

**2000 REITOX core task 1 CT.2000.RTX.01-F**

**RAPPORT NATIONAL  
SUR LE PHENOMENE DE LA DROGUE  
FRANCE**

---

<b>PART 1 NATIONAL STRATEGIES: INSTITUTIONAL &amp; LEGAL FRAMEWORKS</b>	<b>4</b>
<b>1. DEVELOPMENTS IN DRUG POLICY AND RESPONSES</b>	<b>4</b>
1.1 Political framework in the drug field	4
1.2 Policy implementation, legal framework and prosecution	7
1.3 Developments in public attitudes and debates	12
1.4 Budget and funding arrangement	16
<b>PART 2 EPIDEMIOLOGICAL SITUATION</b>	<b>22</b>
<b>2. PREVALENCE, PATTERNS AND DEVELOPMENTS IN DRUG USE</b>	<b>22</b>
2.1 Main developments and emerging trends	22
2.2 Drug use in the population	23
2.3 Problem drug use	30
<b>3. HEALTH CONSEQUENCES</b>	<b>33</b>
<b>3. HEALTH CONSEQUENCES</b>	<b>33</b>
3.1 Drug treatment demand	33
3.2 Drug-related mortality	39
3.3 Drug-related infectious diseases	41
3.4 Other drug-related morbidity	42
<b>4. SOCIAL AND LEGAL CORRELATES AND CONSEQUENCES</b>	<b>42</b>
4.1 Social problems	42
4.2 Drug offences and drug-related crime	44
4.3 Social and economic costs of drug consumption	55
<b>5. DRUG MARKETS</b>	<b>61</b>
5.1 Availability and supply	61
5.2 Seizures	62
5.3 Price, purity	64
<b>6. TRENDS PER DRUG</b>	<b>65</b>
<b>7. DISCUSSION</b>	<b>67</b>
7.1 Consistency between indicators	67
7.2 Implications for policy and interventions	68
7.3 Methodological indications and data quality	68
<b>PART 3 DEMAND REDUCTION INTERVENTIONS</b>	<b>71</b>
<b>8. STRATEGIES IN DEMAND REDUCTION AT NATIONAL LEVEL</b>	<b>71</b>
8.1. Major strategies and activities	71
8.2 Approaches and New Developments	71
<b>9. INTERVENTION AREAS</b>	<b>71</b>
9.1 Primary prevention	71
9.1.1 Infancy and Family	71
9.1.2 School programmes	72
9.1.3 Youth programmes outside schools	74
9.1.4 Community programmes	76
9.1.5 Telephone help lines	78
9.1.6 Mass media campaigns	80

9.1.7 Internet	81
9.2 Reduction of drug related harm	82
9.2.1 Outreach work	82
9.2.2 Low threshold services	83
9.2.3 Prevention of infectious diseases	83
9.3 Treatments	85
9.3.1 Treatments and health care at National level	85
9.3.2 Substitution and maintenance programmes	87
9.4 After-care and re-integration	88
9.5 Interventions in the Criminal Justice System	88
9.6 Specific targets and settings	93
<b>10. QUALITY ASSURANCE</b>	<b>94</b>
10.1 Quality assurance procedures	94
10.2 Evaluation (Treatment and prevention evaluation)	95
10.3 Research	97
10.4 Training for professionals	99
<b>11. CONCLUSIONS: FUTURE TRENDS</b>	<b>100</b>
<b>PART 4 KEY ISSUES</b>	<b>101</b>
<b>12. DRUG STRATEGIES IN EUROPEAN UNION MEMBER STATES</b>	<b>101</b>
12.1 Application of national strategy and policies	101
12.2 Evaluation of national policies	105
<b>13. COCAINE AND BASE/CRACK COCAINE</b>	<b>108</b>
13.1 different patterns and users groups	108
13.2 Problems and needs for services	112
13.3 Market	114
13.4 interventions projects	116
<b>14. INFECTIOUS DISEASES</b>	<b>118</b>
14.1 Prevalence and incidence of HCV, HBV and HIV among drug users	118
14.2 Determinants and consequences	118
14.3 New developments and uptake of prevention/harm reduction, care	124
Liste des tableaux et graphiques	132

## **PART 1 NATIONAL STRATEGIES: INSTITUTIONAL & LEGAL FRAMEWORKS**

---

### ***1. DEVELOPMENTS IN DRUG POLICY AND RESPONSES***

#### **1.1 Political framework in the drug field**

##### **Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999)**

(se référer au chap.12.1 Part IV)

A la suite des propositions d'orientations développées dans un rapport d'étape (15 octobre 1998) par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Droguue et la Ttoxicomanie (MILDT), le gouvernement a adopté le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances en Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (16 juin 1999).

Ce plan pose certains constats :

- les modes de consommation de produits psycho-actifs évoluent,
- les usagers adoptent de plus en plus des comportements de polyconsommation (consommation de plusieurs substances : ex : ecstasy et alcool),
- le dispositif de prise en charge est inégalement réparti sur le territoire national,
- il n'existe pas, en matière de drogues et de toxicomanies, de culture commune,
- l'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge reste insuffisant.

Partant de ces constats, le plan définit de grandes orientations. Il s'agit de :

- développer l'observation de ces phénomènes (études et recherches),
- diffuser des données fiables, scientifiquement validées, auprès du grand public,
- mettre l'accent en matière de prévention sur les comportements de consommation de substances psychoactives (et non plus sur les produits),
- développer, chez les professionnels de la prévention, une culture commune,
- mettre en place une prise en charge sanitaire et sociale précoce (avant que les consommateurs de substances psychoactives ne deviennent dépendants),
- améliorer l'insertion ou la réinsertion des usagers,
- privilégier, pour les usagers interpellés, les mesures qui permettent d'organiser une rencontre utile avec les médecin, les travailleurs sociaux,
- assurer les soins aux usagers en garde à vue ou en prison,
- développer la politique de réduction des risques,
- mieux réprimer (loi de 96 sur le " proxénétisme de la drogue " ),
- adapter les outils pour combattre efficacement l'arrivée massive des drogues de synthèse,
- développer une coordination plus efficace au niveau national,
- redéfinir au niveau international les priorités géographiques, en s'attachant aussi au développement d'actions de réduction de la demande et des risques.

Ce plan a été complété par une circulaire du Premier Ministre (13 septembre 1999) relative à l'organisation départementale de la politique publique de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances. Cette circulaire doit permettre de mieux préciser les missions des chefs de projet départementaux.

### **La coordination de la politique de lutte contre la drogue**

Au cours des années 1970, les pouvoirs publics s'étaient peu préoccupés de la coordination de l'action publique au niveau central. Au niveau local, cependant, on peut faire état de la création, dès 1971, de bureaux de liaison de lutte contre la toxicomanie réunissant les préfets et les responsables locaux des principaux services de l'État intéressés (Éducation, Police, Santé, Douane, Justice). Ces structures vont cependant vite tomber en désuétude. Le rapport Pelletier recommande la création, pour une durée limitée, d'une structure centrale de coordination.

#### ***Les structures nationales***

Il faudra attendre le début des années 1980 pour que cette dernière proposition soit mise en application. Présidé par le Premier ministre, le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie, créé en 1982, a pour mission la définition, l'animation et la coordination de la politique du gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie. Ce comité s'est réuni quatre fois entre 1982 et 1986 ; il a adopté deux programmes d'action en 1983 et en 1985. Ce comité ne sera ensuite plus convoqué avant 1993.

Une structure administrative de coordination, chargée de préparer les délibérations du Conseil interministériel et de veiller à leur exécution, a été créée en même temps que le comité interministériel. Cette structure, plusieurs fois rebaptisée au cours des années 1980 (Mission permanente de lutte contre la toxicomanie, Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie, Délégation générale à la lutte contre la drogue puis Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), sera successivement rattachée au ministère de la Solidarité, au Premier ministre, au ministre de la Justice, puis de nouveau au Premier ministre. Ces fréquents changements sont l'expression des modifications d'orientation que les différents gouvernements ont souhaité donner à la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Cette structure légère a été, dès le départ, composée d'un nombre restreint de chargés de mission mis à disposition par les administrations représentées au Comité interministériel. Elle dispose de crédits interministériels depuis 1987 qui sont pour l'essentiel répartis entre les différents ministères. Le rapport Trautmann, qui dresse le bilan de dix ans de lutte contre la toxicomanie en 1989, fait état des problèmes d'identité et de légitimité de l'organisme interministériel, liés aux allées et venues entre différents ministères. Considérant qu'il est difficile à un organisme rattaché à un ministère particulier d'exercer une mission de coordination interministérielle, le rapport se prononce en faveur d'un rattachement permanent au Premier ministre.

La Délégation générale à la lutte contre la drogue (DGLD), créée en décembre 1989, avec Georgina Dufoix à sa tête, a fusionné en 1990 avec la MILT pour donner naissance à la DGLDT. Cet organisme sera rattaché au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville en 1993. Rebaptisée MILDT en 1996, la mission est depuis cette date placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle est cependant «mise à la disposition» du ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du secrétaire d'État à la Santé, ce qui fait dire à la Cour des comptes dans un rapport<sup>1</sup> sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie, que des « ambigüités subsistent ».

#### ***Les structures et la coordination locales***

Destinés à être le prolongement de la MILT sur le plan local, les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie sont créés en 1985 par une circulaire du Premier ministre.

Ils ont pour mission la coordination et l'animation au niveau local, vis-à-vis des services extérieurs de l'État et des collectivités locales, de l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie. La liste des

---

<sup>1</sup> « Le dispositif de lutte contre la toxicomanie – rapport public particulier » Cour des Comptes – juillet 1998 – ed. du JO

participants à ce comité n'est pas limitative et inclut les services extérieurs de l'État, les collectivités locales et les associations. Aussitôt mise en place dans un grand nombre de départements cette nouvelle structure ne parviendra pas à trouver de véritable place. De nouvelles dispositions seront prises au niveau de la coordination locale dans les années 1990.

La coordination locale est redéfinie par une circulaire du Premier ministre datée du 9 juillet 1996. Une évaluation des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie avait permis de constater que seuls 30 % des départements en possédaient encore en 1994 et que les acteurs locaux avaient choisi les conseils départementaux de prévention de la délinquance comme structure de concertation sur les problèmes liés à la drogue. La réforme entérine cette évolution et prévoit un nouveau cadre départemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie comportant trois niveaux : le préfet et un chef de projet chargés de l'application de la politique gouvernementale (niveau de direction), un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie réunissant les responsables départementaux des services de l'État et les représentants de l'autorité judiciaire (niveau de coordination), le conseil départemental de prévention de la délinquance (niveau de concertation), qui doit inscrire à l'ordre du jour de chaque réunion une rubrique « lutte contre la toxicomanie ». Lorsque c'est possible, le conseil départemental de prévention de la délinquance doit constituer un sous-groupe « lutte contre la drogue et la toxicomanie ».

**La nouvelle circulaire du premier ministre datant du 13 septembre 1999**, décline dans un document annexe, le rôle et les missions confiés aux chefs de projet départementaux (se référer au chap.12.1 Part IV)

Afin de mettre en œuvre au niveau local la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, un chef de projet a été nommé dans chacun des départements, par le préfet.

Choisi parmi les membres du corps préfectoral (directeur de cabinet, sous-préfet ville) ou les chefs de services déconcentrés, le chef de projet départemental anime la politique locale dans ce domaine et coordonne les actions des différents services de l'Etat dans le département.

Il reçoit du préfet une lettre de mission qui fonde auprès de ses collègues et des partenaires institutionnels sa légitimité.

Le lieu principal d'animation de la politique est le comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ; cette instance est présidée par le préfet assisté du chef de projet, elle se réunit chaque trimestre.

Sont ainsi réunis régulièrement, pour coordonner leurs actions et déterminer les financements, l'ensemble des chefs de services déconcentrés concernés, les autorités judiciaires et les représentants des collectivités territoriales.

### ***Les programmes de lutte contre la drogue et la toxicomanie***

Le premier Comité interministériel, réuni le 2 février 1983, a placé la formation au centre de ses délibérations. Des mesures ont été prévues pour l'ensemble des professions concernées mais peu seront immédiatement suivies d'effet. Le plan de 1985, élaboré par le président de la MILT et adopté par le comité interministériel, comportait trente et une mesures concernant tous les domaines de la lutte contre la toxicomanie. Parmi elles, on peut retenir la création des antennes toxicomanie dans les maisons d'arrêt, la création des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie et la création d'une nouvelle incrimination visant les revendeurs au détail. Ce plan prévoit également l'informatisation du Centre national de documentation sur la toxicomanie (CNDT) et sera suivi par la création, en 1986, de l'association Toxibase qui reçoit pour mission l'organisation sur le plan national de la collecte et de la diffusion de la documentation spécialisée en toxicomanie.

Le bilan de ces premiers plans d'action reste mitigé. Comme le note la Cour des comptes dans son rapport sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie, sur l'ensemble des mesures proposées au cours des années 1980 beaucoup sont demeurées lettre morte, et certaines ne seront appliquées qu'au cours des années 1990.

Trois programmes d'action ont été adoptés au cours de ces années, un plan de 42 mesures en 1990, le plan de lutte triennal en 1993 et un programme de 22 mesures complémentaires pour l'année 1996, arrêté en 1995. Plus récemment le plan triennal 1999-2001, a présenté un ensemble de mesures regroupant des programmes d'actions dans le domaine de la prévention, du soin et de la répression, de l'insertion et de la recherche.

## 1.2 Policy implementation, legal framework and prosecution

### La loi de 1970

La **loi du 31 décembre 1970** constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue depuis près de trente ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment). La répression de l'usage, par contre, objet de débats incessants, n'a pas été modifiée durant toutes ces années.

Cette relative permanence sur le plan législatif ne doit pas masquer cependant des évolutions assez marquées dans la mise en œuvre de la loi, telle qu'elle s'exprime tout du moins dans les circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la Justice et de la Santé.

La loi de 1970 a fait l'objet de nombreuses présentations et analyses. Sans nous attarder sur sa genèse, nous rappellerons brièvement les objectifs de cette loi :

- réprimer sévèrement le trafic ;
- poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage ;
- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

Rappelons tout d'abord que le texte de la loi fait référence aux substances stupéfiantes inscrites dans une liste déterminée par la Commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale. Un arrêté ministériel permet de classer une substance comme produit stupéfiant (anciennement tableau B et depuis le décret du 29 décembre 1988 catégorie des substances stupéfiantes).

En ce qui concerne le **trafic**, les peines prévues sont particulièrement lourdes<sup>2</sup>, plus importantes que pour la plupart des délits ; les moyens légaux donnés aux services de police tranchent avec le droit commun, avec un délai de garde à vue de 48 heures pouvant atteindre 4 jours, et la possibilité d'effectuer des perquisitions de jour comme de nuit.

La loi de 1970 sanctionne l'**usage**, public ou privé, même sans nuisances perceptibles par l'entourage, d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende<sup>3</sup>. Selon un autre article de la loi, l'usager est également placé « sous la surveillance de l'autorité sanitaire »<sup>4</sup>. Ce dernier article est cependant dénué de portée pratique, même s'il témoigne du statut ambigu de l'usager dans la loi, à la fois délinquant et malade.

L'usager peut éviter les poursuites en se faisant spontanément traiter, l'anonymat lui garantissant que la justice ne viendra pas lui demander des comptes après sa cure. Il peut également échapper aux poursuites si le procureur décide de classer l'affaire ou de prononcer une **injonction thérapeutique**.

L'injonction thérapeutique est au cœur des débats sur la loi de 1970. Nous en rappellerons brièvement le mécanisme. Quand un usager est interpellé, le procureur peut lui « enjoindre » de suivre une cure de sevrage ou de se mettre sous surveillance médicale. Cette injonction n'est pas susceptible d'exécution par la contrainte, et le Parquet se limite à informer de sa décision les autorités sanitaires (en pratique les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale [DDASS] ) qui doivent orienter l'usager vers le mode de prise en charge approprié.

L'autorité sanitaire doit contrôler le déroulement du traitement et prévenir le Parquet si l'usager ne s'est pas présenté ou s'il interrompt son traitement avant son terme. Dans ces cas, le procureur recouvre son pouvoir d'appréciation quant à l'exercice des poursuites. Remarquons que le procureur peut décider de ne pas prononcer d'injonction et de poursuivre l'usager. **Le procureur a, en définitive,**

**toute liberté pour décider seul de l'orientation à donner à l'affaire.** Par ailleurs, il faut aussi noter qu'une fois l'injonction prononcée, la justice perd son pouvoir de contrôle sur le devenir de l'usager, le procureur ne pouvant qu'attendre d'être informé.

Il faut mentionner, enfin, les autres dispositions de la loi de 1970 relatives aux obligations de soins, qui permettent au juge d'instruction et à la juridiction de jugement d'astreindre, et non plus d'enjoindre, l'usager à suivre une cure de sevrage. Si la cure est suivie jusqu'à son terme, le juge peut ne pas prononcer les peines prévues. Ces dispositions ne seront presque pas utilisées, les juridictions préférant avoir recours aux dispositions de droit commun qui ne concernent pas spécifiquement les usagers de drogues, mais sont en fait souvent utilisées dans leur cas. Ces astreintes aux soins peuvent intervenir dans le cadre du contrôle judiciaire à l'initiative du juge d'instruction ou du parquet. Elles peuvent également être prononcées par la juridiction de jugement à l'occasion d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'ajournement de peine avec mise à l'épreuve. L'astreinte aux soins peut enfin intervenir pour les personnes incarcérées qui peuvent bénéficier au bout d'un certain délai, sur décision du juge d'application des peines, d'une libération conditionnelle assortie de conditions.

Pour être exhaustif, il faut également rappeler que le trafic de stupéfiant peut également être réprimé en tant que délit douanier (contrebande et délits assimilés). Il ne s'agit pas, comme dans la loi de 1970, d'un délit spécifique aux stupéfiants. Ces délits sont réprimés par une peine de prison de 3 ans maximum et par des amendes égales à deux fois et demie la valeur de la marchandise fraudée, valeur estimée à partir des prix fixés sur le marché clandestin.

### **Les dispositions législatives introduites depuis la loi de 1970**

**La loi du 17 janvier 1986** instaure les délits de cession et d'offre en vue de la consommation personnelle. L'objectif poursuivi en créant cette nouvelle incrimination était de pouvoir juger les petits trafiquants et les usagers revendeurs en comparution immédiate, c'est-à-dire sans délais. Pour des raisons techniques, il était nécessaire de créer une nouvelle incrimination comportant une peine moins sévère que celle prévue pour le trafic.

**La loi du 31 décembre 1987** renforce la répression du trafic. Cette loi incrimine également pour la première fois le blanchiment des produits du trafic de stupéfiants en prévoyant des peines de 2 à 10 ans pour ceux qui auraient facilité la justification mensongère de l'origine des ressources des auteurs d'infraction de trafic. Elle prévoit enfin des peines pour la cession et l'offre à des mineurs et la cession et l'offre dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou enfin dans des locaux de l'Administration.

Le dispositif de lutte contre le blanchiment sera très rapidement complété. **La loi du 23 décembre 1988** crée le délit douanier de blanchiment dans le cas des relations financières avec l'étranger. **La loi du 12 juillet 1990** relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants crée des obligations à la charge des banquiers et des professions assimilées au niveau de la détection des circuits de blanchiment. Enfin, **la loi du 14 novembre 1990** introduit dans le droit français les dispositions de l'article 5 de la convention des Nations unies du 20 décembre 1988 visant la saisie et la confiscation des produits du trafic de stupéfiants.

Le **nouveau Code pénal**, entré en vigueur en 1994 (**loi du 16 décembre 1992**), reprend la plupart des dispositions de la loi de 1970, inscrites à l'origine dans le code de la Santé Publique, à l'exception de celles relatives à l'usage. De nouvelles dispositions « criminalisent » les infractions commises dans le cadre du trafic organisé. Les peines d'emprisonnement atteignent 30 ans pour la production, la fabrication, l'importation et l'exportation de stupéfiants en bande organisée. Le dirigeant d'une organisation de trafic encoure la réclusion criminelle à perpétuité.

La loi du **13 mai 1996** institue un délit général de blanchiment du produit du crime. Elle constitue la réponse aux difficultés auxquelles s'était heurtée l'application de la loi sur le blanchiment des produits du trafic de stupéfiants. Pour échapper aux dispositions de cette loi, il suffisait auparavant aux prévenus de prétendre que les fonds venaient d'une autre infraction, possibilité qui disparaît avec la nouvelle loi.



Ce texte prévoit également les conditions d'application de la convention du Conseil de l'Europe du 8 novembre 1990. Il sera désormais possible de procéder à la recherche, à l'identification, à la prise de mesures conservatoires et à la confiscation du produit de toute infraction commise sur le territoire de n'importe quel État ayant signé la convention.

Cette loi renforce la répression du trafic de stupéfiants en instaurant deux nouveaux délits (non-justification de ressources de personnes en relation habituelle avec des trafiquants ou usagers de drogues et incitation de mineurs à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants) et donne la possibilité aux associations de lutte contre la toxicomanie de se porter partie civile.

C'est également en 1996 qu'intervient le vote de la loi du **19 juin 1996** relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. Les produits susceptibles d'être utilisés comme produits précurseurs sont classés en trois catégories, selon la gravité du risque qu'ils présentent pour la fabrication de produits stupéfiants. Seules des personnes agréées peuvent fabriquer, transformer et mettre à disposition d'un tiers des produits de la première catégorie. Pour la deuxième catégorie de précurseurs, les personnes impliquées dans ces activités doivent se déclarer auprès du ministre de l'Industrie. Diverses informations relatives aux transactions des substances de la première et deuxième catégorie doivent pouvoir être présentées à l'Administration. Toute transaction « inhabituelle » doit être déclarée au ministre de l'Industrie. Les manquements aux obligations définies dans la loi sont punis par des amendes.

On citera encore la loi du **29 avril 1996** relative au trafic de stupéfiants en haute mer permettant d'arraisonner les navires suspectés de participer au trafic de stupéfiants en dehors des eaux territoriales.

Enfin, la circulaire du **11 octobre 1999** relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants doit, d'une part et concernant la lutte contre l'usage, développer la prévention en milieu scolaire et conduire une action répressive adaptée (interpellations, garde à vue, procédures judiciaires, etc.) et, d'autre part concernant le trafic local, favoriser la concertation entre les différentes autorités administratives et judiciaires et encourager l'utilisation des outils juridiques disponibles pour améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic local. Cette circulaire du Ministre de l'Intérieur s'inscrit dans la perspective des orientations définies pour l'action répressive et judiciaire dans le plan triennal de juin 1999.

## **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.

### **Les réponses judiciaires aux toxicomanies**

#### **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'usager 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'usager.

### **Contrôle judiciaire**

Cette mesure est recommandée pour les prévenus ayant un mode 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 rencontrée 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 détentions 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.

### **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 justifie 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 informés des situations dans lesquelles 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.

### **1.3 Developments in public attitudes and debates**

Une trentaine d'enquêtes portant au moins en partie sur le thème de la drogue et de la toxicomanie ont été menées en France entre 1988 et 2000. La plupart d'entre elles ont été commandées soit par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) pour préparer ou mesurer l'impact des campagnes de prévention, soit par des organes de presse désireux d'observer ponctuellement l'état de l'opinion. La dernière enquête d'opinion concernant les drogues a été menée par l'OFDT en avril 1999 (2000 personnes de 12 à 75 ans sélectionnées par la méthode des quotas et interrogées par téléphone). Nous en résumons ici les principaux résultats, tout en indiquant les évolutions pertinentes qu'ils permettent de mettre en évidence sur la décennie.

## Substances

*Environ 95 % des enquêtés sont capables de citer spontanément une drogue, avec une moyenne de 3,7 produits cités, avant tout le cannabis et ses dérivés (78 %). Les autres substances les plus souvent identifiées sont la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 %), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). 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 probablement lié aux campagnes de presse reprenant les conclusions du rapport Roques sur la dangerosité des produits qui positionnaient l'alcool au même niveau que l'héroïne. Ainsi, l'augmentation de déclarations spontanées pour le tabac est légèrement plus faible (21 % en 1999 contre 17 % en 1997). Une enquête de 1993 menée par le CFES permet de voir que, lorsque ces produits sont proposés explicitement, l'accord sur le fait que l'alcool et le tabac sont des drogues est assez massif (respectivement 84 % et 77 %).*

Les substances licites sont donc de plus en plus considérées comme des drogues, au même titre que les produits illicites.

## Perceptions de la dangerosité pour la santé

L'héroïne et la cocaïne sont associées à un danger immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). L'expérimentation de l'ecstasy est perçue comme relativement moins dangereuse (76 %). Pour plus de la moitié de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie, mais un tiers estime sa consommation régulière sans danger. Le pourcentage d'individus estimant que la consommation de cannabis n'est pas très grave pour la santé augmente également entre 1990 et 1996, mais reste minoritaire (38 %). En 1999, cette tendance confirme puisque seuls 12 % jugent qu'en fumer de temps en temps est dangereux pour la santé.

*Le risque de dépendance est jugé beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % le situent dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %). Concernant l'alcool et le tabac, plus des trois quarts des Français estiment qu'ils ne sont dangereux pour la santé qu'à partir d'une certaine consommation quotidienne exprimée en nombre de verres ou de cigarettes. L'usage du tabac apparaît dangereux dès l'expérimentation à 21 % des individus interrogés, contre seulement 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.*

*Lorsqu'il s'agit de hiérarchiser les produits, en désignant 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 choisit l'héroïne (41 %), la cocaïne et l'ecstasy complétant le groupe des produits les plus cités, avec respectivement 20 % et 17 %.*

## Peurs ressenties

En 1999, plus de 80 % des interrogés ont peur des drogues illicites autres que le cannabis (68 % seulement ont peur du cannabis). 55 % ont peur des « médicaments pour les nerfs » et environ un tiers du tabac et de l'alcool. Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool. De grandes disparités dans les appréhensions se font également jour selon l'âge des enquêtés. Pour l'alcool et le tabac, ainsi que pour les substances concernant particulièrement les plus jeunes (l'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes), la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants, génèrent des peurs moins différenciées selon les tranches d'âge.

Si le nombre des Français favorables à la **distinction entre « drogues dures » et « drogues douces »** est en légère augmentation au cours des années 1990, celle-ci n'est pas vraiment significative. On constate surtout qu'une **assez nette majorité y est toujours hostile** en 1997 (61 %). En 1999, la distinction entre ces deux groupes de substances se maintient mais se complique à cause de l'opposition plus floue entre licite et illicite. Des questions relatives à la dangerosité perçue des produits montrent en effet la représentation possible d'un usage dur ou dangereux des drogues douces (cannabis) ou des substances légales (alcool et tabac).

### **Le risque d'escalade des drogues douces vers les drogues dures**

L'idée d'escalade du cannabis vers les drogues plus « dures » semblait fortement ancrée dans l'opinion publique en 1992, même s'il existait sur cette question une différenciation très forte entre les consommateurs et les non-consommateurs de cannabis (qui respectivement acceptaient et rejetaient l'idée à 80 % environ). En 1999, sept Français sur dix se disent d'accord avec cette thèse, 13 % sont plutôt en désaccord et 14 % pas du tout d'accord avec elle. Le contraste entre consommateurs et non-consommateurs de cannabis semble par contre s'être amoindri, la fréquentation de consommateurs ou le niveau de connaissance général sur les drogues pouvant également jouer un rôle. Le concept d'escalade apparaît donc moins fortement ancré dans l'opinion publique qu'au début de la décennie.

