Epiémiologie de la Pharmacodépendance,. IREP 1996.
- 13 - Lecomte D., Hatton F., Michel L., Le Toullec A, Décès par usage de stupéfiants en Ile de France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. BEH. 1994, 35, 159-161.
- 14 - Six C., Hamers F., Brunet J.B, Infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. 1993-1998, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. BEH. 1999, 32, 133-135.

- 15 - Mandelbrot L., Paris-Llado J., de Mazaubrun C., Henrion-Géant E., Bréart C., Henrion R., L'infection VIH chez les femmes enceintes en France métropolitaine dans le réseau sentinelle des maternité 1987-1993.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. BEH. 1996, 38, 167-168.
- 16 - Bello P.Y., Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie, Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées, OFDT.1998.
- 17 - Lejeune C., Jubert C., Floch-Tudal C., Montamat S., Jaby Sergent M.P, Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants, Journées Parisiennes de Pédiatrie. 1998.
- 18 - Mandelbrot L., Le Chenadec J., Berrebi A. et coll., Perinatal HIV-1 transmission: interactions between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort., JAMA. 1998, 280, 55-59.
- 19 - Bouchez J., Coppel A., Les enfants de toxicomanes: une nécessité de soins préventifs spécifiques.in Les traitement de substitution pour les usagers de drogues. Touzeau D., Jacquot C., Arnette édit. 1997.
- 20 - Choquet M., lagadic C., Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie, INSERM U-472, OFDT.1999.
- 21 - DROGUES INFO SERVICE, Rapport d'activité 1997-1998.

21. CONCLUSION

21. 1 TENDANCES 1997-1999

21. 1 1 Consommation des drogues illicites

Diminution globale de la consommation d'héroïne

La tendance à la réduction de la consommation de ce produit était peut-être déjà présente depuis quelques années sans qu'il ait été possible de la percevoir à l'époque. En 1997 et 1998 le phénomène apparaît incontestable et se traduit aussi bien dans les statistiques que dans les observations de terrains. Cette évolution est liée à l'accroissement rapide du nombre de personnes sous traitement de substitution depuis 1996 mais aussi à la désaffection à l'égard de ce produit qui a peut-être commencé à se manifester bien avant cette date.

Apparition de consommations occasionnelles d'héroïne parmi les jeunes

La baisse constatée de la consommation de l'héroïne est néanmoins contredite par l'apparition de consommations occasionnelles d'héroïne parmi les jeunes, dans le sillage de la consommation des drogues de synthèse. Il ne s'agit à l'heure actuelle que de consommations très limitées, peut-être demeurées cachées jusqu'à maintenant. Il est encore trop tôt pour savoir si une dynamique de nouvelles consommations est engagée ou si on ne peut parler que de la persistance d'une consommation résiduelle d'héroïne.

La consommation du Cannabis se banalise

La consommation de cannabis est de plus en plus répandue, en particulier chez les jeunes. On constate une distance de plus en plus grande entre, d'une part, la loi et sa mise en œuvre, et d'autre part, les pratiques de consommation. Les plantations particulières de cannabis sont en développement.

La consommation de produits de synthèse est en augmentation

La consommation de produits de synthèse, appartenant aux familles des stimulants ou des hallucinogènes paraît également être en augmentation. Les indicateurs disponibles ne permettent cependant pas pour l'instant de confirmer cette tendance. On observe de nouvelles utilisations de produits anesthésiants tel que la Kétamine et le GHB et l'apparition de nouveaux produits comme le DOB (dérivé amphétaminique).

Baisse du nombre d'usagers d'héroïne "à problème"

La tendance à la baisse du nombre d'usagers d'héroïne "à problème" se poursuit. La consommation de cocaïne est en augmentation, phénomène qui transparaît dans les statistiques d'interpellations, dans les enquêtes auprès des jeunes comme dans les observations de terrain.

Diminution de la consommation de l'héroïne par voie intraveineuse

Même si nous ne disposons pas d'indicateurs permettant de le montrer clairement, la consommation de l'héroïne par voie intraveineuse est certainement en diminution. On note en revanche l'apparition du recours à l'injection pour les produits stimulants.

Développent des consommations festives chez les jeunes

Les consommations festives avec association de multiples produits, dont les produits licites, se développent chez les jeunes.

21. 1 2 Prise en charge sanitaire

- Le nombre d'usagers pris en charge par les médecins généralistes a augmenté entre 1995 et 1997. Le nombre de médecins recevant des usagers de drogues semble assez stable et cette croissance des prises en charge semble surtout liée à l'augmentation des visites chez les médecins qui recevaient déjà ce type de patients.
- Les recours des usagers de drogues dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et dans les établissements hospitaliers ont connu une augmentation importante entre 1996 et 1997.
- Les années 1996, 1997 ont été marquées par la montée en charge des traitements de substitution au Subutex qui explique sans doute une partie importante de l'augmentation des recours constatée en médecine de ville, dans les hôpitaux et dans les centres spécialisés. Le rythme d'augmentation des prescriptions de Subutex est devenu faible à la fin 1998, mais il est reparti à la hausse au cours du 1^{er} semestre 1999.

21. 1 3 Conséquences de l'usage des drogues illicites

Baisse des surdoses et décès par le sida

Le premier élément à signaler est la forte réduction des décès des usagers drogues par surdose d'une part, et par Sida de l'autre, ces deux évolutions parallèles ayant d'ailleurs des origines indépendantes.

Les décès par surdoses diminuent fortement d'année en année depuis le milieu des années 1990, après une croissance quasiment ininterrompue depuis les années 1970. La part de l'héroïne dans les produits mis en cause régresse, celle des médicaments augmente.

Les décès par Sida des usagers de drogues ont également connu une baisse spectaculaire en quelques années, cette évolution étant surtout imputable aux

progrès thérapeutiques récents qui ont fait globalement reculer le nombre de décès pour tous les malades, indépendamment du mode de contamination. Pour les mêmes raisons, le nombre de nouveaux cas de Sida déclaré a également fortement diminué.

Diminution de la prévalence du VIH

La prévalence du VIH a diminué depuis le début des années 1990, avec des rythmes différents suivant les régions. Depuis le milieu des années 1990, cette évolution semble se poursuivre à un rythme plus faible, tout du moins parmi les usagers de drogues ayant recours aux centres spécialisés. Cette évolution récente demande à être confirmée.

La prévalence du VHC reste élevé

La proportion de personnes séropositives au VHC parmi les usagers de drogues "à problème" se situe toujours à un niveau élevé. La proportion d'usagers déclarant ne pas connaître leur statut a diminué depuis quelques années. Dans les enquêtes reposant sur des tests biologiques, la prévalence du VHC déclarée par les usagers est en moyenne inférieure à la prévalence réelle.

21. 1 4 Application de la loi

Forte augmentation des interpellations pour ILS

Les interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants ont fortement augmenté ces dernières années. Cette évolution est le résultat de mouvements contradictoires : forte croissance des interpellations des usagers de cannabis, diminution de celle des usagers d'héroïne. Les interpellations d'usagers de cocaïne sont en progression même si leur nombre reste limité. Dans un certain nombre de départements les interpellations pour usage de cocaïne sont devenues plus nombreuses que celles pour usage d'héroïne, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant.

21. 1 5 Perceptions

- Cf enquête EROP
- Les français sont quasi-unanimes pour accepter le principe et l'utilité d'une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues. Cependant, lorsque cette idée doit être mise en pratique, des difficultés peuvent surgir. L'implantation de lieux de prise en charge sanitaire ou sociale des usagers de drogues, rencontre à l'heure actuelle une opposition croissante des riverains .