### **Usages et usagers**

Lorsqu'ils sont interrogés sur les principaux dangers qui menacent les jeunes, les Français citent souvent l'abus de drogue en première position, y compris dans les enquêtes qui ne sont pas centrées sur ce thème. Parmi les causes pouvant conduire un jeune à se droguer et les facteurs de vulnérabilité perçus, la recherche d'un bien-être absent (échecs scolaires ou professionnels, problèmes divers, fuite de la réalité, etc.) cité par une majorité des répondants devance très nettement l'effet d'entraînement (18 %). L'idée de transgression, qui pourrait être avancée comme facteur incitatif, est très peu citée (2 %). La notion de plaisir, apparaissant en 1997 pour la première fois dans une enquête, est invoquée par 7 % des interrogés. Au début de la décennie, la légitimité de l'expérimentation des drogues était très contestée (le refus de cette idée croissant de 80 à 90 % entre 1990 et 1992).

Entre 1990 et 1996, les toxicomanes sont considérés comme des malades par une très grande majorité. Cette opinion n'empêchait pas six personnes sur dix, dans le milieu des années 1990, de les trouver « agressifs et dangereux ». On constate ainsi que, dès lors que le protocole ne les oppose pas de fait, les notions de « malade » et de « délinquant » peuvent coexister : **le clivage classique entre malade et délinquant ne reflète donc pas de manière suffisamment précise la perception que peut avoir le public des toxicomanes.** Lorsque le répondant dispose de modalités supplémentaires (problèmes familiaux, difficultés sociales, etc.) lui permettant de caractériser la toxicomanie comme une fuite, le clivage perd son caractère immuable.

**Les fumeurs occasionnels de cannabis ne sont considérés comme des toxicomanes que par une minorité :** en 1997, seuls 29 % des répondants considèrent que quelqu'un qui fume un joint par plaisir de temps en temps est un toxicomane ; en 1999, 22 % jugent qu'un tel comportement rend dépendant. L'idée selon laquelle les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive est partagée par moins de la moitié des Français en 1995, tendance en légère baisse depuis 1992. Comme précédemment, ce problème pose la question de l'arbitraire de toute définition et celle de l'éventail des choix laissés au répondant pour formuler sa réponse. Un individu souhaitant distinguer les toxicodépendants aux opiacés des usagers réguliers de cannabis se positionnera en effet difficilement sur cette question.

Dans l'ensemble, les opinions et attitudes les plus tolérantes vis-à-vis de l'usage de drogues se rencontrent chez les personnes plutôt jeunes, politiquement peu conservatrices ayant un niveau d'études supérieur, chez les habitants des zones plutôt urbanisées et chez les femmes. On retrouve également dans cette catégorie les personnes ayant eu des contacts avec la drogue et en particulier les consommateurs. Ces tendances se confirment tout au long des années 1990, même si la plus grande tolérance généralement observée chez les jeunes n'est pas retrouvée dans toutes les enquêtes.

### **Information**

En 1999, un consensus se dégage (86 %) sur l'utilité d'informer les jeunes. La proportion d'individus estimant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler est en baisse au cours des années 90. Par ailleurs, l'information des jeunes est perçue comme suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %.

Si seulement 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 perçu croît également de façon régulière 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 % contre 54 %). Ce dernier résultat confirme l'hypothèse selon laquelle l'expérimentation est une source importante de légitimité.

## Prévention et soins

L'information publique est de plus en plus un instrument clef de la prévention, notamment à l'école : celle-ci recueille l'assentiment de 86 % des Français en 1999, même si 15 % la jugent dangereuse (c'était le cas du tiers des interrogés en 1992). Les actions de prévention perçues comme les plus efficaces allient donc la possibilité de mettre en place un dialogue à une certaine dimension de proximité (politiques locales).

Parmi les mesures plébiscitées, à l'instar des actions de prévention et d'information primaire, se situent l'obligation de soin et l'accès aux meilleurs traitements médicaux pour les toxicomanes. **Le recours à des traitements par des médicaments de substitution à l'héroïne est jugé efficace par environ 70 % des Français en 1996 et en 1997 ; huit personnes sur dix s'y disent favorables en 1999.** Sans recueillir le même assentiment populaire, les programmes de distribution médicalement contrôlée de l'héroïne ainsi que l'usage thérapeutique du cannabis se situent tout de même à des niveaux d'adhésion assez élevés et croissants (39 % pour le premier, et 55 % pour le second en 1997, 81 % et 67 % en 1999).

En 1996, on constatait que les bonnes dispositions des Français concernant un engagement personnel en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies (68 % sont prêts à participer à des séances d'information sur ce thème) diminuent lorsque l'action proposée se rapproche des usagers (59 % accepteraient de participer régulièrement à des groupes d'entraide, 56 % de consacrer bénévolement deux heures par semaine pour aider une association).

## La politique publique

Dans les enquêtes précédant 1999, l'idée majoritaire qui semble se dégager serait qu'il **faut engager des poursuites et des peines légales contre les consommateurs** d'héroïne et de cocaïne (85 % d'accord), de cannabis (environ 70 %) ou d'alcool (environ 50 %). Cependant, le recueil de ces opinions est très sensible à la formulation des questions : les trois quarts des répondants **n'étant ainsi pas d'accord avec l'idée que les toxicomanes doivent être punis**. De la même façon, mettre en avant la personne et sa liberté individuelle plutôt que le versant légal de la question de l'usage conduit un tiers des répondants, en 1999, à exprimer leur accord avec la proposition selon laquelle l'interdiction de fumer du cannabis est une atteinte au droit à disposer de son corps.

En 1999, la majorité des Français juge l'interdiction de l'usage légitime, quoique relativement peu efficace. Près de la moitié rejette catégoriquement l'idée d'une **réglementation** du cannabis (contre les trois quarts pour l'héroïne). La **légalisation** (mise en vente libre) du cannabis rencontre une opposition très forte : seuls 17 % y sont favorables. La réglementation est ainsi la revendication majoritaire des partisans d'une révision de la loi. L'idée de **mise en vente sous condition** du cannabis gagne plus d'un tiers des Français en 1999 (contre 12 % pour l'héroïne), tandis que l'idée de vente libre reste minoritaire, bien qu'elle ait perdu son statut d'opinion marginale (17 % en 1999 contre 10 % en 1992). Ce sont les hommes et les jeunes adultes qui sont le plus souvent favorables à sa mise en vente libre. Enfin, on peut observer que, si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis suscitent des clivages relativement marqués, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles.

**L'obligation de soins** dans le cadre d'une interpellation est très largement acceptée (à peine un individu sur dix s'y déclare défavorable). Seul un quart des Français, plutôt âgé et peu diplômé, pense qu'il est possible de parvenir à un **monde sans drogue**. Si le recours aux **produits de substitution** est jugé favorablement par 81 % des Français, la **vente de seringues sans ordonnance** ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % de favorables). La **distribution contrôlée d'héroïne** est une mesure moins bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français y est tout de même favorable (53 %). Le niveau d'accord avec ces trois dernières propositions augmente nettement chez ceux qui ont déjà consommé du cannabis, et diminue avec l'âge. Enfin, **l'usage thérapeutique du cannabis** trouve l'aval de plus des deux tiers des répondants (et plus souvent des hommes que des femmes). Dans l'ensemble, depuis le début des années 90, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de plus en plus acceptées par les Français. Néanmoins, la majorité reste favorable à des mesures prohibitives, sauf lorsque l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique : ce ne sont donc pas seulement les produits mais aussi leurs usages qui motivent les opinions recueillies sur les politiques publiques.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par environ deux tiers des répondants (66 %). Néanmoins, pour 63 % il faudrait l'augmenter et pour 21 % il faudrait faire autrement. Une très forte majorité (86 %) juge qu'il est utile d'informer les jeunes, la proportion d'individus pensant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler diminuant au cours des années 1990.

**Au cours de l'année 2000 un débat parlementaire a eu lieu autour du rapport national sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France :**

Le premier rapport traite aussi bien de la consommation de drogues en prison que de la prise en charge des toxicomanes par les traitements de substitution. Le débat autour des prisons aura été un nouveau point d'ancrage pour le débat autour de la toxicomanie et les problèmes de la prise en charge en milieu carcéral ont démontré, selon les auteurs du rapport, la nécessité d'une meilleure coordination de la politique de lutte contre la toxicomanie :

"La place des toxicomanes en tant que tels n'est pas en prison. La simple consommation de stupéfiants ne devrait pas impliquer de peines d'emprisonnement. S'agissant des toxicomanes délinquants, la commission souhaite que les traitements de substitution soient généralisés dans l'ensemble des UCSA. A la sortie de détention, il est essentiel que ces traitements ne soient pas interrompus. Les toxicomanes ont besoin d'écoute, de temps, de soins, d'un accompagnement du programme de substitution, qui ne se limite pas à la simple consommation d'un « produit ». Pour autant, il existe, « en milieu libre », trop peu de places dans les centres de soins ; le montant des moyens financiers est moins en cause que la multiplicité -dénoncée à de nombreuses reprises- des différents acteurs de lutte contre la toxicomanie. Cette question relève davantage d'une politique de santé publique."<sup>2</sup>

**1.4 Budget and funding arrangement**

Sont présentées les dépenses effectuées par la collectivité, soit au niveau du budget de l'Etat, soit au niveau d'un autre budget financé par la collectivité. Certaines structures et certaines activités peuvent être clairement identifiées comme relevant de la politique de lutte contre la drogue, d'autres activités ne peuvent être facilement différenciées en termes de structures ou de financement et posent des problèmes d'évaluation.

Les dépenses collectives spécifiques

Les crédits spécifiques

Le budget du ministère de l'emploi et de la solidarité comprend deux chapitres qui concernent expressément la lutte contre la drogue. Ce sont les dépenses du chapitre 47-15 du budget du ministère du travail et des affaires sociales, les crédits interministériels du chapitre 45-17, auxquels on peut rajouter les crédits liés à la prévention du SIDA chez les usagers de drogues correspondant en gros au dispositif de réduction des risques.

**Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue (crédits votés en loi de finance initiale) En millions de francs**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Crédits interministériels	250	250	246,9	246,9	237	215,5	230,5	230,5	294,5	236,3	278,2
Crédits santé et ville	352,6	438,9	439,9	461,1	484,5	619,1	690,4	751,4	779,7	815,73	867
<b>Total</b>	<b>602,6</b>	<b>688,9</b>	<b>686,8</b>	<b>708</b>	<b>721,5</b>	<b>834,6</b>	<b>920,9</b>	<b>981,9</b>	<b>1074,2</b>	<b>1052,03</b>	<b>1145,2</b>

Sources : -Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, cour des comptes, 1998  
 -MILDT. Loi de Finances 1999, 2000.

<sup>2</sup> HYEST Jean-Jacques, Président, CABANEL (Guy-Pierre), Rapporteur. *Prisons : une humiliation pour la République*. 29 juin 2000, n°449, Tomes 1 et 2.



**Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue (crédits votés en loi de finance initiale) En millions d'euros.**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Crédits interministériels	38,1	38,1	37,6	37,6	36,1	32,8	35,1	35,1	44,8	36	42,4
Crédits santé et ville	53,7	66,9	67	70,2	73,8	94,3	105,2	114,5	118,8	124,3	132,1
Total	91,8	105	104,6	107,8	109,9	127,1	140,3	149,6	163,6	160,3	174,5

Sources : Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, cour des comptes, 1998  
MILDT. Loi de Finances 1999, 2000.

Les crédits interministériels sont restés stables depuis 1992, avec une augmentation importante en 1998. En 1999, les crédits interministériels ont diminué compte tenu de l'importance des reports de l'année précédente. En 2000, 39,77 millions de francs correspondant à des dépenses prévues ont été transférées aux partenaires ministériels de la MILDT en loi de finances initiale. Les crédits santé et ville ont par contre augmenté de 32% entre 1992 et 1996. Cette augmentation est beaucoup plus rapide que celle de l'ensemble des dépenses de l'Etat qui progressait d'un peu moins de 10% (hors service de la dette) entre ces deux années.

**Crédits de la division SIDA**

On peut rajouter les crédits liés à la prévention du SIDA chez les usagers de drogues correspondant en gros au dispositif de réduction des risques. Ces dépenses étaient évaluées à 40 millions de francs en 1995, à 53,5 millions en 1996 et à 66,3 millions en 1997. Elles ont été de 78,5 millions en 1998 et de 100,7 millions en 2000.

**Répartition des crédits interministériels pour l'année 2000 (loi de finance initiale). En Francs**

	1992	1994	1996	1998	1999	2000
Santé, affaires sociales	59,5	45,9	68,1	47,9	66,2	21,9
Education nationale et recherche	11,9	12,9	12	19,5	22,5	19,5
Jeunesse et sport	10,1	9,2	17,2	13,7	16,9	14,9
Délégation interministérielle à la ville	2,8	9,2	10,5	13,2	—	—
Justice	22,8	18,4	18,4	18,9	20,7	4,7
Intérieur (police)	23,8	27,6	19	18,5	16,5	8,6
Défense (gendarmerie)	9,8	11,5	8,8	10,7	9,6	7,2
Economie et finance (douanes)	24,1	22,5	16	15,6	16,3	6,7
Affaires étrangères	10,8	9,2	6	5,8	12,2	9,5
Coopération	2,5	2,7	2	1,6	—	—
Autres	0,8	0,9	-	6	2,2	1,8
Activités propres de la MILDT	55,1	48	52,5	77,7	110,6	183,3
Total	234	218	230,5	249,1*	293,7	278,2

Source : rapport sur l'activité interministériel DGLDT, MILDT

\*la différence entre ce montant et celui du tableau précédent s'explique par un report des crédits votés en loi de finance initiale de plus de 45 millions de francs.

**Répartition des crédits interministériels pour l'année 2000 (loi de finance initiale). En Euros**

	1992	1994	1996	1998	1999	2000
Santé, affaires sociales	9,07	7,00	10,38	7,30	10,09	3,34
Education nationale et recherche	1,81	1,97	1,83	2,97	3,43	2,97
Jeunesse et sport	1,54	1,40	2,62	2,09	2,58	2,27
Délégation interministérielle à la ville	0,43	1,40	1,60	2,01		
Justice	3,48	2,81	2,81	2,88	3,16	0,72
Intérieur (police)	3,63	4,21	2,90	2,82	2,52	1,31
Défense (gendarmerie)	1,49	1,75	1,34	1,63	1,46	1,10
Economie et finance (douanes)	3,67	3,43	2,44	2,38	2,48	1,02
Affaires étrangères	1,65	1,40	0,91	0,88	1,86	1,45
Coopération	0,38	0,41	0,30	0,24		
Autres	0,12	0,14		0,91	0,34	0,27
Activités propres de la MILDT	8,40	7,32	8,00	11,85	16,86	27,94
<b>Total</b>	<b>35,67</b>	<b>33,23</b>	<b>35,14</b>	<b>37,98</b>	<b>44,77</b>	<b>42,41</b>

Dépenses des administrations publiques imputables à la drogue (en 1995) :

Dans une étude publiée récemment par l'OFDT, Pierre KOPP a proposé une mesure du « coût social » des drogues. Ainsi, les données présentées ci-dessous ne reprennent que les coûts publics liés à la consommation des drogues (alcool, tabac, drogues illicites) et, plus précisément, les dépenses des administrations publiques imputables à la drogue.

Dans le tableau ci-dessous, les dépenses des administrations publiques imputables à la drogue sont retracées en fonction de leurs missions : les missions répressives (justice, police, gendarmerie, douanes), les missions socio-sanitaires et orientées vers la prévention. Cependant, comme le rappelle les auteurs, "ce partage entre les administrations répressives et les autres ne doit pas faire oublier que les administrations de la justice, de la police et de la gendarmerie consacrent une partie, parfois importante, de leurs activités à la prévention".

**Dépenses des administrations publiques imputables à la drogue (en millions de francs)**

Nature des dépenses (ministère)	Dépenses (budget propre)	Dépenses (crédits interministériels)	Dépenses totales
<b>Justice</b>	<b>1.541,12</b>	<b>16,56</b>	<b>1557,68</b>
dont : - Services judiciaires	225,98	-	
- Administration pénitentiaire	1.315,14	-	
- Protection judiciaire de la jeunesse	nd	-	
<b>Douanes</b>	<b>532,29</b>	<b>20,25</b>	<b>552,54</b>
<b>Gendarmerie</b>	<b>459,32</b>	<b>10,35</b>	<b>469,67</b>
dont : - Police judiciaire	311,62	-	
- Sécurité publique générale	109,50	-	
- Autres dépenses	38,20	-	
<b>Police</b>	<b>1.235,87</b>	<b>24,84</b>	<b>1260,71</b>
<b>Affaires sociales, santé et ville</b>	<b>748,62</b>	<b>50,13</b>	<b>798,75</b>
dont : - DGS	696,32	26,10	722,42
- DAS	14,00	14,58 (ou 16,2 ???)	28,58
- DIV	22,00	9,45	31,45
- DDASS et DRASS	16,30	-	16,30
<b>MILDT</b>	<b>nd</b>	<b>45,36</b>	<b>45,36</b>
<b>Education nationale, enseignement supérieur, recherche</b>	<b>43,68</b>	<b>12,33</b>	<b>56,01</b>
dont : - Education nationale	2,00	9,90	11,90
- Recherche	41,68	2,43	44,11
<b>Jeunesse et sport</b>	<b>8,80</b>	<b>8,28</b>	<b>17,08</b>
<b>Affaires étrangères</b>	<b>14,00</b>	<b>7,2</b>	<b>21,20</b>
<b>Coopération</b>	<b>42,60</b>	<b>1,80</b>	<b>44,40</b>
<b>Contribution de la France au budget drogue de l'UE</b>	<b>30,87</b>	-	<b>30,87</b>
<b>Travail emploi et formation professionnelle</b>	-	<b>0,81</b>	<b>0,81</b>
<b>Total =</b>	<b>4.657,17</b>	<b>197,91</b>	<b>4.855,08</b>

Sources : Kopp, P., Fenoglio, Ph. . Le coût social des drogues licites (tabac et alcool) et illicites en France. OFDT, étude n° 22, septembre 2000, 277 p. .En millions de francs. Données 1995. (budget propre et crédits interministériels)

Les dépenses du Ministère de la Justice s'organisent selon trois ensembles (en 1995)

Les dépenses des "Services judiciaires" comprennent les frais de personnel (magistrats, greffiers et fonctionnaires de justice), les frais de fonctionnement des juridictions, les frais de justice et l'aide juridictionnelle.

Les dépenses liées à l'incarcération des prévenus et des condamnés (administration pénitentiaire).

Les dépenses de la protection judiciaire de la jeunesse.

Chacun de ces ensembles s'est vu attribué une part des budgets consacrés au traitement des personnes faisant l'objet de procédures pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS). Ainsi la dépense totale s'élève à 1541 millions de francs.

#### Les dépenses de la Direction générale des douanes et des droits indirects (en 1995)

En évaluant le pourcentage d'activité des douaniers et le nombre d'agents affectés à une mission de surveillance et de lutte contre tous les trafics (en fonction des quantités saisies et des infractions constatées et des interpellations effectuées), il s'avère que 2250 douaniers consacrent une part de leur activité à la lutte contre le trafic de drogues et que 500 agents des douanes se consacrent entièrement à la lutte contre les stupéfiants. Au total, la dépense annuelle des douanes s'élève à 532,29 millions de francs.

#### Les dépenses de la gendarmerie nationale (en 1995)

Trois types d'action viennent alimenter les dépenses de la gendarmerie nationale : les missions de police judiciaire (311,62 millions de francs), les missions de sécurité publique (109,5 millions) et les autres dépenses (38,2 millions de francs), soit un total de 459,32 millions.

#### Les dépenses de la police nationale

Le budget total de fonctionnement de la police nationale était de 25 milliards de francs en 1995, dont 21 milliards de frais de personnel. Parmi les effectifs de la police nationale (132 626 personnes), 2 195 fonctionnaires consacrent toute leur activité à la lutte contre le trafic de stupéfiants. Concernant les effectifs de la sécurité publique (82 000), 4 336 fonctionnaires se consacrent à plein temps aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). En tenant compte des frais de fonctionnement et en calculant le coût moyen annuel par fonctionnaire, la police nationale dépense 1 235,87 millions de francs pour les ILS.

#### Les dépenses du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville (en 1995)

Les dépenses se divisent selon quatre ensembles : le traitement et la prévention de la toxicomanie sont pris en charge par la Direction générale de la Santé (696, 32 M.F.) , le traitement social et la prévention sont assurés par la Direction des affaires sociales (14 M.F.) et la Délégation interministérielle à la ville (DIV, 22 M.F.), la coordination et l'animation de l'action sanitaire et sociale assurée par les DDASS et les DRASS (16,3 M.F.). Au total, ce ministère consacre 748,62 M.F. à la lutte contre la toxicomanie.

#### Les dépenses des autres ministères

Les Ministères de l'Education Nationale, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports, des Affaires Etrangères et de la Coopération dépensent un total de 140 M.F. à la lutte contre la toxicomanie.

**Au total, les dépenses des administrations publiques pour lutter contre la drogue sont évaluées à 4,8 milliards de francs en 1995 en ajoutant les crédits interministériels.**

#### Les dépenses des collectivités locales

Les collectivités locales, régions, conseil généraux et communes financent ou cofinancent des actions de lutte contre la drogue, essentiellement dans le domaine de la prévention.

La région Nord-Pas de Calais a par exemple dépensé 4,7 millions en 1994-1995 pour le volet prévention du contrat de plan Etat –région<sup>3</sup>. La région Ile de France cofinance avec l'Etat la mise en

---

<sup>3</sup> Cour des comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, op.cit.

place d'appartements thérapeutiques pour les malades du SIDA. 10,4 millions ont été dépensés en 1994-1995<sup>4</sup>.

Les dépenses du conseil général du département de la Seine Saint-Denis liées à la lutte contre la drogue se sont élevées à 5 millions de francs en 1996<sup>5</sup>. L'ensemble des dépenses des collectivités locales est cependant difficile à estimer. Les dépenses sont probablement concentrées sur un nombre restreint de villes, de départements et de régions qui sont les plus touchées par l'usage des drogues.

#### Dépenses financées par la sécurité sociale

##### - Dépenses hospitalières

La circulaire de la direction des hôpitaux du 27 décembre 1995 fixe à 0,06% de l'ensemble des dépenses du secteur hospitalier affectée à la prise en charge des toxicomanes, soit une enveloppe de 150 millions de francs en 1996. Cette enveloppe a finalement été limitée à 76,3 millions pour cette année<sup>6</sup>.

Les dépenses de prises en charge des usagers de drogues par les services d'urgence ne sont pas en pris en compte dans ce chiffre.

##### - Dépenses liées à la substitution en ville

Le coût de la substitution à la Buprénorphine pour l'assurance maladie peut être estimé selon le rapport de la cour des comptes déjà cité entre 500 et 600 millions de francs en 1997.

Il faudrait encore rajouter à cette dépense les coûts de la méthadone prescrite en ville, non évalué pour l'instant mais qui compte tenu du faible nombre de substitués à la méthadone en ville en 1997, doit être assez faible.

---

<sup>4</sup> Idem

<sup>5</sup> Kopp, P., Palle, C., Vers l'analyse du coût des drogues illégales, rapport OFDT, mai 1998

<sup>6</sup> Cour des comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, op.cit.

## **PART 2 EPIDEMIOLOGICAL SITUATION**

---

### ***2. PREVALENCE, PATTERNS AND DEVELOPMENTS IN DRUG USE***

#### **2.1 Main developments and emerging trends**

##### **Vue d'ensemble**

L'année 1999 a vu se confirmer les grandes tendances observées les années précédentes en matière d'évolution de la consommation des substances psychoactives :

- les décès consécutif à l'usage de drogues continuent leur diminution dans la continuité des cinq dernières années ;
- la consommation d'héroïne connaît une importante diminution. Plusieurs facteurs permettent de soutenir une telle assertion notamment l'évolution à la baisse par rapport à l'année 98 et aux années précédentes des trois indicateurs que constituent les interpellations pour trafic d'héroïne, les quantités saisies et les décès par surdose. Plusieurs hypothèses expliquent cette situation : l'héroïne souffre d'une image de plus en plus négative parmi les jeunes générations et surtout elle est victime de la montée en puissance des traitements de substitution depuis l'année 1995. Toutefois, certaines contre-tendances se manifestent, qui, certes, ne suffisent pas à infléchir la tendance principale, mais pourraient laisser présager des infléchissements pour les années à venir. Les observations de terrain signalent en effet un développement, minoritaire, de la consommation d'héroïne dans le milieu de la techno ;
- le développement important de la consommation de stimulants (ecstasy, speed, cocaïne) par le vecteur des milieux festifs liés à la musique techno. Cette tendance semble toucher aussi les populations en contact avec les structures de soins traditionnelles où il apparaît que l'usage des opiacés licites et illicites tend à être supplanté par la consommation des stimulants et notamment de la cocaïne ;
- la banalisation de la consommation de cannabis se poursuit. Celle-ci apparaît au travers de l'augmentation régulière d'année en année depuis 1995 des individus interpellés pour usage et usage-revente de cannabis et du succès croissant, confirmé aussi par les enquêtes en population générale, que connaît ce produit chez les jeunes et notamment dans les tranches d'âge située entre 15 et 16 ans.

##### **Tendances récentes**

En termes de nouvelles consommations et de nouveaux produits, il est incontestable qu'aujourd'hui le milieu festif évoluant autour de la musique techno est un vecteur sans équivalent de diffusion, essentiellement d'hallucinogènes et de stimulants. Certains de ces produits tels le DMT, la Kétamine, le Protoxyde d'azote connaissent encore une diffusion restreinte dans ces milieux mais semblent dans leur diffusion se caractériser par une dynamique ascendante. Par ailleurs, on note, toujours dans les milieux festifs, une nette tendance au développement des polyconsommations. Celles-ci, loin de marquer le développement d'une pratique anarchique de l'usage de drogues, semble plutôt ressortir à des usages destinés à assurer une régulation des effets entre différents produits. Ces pratiques de régulation rendues possibles par l'accroissement du nombre de produits disponibles sur le marché répondent à des besoins ressentis de gestion des effets de multiples substances.

Autre caractéristique notable de l'évolution générale de l'usage de substances psychoactives en France, les influences réciproques qui s'établissent entre le milieu traditionnel des usagers fréquentant les structures de soins classiques et le milieu des usagers évoluant dans les milieux festifs, essentiellement techno. Les observations qui remontent du terrain rapportent des influences croissantes entre ces deux espaces, notamment en termes de circulation des produits. Même si les

deux espaces disposent de leurs caractéristiques propres en termes de consommation, la frontière relativement étanche qui existait, il y a encore quelques années, est en train de s'estomper. Ainsi, on observe l'apparition, encore restreinte, dans les milieux festifs techno de substances comme le crack, l'héroïne, de médicaments comme la buprénorphine haut-dosage (Subutex®) ou le Rohypnol®, apanage des milieux urbains. A contrario, il semble que des produits comme la cocaïne, l'ecstasy et le LSD, autrefois consommés dans les milieux festifs fassent leur apparition dans les milieux habituellement consommateurs d'opiacés.

L'apparition de ces nouveaux produits et de ces nouveaux usages ne va pas sans poser de nombreux problèmes. A commencer par l'absence d'informations relatives aux effets et aux risques liés à l'usage des nouvelles substances qui ne cessent d'apparaître sur le marché des drogues de synthèse. Par ailleurs, la pratique croissante des polyconsommations pose le problème des interactions pharmacologiques entre les substances, lesquelles sont pour la plupart inconnues, et des conséquences en termes de santé publique.

### **Analyse des tendances par rapport aux contextes sociaux**

"NO INFORMATION AVAILABLE"

## **2.2 Drug use in the population**

### **Principaux résultats**

#### **La mesure de l'ampleur des consommations de drogues**

Avant de répondre aux questions que l'on se pose sur le nombre de consommateurs et leurs caractéristiques, il est nécessaire de définir ce que l'on entend par consommation. Il est fréquent de voir opposés des chiffres qui se réfèrent à des notions de consommation différentes et qu'il est donc impossible de comparer. La consommation se caractérise par deux aspects fondamentaux : son actualité et sa fréquence.

Mettre en perspective l'ampleur des consommations des différentes drogues oblige donc à préciser des « niveaux de consommation ». Quatre niveaux ont été ici retenus :

- L'expérimentation (fait d'avoir pris au moins une fois le produit).
- L'usage occasionnel.
- L'usage régulier.
- L'usage « à problèmes » qui renvoie directement à des dommages provoqués par la consommation.

Ces quatre catégories établissent une gradation dans la gravité ou dans le potentiel de gravité des consommations. Les trois premières sont établies à partir des indicateurs couramment utilisés au niveau international : consommation d'un produit au moins une fois au cours de la vie, au moins une fois dans l'année, tous les jours ou la veille. Ces indicateurs s'emboîtent les uns dans les autres.

Ces différents groupes ne sont pas exclusifs : les consommateurs réguliers forment un sous-ensemble des consommateurs occasionnels, eux-mêmes constituant une partie des expérimentateurs. La notion d'usagers « à problèmes » est plus transversale, même si ce type d'usagers se retrouve surtout parmi les usagers réguliers.

Néanmoins, les indicateurs disponibles s'écartent parfois quelque peu de ces catégories (voir ci-dessous). La quatrième catégorie est la plus délicate à définir. Elle renvoie à la fois aux définitions de l'usage nocif et de la dépendance, tout en étant construite de façon très pragmatique (possibilité d'une

mesure) et subjective (par exemple, le seuil de 10 cigarettes par jour pour le tabac). En conséquence, les comparaisons entre produits sont très difficiles pour cette dernière catégorie.

Cet exercice donne des ordres de grandeur dont la marge d'erreur est importante. Ces données doivent être prises comme un simple cadrage de l'ampleur des différents modes de consommation des principaux produits psychoactifs et de leur poids relatif dans l'ensemble des consommations.

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans la culture et dans les pratiques de consommation. C'est le plus fréquemment expérimenté et consommé de manière occasionnelle. Au niveau des consommations régulières, il est devancé par le tabac qui, pour deux expérimentateurs, compte un fumeur « actif » qui est presque toujours un fumeur régulier (au moins 1 cigarette par jour) et dans deux cas sur trois un gros fumeur (10 cigarettes et plus par jour).

Les consommations d'alcool et de tabac sont de loin celles qui induisent la somme de dommages la plus importante, que ce soit sur le plan sanitaire, social ou en matière de potentiel de dépendance.

Les consommations de médicaments psychoactifs correspondent en partie à des usages thérapeutiques et en partie à une consommation semblable à celle des autres drogues. La frontière entre les deux est difficile à établir. En l'absence de critères permettant de les délimiter, on ne peut se référer qu'aux seuls chiffres existants relatifs à l'ensemble des consommations. Ce sont donc les évolutions de ces chiffres qui doivent être prises en considération.

**Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine (extrapolation faite sur l'ensemble des 12-75 ans soit environ 48 millions de personnes en 1999)**

Estimation du nombre de consommateurs :	Alcool	Tabac	Médicaments Psychotropes	Drogues illicites	
				Total	dont cannabis
> expérimentateurs (1)	46 millions	32 millions	///	10 millions	10 millions
> occasionnels (2)	44 millions	16 millions	///	3,6 millions	3,6 millions
> réguliers (2)	10 millions	14 millions	5,4 millions	///	///
> "à problème" (3)	4,2 millions	9,4 millions	///	142 à 176 000	///

> expérimentateurs (1)	alcool	au - 1 fois dans la vie
	tabac	au - 1 fois dans la vie
	médicaments	au - 1 fois dans la vie
	drogues illicites	au - 1 fois dans la vie
> occasionnels (2)	alcool	au - 1 fois dans l'année
	tabac	se déclarent fumeurs
	médicaments	
	drogues illicites	au - 1 fois dans l'année
> réguliers (2)	alcool	au - 1 verre la veille
	tabac	au - 1 cigarette par jour
	médicaments	
	drogues illicites	
> "abuseurs" (3)	alcool	test Deta (voir "repères méthodologiques" de la partie alcool)
	tabac	au moins 10 cigarettes par jour
	médicaments	
	drogues illicites	usagers d'opiacés



<b>Sources :</b>	<b>Alcool :</b>	Baromètre Santé 2000, CFES ESPAD 1999
	<b>Tabac :</b>	Baromètre Santé 2000, CFES ESPAD 1999 Enquête conditions de vie des ménages, INSEE
	<b>Médicaments :</b>	Baromètre santé adultes 95/96, CFES Barometre santé jeunes 97/98, CFES Enquête santé 91/92, INSEE, CREDES, SESI
	<b>Drogues illicites :</b>	Baromètre Santé 2000, CFES ESPAD 1999

La consommation des drogues illicites se mesure sur une autre échelle que celle des produits cités auparavant. Même si leur expérimentation a tendance à s'étendre, le nombre de consommateurs déclarés ou repérables de ces produits est incomparablement plus faible que pour les autres substances.

Sur la base de ces données de cadrage, auxquelles il convient de ne pas accorder une importance autre que celle d'indiquer des ordres de grandeur, les chapitres suivants du rapport s'attachent à mieux préciser les niveaux de consommation et à dégager des tendances en matière d'évolution des prévalences, produit par produit. Dans une perspective d'aide à la décision, il faut privilégier la recherche d'une appréciation satisfaisante des évolutions plutôt que la précision, souvent illusoire, sur la mesure des grandeurs.

## **Population générale**

### ***La consommation de drogues illicites chez les adultes***

Seules les enquêtes effectuées auprès d'un échantillon représentatif des adultes français permettent d'appréhender le niveau et les comportements de consommation de ces produits dans l'ensemble de la population. En effet, il n'existe aucune méthode fiable d'estimation des quantités distribuées de drogues illégales en France.

Ces enquêtes, basées sur des déclarations, se heurtent à plusieurs difficultés. S'agissant d'un produit illicite, on peut penser que les réponses ne sont pas toutes sincères et qu'elles sont influencées par la plus ou moins grande acceptabilité sociale de sa consommation.

Par ailleurs, ces enquêtes rendent difficilement compte des consommations très minoritaires relativement à l'ensemble de la population française. L'usage de cannabis dans l'année est suffisamment important pour être appréhendé par ces enquêtes mais ce n'est pas le cas des produits comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy. Lorsque le nombre d'individus de l'échantillon se déclarant consommateurs de ces drogues dans l'année devient trop faible, il n'est plus possible de tirer des conclusions statistiquement significatives sur le niveau de consommation de ces produits dans l'ensemble de la population. Enfin, les populations marginalisées, qui occupent vraisemblablement une place non négligeable parmi les consommateurs de drogues, échappent aux dispositifs classiques d'enquête par téléphone ou au domicile des personnes. C'est pourquoi l'estimation du nombre de consommateurs d'opiacés ou de cocaïne doit reposer sur d'autres méthodes.

Depuis le début des années 1990, de nombreuses enquêtes adoptant des méthodologies différentes ont abordé la question de la consommation des drogues et surtout du cannabis. Nous avons sélectionné celles qui nous paraissaient en mesure de donner les résultats les plus fiables et de fournir le meilleur cadre d'appréciation des tendances.

### **Mesure de la consommation déclarée**

En 1999, 21,1 % des individus de 12 à 75 ans déclarent avoir déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie et 7,6 % au cours des 12 derniers mois.

#### **Prévalence déclarée de la consommation de drogues illicites parmi les adultes âgés de 12 à 75 ans**

Produit	au cours de la vie	au cours de l'année
Cannabis	21,1 %	7,6 %
Cocaïne	1,3 %	0,2 %
Héroïne	0,6 %	0,1 %
Amphétamines	1,3 %	0,1 %
Ecstasy	0,7 %	0,2 %
LSD	1,5 %	0,2 %
Champignons hallucinogènes*	0,3 %	-
Médicaments « pour se droguer »**	0,6 %	0,1 %
Produits à inhaler	1,5 %	0,2 %
Opium, morphine*	0,2 %	-
Poppers *	0,1 %	-

Source : Baromètre santé adulte 2000, CFES

\* Les produits signalés par ce symbole n'étaient pas proposés explicitement comme les autres produits mais sont apparus en réponse à la question portant sur les « autres drogues », pour lesquelles seule la prévalence au cours de la vie était demandée.

\*\* Formulation exacte de la question.

Cette consommation déclarée de drogues illicites porte presque uniquement sur le cannabis et concerne surtout les moins de 45 ans. C'est pourquoi il est aussi intéressant de rapporter les consommations déclarées à la population des 18-44 ans. En 1999, environ un tiers de cette population a déjà expérimenté le cannabis et environ un sur dix en fait un usage plus courant, occasionnel ou régulier. Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis apparaissent assez marginales, même chez les 18-44 ans.

Les enquêtes menées auprès des appelés dans les centres de sélection montrent qu'une proportion importante de jeunes hommes de 18 à 23 ans est concernée par la consommation de drogues. Si le cannabis reste la substance la plus consommée, l'enquête de 1996 fait apparaître un taux important d'usage d'ecstasy au cours de la vie.

Des tests biologiques ont permis d'étudier la concordance, dans cette enquête, entre les déclarations et la consommation réelle du cannabis. Pour la consommation déclarée au cours du mois passé, une sous-déclaration a été repérée dans 40 % des cas et une surdéclaration dans 50 % des cas (individus déclarant consommer alors que leurs tests sont négatifs). Cette caractéristique est vraisemblablement due au contexte particulier des journées de sélection au cours desquelles certains cherchent à cacher

leur consommation tandis que d'autres s'en inventent une pour tenter de se faire réformer. Au total, la surdéclaration faisant plus que compenser la sous-déclaration, on obtient un chiffre légèrement surestimé.

**Prévalences déclarées chez les hommes de 18-23 ans convoqués en centre de sélection du service national en 1996**

Produit	Au cours de la vie	Au cours du mois passé
Cannabis	40,0 %	14,5 %
Cocaïne	2,5 %	0,4 %
Héroïne	1,5 %	0,3 %
Ecstasy	5,1 %	1,2 %

Source : DCSSA, Enquête toxicophile 1996

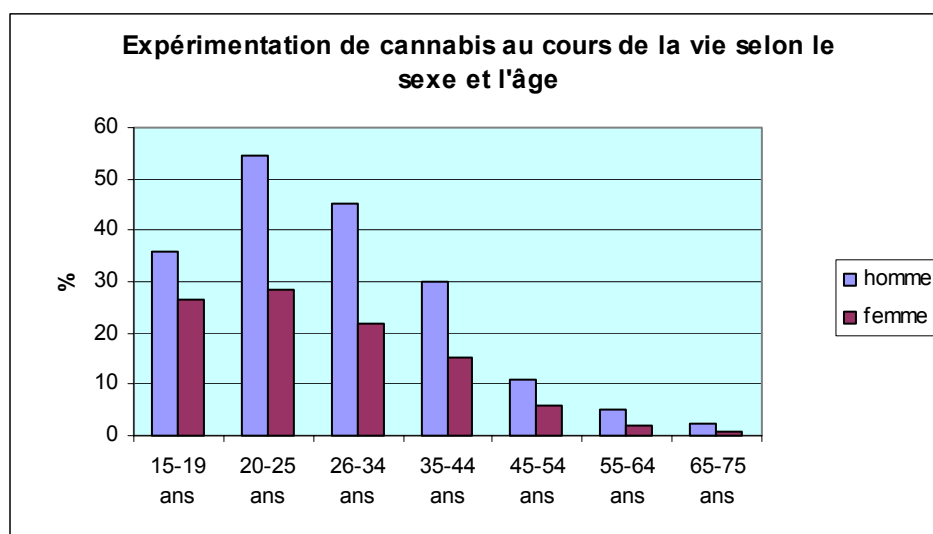
**Evolution de la consommation déclarée**

D'après les enquêtes Baromètres Santé adultes, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative entre 1992 et 1999. Les enquêtes menées auprès des jeunes, en milieu scolaire notamment, confirment cette évolution que l'on retrouve également dans le Baromètre Santé jeunes 1998 (cf. la partie sur les consommations des jeunes). Toutes ces enquêtes tendent à confirmer les observations faites sur le terrain : l'usage du cannabis se banalise.

**Facteurs discriminants de la consommation**

L'usage de cannabis au cours de la vie est fortement lié à l'âge et au sexe, les plus jeunes et les hommes se déclarant plus souvent consommateurs de drogues illicites que les personnes plus âgées et que les femmes. Le graphique suivant, tiré du Baromètre santé 2000, illustre bien ces faits :

**Expérimentation de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge**



Source : Baromètre santé 2000, CFES

## Milieu scolaire et jeunes

### ***La consommation de drogues illicites chez les adolescents en 1999 : niveaux et tendances***

L'entrée dans les consommations se situe le plus souvent à l'adolescence, aussi est-il primordial de bien observer les comportements de consommation des jeunes.

Deux types d'enquête permettent d'observer cette consommation. Les premières sont effectuées en population générale et se déroulent par téléphone, comme c'est le cas pour les adultes. Les secondes ont lieu dans un cadre scolaire, les élèves remplissant eux-mêmes un questionnaire anonyme. Les contextes et les populations interrogées diffèrent donc. En particulier, dans les enquêtes en milieu scolaire il manque les jeunes non scolarisés et les élèves absents. En outre, il est vraisemblable que le cadre familial de l'enquête téléphonique génère quelques réticences, mais qu'inversement la présence des camarades de classe en milieu scolaire puisse conduire à une sur-déclaration de certaines consommations. Les résultats obtenus par ces deux méthodes d'investigation ne sont donc pas forcément concordants, mais plus complémentaires que concurrents : il est probable que la prévalence « réelle » se situe entre celles recueillies par les deux types d'enquête.

Les données les plus récentes sont celles de l'enquête en milieu scolaire ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs), réalisée en 1999 par l'INSERM, en partenariat avec l'OFDT et le Ministère de l'Education Nationale. Les résultats sont ici présentés pour les 14-18 ans.

Quels que soient l'âge et le produit, l'expérimentation (avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de la vie) est toujours plus fréquente pour les garçons que pour les filles. L'expérimentation du cannabis augmente nettement avec l'âge, et elle est toujours plus fréquente pour les garçons. De 14 à 18 ans, sa prévalence passe respectivement de 14% à 59% pour les garçons, et de 8% à 43% pour les filles.

Pour les autres produits illicites abordés dans le questionnaire, les niveaux d'expérimentation sont faibles : ils sont toujours inférieurs à 5%, hormis pour les produits à inhaler (colles, solvants...), et dans une moindre mesure, pour les champignons hallucinogènes (chez les garçons les plus âgés). Si cette expérimentation augmente bien avec l'âge pour les champignons hallucinogènes, elle stagne chez les garçons et régresse même légèrement chez les filles pour les produits à inhaler. Ce dernier résultat s'explique par le fait que l'expérimentation de ces substances a plutôt lieu avant 14 ans, de sorte que sa prévalence n'évolue plus guère au cours de la vie : pour les filles comme pour les garçons, les trois quarts des expérimentateurs ont pris pour la première fois un produit à inhaler avant 15 ans.

## Drogues illicites : prévalence au cours de la vie par sexe et par âge

garçons	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
cannabis	13,8 %	25,4 %	38,0 %	47,3 %	58,9 %
produits à inhaler	12,7 %	12,1 %	12,3 %	12,5 %	12,7 %
amphétamines	3,6 %	2,8 %	2,9 %	2,8 %	3,1 %
LSD ou hallucinogènes	1,3 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %	3,2 %
crack	2,8 %	2,4 %	2,0 %	1,5 %	1,9 %
cocaine	2,8 %	1,5 %	2,0 %	1,7 %	3,1 %
heroïne	2,3 %	1,4 %	1,0 %	0,9 %	1,9 %
ecstasy	2,8 %	2,3 %	3,5 %	3,6 %	4,7 %
champignons (psilocybes)	2,1 %	2,1 %	4,2 %	6,2 %	7,4 %
filles	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
cannabis	8,0 %	18,9 %	31,6 %	38,1 %	42,8 %
produits à inhaler	10,3 %	10,6 %	8,9 %	8,5 %	8,0 %
amphétamines	1,2 %	1,7 %	1,8 %	1,9 %	1,2 %
LSD ou hallucinogènes	0,3 %	0,6 %	1,0 %	1,2 %	1,1 %
crack	0,7 %	1,7 %	2,1 %	1,3 %	0,4 %
cocaine	0,6 %	0,7 %	1,7 %	1,2 %	1,5 %
heroïne	0,4 %	0,8 %	1,3 %	0,5 %	0,8 %
ecstasy	0,7 %	1,7 %	2,3 %	1,9 %	2,2 %
champignons (psilocybes)	0,6 %	1,5 %	2,1 %	2,3 %	3,1 %

Source : ESPAD 1999, INSERM-OFDT-MENRT.

Les chiffres de 1999 peuvent être rapprochés de ceux de l'enquête en milieu scolaire INSERM 1993, toujours sur la tranche 14-18 ans. Pour le cannabis, l'augmentation est très nette, la prévalence au cours de la vie ayant doublé d'une enquête à l'autre (de 15% à 33%). Si l'on détaille cette augmentation par âge et par sexe, il apparaît qu'elle est particulièrement forte à 18 ans : à cet âge, en 1999, 59% des garçons et 43% des filles déclarent avoir déjà pris du cannabis, contre seulement 34% et 17% en 1993. Pour les autres produits psychoactifs, la faiblesse des prévalences observées rend parfois les comparaisons délicates. Toutefois, le niveau d'expérimentation semble globalement augmenter entre les deux enquêtes, en particulier pour les produits à inhaler. A un niveau d'analyse plus fin, il apparaît que cette augmentation concerne surtout les garçons les plus jeunes.

**Usages de drogues illicites au cours de la vie chez les 14-18 ans, 1993-1999**

Produit	INSERM 93 (n = 6518)	ESPAD 99 (n = 9657)
Cannabis	14,6 %	33,1 %
Cocaïne	1,1 %	1,6 %
Héroïne	0,8 %	1,1 %
LSD ou hallucinogènes	1,7 %	3,6 %
Amphétamines	2,3 %	2,2 %
Produits à inhaler	6,0 %	10,7 %

Source : INSERM 93 et ESPAD 99 , INSERM, OFDT, MENRT

Mesurer des niveaux d'usage plus élevés que la seule expérimentation n'est guère possible que pour le cannabis et les produits à inhaler. Pour les autres substances, la consommation répétée est très rare, d'autant que la majorité de ceux qui ont essayé un de ces produits ne renouvelle pas l'expérience. Le choix des indicateurs d'usage renouvelé est ici dicté par les données disponibles en 1993, afin de permettre la comparaison avec 1999. En 1993, à 18 ans, 15 % des garçons avaient consommé du cannabis 10 fois ou plus au cours de leur vie. En 1999, cette proportion est dépassée dès l'âge de 16 ans (19 %), et atteint 35 % à 18 ans. Pour les filles, les usages se situent à un niveau de prévalence moindre, mais les évolutions sont similaires : en 1993, à 18 ans, 6 % des filles avaient pris du cannabis 10 fois et plus au cours de leur vie, cette prévalence étant en 1999 dépassée dès 15 ans (6 %), pour atteindre 22 % à 18 ans. La banalisation du cannabis n'est donc pas limitée à sa seule expérimentation.

En revanche, pour les produits à inhaler, la hausse est beaucoup plus nuancée, en particulier pour les filles : à 18 ans, en 1999, 5,4 % des garçons et 3,5 % des filles ont consommé un produit à inhaler au moins trois fois au cours de leur vie, contre respectivement 2,5 % et 2,3 % en 1993.

***Cannabis et inhalants : usage au cours de la vie par sexe et par âge, 1993-1999***

garçons	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
1993 : cannabis, 10 fois ou plus	1,2 %	3,5 %	6,3 %	11,8 %	14,8 %
1999 : cannabis, 10 fois ou plus	3,3 %	8,9 %	18,7 %	29,5 %	35,4 %
1993 : inhalants, 3 fois ou plus	2,2 %	2,7 %	3,0 %	3,3 %	2,5 %
1999 : inhalants, 3 fois ou plus	4,8 %	5,2 %	5,5 %	5,8 %	5,4 %
filles	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
1993 : cannabis, 10 fois ou plus	1,1 %	2,3 %	5,0 %	6,4 %	5,8 %
1999 : cannabis, 10 fois ou plus	2,1 %	6,4 %	12,1 %	18,2 %	21,9 %
1993 : inhalants, 3 fois ou plus	1,7 %	1,9 %	1,2 %	1,9 %	2,3 %
1999 : inhalants, 3 fois ou plus	3,7 %	4,8 %	2,7 %	3,1 %	3,5 %

Source : INSERM 93, ESPAD 99.

**Groupes spécifiques**

"NO INFORMATION AVAILABLE"

**2.3 Problem drug use**

**Prévalence national et locale**

**Estimation du nombre d'usagers d'opiacés « à problèmes »**

Les consommations de drogues telles que l'héroïne et la cocaïne sont difficilement détectables par les enquêtes en population générale. L'Observatoire s'attache depuis quelques années à améliorer l'estimation du nombre de ces usagers, principalement des consommateurs d'opiacés, en recourant à des méthodes indirectes d'estimation.

La précédente estimation, publiée dans l'édition 1996, reposait sur une méthode démographique utilisant les données sur les recours aux soins de 1993. Elle ciblait le nombre d'héroïnomanes en

donnant une estimation qui, sans pouvoir être datée précisément, était applicable à la première moitié des années 1990.

La nouvelle estimation, présentée ici, est le résultat d'un travail entrepris à un niveau européen dans le cadre de la mise en place des indicateurs clefs de l'OEDT. Cet exercice a permis, en France, d'appliquer quatre méthodes différentes et d'aboutir ainsi à une fourchette d'estimation.

Le tableau suivant présente la synthèse des résultats de cette étude. Le groupe cible des différentes méthodes est celui des usagers d'opiacés «à problèmes». La notion de «à problèmes» fait référence à une consommation qui peut induire un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif. La fourchette d'estimation de 146 000 à 172 000 usagers d'opiacés «à problèmes» est applicable à la seconde moitié des années 1990.

Les quatre méthodes sont décrites dans le détail, dans le rapport technique cité en référence. Elles comportent des biais possibles liés aux hypothèses et aux sources de données utilisées. Aucune méthode ne peut être considérée, en elle-même, comme idéale. L'intérêt principal de cette étude est l'application de méthodes différentes et leur validation croisée. Ainsi, la convergence de leurs résultats permet de rendre plus fiable une telle estimation.

***Estimation du nombre d'usagers d'opiacés «à problèmes»***

Méthode	Prévalence
1 Extrapolation des données de Police	164 000
2 Démographique multiplicative	176 000
3 Extrapolation des données de traitement	156 000
4 Rétro calcul sur les données de Sida	142-176 000

Dans une prochaine étape, l'OFDT s'attachera à consolider ce travail par le croisement de ces estimations établies au niveau national avec d'autres établies au niveau local. C'est à ce titre qu'il supporte actuellement l'application d'une méthode dite «capture-recapture» sur plusieurs villes françaises (Toulouse, Marseille, Nice, Lille, Lens).

**Les comportements à risque**

***Injection par voie intraveineuse***

Sur l'ensemble des personnes prises en charge par le système sanitaire et social en novembre 1999, une proportion de 14% utilise actuellement l'injection par voie intraveineuse comme mode de consommation. L'utilisation actuelle ou antérieure de l'injection est mentionnée dans 54% des recours. L'information sur les pratique d'injection n'est cependant pas renseignée (non réponse et ne sait pas) dans 15% des cas.

Les chiffres sur l'ensemble des recours recouvrent de fortes disparités, la proportion d'injecteurs atteignant les deux tiers dans les établissements spécialisés contre un quart dans les établissements sociaux. La part de non réponses et de réponses « ne sait pas » est particulièrement importante dans ces dernières structures.

**Proportion de personnes prises en charge en novembre 1999 pratiquant l'injection intraveineuse**

	<u>Etablissements spécialisés</u>		<u>Etablissements sanitaires</u>		<u>Etablissements sociaux</u>		<u>Total</u>	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999
<b>Oui, dont :</b>	<b>69%</b>	<b>62%</b>	<b>59%</b>	<b>49%</b>	<b>26%</b>	<b>25%</b>	<b>59%</b>	<b>54%</b>
<u>Oui, antérieurement</u>	50%	46%	43%	37%	15%	15%	43%	40%
<u>Oui, actuellement</u>	19%	15%	16%	12%	11%	10%	17%	14%
<b>Non</b>	<b>31%</b>	<b>38%</b>	<b>41%</b>	<b>51%</b>	<b>74%</b>	<b>75%</b>	<b>41%</b>	<b>46%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
NR + NSP*	9%	8%	16%	16%	24%	36%	14%	15%

Source : DREES

\* NR : non réponses ; NSP : ne sait pas

Dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, la tendance est au recul de la proportion d'injecteurs, aussi bien chez les personnes qui se sont injectées antérieurement que chez celles qui déclarent utiliser cette pratique actuellement.

**Caractéristiques des personnes utilisant la voie intraveineuse parmi les prises en charge dans les centres spécialisés**

L'utilisation de l'injection est déclarée dans un peu moins de 44% des premières demandes de traitement dans les centres spécialisés contre 71% dans les autres recours. Le recul de la part des injecteurs est général entre 1997 et 1999 qu'il s'agisse d'une première demande de traitement ou non. Il est cependant un peu plus rapide pour cette dernière catégorie et tout particulièrement chez ceux ayant pratiqué l'injection antérieurement (30% en 1999 contre 36% en 1997). Cette évolution est à replacer dans le contexte d'une diminution de la part des opiacés et de l'héroïne dans les prises en charge, groupe dans lequel la pratique de l'injection est la plus répandue. La diminution de la proportion d'injecteurs est cependant également élevée chez les usagers d'héroïne (74% en 1999 contre 80% en 1997) et tout particulièrement chez usagers d'opiacés pratiquant l'injection actuellement (26% en 1999 contre 36% en 1997). Chez les personnes prises en charge pour usage de cocaïne, groupe dont les effectifs sont limités, la proportion d'injecteurs est en revanche restée stable entre 1997 et 1999 (environ 60%).

En 1999, les personnes ayant eu recours aux centres spécialisés qui pratiquent l'injection ont une moyenne d'âge de 31,8 ans contre 28,7 ans pour les non injecteurs. Ceux qui ne répondent pas ont un âge intermédiaire.

**Evolution de la proportion d'injecteurs dans les prises en charge du mois de novembre**

	1993	1995	1996	1997	1999
% d'usagers de drogues par voie intraveineuse, tous établissements (en proportion des réponses oui ou non)	63,1	59,1	57,3	59,2	54
Absence de réponses (tous établissements)	15,4	11	9,1	14,1	15
% d'usagers de drogues par voie intraveineuse, établissements spécialisés (en proportion des réponses oui ou non)	72,1	70	67,1	68,7	62
Absence de réponses (établissements spécialisés)	9,3	7	5,9	9,4	8,2

Source : DREES, Enquête de Novembre



### **3. HEALTH CONSEQUENCES**

### **3. HEALTH CONSEQUENCES**

#### **3.1 Drug treatment demand**

##### **Usagers de drogues suivis par les institutions sanitaires et sociales**

##### **Les recours au système sanitaire et social au mois de novembre**

En novembre 1999, environ 26 600 recours ont été recensés dans les structures sanitaires et sociales ayant répondu à l'enquête, ce qui correspond à une augmentation de 5% par rapport à 1997. Cette moyenne globale recouvre une augmentation de 12% des recours dans les établissements spécialisés et un recul dans les établissements sanitaires de près de 10%. Cette dernière évolution semble cependant être au moins pour partie liée à une diminution du nombre d'établissements sanitaires ayant répondu à l'enquête.

Sur l'ensemble des recours du mois de novembre aux centres spécialisés, on comptait 34 % de premiers recours en 1999, proportion en léger recul par rapport à 1997 (36%).

##### **Recours dans l'année dans les centres spécialisés**

Au cours de l'année 1999, plus de 65 000 usagers de drogues ont été pris en charge dans les centres spécialisés. L'augmentation du nombre de prises en charge recensées dans l'année (8%) est plus élevée qu'en 1997 (3,7 %) et fait suite à une hausse d'environ 10 % entre 1995 et 1996.

Environ 46% des prises en charge annuelle sont des premiers recours. Cette proportion est en diminution par rapport à 1997.

##### **Origine de la prise en charge**

En 1999, les usagers ont déclaré être venus consulter dans les centres spécialisés et les établissements sanitaires de leur propre initiative dans un peu moins de la moitié des cas (45 %). Viennent ensuite comme origines de la prise en charge, la famille (11%), un médecin (10%), un centre spécialisé 9%, une mesure judiciaire 9%. Ces chiffres sont restés sensiblement les mêmes qu'en 1997.

##### **Évolution des modes de prises en charge**

La répartition des usagers suivant les différentes natures de prises en charge a connu une évolution notable liée à l'introduction des traitements de substitution qui constituent une modalité de prise en charge. Dans les centres spécialisés, les traitements de substitution représentent 32 % des prises en charge en 1996 contre 1,2 % en 1993, alors que la part du sevrage a régressé de 30 à près de 9 %. On constate une évolution similaire, bien que moins franche, dans les hôpitaux, où le pourcentage d'usagers pris en charge pour un traitement de substitution a augmenté de 0,7 à 12 %, la part du sevrage régressant de 39 à 27 %.

Depuis 1997, la question sur la nature de la prise en charge n'est plus posée, mais une question a été introduite sur les traitements de substitution. Ils sont mentionnés dans 51% de l'ensemble des recours au mois de novembre 1999 (Subutex® 30%, méthadone 19%) et 63% des recours aux centres spécialisés (Subutex® 35%, méthadone 26%, autres 2%). La proportion de personnes sous traitement de substitution a continué à augmenter de façon importante dans les centres spécialisés (+ 6 points) et façon plus modérées dans les autres structures (+2 points).

**Répartition des usagers de drogues pris en charge durant le mois de novembre 1999 selon la catégorie d'établissement**

	Nombre d'établissements ayant répondu à l'enquête en novembre	Nombre d'usagers de drogues accueillis en novembre
Ensemble des structures spécialisées	275	17 124
Ensemble des établissements sanitaires, dont :	462	7 321
Centre hospitalier régional	52	1 691
Centre hospitalier hôpital public	239	2 700
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital public	104	2 640
Clinique de santé mentale	67	290
Service médico-psychologique régional *		
Ensemble des établissements sociaux	440	5 229
Total		29 674
Total hors doubles comptes		26 635 **

Source : DREES, Enquête Novembre 1999

\* Services hospitaliers assurant les soins dans les établissements pénitentiaires

\*\* Les doubles comptes (personnes suivies dans un centre spécialisé et dans un établissement sanitaire ou social) sont déduits du total précédent

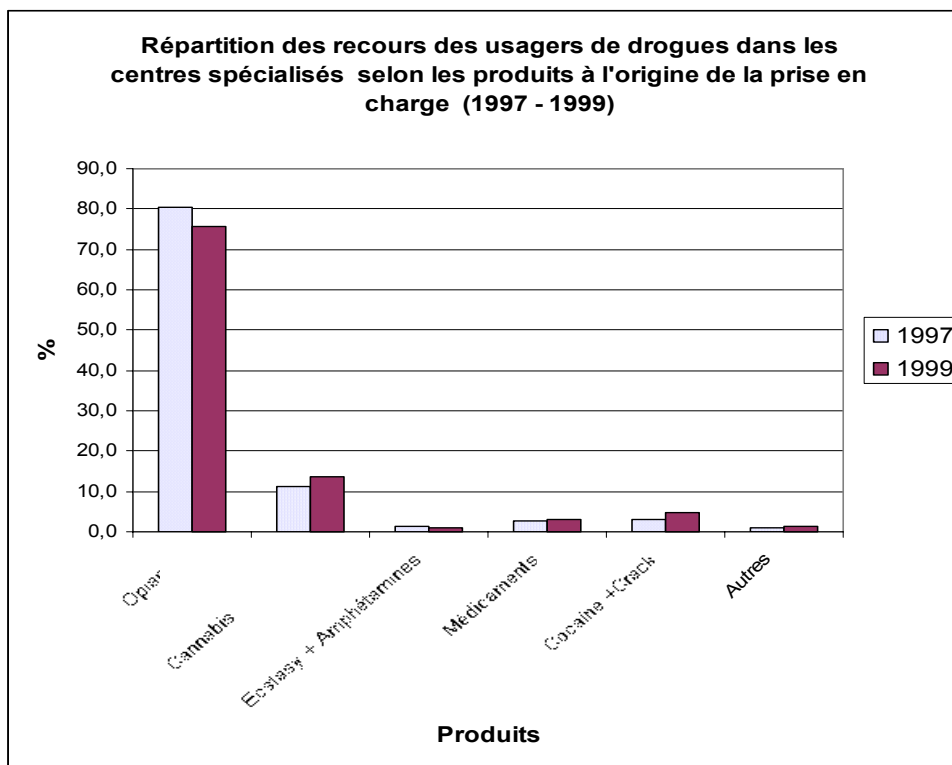
Les doubles comptes éventuels au sein de chaque catégorie d'établissements ne sont cependant pas éliminés. Un usager ayant fréquenté plusieurs centres spécialisés ou plusieurs services hospitaliers au cours du mois de novembre sera compté plusieurs fois.

**Produits à l'origine de la prise en charge**

Les opiacés sont à l'origine de la prise en charge dans les centres spécialisés dans près de 76% des recours en novembre 1999. Parmi eux se trouvent les usagers de drogues suivant un traitement de substitution venus dans les centres spécialisés en raison de leur dépendance à un opiacé mais qui ne sont pas ou peu consommateurs d'opiacés illicites comme l'héroïne. Le cannabis est impliqué dans près de 14 % des prises en charge, la cocaïne et le crack dans près de 5%. Cannabis et cocaïne sont cependant traditionnellement souvent cités comme produits associés. Les données sur les produits associés ne sont pas encore disponibles pour l'année 1999.

L'évolution entre 1997 et 1999 est marquée par une diminution de la part des opiacés au profit du cannabis et de la cocaïne. Parmi les opiacés, il faut noter la croissance du nombre de recours liés à la consommation de Subutex® non prescrit (4,3% en 1999 contre 1,5% en 1997). Cette évolution est à mettre en rapport avec le nombre important de personnes qui suivent un traitement de substitution au Subutex® et la facilité d'accès à ces traitements.

**Répartition des recours des usagers de drogues dans les centres spécialisés**



Source : DREES

*Médicaments : benzodiazépines, antidépresseurs, barbituriques et autres hypnotiques, autres tranquillisants*

*Autres : LSD et autres dysléptiques, colles et solvants, autres substances*

Au cours des années 1990, la part des opiacés dans les prises en charges est retombée au niveau atteint en début de période, après avoir augmenté dans la première moitié de la décennie ; l'évolution est symétrique pour le cannabis. Pour les opiacés, cette évolution est probablement la conséquence du pic épidémique de la consommation d'héroïne atteint à la fin des années 1980 et qui s'est traduit par une augmentation des prises en charge avec un retard de quelques années.

Sur les dix années considérées, on ne retiendra finalement comme seule évolution durable dans la répartition des produits à l'origine de la prise en charge que la baisse de la part des médicaments et l'augmentation de la cocaïne et du crack. Cette dernière augmentation est cohérente avec l'augmentation des données d'interpellations pour usage de cocaïne et les informations fournies par le dispositif de surveillance des tendances récentes (dispositif TREND) mis en place par l'OFDT. La baisse de la part des médicaments est plus surprenante. On peut avancer comme hypothèse que cette toxicomanie à un produit licite pose d'avantages de problèmes de recensement. Face à l'augmentation des prises en charge liées aux opiacés, l'incitation au repérage des cas de toxicomanie aux médicaments a peut être été moins forte. Il est aussi envisageable que la prise en charge des difficultés liées à ce type de produits soit effectuée par d'autres structures. Il est enfin à considérer que les ventes de tranquillisants sont orientées à la baisse depuis le début de la décennie 1990, ce qui n'est donc pas contradictoire avec l'évolution des prises en charge.

**Evolution des recours des usagers de drogues aux centres spécialisés selon le produit à l'origine de la prise en charge (1989 – 1999)**

	1989	1991	1993	1995	1997	1999
Opiacés	74,7	74,1	77,9	84,0	80,5	75,8
Cannabis et dérivés	12,7	14,3	10,8	8,4	11,2	13,7
Ecstasy + Amphétamines	0,9	1,2	0,9	0,8	1,2	1,0
Médicaments	6,7	5,3	6,0	3,4	2,9	3,1
Cocaïne +Crack	1,7	1,5	3,1	2,2	3,2	4,9
Autres	3,3	3,6	1,2	1,3	1,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OFDT, d'après les données de la DREES

**Âge des usagers**

On peut distinguer, du point de vue de l'âge, deux groupes qui apparaissent chez les personnes ayant recours au système sanitaire et social (ainsi que chez les usagers interpellés):

- **Les usagers d'opiacés**, essentiellement d'héroïne, dont l'âge moyen se situe autour de 31 ans et augmente d'année en année. Les usagers de cocaïne et de crack ayant recours aux soins, en nombre plus faible, ont un âge qui les rattache aux usagers d'opiacés. On peut également noter l'âge moyen élevé des personnes prises en charge à l'hôpital pour usage de médicaments (autres qu'opiacés).
- **Les usagers de cannabis** dont l'âge se situe autour de 25 ans pour les recours. L'âge moyen des usagers d'ecstasy est comparable à celui des usagers de cannabis.

**Age des usagers selon les produits à l'origine de la prise en charge dans les centres spécialisés en 1999**

Premier produit à l'origine de la prise en charge	Etablissements spécialisés	Etablissements sanitaires
Héroïne et autres opiacés, dont		
Héroïne	31,4	30,9
Dérivés de codéïne	34,3	33,7
Morphine, opium et autres opiacés	33,4	35,7
Méthadone en dehors d'une prescription	34,0	31,5
Buprénorphine en dehors d'une prescription	30,1	30,0
Cannabis	25,0	26,2
Psychotropes, dont		
Antidépresseurs	34,0	34,3
Barbituriques	30,9	33,6
Benzodiazépines	30,2	34,4
Autres hypnotiques et tranquillisants	30,2	38,6
Cocaïne	30,1	30,5
Crack	32,2	32,7

Drogues de synthèse dont :		
Amphétamines	31,0	34,5
Ectstasy	24,3	23,2
LSD et autres dysléptiques	28,3	28,3
Colles et solvants	29,7	31,2
Autres substances	32,8	32,2
Alcool	33,8	
Total des répondants	30,6	30,2
Non réponses	32,0	32,1
Ensemble	30,6	30,9

Sources : DREES, Enquête Novembre 1999

Les usagers qui ont recours pour la première fois aux centres spécialisés en novembre 1999 étaient plus jeunes (28,5 ans) que ceux qui étaient déjà entrés en contact avec ces institutions (près de 32 ans).

#### ***Evolution de l'âge des usagers pris en charge dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires***

	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1999
Etab.spécialisés	25.9	27	27	27.4	27.8	28.2	28.9	29.4	29.8	30.6
Etab.sanitaires	27.2	28.9	28.5	28.6	29.3	29.2	29.7	30.3	30.5	30.9

Source : DREES, Enquête Novembre 1999

La tendance au vieillissement des usagers ayant recours aux centres spécialisés et aux établissements sanitaires se poursuit en 1999. Elle touche tous les types d'usagers, quel que soit le produit consommé, à l'exception des usagers de cannabis pris en charge à l'hôpital qui rajeunissent légèrement. Quels éléments peuvent expliquer l'augmentation de l'âge moyen des usagers de produits (autres que le cannabis) dans les centres spécialisés et les établissements sanitaires. Il faut souligner tout d'abord qu'entre 1987 et 1999, le nombre de recours augmente dans toutes les classes d'âge, même chez les plus jeunes, la croissance «étant cependant plus forte chez les plus âgés. Il est intéressant de noter qu'entre 1997 et 1999, le nombre de recours des 20–24 ans diminue et reste identique chez les 25–29 ans, les augmentations concernant soit les plus jeunes, soit les plus de 30 ans.

L'augmentation du nombre des usagers les plus âgés peut être en partie la conséquence du vieillissement des usagers pris en charge antérieurement et qui continuent à être pris en charge (effet de cohorte). On constate cependant également une hausse de l'âge parmi les premiers recours, ce qui tend à montrer que l'entrée dans le système de soins se fait également de façon plus tardive. Deux hypothèses non exclusives peuvent être avancées pour expliquer cette évolution : le délai s'est allongé entre le début de l'usage de drogues et le recours au système de soins ; une partie des usagers pris en charge tend à entrer dans les consommations plus tardivement.

#### **Sexe des usagers**

La population d'usagers fréquentant le système de soins est traditionnellement à forte prédominance masculine. Cette part s'établit à 77 % des recours en 1999, chiffre en progression depuis la fin des

années 1980 où il se situait aux alentours de 73%. Dans les centres spécialisés, la proportion de femmes parmi les premiers recours est légèrement plus faible (20% en 1999 contre 23% dans l'ensemble des recours aux centres spécialisés).

### **La prise en charge des usagers de drogues par les médecins généralistes**

Jusqu'au début des années 1990, la prise en charge des usagers de drogues dans le cadre de la médecine de ville est restée un domaine inconnu. Une première enquête, menée en 1992 dans quatre régions, a permis de donner un aperçu de cette prise en charge plus répandue qu'on ne pouvait alors le penser. La deuxième enquête de 1995, basée sur un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins a fourni pour la première fois des données sur les recours aux médecins généralistes au niveau national. Cette enquête a été reconduite en 1997 et ses résultats peuvent être introduits au même titre que l'enquête de novembre dans les indicateurs réguliers qui permettent le suivi de l'évolution de certains aspects de l'usage des drogues.

Les résultats que nous présentons ici sont basés sur les déclarations d'un échantillon de médecins. Il s'agit d'un public de professionnels, prévenus à l'avance et ayant donné leur accord pour participer à l'enquête et dont les réponses peuvent être considérées comme fiables. L'extrapolation des résultats observés sur l'échantillon à l'ensemble des médecins généralistes s'accompagne, comme dans toute enquête de ce type, de marges d'incertitude non négligeables.

Dans cette enquête, chaque médecin est interrogé sur le nombre d'usagers vus dans l'année, que ce soit pour une ou plusieurs consultations. Comme un même usager peut avoir consulté plusieurs médecins de l'échantillon dans l'année, il n'est pas possible de connaître exactement le nombre d'usagers différents vus par l'ensemble des médecins. L'écart entre l'ensemble des usagers vus par les médecins et le nombre d'usagers différents dépend du «nomadisme médical» (recours consécutif à plusieurs médecins) et des polyprescriptions (recours simultané à plusieurs médecins).

Le nombre de médecins généralistes ayant pris en charge des usagers de drogues est resté stable entre 1995 et 1997. En revanche, chaque généraliste a vu, en moyenne, un nombre plus important d'usagers. En 1997, comme en 1995, une proportion de 61 % des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir reçu au moins un usager de drogues dans l'année. L'augmentation du nombre d'usagers vus par chacun de ces médecins, en moyenne, conduit pourtant à une croissance de 50 % de la fréquentation des généralistes par les usagers de drogues entre 1995 et 1997. Ce résultat repose sur une hypothèse de stabilité du nomadisme des usagers et des polyprescriptions entre ces deux dates.

**Les usagers de drogues sont plus souvent des patients réguliers en 1997 qu'en 1992.** Les patients réguliers ne représentent malgré tout que 42 à 46 % des usagers venus consulter des généralistes en 1997.

**Les prescriptions des produits de substitution ont augmenté entre 1992 et 1997, alors que celles des anxiolytiques, des hypnotiques et des antalgiques ont diminué.** Les médecins généralistes prescrivent en moyenne du Subutex® à environ un tiers des usagers de drogues venu les consulter. Il existe cependant de fortes disparités entre médecins, certains prescrivant très fréquemment du Subutex® aux usagers de drogues, d'autres peu ou pas du tout. Le dosage quotidien prescrit est de 8 mg en moyenne pour la moitié des médecins, inférieur à 8 mg pour 23 % d'entre eux et supérieur à 8 mg pour 26 % de ces praticiens.

On peut également noter qu'en 1997, les médecins généralistes prennent en charge de façon plus globale les usagers de drogues, avec en particulier une augmentation de la proportion des généralistes déclarant traiter souvent leurs problèmes somatiques (98 % en 1997 contre 71 % en 1995).

### **Des médecins plus formés dont certains se spécialisent :**

Par rapport à 1995, les médecins sont plus nombreux à être formés, à se considérer formés et à connaître l'existence de réseaux. Les praticiens recevant beaucoup d'usagers (plus de 10) exercent plus souvent dans des villes de plus de 20 000 habitants, en particulier en régions PACA, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais. Ils s'estiment plus souvent formés, connaissent mieux les réseaux et ont une activité liée à la toxicomanie en dehors de leur cabinet. Ils représentent 22 % de l'échantillon de 1997.

Deux types particuliers de médecins généralistes se distinguent des autres parce qu'ils voient, en moyenne, plus d'usagers de drogues : les médecins de réseaux (10 % de l'échantillon de 1997), qui suivent 25 % des usagers et 44 % des usagers sous Subutex®, et les médecins de centres médicosociaux, dont l'attitude en matière de prescription de médicaments de substitution est, en revanche, identique à celle des autres généralistes. Notons que des médecins qui ne s'estiment pas formés à la toxicomanie suivent 37 % des usagers mais seulement 20 % des usagers sous Subutex®.

**En 1997, 31% des toxicomanes vus par les généralistes étaient séropositifs pour le virus de l'hépatite C, 17 % pour le VIH.** On peut également estimer à 23 % la proportion des usagers vus par les généralistes qui étaient séropositifs pour le virus de l'hépatite B en 1997. Une tuberculose a été diagnostiquée chez 2 % des usagers, une maladie sexuellement transmissible chez 4 %. 8 % d'entre eux ont été hospitalisés en urgence, 7 % ont eu un accident de la voie publique, 1,4 % ont eu une overdose.

**Un tiers des généralistes déclare avoir rencontré de nouvelles consommations (ecstasy, LSD, benzodiazépines) qui posent problème ; 62 % d'entre eux constatent l'émergence de difficultés liées à la substitution, parmi lesquelles le trafic, le détournement, la dépendance au produit et la polytoxicomanie.**

**La perception des usagers par les généralistes évolue vers une meilleure compréhension. Pour 46 % d'entre eux, les usagers ont changé et se sont responsabilisés vis-à-vis des risques possibles.**

Les généralistes considèrent par ailleurs que la prise en charge des usagers est facilitée par leur formation, leur implication et leur motivation ; elle est par contre rendue difficile par leur manque de disponibilité, leur isolement et le manque de motivation des usagers de drogues. L'opinion concernant la possibilité de prise en charge des usagers par les généralistes n'a, en revanche, pas changé entre 1995 et 1997.

## **3.2 Drug-related mortality**

### **La mortalité liée à l'usage de drogues illicites**

En l'absence d'étude de cohorte, il n'est pas possible d'avoir une connaissance globale de la mortalité chez les usagers de drogues. Les principales causes de mortalité dans cette population pouvant être aujourd'hui renseignées sont la mortalité par surdose lorsque celle-ci fait l'objet d'une procédure judiciaire, celle par pharmacodépendance et enfin celle par Sida des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Le décès par surdose est défini comme une mort violente, suspecte, suscitant une enquête policière qui constate un contexte d'usage de drogues. Les données de l'OCRTIS sont vraisemblablement sous-estimées, car il arrive que le médecin constatant le décès fasse le choix d'éviter la procédure judiciaire pour épargner l'entourage de la victime et autorise l'inhumation sans que les services de police aient pu faire une enquête. L'INSERM fournit des données annuelles sur les décès liés à l'usage de drogue enregistrés en France et identifiés par les médecins en tant que tels. Le niveau de sous-estimation de ces décès dépend surtout de la façon dont le médecin remplit le bulletin de décès. Les données sur les décès par Sida liés à l'usage de drogues recensés par le Réseau national de santé publique sont également sous-estimées, d'environ 20 %.

C'est donc une vision partielle du phénomène que nous décrivons ici.

**Entre 1994 et 1999, le nombre de surdoses mortelles a fortement diminué passant de 564 à 118.** Cette diminution fait suite à une hausse quasi constante depuis le début des années 1970 et qui s'est poursuivie jusqu'en 1994. Parmi les facteurs permettant d'expliquer cette évolution, on peut citer la mise en place des politiques de substitution et de réduction des risques ainsi que la tendance à la désaffection des usagers de drogues à l'égard de l'héroïne.

#### **Nombre de décès par surdose**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Total	350	411	499	454	564	465	393	228	143	118
dont Héroïne	302	368	460	408	505	388	336	164	92	69
Médicaments	27	31	31	44	50	68	49	56	41	39
Solvants	12	6	6	1	6	4	1	1	1	0
Cocaïne	5	5	0	1	2	4	6	6	9	7
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Indéterminées	4	1	1	0	1	1	1	1	0	1

Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*)

L'âge moyen des personnes décédées à la suite d'une surdose est de 31,5 ans en 1999, contre 25 en 1986.

La surdose mortelle reste majoritairement consécutive à une prise d'héroïne mais les décès liés aux polyconsommations (prises combinées d'héroïne, d'alcool et de médicaments notamment) représentent une part de plus en plus importante des morts par surdose. Les décès par surdose en 1999 sont attribués pour 59 % à l'héroïne et 33 % aux médicaments, cette dernière proportion étant en nette augmentation par rapport au début des années 1990 (environ 7 % en 1990 et 1991).

Les décès provoqués par l'absorption de médicaments résultent, pour la plupart, de l'absorption de plusieurs d'entre eux. On retrouve néanmoins fréquemment la présence de Subutex® (11 cas), de Rohypnol® (6 cas), de Tranxène® (4 cas), de Skénan® (3 cas), ainsi que de Méthadone® (6 cas chacun). Il existe actuellement une controverse sur la dangerosité du subutex, notamment lorsqu'il est injecté par voie intraveineuse ou consommé avec d'autres médicaments, et tout particulièrement les benzodiazépines ou l'alcool.

Ce qu'on appelle couramment « les décès liés à l'usage de drogue » recourent essentiellement les décès par pharmacodépendance (code CIM 304), qui enregistrent également une forte baisse depuis 1994. Seuls les décès pour lesquels ces causes ont été reportées dans le bulletin de décès par le médecin ayant constaté la mort et sont inscrites comme cause principale du décès (c'est-à-dire la maladie ou le traumatisme qui a entraîné directement la mort) sont comptabilisés dans le tableau suivant. Mais une de ces causes peut avoir contribué au décès sans en être la cause principale. Elle apparaîtra dans le fichier de l'INSERM comme cause associée.



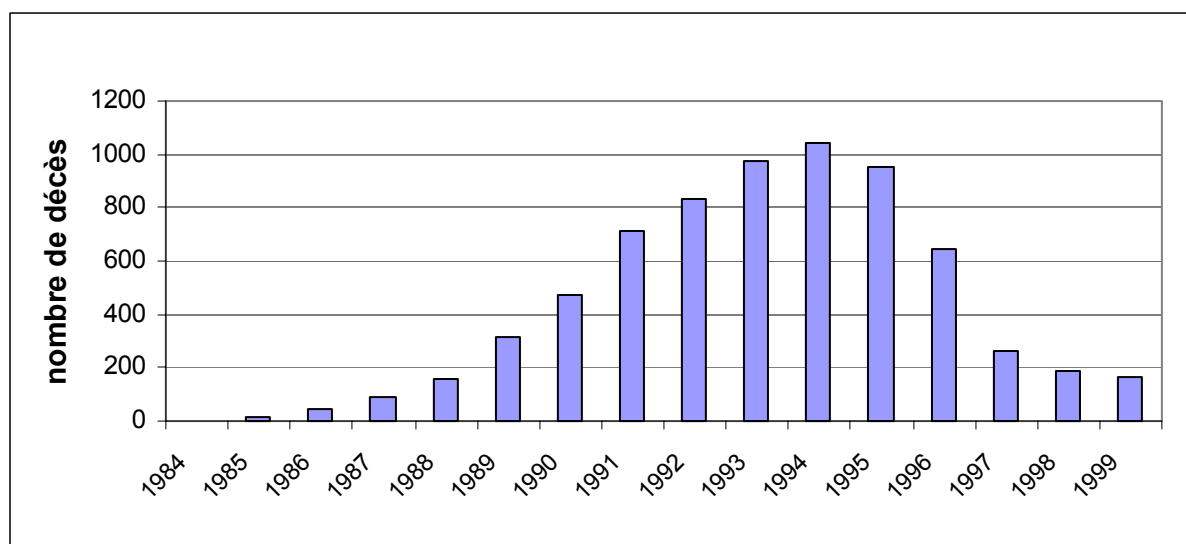
**Décès liés à l'usage de drogue**

	pharmacodépendance (CIM 304)
1990	241
1991	297
1992	384
1993	404
1994	428
1995	406
1996	346
1997	181

Source : INSERM-SC8

**Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues, après avoir enregistré une hausse continue entre 1986 et 1994, a été divisé par plus de 6 entre 1994 et 1999** (1 040 en 1994 et 163 en 1999). On observe une évolution similaire pour l'ensemble des décès par Sida, quel que soit le mode de contamination.

**Décès par Sida des usagers de drogues**



Source : Institut de Veille Sanitaire

Les nouveaux traitements du Sida expliquent pour une grande part la baisse des décès par Sida qui est observée, dans les mêmes proportions, pour toutes les catégories de malades.

**3.3 Drug-related infectious diseases**

Se référer au chap.14 Part IV

### 3.4 Other drug-related morbidity

Les autres aspects de la morbidité des usagers de drogues sont moins bien connus et peu mesurés ou de façon très hétérogène. Les médecins interrogés dans l'étude réalisée par EVAL rapportent des cas de tuberculose chez 2 % de leurs patients usagers de drogues et de maladies sexuellement transmissibles chez 8 %. Les septicémies sont mentionnées par 5 % des usagers dans l'enquête IREP, les infections veineuses dans 14 % des cas dans l'étude ARES92 et plus généralement des antécédents d'infection dans 23 % des cas dans l'étude GT69.

Les problèmes dentaires sont la préoccupation la plus fréquemment mentionnée par les usagers rencontrés dans la rue dans l'enquête IREP (52 % des cas).

Surdoses, tentatives de suicide, problèmes psychiatriques sont des traits importants de la morbidité des usagers de drogues les plus dépendants, aspects que nous ne sommes pas en mesure de mesurer de façon précise et suivie.<sup>α</sup>

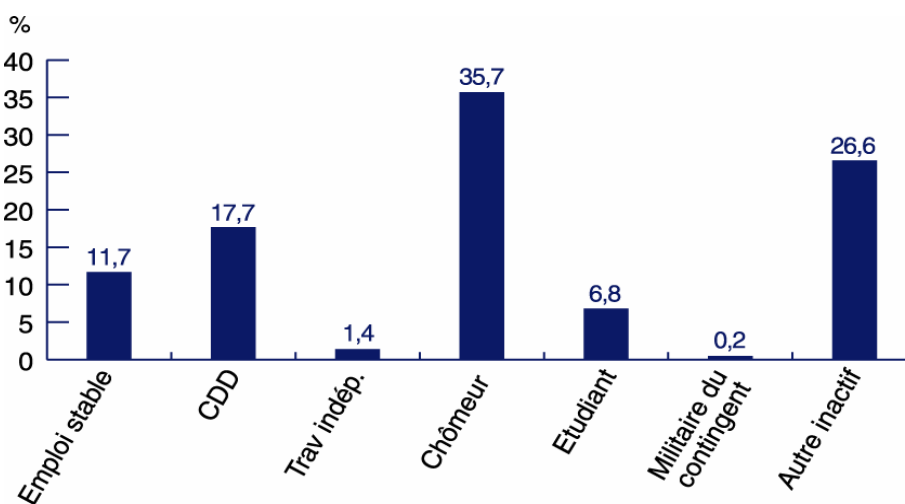
## 4. SOCIAL AND LEGAL CORRELATES AND CONSEQUENCES

### 4.1 Social problems

Insertion professionnelle

Parmi les personnes prises en charge en novembre 1997<sup>7</sup> dans le système sanitaire et social, on comptait 69 % de personnes «inactives», catégories regroupant selon la nomenclature de l'enquête, les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs. Cette répartition est restée assez stable depuis la fin des années 1980. Le partage entre actifs et inactifs en novembre 1989 et en novembre 1992 est identique à celui de 1997.

**Activité professionnelle des usagers ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1997**



Source : DREES

<sup>7</sup> les résultats 1999 ne sont pas encore disponibles sur cette question

Chez les usagers ayant eu recours pour la première fois aux centres spécialisés en novembre 1997 la proportion d'élèves, d'étudiants ou de stagiaires non rémunérés est plus forte que chez les usagers dont ce n'est pas le premier contact (respectivement 9 % contre 2 %). La proportion de chômeurs ayant déjà occupé un emploi est par contre moins forte chez les premiers (26 % contre 30 %). A ces différences près, la structure selon l'activité professionnelle est assez proche dans les deux groupes.

Parmi les usagers interpellés, on trouve, en utilisant la même définition que dans l'enquête de novembre, une proportion de 67% «d'inactifs», répartis en 41 % de sans-professions déclarés et 26 % d'étudiants. Le partage entre actifs et inactifs est donc assez semblable dans les deux sources, les étudiants étant par contre beaucoup plus représentés parmi les usagers interpellés.

Entre 1997 et 1998, la part des sans-professions a chuté de 58 à 41 % et celle des étudiants a augmenté de 18 à 26 %. L'essentiel de l'augmentation des interpellations des usagers entre 1993 et 1998 est liée à la croissance des interpellations des étudiants (+ 19 000), des ouvriers (+ 11 000), des sans-professions déclarés (+ 4 266) et des employés (+ 3 224).

### Couverture sociale

En 1997, comme depuis plusieurs années, un peu plus de 6 % des personnes ayant eu recours au système sanitaire et social ne possèdent pas de couverture sociale, parmi elles on trouve une forte proportion de moins de 24 ans (44 %). Le pourcentage de personnes percevant le RMI est passé de 26 à 27,5 % entre 1995 et 1997. Les fluctuations sur le nombre de réponses à cette question incitent à être prudent sur la significativité de cette faible augmentation.

### Nuisances pour la communauté

En France, les problèmes posés par la concentration des usagers et des vendeurs dans certains quartiers remontent au début des années 80.

L'émergence du sida dans le champ de la toxicomanie a eu, entre autres, comme conséquence de faire apparaître sous un éclairage nouveau la question de la concentration des usagers de drogues dans les villes. Durant la période antérieure à l'épidémie, les données du problème étaient en effet relativement simple : afin d'épargner toute gêne aux habitants des quartiers touchés par le trafic et assurer un climat de sécurité, il suffisait de disperser les usagers et d'empêcher la formation d'autres scènes. Depuis l'apparition du sida, la question est devenue plus complexe dans la mesure où à ce qui ne relevait auparavant que d'un simple maintien de l'ordre public s'est greffée une nouvelle dimension, sanitaire, autrement plus complexe à gérer. Pour faire face à l'épidémie, les pouvoirs publics ont mis en place des structures dites à bas seuil d'exigence telles que des programmes d'échanges de seringues, des *Drop in* (centres d'accueil) et ce au sein même de ces scènes ouvertes.

Ces structures sont perçues par certains habitants de ces quartiers comme contribuant à « fixer » les usagers sur le quartier d'implantation des structures et à en attirer d'autres.

Au cours des deux dernières années, cette situation a abouti à trois nouveaux développements :

**Le premier** est relatif à l'auto organisation des habitants d'un même quartier au sein d'associations constituées soit *contre* la présence des structures dites de bas seuil soit *pour* leur maintien.

**Le deuxième** est relatif à la cible des habitants, lesquels ne visent plus seulement la présence des consommateurs et des dealers dans leur quartier mais désormais les structures de soins qui les prennent en charge notamment les structures dites de bas seuil.

**Le troisième** est relative au recours à la voie judiciaire pour ce type de différend. A Paris et à Montpellier, au moins deux actions en justice ont été introduites contre 4 structures dans le but de mettre un terme à leur existence ou de les déplacer vers d'autres quartiers.

## 4.2 Drug offences and drug-related crime

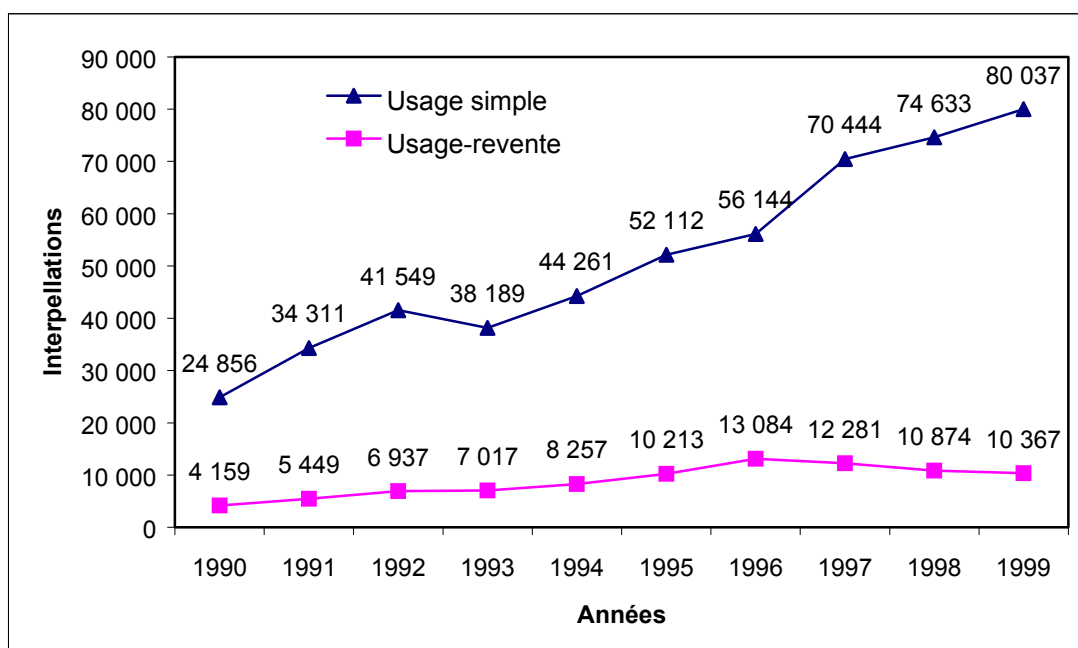
### Les interpellations pour usage

Dans le cas des infractions à la législation sur les stupéfiants, les services de police et de gendarmerie agissent entièrement de leur propre initiative. Il est donc particulièrement difficile de déterminer la part des évolutions constatées attribuables aux variations de la population d'usagers et la part liée à une modification de l'activité des services en cause. Une forte mobilisation des services de police risque de se traduire par une augmentation des interpellations, même si le nombre d'usagers de drogues reste constant. Il convient donc de ne pas conclure trop hâtivement sur l'évolution du nombre d'usagers à partir des chiffres d'interpellations.

**La croissance du nombre d'usagers et d'usagers-revendeurs interpellés a été modérée en 1999 (+5,7 %) comme en 1998 (+ 3,4 %) après avoir été particulièrement forte en 1997 (+ 19,5 %). Le nombre d'interpellations pour usage simple a doublé entre 1993 et 1999.**

**Les interpellations d'usagers simples progressent plus vite que celles des usagers-revendeurs.** La part des usagers-revendeurs dans le total des interpellations, environ 11 % en 1999, a légèrement diminué depuis 1993. À l'inverse, les usagers simples ont vu leur part dans le total des interpellations augmenter de 74,6 % en 1993 à 83,5 % en 1999.

### Interpellations pour usage et usage-revente (tous produits)



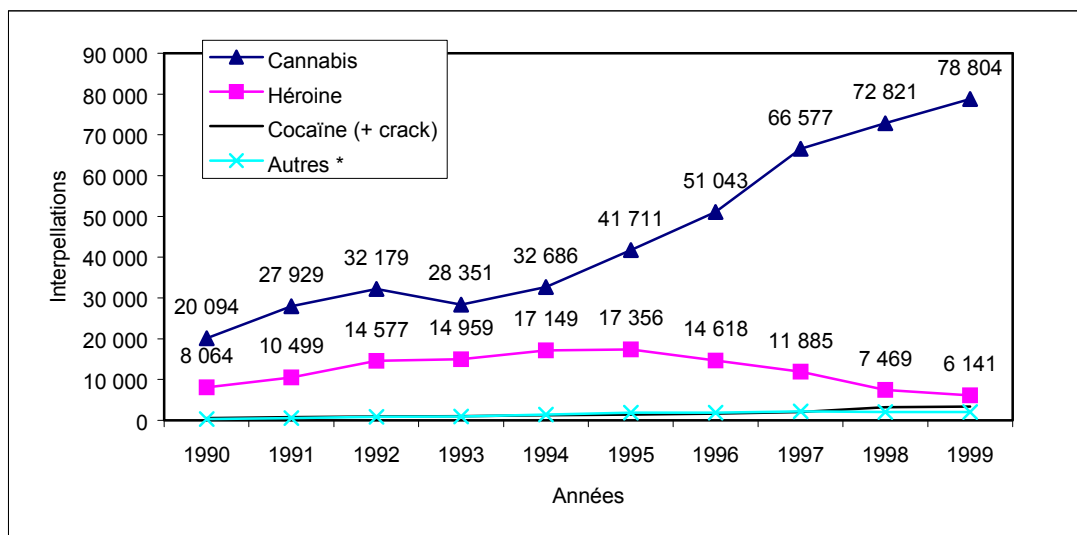
Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*)

La croissance des interpellations d'usagers, enregistrée entre 1998 et 1999, est essentiellement due à une augmentation du nombre d'interpellations pour usage de cannabis et, dans une moindre mesure, de cocaïne, alors que les interpellations pour usage d'héroïne baissent fortement.

Entre 1993 et 1999, le nombre d'usagers de cannabis a été multiplié par 2,8 tandis que pour l'héroïne ce chiffre a été divisé par 2,4. Les usagers de cannabis représentent 87 % des usagers interpellés

contre 63 % en 1993. Les interpellations d'usagers de cocaïne ont beaucoup progressé dans les années 1990. En nombre, elles dépassent les interpellations pour usage d'héroïne dans plusieurs départements. Elles ne représentent malgré tout qu'un peu moins de 4 % des interpellations pour usage en 1999.

### Interpellations pour usage et usage-revente par produits



\* Autres produits c'est-à-dire ecstasy, L.S.D., opium/morphine, et psychotropes / produits pharmaceutiques

Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*)

La croissance des interpellations sur les dernières années ne peut être expliquée de façon simple, mais par une combinaison de facteurs, que l'on peut regrouper selon deux grands axes. Le premier concerne d'éventuelles modifications du comportement des services de police et de gendarmerie. Par exemple, selon le bilan de l'application de la circulaire du ministère de la Justice de 1995 sur l'injonction thérapeutique, presque tous les parquets ont donné des instructions aux services de police et de gendarmerie visant à la systématisation du signalement des usagers. L'application de ces instructions a pu conduire à une augmentation des interpellations recensées. Par ailleurs, des réorganisations internes aux services de police ont pu également jouer en faveur d'une augmentation des interpellations, notamment la tendance à accorder une plus grande autonomie aux services de la sécurité publique en matière de stupéfiants. Le second axe a trait à la banalisation des consommations de cannabis et des transformations de leurs contextes d'usage. En l'état des connaissances, il serait présomptueux de privilégier l'une ou l'autre des pistes explicatives.

L'augmentation rapide du nombre de personnes sous substitution, depuis le début de l'année 1996, semble être l'une des explications les plus plausibles de la baisse du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne.

En ce qui concerne le déroulement de la procédure policière, les usagers simples sont moins fréquemment mis en garde à vue et plus souvent laissés libres qu'auparavant.

Les statistiques de la Police judiciaire<sup>8</sup> donnent certaines indications sur l'orientation des usagers de drogues après leur interpellation. De ce point de vue, il convient de différencier les usagers simples des usagers-revendeurs, la réponse judiciaire ne devant pas être identique dans les deux cas, conformément aux circulaires du ministère de la Justice.

De manière générale, au cours des années 1990, la police interpelle beaucoup plus d'usagers mais place en garde à vue un nombre à peu près stable d'usagers simples. La part des usagers-revendeurs mis en garde à vue est toujours plus élevée que celle des usagers-simples : respectivement 83 et 53 % en 1998. Mais le nombre de personnes placées en garde à vue en 1998

<sup>8</sup> Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la police nationale et Ministère de la défense, Direction générale de la gendarmerie nationale, *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 1998 par les services de police et fer gendarmerie*, Paris, La Documentation Française, 1999.

est à la hausse, qu'ils s'agissent d'usagers simples (+16 %), d'usagers-revendeurs (+17 %) ou de trafiquants (+9 %).

Sur le total des usagers simples mis en cause, 97,4 % sont laissés libres en 1998 (92,6 % en 1993). La remise en liberté recouvre de nombreuses situations et n'implique pas un abandon des poursuites. Certains peuvent être jugés par la suite après convocation au tribunal.

#### *Caractéristiques des usagers interpellés :*

La part des mineurs parmi les usagers interpellés augmente. Ils occupent une place de plus en plus importante parmi les personnes mises en cause pour usage et usage-revente, leur part s'élevant de 6,6 à 20,2 % entre 1993 et 1998, pour la première catégorie, et de 5,7 à 20,3 % pour la deuxième.

D'après les chiffres de l'OCRTIS, la croissance annuelle du nombre de mineurs interpellés pour usage et usage-revente est nettement plus importante que pour les majeurs : +25 % en moyenne depuis 1990 pour les premiers contre +12 % pour les seconds.

Autre évolution marquante, la décroissance significative de la proportion d'étrangers parmi les personnes mises en cause pour usage et usage-revente. Entre 1993 et 1998, la part des usagers étrangers dans le total des usagers baisse de 13,7 à 8,0 % et celle des usagers-revendeurs de 19,0 à 10,4 %.

### **Les personnes interpellées**

Les données précédentes concernent le nombre d'interpellations enregistrées chaque année par l'OCRTIS. Mais une même personne peut-être interpellée à plusieurs reprises, voire au sein d'une même année. Une exploitation spécifique du fichier de l'OCRTIS a permis de repérer le nombre exact d'individus interpellés entre 1990 et 1997 et le nombre de fois où ils ont eu affaire à la police pour usage de stupéfiants au cours de cette période<sup>9</sup>.

Ainsi, entre 1990 et 1997, 348 652 personnes différentes ont été interpellées pour usage de drogues, dont 76 % pour usage de cannabis, 23 % pour usage d'héroïne, 2 % pour usage de cocaïne et 1,3 % pour usage d'ecstasy. Les interpellations relatives aux drogues autres que le cannabis et l'héroïne ne représentent qu'une part très faible de l'ensemble des interpellations.

Sur cette période, un même individu est en moyenne interpellé 1,3 fois. Les différences entre produits sont sensibles puisque l'usager d'héroïne est interpellé 1,4 fois en moyenne contre 1,2 fois pour l'usager de cannabis et à peine plus d'une fois pour l'usager de cocaïne.

Si ces chiffres viennent confirmer une idée généralement admise, à savoir qu'un usager d'héroïne aura plus souvent affaire à la police, on remarquera toutefois que les trois quarts des usagers d'héroïne interpellés ne le sont qu'une fois. Sur les 82000 usagers d'héroïne interpellés, seul un noyau de 7 000 personnes est interpellé trois fois ou plus pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

Les multi-interpellations au cours de la même année sont assez rares. Un usager d'héroïne est en moyenne interpellé 1,1 fois dans l'année contre 1,05 fois pour l'usager de cannabis.

Enfin, on peut s'intéresser aux interpellations successives jusqu'en 1997 des personnes mise en cause pour usage de cannabis en 1990. Sur les 19 361 individus usagers de cannabis interpellés en 1990, les trois quarts ne se feront plus connaître des services de police entre 1990 et 1997. Le nombre d'individus interpellés pour usage d'héroïne après une première arrestation pour usage de cannabis s'élève à 1 443, soit un peu plus de 7 % des usagers de cannabis interpellés en 1990 et 40 % des multi-interpellés.

### **Les interpellations pour trafic**

#### ***Le nombre d'interpellations pour trafic***

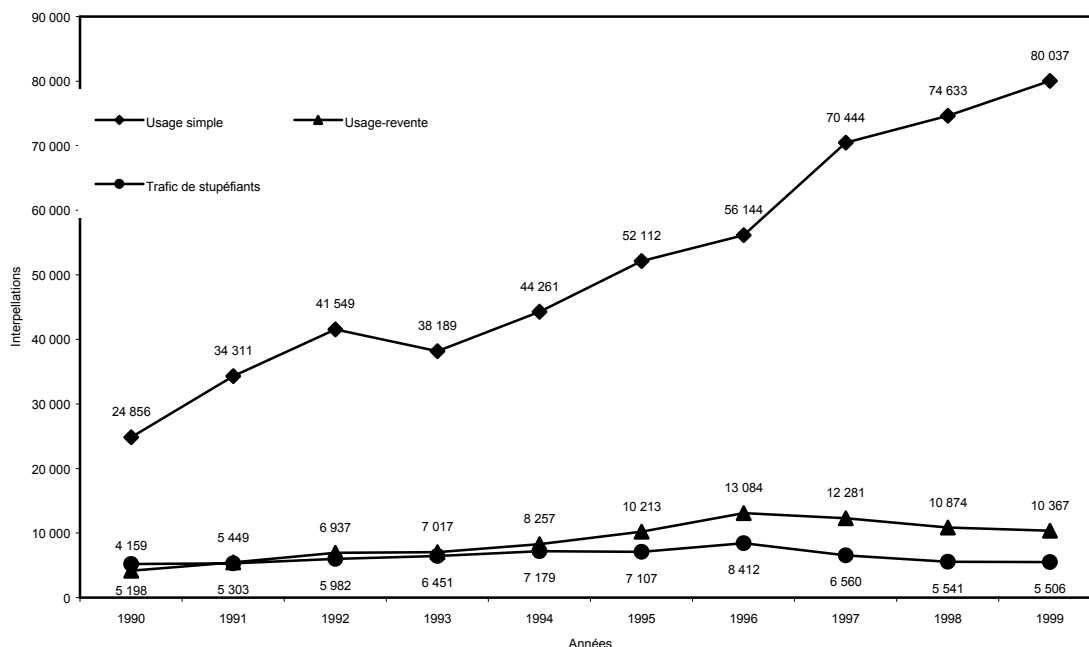
---

<sup>9</sup> ENSAE Junior Etudes, *Etude du fichier FNAILS des interpellations pour usage de stupéfiants au niveau de l'individu*, Paris, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 1997.

Le nombre des interpellations de trafiquants chute assez fortement entre 1996 et 1998 mais se stabilise en 1999, passant de 8 412 en 1996 à 5 506 en 1999. On retrouve en 1999 à peu près le même nombre d'interpellations que dans les années 1991/1992.

Les interpellations pour trafic représentent environ 6 % de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 1999 contre 23,5 % en 1993.

### Interpellations pour usage, usage-revente et trafic de stupéfiants



Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*)

### Les interpellations par type de trafiquants

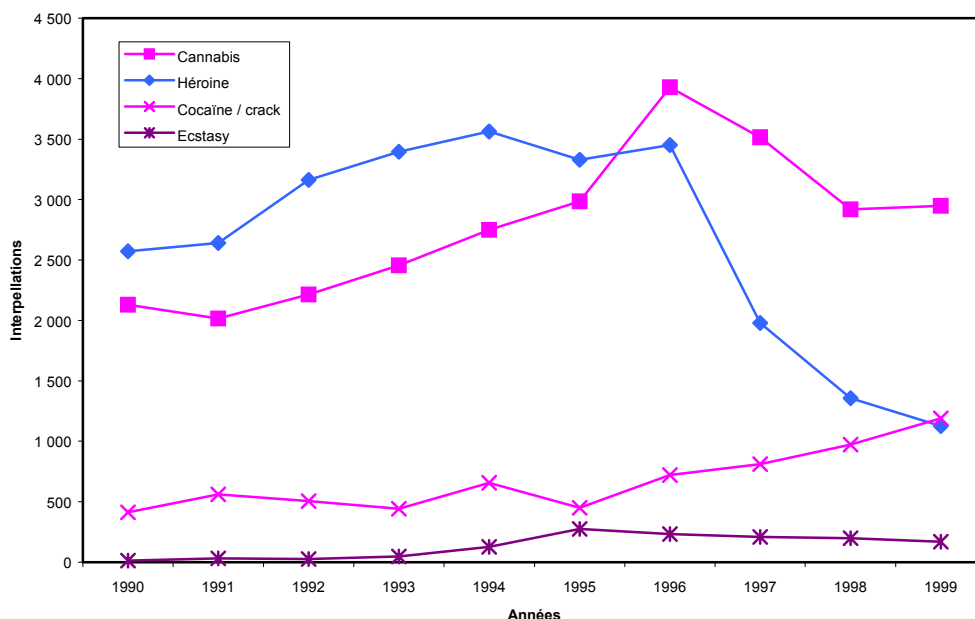
Les trafiquants interpellés en 1999 se répartissent en trafiquants internationaux (23 %) et trafiquants locaux (77 %). La part du trafic local oscille entre 75 et 85 % depuis le milieu des années 1980. Il est à noter, cependant, que la quasi-totalité de la baisse des interpellations de trafiquants de 1996 à 1999 est imputable à la baisse du trafic local.

### Les interpellations de trafiquants par produit

En 1999, les trafiquants de cannabis représentaient un peu plus de la moitié des trafiquants interpellés (54 %), proportion équivalente à celles de 1997 et 1998. La part des trafiquants d'héroïne est en baisse depuis 1992 (elle est passée de 53 % à 20 % en 1999) alors que celle des trafiquants de cocaïne (et crack) est passée de 8 à 22 % entre 1992 et 1999. Les interpellations de trafiquants d'ecstasy représentent une part beaucoup plus faible de l'ensemble des trafiquants interpellés (3 % en 1999).

Ainsi, l'évolution entre 1992 et 1999 est caractérisée par une forte diminution, à partir de l'année 1997, des interpellations de trafiquants d'héroïne. Après avoir augmenté de 1992 à 1996, les interpellations de trafiquants de cannabis ont aussi connu une baisse importante. Les interpellations de trafiquants de cocaïne, qui fluctuent entre 200 et 500 depuis le milieu des années 1980, ont récemment tendance à augmenter. Les interpellations de trafiquants d'ecstasy sont relativement stables depuis 1995.

### Interpellations pour trafic par produits



Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*)

La contraction du marché de l'héroïne, déjà perceptible au niveau des interpellations des usagers depuis 1995, s'est brutalement fait sentir à partir de 1997 pour les trafiquants. Cette tendance semble se poursuivre en 1999. La reconversion probable des trafiquants vers d'autres produits comme la cocaïne commence à être perceptible dans les interpellations pour trafic de ce produit.

### Les condamnations pour usage

Injonction thérapeutique mise à part, les usagers interpellés peuvent faire l'objet d'un classement sans suite ou avec avertissement (cas le plus fréquent) ou encore être poursuivis. Les poursuites n'étant engagées que si les éléments à charge sont suffisants, les usagers poursuivis sont, dans la plupart des cas, condamnés.

Le passage devant le tribunal peut-être organisé selon différentes modalités :

#### - Comparution immédiate

Dans ce cas, la personne interpellée est le plus souvent détenue jusqu'à son procès, qui intervient dans un délai très court.

#### - Convocation par officier de police judiciaire (OPJ)

Le prévenu est laissé libre après son interpellation, qu'il ait été ou non mis en garde à vue et déféré au Parquet. La convocation à se rendre au tribunal est remise directement par l'officier de police judiciaire. La personne ne peut alors prétendre ne pas avoir été avertie de la date de son passage au tribunal.

#### - Citation directe

Le prévenu est également laissé libre, mais reçoit ultérieurement sa convocation par un huissier de justice.

#### - Après instruction

L'instruction est en principe utilisée dans les affaires de trafic. Un nombre plus ou moins important d'usagers est en général impliqué dans ces affaires.



La statistique judiciaire n'utilise pas la même nomenclature que la statistique policière. Elle distingue de nombreuses infractions qu'il est possible de regrouper en sept types principaux<sup>10</sup>. Il n'est pas possible d'établir une correspondance exacte entre les deux nomenclatures. Le rapprochement entre les chiffres d'interpellations et de condamnations est donc difficile.

Lorsque le parquet décide de poursuivre une personne interpellée pour infraction à la législation sur les stupéfiants, il doit choisir la ou les infractions qui corresponde(nt) aux actes commis par cette personne. Dans la majorité des cas de poursuites, les parquets utilisent plusieurs infractions simultanément. En 1996 (derniers chiffres disponibles), les poursuites et les condamnations comportant trois ou quatre infractions sont très fréquentes, et on observe une tendance à l'augmentation du nombre d'infractions associées dans une même condamnation depuis le début des années 1990. La multi-incrimination permet, du point de vue des magistrats, une meilleure qualification des faits. Elle complique cependant beaucoup l'observation des évolutions, et ce d'autant plus que les pratiques de qualification ne sont pas identiques dans les différents parquets. Face aux trois catégories simples de la statistique des interpellations, on voit apparaître dans les condamnations de nombreux cas intermédiaires où, par exemple, l'usage peut-être associé à la détention-acquisition, au transport ou au trafic.

Les annuaires statistiques de la justice présentent en général les condamnations en termes d'infraction principale<sup>11</sup>. Ce type de statistiques ne donne cependant qu'une image très partielle des condamnations pour usage. L'analyse des infractions associées permet d'apprécier de façon plus fine les condamnations pour usage de stupéfiants.

### Les condamnations en infraction principale

On compte 6 686 condamnations pour usage en infraction principale en 1998, chiffre qui, au delà-des fluctuations annuelles, reste relativement stable à moyen terme.

La lecture du tableau ci-après donne une impression de stabilité pour le nombre des condamnations liées aux stupéfiants, dont l'évolution présente un fort contraste avec celle des interpellations pour usage. La baisse des condamnations en 1995 est liée à l'amnistie présidentielle dont les effets se font encore sentir, de façon atténuée, en 1996.

Les condamnations pour usage représentent 28 % de l'ensemble des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, pourcentage en diminution par rapport à 1992.

#### *Interpellations et condamnations pour usage (infraction principale)*

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Interpellations pour usage simple de stupéfiants	41549	38189	44261	52112	56144	70444	74633
Condamnation pour usage illicite de stupéfiants	7374	8157	6201	4670	6751	6530	6686
Total des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants	21851	22530	20580	20661	23840	23 980	24081

Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants – statistiques 1999*) & Ministère de la Justice (*Annuaire statistique de la Justice – édition 2000*)

Comme nous l'avons signalé, les statistiques en infraction principale ne donnent qu'une image très partielle des infractions sanctionnées dans les condamnations. L'infraction d'usage apparaît en fait beaucoup plus souvent dans les condamnations que ne le laissent penser les chiffres du tableau ci-dessus.

<sup>10</sup> Détention – acquisition ; usage illicite ; trafic (import, export) ; commerce, transport ; offre et cession ; aide à l'usage par autrui ; autres.

<sup>11</sup> L'infraction principale est la première citée si toutes les qualifications correspondent à une même catégorie (crime, délit ou contravention) ; c'est la première citée de la catégorie la plus grave si les qualifications correspondent à des catégories différentes.

## Les condamnations en infractions associées

On examine ici toutes les condamnations comportant au moins une infraction d'usage. Leur nombre s'élève à 15 168 en 1998, chiffre comparable à celui de 1997, mais en nette augmentation par rapport à 1991. Cela signifie-t-il qu'on condamne davantage d'utilisateurs ? Pour répondre à cette question, il faut distinguer les cas où la condamnation ne sanctionne qu'une infraction d'usage et les cas où l'usage est associé à d'autres infractions.

### *Condamnations pour usage seul*

On enregistre 3 452 condamnations pour seul usage en 1998. Par rapport à 1991, ces condamnations sont en baisse en nombre et surtout en proportion de l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction d'usage. Les condamnations pour usage seul sont en revanche restées assez stables entre 1996 et 1998.

Des peines d'emprisonnement fermes sont prononcées dans 19 % des condamnations pour usage seul en 1998 (contre 24 % en 1991). La durée moyenne de l'emprisonnement ferme (et avec sursis partiel) passe de 3,5 mois à 2,4 mois entre 1991 et 1998. Une étude<sup>12</sup> portant sur l'année 1991 s'est penchée sur les peines d'emprisonnement fermes sanctionnant le simple usage. La moitié de ces condamnés avait déjà été condamnée au cours des deux années précédentes, fréquemment pour vol ou recel. L'utilisateur sans passé judiciaire était condamné dans 9 % des cas, une fois sur deux lorsqu'il ne s'était pas présenté à l'audience.

Dans 29 % des cas, l'utilisateur de drogues est condamné à une peine d'emprisonnement avec sursis total, fréquemment assortie d'une mise à l'épreuve, au cours de laquelle l'utilisateur doit se soumettre à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale (70 % des peines d'emprisonnement avec sursis en 1995).

La condamnation à une amende est prononcée dans un tiers des cas, à une peine de substitution dans 8 % des cas et à une mesure éducative dans 5 %.

### *Condamnations pour usage et autres infractions à la législation sur les stupéfiants*

Ces informations nécessitent un traitement particulier. Dans l'attente des nouvelles données, les dernières dont nous disposons datent de 1997.

En 1997, 10 075 condamnations associent usage et autres infractions à la législation sur les stupéfiants. Parmi ces condamnations, on distingue un groupe associant usage et infractions liées au commerce de stupéfiants, dont le nombre augmente très rapidement.

Le nombre de condamnations associant usage et trafic et usage et transport est multiplié par quatre, environ, entre 1991 et 1997. Le nombre des condamnations associant usage et cession est multiplié par deux.

La part des emprisonnements fermes est plus importante pour ces condamnations que pour les condamnations pour seul usage (21 % des condamnations contre 14 % pour usage seul) mais c'est surtout sur la proportion de sursis partiel (emprisonnement ferme et sursis) que ces condamnations diffèrent : 0,6 % pour l'usage seul contre 37 % pour usage et trafic et 21 % pour usage et transport.

La tendance est à plus de sévérité depuis 1991 pour l'usage associant transport ou trafic. La part de l'emprisonnement ferme est en augmentation. La durée moyenne d'emprisonnement est de 16,8 mois en 1997, contre 18,3 mois en 1996 et 16 mois en 1991.

Les condamnations associant usage et cession visent vraisemblablement la catégorie des utilisateurs-revendeurs de la statistique policière. La durée moyenne de l'emprisonnement est alors d'environ 10,8 mois.

---

<sup>12</sup> Timbart O., L'usage des stupéfiants dans les condamnations, *Infostat Justice*, n°38, juillet-août 1994.

Les associations usage et trafic ou usage et transport sanctionnent probablement souvent l'activité des «fourmis» qui tentent de franchir les frontières avec des quantités limitées de stupéfiants. Les peines sont beaucoup moins sévères que celles encourues pour trafic seul ou trafic associé à d'autres infractions que l'usage.

Contrairement au groupe précédent, le nombre de condamnations associant usage et détention-acquisition augmente assez faiblement. La structure et la durée des peines prononcées pour l'usage associé à la détention-acquisition sont assez proches en 1997 de celles sanctionnant l'usage seul. Fait significatif, la durée moyenne de l'emprisonnement ferme est passée de 10 mois en 1991 à 4,8 mois en 1997, pourtant elle-même poussée à la hausse par quelques cas de très longues peines. On peut donc penser que les condamnations pour usage seul et pour usage et détention-acquisition visent souvent des comportements et des publics semblables.

#### *Condamnations pour usage et autres délits non liés aux stupéfiants*

On recense, enfin, 2 242 condamnations associant usage et délits non liés aux stupéfiants en 1997. Le nombre de ces condamnations est en augmentation, mais sa part relative régresse par rapport à 1991. Il s'agit, dans une forte proportion des cas, d'usage associé au vol ou au recel (près de deux tiers des cas en 1995).

La part de l'emprisonnement ferme est particulièrement élevée pour les condamnations associant usage et délits, soit 33 % en 1997, en net recul par rapport à 1996. Ce pourcentage est poussé vers le haut par les condamnations pour usage et séjour irrégulier, systématiquement sanctionnés par de l'emprisonnement ferme. La part de l'emprisonnement ferme tend cependant à diminuer depuis 1991. La durée des peines, en moyenne de sept mois et demi en 1996, est en augmentation depuis 1991.

En définitive, l'essentiel de l'augmentation du nombre de condamnations comportant au moins une infraction d'usage provient de l'augmentation des condamnations pour usage associé au trafic, au transport ou à la cession, c'est-à-dire les infractions où les usagers sont, en principe, impliqués dans le commerce de stupéfiants. Les condamnations pour usage seul au sens large ou usage associé à d'autres délits demeurent à un niveau assez stable.

Il est là aussi difficile de savoir si l'explication de cette évolution réside dans le fait que davantage d'usagers sont impliqués dans le commerce des stupéfiants (davantage d'usagers sont utilisés pour transporter des stupéfiants et franchir les frontières) ou si les parquets ont modifié leurs pratiques de qualification en ayant recours à deux infractions, usage et trafic, là où auparavant seule l'infraction d'usage aurait été retenue.

#### **Condamnations pour infractions d'usage et infractions associées**

	1991		1996		1997 (1)	
	condamnations	%	condamnations	%	condamnations	%
	effectif brut		effectif brut		effectif brut	
<b>pour usage</b>	11505	100	15493	100	15685	100
pour usage seul	4242	36,9	3019	19,5	3368	21,5
usage et ILS	5063	44,0	10081	65,0	10075	64,2
usage et trafic	475	4,1	1741	11,3	1501	9,6
usage et transport	761	6,6	3109	20,0	3478	22,2
usage et cession	1431	12,4	2505	16,2	2377	15,1
usage et détention	2242	19,5	2683	17,3	2677	17,1
usage et autre stups	154	1,4	43	0,2	42	0,2
usage et non ILS	2199	19,1	2393	15,5	2242	14,3

Source : SDSED, ministère de la Justice

(1) données provisoires

### **Les condamnations pour usage dans l'ensemble des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants.**

En 1997, on compte au total 27 483 condamnations comportant au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants. Sur ce total, 15 685 condamnations sanctionnent au moins une infraction d'usage, laquelle est donc présente dans un peu plus de la moitié de l'ensemble des condamnations comportant une infraction à la législation sur les stupéfiants.

L'usage seul représente environ 12 % des 27 483 condamnations mentionnées plus haut, l'usage associé aux infractions liées au commerce de stupéfiants en représente 36 %, et l'usage associé aux autres délits, près de 9 %.

Le rapport entre les condamnations comportant une infraction d'usage et les interpellations pour usage s'élève à 21 en 1997, soit un peu moins d'un interpellé sur cinq, chiffre en diminution par rapport à 1991, proche de 8.

### **Les condamnations liées au commerce de stupéfiants**

Comme c'est le cas pour les condamnations relatives à l'usage, les nomenclatures de la statistique policière et judiciaire étant différentes, il est impossible de connaître précisément les suites judiciaires données aux interpellations pour trafic.

Dans la statistique judiciaire, le terme de trafic est réservé aux cas d'importation ou d'exportation de produits stupéfiants. Les trafiquants interpellés par la police peuvent également être condamnés pour infraction de commerce, transport, offre et cession, obtention, acquisition ou emploi de stupéfiants. Dans la plupart des cas, un trafiquant interpellé se verra condamné pour de multiples infractions, la tendance étant à l'utilisation d'un nombre croissant d'infractions dans chaque condamnation. Entre 1991 et 1996, le nombre moyen d'infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans les condamnations comportant au moins une ILS est passé de 1,8 à 2,6. Nous avons vu dans la section consacrée aux condamnations pour usage qu'une infraction de trafic peut également être associée à une infraction d'usage. Les pratiques d'incrimination ne sont pas unifiées et peuvent être très différentes d'un parquet à l'autre.

### **Les condamnations en infractions principales**

Ce sont les infractions de commerce, emploi et transport de stupéfiants qui augmentent le plus rapidement et dans une moindre mesure, celles pour trafic. Nous avons déjà pu percevoir cette évolution au niveau des infractions associées à l'usage.

Ces chiffres en infractions principales ne nous donnent qu'une image partielle des infractions liées au commerce de stupéfiants sanctionnées dans les condamnations. Dans de nombreuses condamnations, auxquelles se réfèrent les chiffres du tableau suivant, il existe une infraction d'usage associée.

### **Nombre de condamnations pour infractions principales liées au commerce de stupéfiants**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Condamnations pour trafic de stupéfiants (import-export)	2196	2128	2450	2706	2427	2193	1977
Condamnations pour commerce, emploi, transport de stupéfiants	2182	2284	2173	2652	3298	4016	3512
Condamnations pour offre et cession de stupéfiants	2272	2034	2307	2595	2862	2523	2447
Condamnations pour détention-acquisition	7563	7699	7294	7910	8183	8592	9343

Source : Ministère de la Justice (*annuaire statistique de la Justice – édition 2000*)

## Les condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants hors usage

On ne dispose pas pour ce type de condamnation de données aussi détaillées sur les infractions associées que pour les condamnations pour usage.

Pour tenter malgré tout d'évaluer le nombre des condamnations pour trafic, on peut confronter le chiffre de l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants en 1997, soit 27 483, à l'ensemble des condamnations de 1997 comportant au moins une infraction d'usage, soit 15 685. On obtient par différence 11 798 condamnations comportant au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants mais pas d'usage.

Ce nombre de condamnations hors usage est supérieur aux 8 000 interpellations de trafiquants enregistrées par l'OCRTIS dans les années 1995-1996. Cela signifie que l'on trouve parmi les 11 798 condamnés hors usage non seulement les trafiquants recensés par l'OCRTIS mais également d'autres catégories, usagers-revendeurs, usagers simples, ou personnes interpellées pour d'autres délits.

### **Condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 1991, 1996 et 1997**

	1991	1996	1997
Nombre de condamnations comportant au moins une ILS	22699	27426	27483
Nombre de condamnations comportant au moins une infraction d'usage	11505	15493	15685
Nombre de condamnation ILS ne comportant pas une infraction d'usage	11194	11933	11798

Source : DSSED, ministère de la Justice

**Hors usage, les condamnations comportant au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants augmentent assez peu entre 1991 et 1997. Comme on le voit sur le tableau ci-dessous, l'essentiel de l'augmentation du nombre de condamnations comportant au moins une ILS est due à la progression du nombre de condamnations comportant l'usage.**

### **Incarcérations pour usage**

Les personnes incarcérées peuvent appartenir à deux catégories distinctes : d'une part, les personnes en détention provisoire en attente d'un jugement et, d'autre part, les personnes détenues après condamnation.

Par ailleurs, on distingue les statistiques mesurant les mouvements de détenus au cours d'une année donnée (les entrées et les sorties) de celles mesurant l'importance et les caractéristiques de la population carcérale une date donnée (au 1<sup>er</sup> janvier).

Pour recenser le nombre d'individus incarcérés au titre d'une infraction d'usage, nous ne disposons que de statistiques en infraction principale. Cela signifie, rappelons-le, que des personnes incarcérées suite à une infraction d'usage peuvent aussi l'être pour d'autres infractions. Symétriquement, des personnes incarcérées pour d'autres infractions (liées aux stupéfiants ou non) peuvent également être poursuivies ou condamnées pour une infraction d'usage. Comme pour les condamnations, cette approche en infraction principale nous donne une vision partielle des incarcérations pour infraction d'usage. Nous ne disposons cependant pas des chiffres permettant de compter les personnes incarcérées suivant les différentes associations d'infractions.

**On observe une diminution constante du flux annuel d'incarcérations pour infraction d'usage entre 1993 et 1999.** Au cours de cette période, le nombre de ces incarcérations est passé de 1200 à moins de 500.

**Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre de personnes incarcérées au cours de l'année	1213	1034	892	870	700	-	471

Source : PMJ1, ministère de la Justice.

Pour les autres infractions à la législation sur les stupéfiants, le flux d'entrée dans les établissements pénitentiaires reste à peu près constant, avec une légère tendance à la baisse.

Au 1er janvier 2000, on recense 290 personnes incarcérées pour usage en infraction principale. Pour ces personnes présentes un jour donné, comme pour les 471 personnes entrées dans les établissements pénitentiaires en 1999, on ignore combien parmi eux ont été condamnés pour usage seul et combien pour usage associé à d'autres infractions. Le nombre des personnes incarcérées suite à des poursuites pour trafic et qui sont aussi inculpées et condamnées pour usage est également inconnu. En l'absence d'une étude sur les infractions associées des personnes incarcérées, il est difficile de se faire une idée précise sur les incarcérations pour usage. Nous pouvons seulement constater l'effet d'entonnoir qui nous fait passer de 75 000 personnes interpellées en 1998 pour usage simple de stupéfiants à environ 7 000 condamnations pour infraction principale d'usage. Les incarcérations pour infraction principale sont égales à 471 en 1999. Mais le nombre de personnes incarcérées suite à une condamnation incluant l'usage reste lui inconnu (entre 500 et 7000).

**Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage au 1er janvier 2000**

Nombre de détenus (prévenus et condamnés)	290
---	-----

Source : PMJ1, ministère de la Justice

**Incarcérations pour trafic**

La statistique pénitentiaire utilise à son tour une nomenclature différente de la statistique judiciaire. Le terme de trafic reprend alors un sens général.

Les chiffres relatifs à l'incarcération ne sont fournis qu'en infraction principale. Une personne incarcérée pour trafic peut également être poursuivie ou condamnée pour usage. Une personne peut aussi être incarcérée suite à une condamnation pour infraction de vol et d'usage. Si l'usage n'est pas cité en premier sur la condamnation, cette personne ne sera pas comptée parmi celles incarcérées pour ILS.

Les incarcérations recouvrent à la fois des mises en détention provisoire et des incarcérations suite à condamnation (cas des personnes qui ne sont pas en détention provisoire avant leur jugement). Les données offrent d'une part une mesure des mouvements des détenus (entrées et sorties), et, d'autre part, une image de la population des établissements pénitentiaires une date donnée.

**Les flux de détenus**

En 1999, 9 125 personnes ont été incarcérées pour une infraction principale à la législation sur les stupéfiants, dont les deux tiers pour trafic. Les entrées liées au trafic ont brusquement chuté en 1997 après être restées très stables entre 1993 et 1996. Cette dernière évolution peut-être rapprochée de la diminution du nombre des interpellations de trafiquants.

**Flux d'incarcérations pour infraction liée au commerce de stupéfiants**

Types d'infractions	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Trafic	7845	7726	7991	7842	6869	-	5867
Cession	686	1140	1053	987	910	-	491
Autres ILS (hors usage)	2091	2158	2653	2244	2115	-	2296
Usage	1213	1034	892	870	700	-	471

Source : PMJ1, ministère de la Justice

**Le nombre de détenus à une date donnée**

Au début de l'année 2000, on comptait 8 600 personnes détenues pour infraction à la législation sur les stupéfiants, dont environ une moitié de condamnés et une moitié de prévenus. Le nombre de détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants est en diminution. Ils représentaient 21 % de l'ensemble des détenus condamnés au 1<sup>er</sup> janvier 1994 pour tomber à moins de 18 % au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Pour la grande majorité des personnes détenues, l'infraction principale au niveau des condamnations ou de la détention provisoire est le trafic. Mais comme il a déjà été mentionné, pour une partie de ces personnes détenues pour trafic, cession ou autres infractions, une infraction d'usage peut également être en cause.

**Nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires au 1<sup>er</sup> janvier 2000**

	Nombre de détenus (prévenus et condamnés)	%
Trafic	6 187	71,9
Cession	402	4,7
Autres ILS (hors usage)	1 721	20,0
Usage	290	3,4
Ens. ILS	8 600	100

Source : PMJ1, ministère de la Justice

**4.3 Social and economic costs of drug consumption****Estimation du coût social des drogues****Coûts sociaux**

Au delà des seuls coûts publics, une étude publiée récemment par l'OFDT<sup>13</sup> s'attache à mesurer l'ensemble des coûts sociaux liés aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac. Cette étude repose sur le calcul des coûts sociaux suivant la méthode « coût de la maladie » définies par des experts au plan international (voir encadré ci-dessous).

**Les drogues illicites** engendrent un coût social de 13 350 millions de Francs, soit une dépense par tête de 111 Francs et 0,16% du P.I.B. Les pertes de productivité contribuent pour près de 46 % du

<sup>13</sup> : Kopp, P., Fenoglio, Ph. . Le coût social des drogues licites (tabac et alcool) et illicites en France. OFDT, étude n° 22, septembre 2000, 277 p

coût social des drogues illicites. Leur montant total est de 6.099 millions de francs répartis entre 5.246 millions de francs liés aux incarcérations ILS. et 852 millions de francs dû à la mortalité précoce. Le coût de mise en œuvre de la loi vient en seconde position (29,3 %) et représente 3.911 millions de francs ce qui tient au fait que ces substances sont illégales. Vient ensuite le coût des soins (11,4 %), i.e. 1.524 millions de francs répartis entre les coûts des hospitalisations sans actes opératoires (924 millions de francs) et la médecine de ville (600 millions de francs). En quatrième position (7,1%), on trouve les coûts de la prévention et de la recherche pour un montant de 948 millions de francs et, enfin, les pertes de prélèvements obligatoires (6,5 %) pour un montant de 866 millions de Francs.

### **Coûts sociaux des drogues en France, 1997 (millions de francs)**

	<b>Drogues illicites</b>
<b>1. Coût directs des soins</b>	<b>1 524,51</b>
1-1 - hospitalisation avec actes opératoires	*
1-2 - hospitalisation sans actes opératoires	924,51
1-3 - médecine de ville	600,00
<b>2. Coûts direct de prévention et de recherche</b>	<b>948,88</b>
2-1 - administrations publiques et C.N.A.M*. : total	948,88
2-1-1 - Campagne du CFES*	*
2-1-2 - C.N.C.T*	*
2-1-3 - campagne de prévention de la C.N.A.M.*	*
2-1-4 - financement de l'ANPA par la C.N.A.M.*	*
2-1-5 - indemnisation C.N.A.M.* accidents du travail	*
2-1-5 - ministère de l'emploi et de la solidarité	*
2-1-6 - affaires sociales, santé, villes	798,75
2-1-7 - M.I.L.D.T.*	45,36
2-1-8 - éducation nationale	56,01
2-1-9 - jeunesse et sport	17,08
2-1-10 - contribution au budget de l'U.E.*	30,87
2-1-11 - travail, emploi et formation professionnelle	0,81
2-2 - administrations privées	n.d
<b>3. Coûts direct de la mise en œuvre de la loi</b>	<b>3 911,46</b>
3-1 - administrations publiques (gendarmerie, police, justice, coopération, affaires étrangères, P.N.U.C.I.D.*)	3 906,20
3-2 - administrations publiques, lutte anti-traffic de cigarettes	*
3-3 - amendes supportées par les agents privés	5,26
<b>4. Coûts directs des pertes de prélèvements obligatoires</b>	<b>866,24</b>
4-1 - décès prématurés	100,25
4-2 - hospitalisation	n.d
4-3 - incarcérations pour infractions au code de la route, I.L.S.*	765,99
<b>5. Autres coûts directs imputables</b>	<b>*</b>
5-1 - dépenses publiques de lutte contre les incendies	*
5-2 - accidents de la circulation (dépenses des sociétés d'assurances)	*
<b>6. Coûts indirects des pertes de revenus et des pertes de production</b>	<b>6 099,19</b>
6-1 - pertes de revenus des agents privés	1 774,73
6-1-1 - décès prématurés	205,39
6-1-2 - hospitalisations	n.d
6-1-3 - incarcérations pour infractions au code de la route, I.L.S.*	1 569,34
6-2 - pertes de production des entreprises	4 324,46
6-2-1 - décès prématurés	646,88
6-2-2 - hospitalisation	n.d
6-2-3 - incarcérations (infractions au code de la route, I.L.S.*	3 677,58
<b>TOTAL</b>	<b>13 350,28</b>

Notes : n.d = non disponibles ; \* = sans signification ; \* = voir liste des sigles

Source : OFDT 1999



Pour les calculs présentés ici, on affecte à la consommation des différentes substances étudiées tous les coûts imposés à la collectivité sans distinguer les consommations réputées « normales » ou « abusives ».

Cette étude se limite aux « coûts tangibles » qui mesurent les pertes monétaires (les pertes de revenus, par exemple), et exclue de son champ les « coûts intangibles » correspondant à la valorisation monétaire de dommages subjectifs (peine et souffrance, par exemple).

Le coût social mesuré ici, couvre l'ensemble des coûts tangibles supporté par la collectivité, i.e. aussi bien par les agents privés (se traduisant par l'existence de coûts privés) que par les pouvoirs publics (coûts publics), et induit par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Les coûts privés incorporent, outre les coûts supportés directement par les consommateurs de substances (dépenses de consommation, pertes de revenus liées, par exemple, à des décès prématurés, certains frais médicaux non remboursables, etc.), les coûts indirects ou externes privés supportés par les agents privés non-consommateurs de substances (individus et organisations). Dans cette seconde catégorie sont comptabilisés des coûts infligés par les consommateurs de substances à d'autres agents privés non-consommateurs (par exemple, les entreprises supportent des coûts liés aux pertes de production du fait de l'absentéisme des consommateurs de substances hospitalisés en raison directe de leur consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites), mais aussi des dépenses engagées directement par des agents privés (principalement par les associations).

Les coûts publics recouvrent, quant à eux, trois types de dépenses liées à la consommation et au trafic de drogues par des agents privés. La première catégorie incorpore les dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale, i.e. celles retracées dans le budget de l'Etat. Dans ce cadre, nous retrouvons les dépenses engagées par les différents ministères. La seconde catégorie représente l'ensemble des ressources engagées par les collectivités locales (régions, départements, communes). La troisième catégorie est constituée par les transferts sociaux, essentiellement ceux engagés dans le domaine de la santé. Ces transferts sont comptabilisés ici dans les coûts publics, ce que ne font ni la comptabilité nationale française, ni celle de la plupart des pays européens, puisque ces coûts sont financés par l'ensemble de la collectivité, y compris les ménages ou les entreprises qui correspondent à des agents privés. Néanmoins, afin de favoriser la comparabilité des différentes études au niveau international, nous suivons plutôt l'usage américain et britannique et incorporeront dans les dépenses publiques l'ensemble des transferts sociaux.

D'autre part, l'étude est une étude dite de prévalence car elle estime le coût des problèmes qui apparaissent durant une année donnée, en l'occurrence 1997.

Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle, dite de la « disposition à payer » (Hodgson & Meiners, 1982) qui évalue la valeur de la vie humaine à partir de la somme que les individus sont disposés à payer pour modifier leur espérance de vie. En règle générale, les résultats obtenus avec la méthode du capital humain sont plus faibles que ceux issus d'un calcul suivant la technique de la « disposition à payer ».

La méthode du capital humain exige de calculer la valeur présente des revenus futurs perdus du fait d'une mortalité prématurée attribuable aux consommations de drogues. Les résultats présentés ci-dessus sont calculés avec un taux d'actualisation de 6% .

#### **La méthode « coût de la maladie »**

L'approche « *Cost of Illness* » (C.O.I.) est bien établie dans la communauté scientifique. L'idée directrice est qu'une maladie ou un problème social impose des coûts lorsque des ressources sont utilisées du fait de cette maladie ou de ce problème social, alors que ces ressources auraient pu être utilisées autrement.

Deux hypothèses sont retenues : d'une part, que le plein emploi des facteurs est assuré (i.e. que l'ensemble des ressources existantes est utilisé en vue de produire des biens et des services) et, d'autre part, qu'une ré-allocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau

des bénéfiques sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », source d'une perte de bien-être collectif.

Ce raisonnement repose sur le concept de *coût d'opportunité* décrivant la possibilité d'utiliser de façon alternative et plus avantageuse des ressources allouées à une activité. On parlera alors de *scénario « contre factuel »* qui correspond à un état des affaires alternatif.

La méthodologie C.O.I. a été formalisée sous la forme de « *guidelines* » à la suite des travaux de la « *task force* » du « *US Public Health Service* » (P.H.S.) dirigée par Dorothy Rice (Rice *et al.*, 1986 ; Hodgson & Meiners, 1979). Elle a fait l'objet de nombreux développements théoriques (Single *et al.*, 1995) et de discussions (voir notamment les commentaires de Harwood *et al.*, Reuter, Kopp, Kleiman, Cohen dans la livraison d'*Addiction* de mai 1999).

## **Estimation du total des consommations/demandes/dépenses de drogues**

### **La dépense consacrée à l'achat des drogues illicites**

Il n'est possible ici que de se livrer à une tentative de cadrage de ces dépenses à partir d'hypothèses plausibles. Face à la difficulté de l'exercice, on peut être tenté de renoncer à tout chiffrage. Cette position ne paraît pas satisfaisante en ce qu'elle laisse libre cours aux représentations subjectives des montants de « l'argent de la drogue ». L'OFDT a pensé qu'il était préférable de nourrir le débat sur cette question en proposant de déterminer un ordre de grandeur fondé sur des hypothèses plausibles et raisonnées. Ces éléments étant clairement définis, il est possible de discuter ces hypothèses et d'apprécier la variation du chiffrage obtenu lorsqu'on modifie certains paramètres du calcul. On se limitera ici à l'évaluation de la dépense pour le cannabis et l'héroïne. Le manque d'informations sur la cocaïne et les produits de synthèse ne permet pas de faire une évaluation raisonnée de la dépense correspondante.

### **Deux méthodes d'évaluation des dépenses peuvent être employées :**

- En partant d'hypothèses concernant la proportion des produits entrés sur le territoire et destinés au marché intérieur qui sont saisis, on peut extrapoler le montant total de la consommation intérieure. Cette méthode très simple repose sur des taux de saisies qui paraissent très arbitraires et sont susceptibles de varier en fonction de l'investissement des services chargés de la lutte contre le trafic de stupéfiants.

- Les quantités consommées sont évaluées sur la base du nombre de consommateurs et d'hypothèses sur les quantités de drogues consommées selon le type d'usagers. Le calcul, reposant sur de nombreuses hypothèses, devient plus complexe. Cette approche est cependant beaucoup plus solide que la précédente. C'est celle qui est adoptée ici.

### **Cannabis**

Cette évaluation de la dépense se limite à la consommation de résine de cannabis.

Le calcul présenté ici s'appuie sur les résultats d'une étude menée par P. Cohen et A. Sas sur l'usage de cannabis à Amsterdam 92 (voir encadré en fin de texte) et sur certaines données fournies dans l'étude R. Ingold et M. Toussirt sur l'usage du cannabis en France 93.

Une étude menée sur les fumeurs de cannabis à Amsterdam, à partir des résultats d'une enquête en population générale, donne des informations sur les fréquences de consommation dans l'année passée des fumeurs de cannabis expérimentés, définis comme ayant consommé au moins 25 fois du cannabis dans leur vie.

D'après les enquêtes menées en France, le nombre de consommateurs de cannabis dans l'année était estimé à 2,2 millions en 1995. On supposera qu'il y a correspondance entre les consommateurs dans l'année et les consommateurs expérimentés.

En faisant l'hypothèse d'une répartition des consommateurs dans l'année selon la fréquence de consommation peu différente en France et aux Pays-Bas, on peut calculer les quantités consommées et la dépense correspondante pour les différents types de consommateurs. Le calcul présenté dans le tableau ci-dessous repose également sur d'autres hypothèses :

- un prix moyen de la résine de cannabis de 35 francs par gramme, observé par R. Ingold dans son enquête sur le cannabis en France ;
- une consommation moyenne de 0,5 gramme par jour pour les fumeurs quotidiens. D'après la même enquête, le budget mensuel des consommateurs très réguliers consacré à l'achat de cannabis est de l'ordre de 500 à 600 francs, ce qui correspond à peu près au calcul effectué à partir d'une consommation quotidienne de 0,5 gramme et un prix de 35 francs au gramme ;
- la consommation hebdomadaire moyenne des personnes consommant au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours, est supposée égale à 1,5 gramme ;
- la consommation mensuelle des fumeurs consommant une fois par mois est supposée égale à 0,5 gramme ;
- la consommation moyenne des personnes consommant moins d'une fois par mois est supposée égale à 0,5 gramme, tous les deux mois.

### Calcul du montant estimé des ventes de cannabis en France

<i>Rythme de consommation dans l'année</i>	<i>% de consommateurs dans l'année</i>	<i>Nombre de consommateurs</i>	<i>Nombre de gramme de cannabis consommé à chaque occasion</i>	<i>Nombre d'occasions de consommation dans l'année</i>	<i>Nombre de tonnes consommées</i>	<i>Dépense correspondante (en million de francs)</i>
Quotidienne	17	374 000	0,5	365	68,26	2 388,9
Une fois par semaine ou plus mais non quotidienne	31	682 000	1,5	52	53,20	1 861,8
Une fois par mois	15	330 000	0,5	12	1,98	69,3
Moins d'une fois par mois	37	814 000	0,5	6	2,44	85,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>2 200 000</b>			<b>125,87</b>	<b>4 405,5</b>

Source : OFDT

Les hypothèses adoptées conduisent donc à une estimation des quantités consommées de 125 tonnes de résine de cannabis, correspondant à une dépense de 4,4 milliards de francs. L'utilisation de la structure de consommation constatée à Amsterdam amène peut-être à une surestimation de la consommation en France. Sur l'ensemble des consommateurs dans l'année, la part des personnes consommant tous les jours ou au moins une fois par semaine pourrait être plus faible que dans les Pays-Bas, compte tenu de la plus grande accessibilité de ce produit dans ce pays. On peut en revanche penser que le chiffre de 2,2 millions de consommateurs déclarés au cours de l'année est sous-estimé, une partie des personnes interrogées par téléphone ne souhaitant pas révéler l'usage d'un produit illicite. Ces deux facteurs jouant en sens inverse tendent à resserrer la marge d'erreur autour du chiffre de 4,4 milliards. Des enquêtes comprenant des questions sur la consommation la veille ou au cours de la semaine passée permettraient de mieux cerner les consommateurs très réguliers qui sont à l'origine, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessus, de la quasi-totalité de la dépense.

On rappellera enfin qu'en 1997, sur les 51,6 tonnes de résine de cannabis saisies, 8,7 tonnes étaient destinées au marché français. Les quantités saisies seraient donc, d'après les hypothèses adoptées, inférieures à 10 % des quantités vendues. La proportion de cannabis saisie paraît un peu faible, mais n'est pas invraisemblable.

### Héroïne

Le calcul de la dépense consacrée à l'achat d'héroïne peut être fait en deux temps. On s'appuiera tout d'abord sur le nombre de seringues vendues pour estimer la consommation d'héroïne correspondant à

l'utilisation de ces seringues. Dans un second temps on cherchera à évaluer le nombre de consommateurs d'héroïne non injecteurs.

Le nombre de seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues peut être estimée à environ 13,8 millions en 1997. Les messages de prévention encouragent les usagers de drogues à ne pas partager les seringues et à ne pas les réutiliser. L'enquête menée auprès des usagers fréquentant les Programmes d'échange de seringues a montré qu'une grosse minorité (18 %) continue de partager les seringues. Selon l'enquête d'Ingold, une grande majorité des usagers réutilise sa seringue. En partant de l'hypothèse d'une seringue par jour et des 13,8 millions de seringues vendues, on obtient un nombre de 38 000 seringues utilisées chaque jour.

Divers facteurs jouent en faveur de l'augmentation ou de la diminution de ce chiffre. Une seringue peut-être utilisée sur une période plus longue qu'un jour, ce qui augmente le nombre de seringues utilisées chaque jour. Certains usagers peuvent en revanche ne pas du tout réutiliser leur seringue (diminution du nombre de seringues), des pratiques de partage des seringues subsistent (augmentation). Enfin, un certain nombre de seringues peuvent être utilisées pour l'injection d'autres produits que l'héroïne (cocaïne, Subutex®), ce qui diminue le nombre de seringues utilisées pour l'injection d'héroïne. On supposera finalement que, chaque jour, environ 30 000 seringues sont utilisées pour l'injection de trois doses d'héroïne.

Les prix de l'héroïne sont depuis quelques années en baisse et on peut considérer que le prix de la dose est en moyenne de 100 francs. À partir des hypothèses adoptées, on obtient une dépense annuelle d'environ 3,3 milliards de francs en 1997.

Le nombre d'usagers d'héroïne non-injecteurs sera estimé à partir du nombre total d'usagers d'opiacés à problèmes. Différentes méthodes d'estimation permettent de situer ce nombre entre 142 et 176 000 (voir la section consacrée à la consommation des drogues illicites). Une partie importante de ces usagers suit à l'heure actuelle un traitement de substitution (consommation quotidienne de produits de substitution). Les quantités vendues ou distribuées de méthadone ou de Subutex® correspondent à environ 60 000 patients sous traitement de substitution. En partant d'un nombre d'usagers à problèmes de 150 000, on peut supposer que 90 000 personnes restent totalement ou majoritairement consommatrices d'héroïne.

Sur l'ensemble des recours du mois de novembre, l'utilisation de l'injection chez les personnes dépendantes de l'héroïne est mentionnée dans environ 80 % des cas. Les consommateurs plus récents, qui ne sont pas encore rentrés en contact avec le système de soins ou qui viennent de le faire, utilisent moins l'injection. On supposera une proportion d'injecteurs sur l'ensemble des usagers qui ne sont pas sous traitement de substitution de 60 %. Les non-injecteurs représenteraient donc 40 % des 90 000 personnes qui ne suivent pas un traitement de substitution, soit 36 000 usagers. En supposant que les non-injecteurs ont, en moyenne, une consommation inférieure à celle des injecteurs, on adoptera l'hypothèse d'une dose par jour pour ces usagers au prix de 100 francs la dose. On obtient ainsi une dépense supplémentaire correspondante d'environ 1,3 milliard.

Au total, la dépense consacrée à la consommation d'héroïne pourrait se situer aux alentours de 4,6 milliards de francs en 1997. L'ampleur de la consommation de cocaïne et de drogues de synthèse n'est pour l'instant pas mesurable. Ces produits ne sont véritablement repérables ni dans les enquêtes en population générale (sauf chez les jeunes), ni dans les statistiques administratives des services sanitaires et sociaux ou des services chargés d'appliquer la loi, où ces substances n'apparaissent pas dans plus de 2 à 3 % des cas. On peut malgré tout mentionner que le rapport Padieu évaluait le chiffre d'affaires de la cocaïne à 3 milliards de francs en 1994. Le chiffre d'affaires repérable (cannabis et héroïne) des drogues illicites pourrait s'élever, d'après les hypothèses adoptées, à près de 9 milliards de francs. En modifiant certains paramètres dans des marges plausibles, on peut sans doute obtenir des variations de la dépense du simple au double. Les hypothèses et le raisonnement proposés ici conduisent à considérer que le chiffre d'affaires du cannabis et de l'héroïne ne devrait pas être supérieur à 20 milliards et inférieur à 4 milliards.

## 5. DRUG MARKETS

### 5.1 Availability and supply

#### Disponibilités de drogues/tendances et explication

Une vue d'ensemble de la disponibilité des principales substances psychoactives fait apparaître les tendances suivantes :

- Il semble que la disponibilité de l'héroïne soit en baisse. Entre 1996 et 1999, les interpellations pour trafic ont diminué de 67,40 %, le nombre de saisies d'héroïne de 67 % (OCRTIS). Par ailleurs, les observateurs de terrain constatent une moindre accessibilité du produit. Cela tient, semble-t-il, à la désorganisation des structures du trafic de proximité victimes du large accès aux produits de substitution, lesquels ont rendu le deal de rue moins rentable.
- La disponibilité de la cocaïne est en hausse. En 1999, les interpellations pour usage simple ont augmenté de 8,42 % après une hausse de 49,53 % en 1998. En volume, la cocaïne saisie enregistre une hausse de 251 % par rapport en 1998. Les observations de terrain de même que les statistiques relatives à l'origine socioprofessionnelle des personnes interpellées pour usage simple rapportent une diversité plus grande des profils des consommateurs et une pénétration dans des quartiers jusqu'alors épargnés. Accessible jadis dans des espaces privés connus uniquement des initiés, la cocaïne investit de plus en plus les espaces publics.
- La disponibilité de l'ecstasy et des amphétamines est en hausse. Les saisies d'ecstasy et d'amphétamines, en 1999, augmentent respectivement de 62,88 % et 41,07 %. Pour le speed, la disponibilité s'est accrue significativement ces deux dernières années notamment dans le milieu festif techno.
- Les anesthésiants comme le GHB et la Kétamine sont de plus en plus disponibles au vu des informations rapportées par les observateurs de terrain qui interviennent dans le milieu de la techno. La présence du GHB a été sporadiquement signalée à plusieurs reprises au cours de l'année écoulée dans la région parisienne, dans le sud de la France et, à la fin de l'année, dans l'ouest du pays. La Kétamine, quant à elle, est de plus en plus présente dans les événements festifs techno non autorisés.
- Les hallucinogènes et en particulier le LSD sont disponibles de manière inégale sur le territoire français. Le LSD est apparu dans l'espace festif techno au début des années 90. Depuis sa consommation, tout en restant circonscrite à ce milieu, ne cesse de s'affirmer.

#### Sources of supply and trafficking patterns within country

L'année 1999 a vu une relative stabilité des interpellations pour trafic international et local de produits stupéfiants. Fait notable, la hausse des interpellations pour trafic de cocaïne (+22,2 %) et une augmentation importante des interpellations (+110 %) pour trafic de produits psychotropes (hors Ecstasy).

#### **Cannabis :**

En 1999, 3 382 kg d'herbe de cannabis ont été saisis en France soit une baisse de 3,97 % par rapport à l'année précédente. 40 % des saisies totales d'herbe de cannabis proviennent des Pays-Bas (1374 kg), 26 % proviennent de Belgique (878 kg) et 5,3 % de France. Depuis 1996, année au cours de laquelle la provenance des saisies était essentiellement d'origine asiatique et sud-américaine (90 %), la place de l'Europe n'a cessé d'augmenter pour devenir prépondérante aujourd'hui.

68 % de l'herbe de cannabis saisie étaient à destination de l'Angleterre et de l'Irlande. La France, avec 28 % des saisies destinées au territoire national, est la deuxième zone géographique destinataire des saisies.

S'agissant de la résine de cannabis, les saisies se sont élevées à 64 096 kg soit une augmentation de 22 % par rapport à l'année précédente. Si l'on inclut les quantités saisies en provenance d'Espagne, 95 % de la résine saisie en France est en provenance du Maroc. La Pologne et la France sont les deux premières destinations avec respectivement 37 % et 24,8 % du total des prises identifiées.

### **Héroïne :**

Les Pays-Bas, et ce pour la neuvième année consécutive, sont le premier pays d'approvisionnement avec près de 35 % de l'héroïne saisie (71 kg sur les 203 interceptés). Viennent ensuite les pays du Triangle d'Or (Birmanie, Thaïlande, Laos) avec 6 % de l'héroïne saisie (12 kg) puis les pays de l'Asie du sud-ouest qui représentent 3,5 % de l'ensemble de l'héroïne saisie en France. Par ailleurs, 37 % de l'héroïne saisie n'a pu voir son origine géographique déterminée.

### **Cocaïne :**

L'année 1999 a vu une forte augmentation du volume des saisies par rapport à 1998 (3 687 kg contre 1 050 kg). Toutefois celle-ci est à interpréter avec prudence dans la mesure où elle traduit essentiellement la réalisation de quelques saisies exceptionnelles. Abstraction faite de celles-ci, l'augmentation est d'environ de 21 % par rapport à 1998.

En 1999, le principal pays d'exportation directe de la cocaïne vers la France est la Colombie avec environ les deux tiers de la cocaïne saisie. Les pays d'Amérique du sud totalise environ 81 % des saisies. Les principaux pays de transit de la cocaïne vers la France sont par ordre d'importance les pays d'Amérique du Sud, d'Amérique Centrale et de la zone Caraïbes. Quant au transit par les pays de l'Union européenne, l'Espagne se place au premier rang avec environ un peu moins de deux tiers (62 %) des saisies suivie par les Pays Bas (28 %).

### **Ecstasy :**

Le trafic d'ecstasy a connu une augmentation de 835 % depuis 1997 (1 860 402 comprimés saisis en 1999 contre 198 941 en 1997). Ce trafic est pour l'essentiel un trafic de transit dont les pays de destination sont la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Espagne pour l'Europe, le Canada et les Etats-Unis pour l'Amérique du Nord.

L'ecstasy provient des Pays-Bas à 79 % et de la Belgique à hauteur de 16 %. Cette dernière apparaît essentiellement comme pays de transit de la drogue fabriquée au Pays-Bas.

### **Amphétamines :**

En 1999, les services répressifs ont saisi 232 kg soit une hausse de 41 % par rapport à l'année 1998. La provenance des amphétamines saisies n'est pas identifiée dans 68 % des cas. On soupçonne toutefois qu'à l'instar de l'ecstasy la plupart des amphétamines saisies viennent des Pays-Bas et ne font que transiter sur le territoire, notamment vers la Grande-Bretagne.

## **5.2 Seizures**

Les saisies de produits stupéfiants dépendent autant de la circulation des produits stupéfiants que de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes. Certaines grosses saisies peuvent entraîner des fluctuations importantes d'une année sur l'autre, ce qui rend particulièrement délicate l'analyse dans le temps des quantités saisies.

**En 1999, les quantités saisies de cannabis ont augmenté par rapport à 1998.** Le nombre de saisies continue également de progresser, en particulier pour les petites quantités. Quantités saisies et nombre de saisies ont en revanche diminué pour l'héroïne, confirmant la tendance engagée depuis quelques années. Le nombre de saisies de cocaïne reste plus faible que celui des saisies d'héroïne, mais progresse d'année en année.

**Saisies de produits stupéfiants**

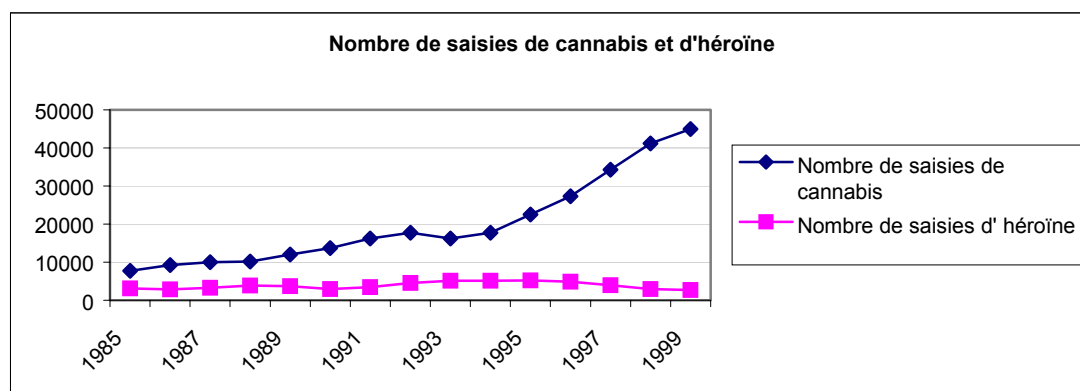
	Unité de mesure	1997		1998		1999	
		Nb de saisies	Quantités saisies	Nb de saisies	Quantités saisies	Nb de saisies	Quantités saisies
Cannabis *	kg	34 266	55 117	40 115	55 698	44 068	67 479
Heroïne	kg	3 924	415	2 964	344	2 684	203
Cocaïne	kg	1 317	844	1 354	1 051	1 460	3 687
Crack	kg	228	16	334	25	405	11
Amphétamines	kg	163	194	158	165	141	233
Ecstasy	doses	628	198 941	608	1 142 226	649	1 860 402
LSD	doses	171	5 983	154	18 680	143	9 991

\* saisies de résine et herbe de cannabis, respectivement 64 097 et 3 382 kg en 1999

Source: OCRTIS

**Sur le long terme, et au-delà des variations annuelles, on peut faire état d'une tendance à l'augmentation des quantités saisies pour toutes les substances.** L'augmentation est cependant plus forte pour le cannabis que pour l'héroïne. Entre 1985 et 1999, la moyenne des taux de croissance annuelle des quantités d'héroïne saisie est de 5 %, contre 15 % pour le cannabis (herbe et résine). Les quantités d'héroïne saisie oscillent entre 200 et 300 kg par an, du milieu des années 1980 au début des années 1990, pour se situer entre 400 et 600 kg par la suite. La baisse enregistrée ces dernières années ramène le niveau des saisies à celui des années 1980. Pour le cannabis, les quantités saisies fluctuent entre 10 et 20 tonnes dans la première période et entre 40 et 60 tonnes, voire 70 tonnes, dans la seconde. Les quantités saisies de cocaïne, parties d'un niveau faible au milieu des années 1980, ont rapidement progressé jusqu'en 1990. Si l'on exclue la saisie exceptionnelle de 1994, les quantités saisies oscillent depuis entre 800 et 2 000 kg par an. Mais avec trois saisies exceptionnelles en 1999, les quantités de cocaïne saisies sont proche de 4 000 kg cette année-là.

On peut s'interroger, dans le cas de la France, sur le rôle du transit dans l'augmentation des quantités saisies. En ce qui concerne le cannabis, le tonnage de résine saisi à destination du marché domestique était proche de 16 tonnes en 1999 soit un niveau comparable à celui constaté entre 1992 et 1995. **La provenance et la destination des drogues saisies sont restés à peu près identiques ces dernières années.** Depuis le début des années 1990, la part des pays producteurs est en nette régression parmi les zones d'acquisition.

**Nombre de saisies de cannabis et d'héroïne**

Source : OCRTIS (*Usage et trafic de stupéfiants*)

La plupart des saisies de cannabis concernent de la résine de cannabis. Celle-ci provient toujours essentiellement du Maroc, soit directement, soit, et de plus en plus, via l'Espagne, le premier pays européen de redistribution de résine de cannabis. Les trois quarts des quantités saisies en 1999 étaient en transit, vers la Pologne tout d'abord, suite à une prise exceptionnelle, puis, plus traditionnellement, vers les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Italie.

En ce qui concerne l'herbe de cannabis, les saisies de 1999 sont assez particulières puisque 74 % d'entre elles proviennent d'un pays européen, notamment les Pays-Bas et la Belgique, contre 36 % l'année précédente. Les Iles britanniques et la France sont les principaux pays destinataires de cette herbe saisie en 1999. Notons que de plus en plus de saisies de cannabis ont une origine ou une destination identifiée, ce qui traduit une meilleure connaissance des circuits de circulation du cannabis.

L'héroïne provient toujours majoritairement de l'Asie du Sud-ouest (Afghanistan, Pakistan). Le principal pays de transit avant l'entrée en France reste les Pays-Bas (35 % des quantités saisies en 1999). Parmi les autres pays qui apparaissent de façon régulière, on citera la Belgique (11 kg en 1999), la Thaïlande (12 kg) et la Turquie (9 kg). Contrairement aux années précédentes, les saisies en provenance d'Espagne, qui traduisaient l'existence d'un « trafic de fourmi » entre les deux pays, sont peu nombreuses. Des prises exceptionnelles ont en revanche concerné de l'héroïne provenant d'Allemagne ou encore de Côte d'Ivoire.

Contrairement au cannabis, la moitié des quantités saisies est destinée au marché français. Autrement, les principaux pays de destination en 1999 sont l'Espagne (45 kg), l'Allemagne (9 kg), le Cameroun (6 kg) et les Pays-Bas (5 kg). Les zones de destination varient également en fonction des grosses saisies effectuées chaque année.

Pour la cocaïne, les pays d'Amérique du Sud occupent traditionnellement le premier rang parmi les pays d'approvisionnement. En 1999, 80 % de la cocaïne saisie en provient, la plupart directement de Colombie (2,5 tonnes). L'Espagne et les Pays-Bas sont encore en 1999 des pays de transit importants, l'Espagne étant souvent utilisée comme voie d'entrée en Europe par les trafiquants sud américains et les Pays-Bas comme pays de redistribution.

### **5.3 Price, purity**

#### **Produits saisis :**

Les analyses effectuées sur les produits saisis fournissent quelques indications sur la composition des différents produits actuellement en circulation. Les analyses ne sont cependant pas faites systématiquement. Les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble des produits en circulation, ni même des produits saisis.

Les échantillons d'héroïne analysés ont tendance à être de plus en plus dilués depuis 1995. Le taux de pureté est d'autant plus faible que les quantités saisies sont faibles. Les produits de coupage les plus fréquents sont la caféine, trouvé dans près de 90 % des échantillons et le paracétamol. La majorité des échantillons d'héroïne chlorhydrate 97 contient entre 80 et 90 % de caféine. Pour l'héroïne base 98, le taux de caféine est plus faible (entre 30 et 40 %). Le paracétamol est de plus en plus utilisé avec des concentrations de plus en plus fortes.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés est en moyenne très élevée, en général supérieure à 70 %. Le mannitol est le principal produit de coupage rencontré, avec la saccharose, la lactose et la lidocaïne.

Le laboratoire de police scientifique de Lyon a reçu trop peu d'échantillons d'ecstasy ou d'amphétamines pour pouvoir fournir des résultats sur ces produits.

#### **Produits provenant de la base SINTES - OFDT :**



La banque de données SINTES est le produit du regroupement de quatre bases de données. Elle contient la description physique et chimique des échantillons de substances synthétiques saisis par les services répressifs et analysés par les laboratoires de police scientifique, des douanes et de l'IRCGN (gendarmerie nationale) ou collectés dans divers milieux (milieux festifs, soirées privées, établissements de nuit) par des acteurs de prévention ou de soins, et analysés par deux laboratoires de toxicologie hospitaliers (Hôpital Fernand-Widal à Paris et Salvator à Marseille).

En 1999, l'analyse des données recueillies dans le cadre de ce dispositif montre que :

- la MDMA et les amphétamines font sans doute partie des substances de synthèse les plus consommées en 1999 ;
- les substances psychoactives mis en évidence grâce à l'analyse toxicologique sont très diverses ;
- une part importante de la toxicité immédiate des substances circulant revient aux médicaments présents à l'insu de l'utilisateur, lequel déçu par les effets risque d'en multiplier les prises ;
- les échantillons composites apparaissent également fréquents ; or certaines des substances présentes dans les associations sont consommées de façon non intentionnelle alors qu'elles impliquent des interactions pharmacologiques potentiellement dangereuses.

### **Produits provenant des « collectes de terrain » (Dispositif TREND – OFDT)**

Prix en euros pratiqués dans la rue, pour l'année 99, de neuf substances illégales :

(les prix ci-dessous sont le résultat d'une conversion des francs en euro, d'où la présence de décimales)

Résine de cannabis (1 g) : 4,5 euros

Herbe de cannabis (1 g) : 6,1 euros

Héroïne brune (1 g) : 65,6 euros

Héroïne blanche (1 g) : 115 euros

Cocaïne (1 g) : 81,5 euros

Crack : 7,6

Amphétamines (1 g) : 15,2 euros

Ecstasy (1 cachet) : 15,2 euros

LSD (1 dose) : 7,6 euros.

## **6. TRENDS PER DRUG**

La France dispose de trois types de sources pour apprécier les grands courants en matière d'usage de substances psychoactives :

- Les enquêtes en population générale réalisées dans le cadre de la mission de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies ;
- Les statistiques de l'OCRTIS relatives aux saisies de drogues et aux interpellations ;
- Le dispositif TREND, opérationnel depuis 1999, qui à partir de 10 sites en France, tente de dégager des tendances en matière d'usage de drogues.
- L'enquête de Novembre de la DREES

**Analyse de : cannabis, drogues de synthèse, héroïne/opiacés, cocaïne/crack, polyconsommation.**

### **Cannabis :**

Toutes les données convergent pour montrer que la consommation de cannabis se banalise. Ainsi chez les jeunes de 14 à 18 ans, la consommation répétée de cannabis a nettement augmenté de 1993 à 1999. En 1999, à 18 ans 59 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir déjà pris du

cannabis, contre respectivement 34 % et 17 % en 1993 (ESPAD 99). Par ailleurs, on constate en 1999 une augmentation du nombre des jeunes de 15 à 20 ans interpellés pour usage et usage-revente de cannabis (+15 % par rapport à 1998). L'âge moyen de l'utilisateur de cannabis, selon les statistiques d'interpellation, est en diminution constante et s'établit en 1999 à 21,6 ans soit un âge sensiblement plus bas que pour les autres substances (ecstasy : 22,7 ans ; héroïne : 27,8 ans ; cocaïne : 29,4 ans ; crack : 31,4 ans). En outre, selon une enquête réalisée en 1999 sur l'état des perceptions et des opinions en matière de drogues et de toxicomanie, il apparaît que 17 % des Français se déclarent favorables à une légalisation du cannabis, ce qui marque une progression certaine par rapport aux enquêtes menées dans les années 90, et que 68 % se disent favorables à un usage thérapeutique de ce produit (enquête en population générale menée en avril 1999 auprès de 2002 personnes âgées de 15 à 75 ans).

### **Drogues synthétiques :**

On note en France une nette progression de la consommation d'ecstasy chez les jeunes au cours des années 90. Des enquêtes menées auprès des jeunes appelés ont permis de faire ressortir une nette augmentation de la consommation déclarée par les jeunes hommes âgés de 18 à 23 ans, celle-ci passant de 0,5 % en 1995 à 5,1 % en 1996. La progression est également visible selon une étude menée en 1983, 1991 et 1998 dans les lycées parisiens et qui montrent que 3 % des lycéens ont essayé l'ecstasy en 1998 contre 0,1 % en 1991 et qu'ils sont 1,7 % à avoir essayé le LSD contre 0,4 % en 1991 et 0,5 % en 1983. Au niveau national, dans une enquête en milieu scolaire qui date de 1997, 3,4 % des lycéens français de 15-19 ans déclarent avoir consommé de l'ecstasy ou du LSD au cours de l'année et 2,1 % des amphétamines.

Selon les statistiques d'interpellations établies par l'OCRTIS, l'âge moyen des consommateurs d'ecstasy s'élève à 22,7 ans et 88 % des usagers d'ecstasy interpellés se situent dans la tranche d'âge 18/30 ans.

En 1999, s'il est difficile d'apprécier la dynamique de la consommation de l'ecstasy d'une année sur l'autre, on peut affirmer toutefois que l'ecstasy est très présente dans les classes d'âge les plus jeunes et qu'elle touche des personnes appartenant des catégories socioculturelles très diverses.

S'agissant des nouveaux produits synthétiques dont la diffusion est statistiquement si faible qu'elle ne peut être mesurée par les enquêtes en population générale, le dispositif national TREND rapporte l'émergence de nouveaux produits comme le DMT, le DOB, le 4-MTA et la diffusion de plus en plus importante de substances comme le GHB et la Kétamine.

### **Héroïne/opiacés :**

Les premiers signes concernant une désaffection pour l'héroïne ont commencé à être perceptibles en 1995. Depuis, certains indicateurs sont venus renforcer cette hypothèse pour lui donner le statut de certitude :

- L'âge moyen des usagers interpellés est passé de 24,1 ans en 1986 à 27,8 ans en 1999) ;
- L'extension des traitements de substitution dont le nombre de bénéficiaires en 1999 est évalué à 64300 en 1999 contre 64 000 en 1998, 45 000 en 1997 et 30 000 en 1996 ;
- La diminution des décès par surdose d'héroïne de 79,50 % entre 1996 et 1999 ;
- La diminution des interpellations pour trafic de 67,40 % et des saisies de 67 % entre 1996 et 1999.

Par ailleurs, les observateurs de terrain rapportent que la qualité de l'héroïne telle qu'elle perçue par les consommateurs accuse une constante dégradation, laquelle est confirmée par les analyses en laboratoire de l'héroïne saisie en France de 1991 à 1997. Cette diminution de la qualité a entraîné, semble-t-il, une désaffection des anciens consommateurs. Hormis les abstinents, qui ont arrêté toute consommation d'héroïne soit parce qu'ils se contentent de la substitution soit parce qu'ils ont arrêté toute consommation d'opiacés, le développement à grande échelle de la prescription des produits de substitution a abouti, au cours des dernières années, à une mutation du profil classique de l'héroïnomanie. On assiste aujourd'hui à l'apparition d'un profil hybride mêlant à la fois consommation d'héroïne et prise de produits de substitution voire même de stimulants comme la cocaïne et le crack.

En revanche, si le déclin de l'héroïne semble confirmé pour les usagers « traditionnels », il semble en revanche que cette substance fasse l'objet d'un usage, certes marginal, dans le milieu festif techno, en tant que substance sédatrice de régulation.

S'agissant des opiacés faisant l'objet d'une prescription médicale, les acteurs de terrain rapportent une forte présence du Subutex® sur le marché parallèle. L'approvisionnement est assuré principalement par des consommateurs qui écoulent une partie de leur prescription soit en la vendant

soit en la troquant contre d'autres produits (cocaïne, crack, etc.). De plus en plus d'observateurs notent l'apparition de cas de primo consommation de Subutex® de la part de jeunes consommateurs d'alcool, de cannabis et d'ecstasy pour qui le médicament serait à la fois le premier produit de dépendance aux opiacés et d'initiation à l'injection intraveineuse. Quant aux sulfates de morphine (skénan®/moscontin®), leur moindre prescription au profit du Subutex® a entraîné une diminution de leur disponibilité sur le marché parallèle et subséquemment une baisse de leur consommation.

**Cocaïne/crack :**

Se référer à la monographie sur le sujet (chapitre 13 Partie IV)

**Poly-usage :**

Les polytoxicomanies associant l'usage de plusieurs produits illicites ou licites sont devenues fréquentes. Le dispositif TREND, sur la base des observations des acteurs de terrain, met en évidence une multiplication des poly-usages, elle-même favorisée par l'accroissement du nombre de produits, aussi bien dans le milieu de la toxicomanie traditionnelle que dans celui des fêtes. En 1999, une quarantaine d'associations ont été répertoriées.

Il faut toutefois se garder de considérer ce poly-usage comme la manifestation d'une consommation anarchique dépourvue de sens. Les associations répertoriées répondent souvent à des finalités très précises dans la gestion de la consommation des substances. Devant ce fait, il semblerait nécessaire de délaisser la notion de polyconsommation, communément admise, mais pas suffisamment précise pour décrire ce type de comportement pour lui substituer celle de régulation que les concepteurs de TREND définissent comme : « toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives, consciemment pratiquée par un consommateur dans le but de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer. Cet usage peut être concomitant ou différé dans le temps de quelques minutes à plusieurs heures, dans une unité temporelle n'excédant pas, en tout cas, la somme des durées d'effets spécifiques de chacune des substances consommées ».

Par ailleurs, l'enquête ESPAD réalisée auprès des adolescents de 14 à 18 ans sur les consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis), met en évidence une proportion significative d'adolescents de 18 ans utilisant de façon répétée au moins deux de ces produits (28 % chez les garçons ; 15 % chez les filles) et notamment la combinaison tabac + cannabis, qui concernerait 15 % des garçons de 18 ans.

## **7. DISCUSSION**

### **7.1 Consistency between indicators**

Pour dresser l'état des lieux du phénomène de la consommation des drogues et de ses conséquences, nous disposons de multiples indicateurs construits à partir de trois grandes catégories de sources différentes :

- Des enquêtes en population générale (ou sur un sous ensemble de la population) qui, sur la base des déclarations des individus, fournissent des données sur l'ampleur et les fréquences des consommations et sur les perceptions et les opinions sur le phénomène ;
- Des fichiers ou registres nationaux qui fournissent des données sur les conséquences sanitaires des consommations de drogues (mortalité, morbidité) ;
- Des statistiques administratives qui reflètent principalement l'activité des dispositifs publics dans le champ socio-sanitaire et le domaine d'application de la loi, mis en place pour faire face à ce phénomène, et qui donnent une indication indirecte de l'ampleur et de la nature des consommations de drogues et de l'état de l'offre de drogues.

Ces enseignements tirés de ces indicateurs peuvent-être consolidés ou complétés par des données qualitatives, s'appuyant sur des observations de terrain. C'est le cas des données fournies par le dispositif de surveillance des tendances récentes (TREND) mis en place depuis 1 an. Chaque source de données ne reflètent qu'une partie du phénomène, sous un angle bien particulier, c'est par leur confrontation que l'on peut dégager des tendances générales. C'est ainsi par une approche s'appuyant sur une analyse croisée des différents indicateurs que les tendances présentées précédemment ont pu être établies . Ainsi, la convergence des indicateurs disponibles a permis d'étayer fortement certains résultats tels que :

- La baisse de l'héroïne dans la consommation problématique de drogues illicites ;
- La montée corrélative de la cocaïne ;
- La régression de certaines conséquences problématiques liées à l'usage de drogues ;
- La banalisation de la consommation de cannabis et la montée en puissance des drogues de synthèse.

## **7.2 Implications for policy and interventions**

La mise à jour périodique d'un état des lieux national sur le « phénomène des drogues » représente un intérêt général pour les décideurs. Les tendances décrites dans ce rapport annuel peuvent également avoir de nombreuses implications sur les politiques publiques. Il n'est pas de notre mission d'élaborer une réflexion dans ce domaine. En effet, ces pouvoirs publics en France ont décidé de créer un établissement public autonome, l'OFDT, dédié à une tâche d'observation globale du phénomène des drogues. Il reste de leur responsabilité de se déterminer sur les implications et les politiques publiques qui peuvent se dégager des tendances exposées précédemment.

## **7.3 Methodological indications and data quality**

Sur l'ampleur des consommations de drogues, le système d'information français a, en grande partie, comblé une de ses principales lacunes par la mise en place d'un dispositif pérenne d'observation des consommations, perceptions et opinion sur les drogues en population générale. Néanmoins, ce dispositif a ses propres limites. D'une part, celles propres à ce type d'enquête dont la principale est le caractère déclaratif des consommations (le croisement, dans le domaine des drogues licites, des données de ventes de consommations déclarées est à cet égard édifiant. D'autre part, il y a également les biais induits par certaines caractéristiques méthodologiques, notamment la méthode de passation du questionnaire (voir remarques dans les chapitres précédents).

Un des principaux problèmes méthodologiques auquel nous avons à faire face pour les années à venir est celui de « l'investigation téléphonique » (biais déclaratif ; couverture : développement des « listes rouges », développement du téléphone mobile).

Sur les conséquences sanitaires des consommations de drogues, les indicateurs disponibles sont encore trop fragiles. Ainsi, nous n'avons toujours pas d'approche globale de la mortalité des usagers de drogues. Les trois indicateurs disponibles dans ce domaine évoluent, certes, dans le même sens mais ne permettent pas de se prononcer complètement sur l'évolution de la mortalité chez les consommateurs de drogues. De même, la tendance relevée sur la baisse de la prévalence VIH chez les usagers de drogues nécessiterait d'être consolidée à partir de données qui ne soient plus élaborées sur une base déclarative.

Enfin, de manière générale, il convient de ne pas attribuer d'importance aux fluctuations conjoncturelles de faible ampleur de chaque indicateur, compte tenu des limites inhérentes à leur

élaboration particulière. Seules les évolutions d'une certaine ampleur d'indicateurs, confirmées par celles d'autres données de même nature, permettent de dégager des tendances.

### **Principales sources utilisées dans la partie II :**

Baromètre santé 2000, premiers résultats : Ces données sont provisoires dans le sens où elles n'ont été redressées que par la probabilité de tirage au sein du ménage. Ces valeurs sont donc susceptibles de varier à la marge après redressement sur les variables socio-démographiques habituelles issues du dernier recensement de la population.

Baromètre Santé adultes 95/96, CFES : Cette enquête téléphonique, menée en décembre 1995, repose sur un échantillon de 1 993 individus représentatifs de la population des 18-75 ans vivant en France. Celui-ci a été redressé de manière à être similaire à la population totale en termes de structure (âge, sexe, région de résidence et type d'habitat). Le Baromètre Santé offre des informations relatives aux comportements, aux connaissances et aux attitudes en matière de santé.

Enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection en 1995 et 1996, DCSSA.

Cette enquête, menée en 1995 et en 1996, respectivement sur 10 870 et 2 698 individus, repose sur un entretien relatif à l'usage des psychoactifs, face à un médecin, ainsi que sur une analyse urinaire permettant d'apprécier la qualité des déclarations. La bonne représentativité de l'échantillon est garantie par le fait que 95 % des jeunes hommes de nationalité française subissent les épreuves de sélection.

En raison de la disparition programmée du service militaire obligatoire, cette enquête n'a plus été reconduite à partir de 1997.

ESPAD "European Survey on Alcohol and Other Drugs" INSERM, OFDT, 1999

Depuis 1997, l'OFDT met en place un dispositif pérenne d'observation des usages, des attitudes et des opinions relatifs aux drogues, reposant sur des enquêtes nationales en population générale. La participation au projet européen d'enquête en milieu scolaire ESPAD 1999 s'inscrit dans ce cadre. La réalisation de l'enquête a été confiée à l'équipe "santé de l'adolescent" de l'INSERM (M. Choquet et S. Ledoux, qui participent au projet ESPAD depuis 1993), en partenariat avec l'OFDT et le ministère de l'Education nationale.

ERROP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychoactifs), OFDT, 208 p. avril 2000.

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

Système SIAMOIS : Le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution, initié par la Direction générale de la santé et développé par l'Institut de veille sanitaire, a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution. Ces données sont transmises par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques pour l'industrie pharmaceutique. En rapportant ces données à la population des 20-39 ans, dans laquelle se retrouvent 80% des usagers de drogues, on obtient des indicateurs permettant des comparaisons au niveau régional et départemental. Ces indicateurs peuvent être confrontés aux nouveaux cas de Sida, décès par surdose et interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants dans le même groupe d'âge.

Fichier national des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS.

L'OCRTIS reçoit les chiffres fournis par les services de police et de gendarmerie. Une grande partie des procédures pour ILS établies par les services de police est également transmises à l'OCRTIS. Les procédures sont utilisées pour requalifier certaines données fournies par les services de police, ce qui explique l'existence d'un certain décalage entre les deux statistiques. La Gendarmerie nationale et les services de police de Paris et de la petite couronne alimentent directement le FNAILS sans qu'il soit possible d'effectuer le même travail de requalification que pour les autres données. La part du trafic a probablement tendance à être surestimée dans ces dernières sources. Tout comme la statistique établie par la Police judiciaire, le FNAILS ne prend généralement pas en compte les infractions douanières n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal. Le produit mentionné est la substance principalement consommée par l'usager interpellé. Il existait, avant 1993, des écarts importants entre les chiffres sur les interpellations pour usage et usage-revente fournis par l'OCRTIS et ceux de la Police judiciaire. Cet écart, progressivement comblé entre 1988 et 1993, a pu introduire un phénomène de rattrapage et augmenter artificiellement la croissance du nombre d'interpellations. A partir de 1993, l'écart entre les deux statistiques est devenu très faible.

Fichier national des détenus, SCERI.

Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l'année, c'est-à-dire le nombre de personnes entrées dans les établissements pénitentiaires entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année. Seule l'infraction placée en premier sur le mandat de dépôt est prise en compte. Comme pour les condamnations, cette infraction n'est pas forcément la plus grave. Elle peut également être celle qui a été constatée en premier lieu.

Le fichier national des détenus permet aussi de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée. Ce nombre résulte des flux d'entrées et de sorties des personnes dans les établissements pénitentiaires au cours de l'année et au cours des années précédentes.

Enquête Toxicomanie de novembre, DREES

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

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

INSERM unité SC8 (registre national des causes de décès)

Le service SC8 de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des causes de décès sur le territoire français. Ces dernières sont identifiées selon les informations présentes sur le certificat de décès et par codage d'après la CIM-8 (de 1968-1978) et la CIM-9 (jusqu'en 1997). Sur le certificat de décès, trois causes sont mentionnées : cause immédiate, cause principale et état morbide ayant contribué à l'évolution fatale. Trois codes de la CIM-9 permettent de repérer la toxicomanie : pharmacodépendance, abus de drogues et psychoses dues aux drogues.

Institut de veille sanitaire (décès par Sida).

Le décès par Sida est à déclaration obligatoire. L'Institut de veille sanitaire comptabilise les cas de décès par Sida (selon l'année de survenue) et la cause de l'infection par le Sida. Il existe un délai de déclaration de ces décès, les données sont pour cela redressées. Il existe également une sous-déclaration d'environ 20%.

OCRTIS (décès par surdose ayant fait l'objet d'une procédure judiciaire).

En cas de décès suspect (crime, accident, suicide, mort subite, surdose, souvent chez un sujet jeune) une procédure judiciaire est lancée. Dès l'ouverture de la procédure, quand la cause suspectée est une mort par overdose, l'OCRTIS reçoit un télex et les cas sont entrés dans le fichier informatisé. Le procès-verbal sera reçu plus tard par l'OCRTIS. Cette base de données est nominative.

## **PART 3 DEMAND REDUCTION INTERVENTIONS**

---

### ***8. STRATEGIES IN DEMAND REDUCTION AT NATIONAL LEVEL***

#### **8.1. Major strategies and activities**

#### **8.2 Approaches and New Developments**

Se référer aux chapitres qui traitent de cette question (chap.1.1 Part I et chap.12 Part. IV)

### ***9. INTERVENTION AREAS***

#### **9.1 Primary prevention**

Au cours des années 90, la prévention primaire est axée sur une approche d'écoute, de rétablissement du dialogue entre adultes et jeunes confrontés à des environnements de plus en plus fragilisés, s'inscrit dans une problématique plus large de prévention de la délinquance ou de la désinsertion.

Les dispositifs de prévention des usages de drogues et de dépendance alors instaurés par les institutions centrales répondent à ce primat d'écoute. Il s'agit :

- en milieu scolaire, des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), structures de coordination de l'action préventive, qui se sont substitués aux Comités d'environnement social (CES) en 1998 ;
- au niveau des quartiers, des Points Ecoute constituent des lieux d'accueil de proximité où jeunes ou parents peuvent exposer leur situation de rupture avec leur environnement social et être orientés dans leurs difficultés relationnelles parents-enfants ;
- au niveau national, de la ligne d'aide téléphonique, Drogues Info Service, avec ses antennes locales dans certaines régions, qui depuis 2000, anime également un espace « Vos questions , nos réponses » sur le site Internet public « drogues.gouv.fr » mis en place par la MILDT.

Parallèlement à ces dispositifs généraux, la prévention primaire relève encore majoritairement de l'initiative privée, du secteur associatif. Les publics ou des environnements spécifiques – tels la petite enfance, les femmes toxicomanes, les groupes ethniques ou le milieu du travail – font l'objet, quant à eux, d'actions isolées pour lesquelles il n'y a pas de remontée d'information formalisée.

Cependant, la cohérence et la complémentarité des actions doivent être assurées dans le cadre des plans départementaux de prévention et d'organes de coordination transversaux dépendant de la Justice ou de la Ville (cf. 9.4).

##### ***9.1.1 Infancy and Family***

Ce domaine ne fait pas l'objet d'action centralisée par les structures de l'Etat. Les initiatives locales relayées par les structures associatives ne sont pas recensées à l'heure actuelle, et sont donc difficiles à circonscrire.

En ce qui concerne la petite enfance, le problème de la toxicomanie n'est abordée que de manière très indirecte, à travers des projets d'éducation pour la santé, et souvent d'éducation à la nutrition, qui touchent le sujet de l'oralité et des dépendances qui peuvent en découler.

### **9.1.2 School programmes**

Les actions administrées par le ministère de l'Education nationale doivent recouvrir la prévention de toute forme de dépendance. L'application de ces actions est assurée par des structures de coordination mises en place au sein d'établissements primaires, de collèges et lycées d'enseignement général et d'enseignement professionnel. Ces structures initiées en 1990 en tant que Comités d'environnement social (CES) étaient développés en particulier dans des zones sensibles identifiées : les ZEP, Zones d'éducation prioritaire.

Par la circulaire n°98-108 du 01.07.98, ces comités sont rebaptisés Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), entérinant ainsi l'adoption d'une approche globalisante de la prise en charge des difficultés rencontrées par les jeunes. En effet, Le texte pose également les principes du développement des CESC sur le territoire national. Ces structures de coordination sont cofinancées depuis 1995 par la MILDT et l'Education Nationale. Les comités rassemblent autour du chef d'établissement la communauté éducative et les acteurs de la vie sociale et du quartier (associations, acteurs institutionnels, etc.). Ils développent une politique de prévention, créent un lien véritable entre l'école et son environnement. Techniquement, ils sont chargés de déterminer pour les projets d'établissement des objectifs opérationnels, repérables en temps et en lieu, adaptés à la réalité locale identifiée des problématiques de santé. Un bilan des différentes actions engagées est retourné aux rectorats respectifs. La transition entre l'école primaire et le collège est préparée par des enseignants des deux cycles. Dans ce cadre, des rencontres ponctuelles sont organisées pour définir des protocoles de prévention des problèmes de violence et de toxicomanies auprès des pré-adolescents (élèves de la fin du cycle primaire).

- Parallèlement, les termes de l'actuel Plan triennal incitent les établissements à organiser leur action de prévention dans une approche traitant des produits licites et illicites. Cette approche est en accord avec un objectif de prévention globale de l'établissement scolaire, lequel se définit comme un lieu de socialisation, d'intégration, un lieu ressource où le jeune se construit. Cette double stratégie de globalisation liée ainsi à la prévention en milieu scolaire requiert la constitution d'équipes multi-catégorielles.

### **Le programme expérimental « Elèves, acteurs de prévention »**

Entre 1997 et 1999, le ministère de l'éducation nationale a engagé une action expérimentale dans le champs de la prévention des conduites à risques intitulée : « *Elèves, acteurs de prévention* ». Les modalités d'une extension de la phase expérimentale de cette action à une pérennisation sont envisagées.

L'action a débuté en juillet 1997 par une première réunion du groupe de pilotage constitué (outre du bureau DESCO B 4<sup>14</sup>), de 5 représentants d'établissements scolaires, de 2 représentant paramédicaux scolaires, un formateur MAFPEN<sup>15</sup>, un professeur de lettres et un pédopsychiatre.

#### **But de l'action**

Ce programme a eu pour objectif de :

- éclairer le concept de prévention par les pairs, valider la pertinence de cette approche,
- approfondir la connaissance de la problématique adolescent et de ses comportements en matière de consommation de produits psychoactifs,

<sup>14</sup> Direction de l'enseignement scolaire, bureau B4

RMI : Revenu minimum d'insertion

<sup>15</sup> MAFPEN : Mission académique de formation des personnels de l'Education national



- élaborer des outils destinés aux élèves relais auprès de leurs camarades,
- impliquer et engager les élèves dans la cogestion des actions de prévention,
- former les élèves pour qu'ils puissent s'investir en toute connaissance de cause.

### **Déroulement de l'action.**

Un appel à candidature, lancé en septembre 1997 auprès de cinq académies sensibles a permis d'impliquer 14 établissements : 3 dans l'académie d'Aix-Marseille, 2 dans l'académie de Créteil, 3 dans celle de Lille, 2 dans celle de Lyon et 4 dans l'académie de Versailles. Ces établissements devaient répondre à deux critères :

- être engagé dans une démarche d'implication des élèves dans la vie de l'établissement, qu'ils soient délégués ou non et, en particulier dans une réflexion sur la prévention.
- constituer une équipe de 4 adultes (1 personnel de direction, 1 personnel d'éducation, 1 personnel médico-social, 1 enseignant) qui participerait au premier stage de novembre 1997 qui marquait la première étape du projet.

### **Bilan de l'action**

A la demande du ministère de l'Education nationale, une évaluation<sup>16</sup> a été menée auprès des établissements ayant participé à cette action expérimentale.

Les élèves-acteurs sont, sous la tutelle des adultes référents, animateurs, organisateurs d'actions, diffuseurs et multiplicateurs de messages de prévention. De plus, c'est par leur engagement dans la cogestion des actions de prévention, que les élèves ont obtenu la reconnaissance leurs pairs. Cette expérience s'est révélée être une réussite pour la moitié des établissements et, quelle que soit le degré de réussite de l'action, elle a suscité un grand intérêt de la part des élèves, dans tous les établissements. L'impact de l'action sur le climat et la qualité de vie dans l'établissement est très positif. L'effet d'image de l'établissement en externe (réputation) et en interne (représentation du lycée par les élèves) l'est également.

Même si l'action « élèves, acteurs de prévention » ne peut porter à elle seule tous les mérites d'une diminution des actes de violence, de l'absentéisme et d'une amélioration des résultats scolaires, elle contribue à cet effet d'ensemble, car elle est au cœur de la politique de prévention menée par ces établissements pour lutter, contre l'échec scolaire, l'exclusion et les conduites à risques. Les expériences jugées positives se sont traduites du côté des élèves par une attitude adaptée par rapport aux problématiques abordées, par la manifestation d'une plus grande responsabilité.

Ces éléments inciteraient plutôt à une généralisation du système, sur la base des limites et facteurs clés de réussite identifiés par l'évaluation du programme.

Notamment, il faut former des élèves à un rôle d'animateurs et de messagers de prévention qui sachent établir d'une relation d'écoute et d'aide de pairs-entraïdant. Cependant ces élèves-acteurs ne doivent en aucun cas se substituer aux personnes adultes compétentes, en prenant en charge les problèmes lourds de leurs camarades. De même, les établissements ne doivent pas attendre de ces élèves qu'ils se posent comme gardiens du bon ordre scolaire, ni considérer l'action comme une tactique pour pacifier l'établissement. D'autres effets pervers, telles la concurrence entre les élèves (délégués, EAP) ou la fascination du mal-être chez les élèves-pairs, devront être pris en compte.

Enfin, la réussite de l'action « élèves, acteurs de prévention » est dépendante de l'environnement dans lequel elle s'inscrit et sa prolongation est subordonnée :

- à l'existence, à la fois, d'un véritable projet d'établissement avec une démarche de politique globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté et d'une équipe cohérente et organisée ;
- à l'implication forte du chef d'établissement ;
- à la composition large du groupe de pilotage (des référents adultes bien intégrés dans la communauté et participant activement aux actions) ;
- à la perception claire, par les adultes, de la dimension « élèves, acteurs de prévention ».

---

<sup>16</sup> Ballion (R.), *Les élèves acteurs de prévention*, Centre d'analyse et d'intervention sociologiques, EHESS-CNRS, Février 2000.

## **La collection « Repères »**

En Novembre 1999, la Direction des lycées et collèges (ministère de l'Education nationale) en collaboration avec la MILDT ont édité une nouvelle collection les « Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires », les « Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire »,

### **Les actions de la Police Nationale en milieu scolaire**

Les actions de la Police Nationale en milieu scolaire sont assurées plus particulièrement par les structures présentées ci-après.

- la Mission de Lutte Anti-Drogue (MILAD) :

Rattachée au cabinet du Directeur Général de la Police Nationale, elle est chargée de coordonner la politique des directions et services du Ministère de l'Intérieur en matière de lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants . Elle organise également le dispositif de prévention et assure elle-même la mise en œuvre d'un ensemble routier aménagé pour l'accueil du public et animé par des officiers expérimentés et spécialisés dans l'intervention en milieu scolaire. En 1999 , 32 000 élèves ont ainsi été rencontrés sur tout le territoire national à l'intérieur même des établissements. Il s'agit avant tout pour la MILAD d'initier une dynamique de prévention dans laquelle pourront s'inscrire ensuite les policiers locaux. C'est aussi l'occasion d'unifier le discours qui découle du Plan Triennal.

- les Directions Actives de la Police Nationale (Direction centrale de la sécurité publique, Direction centrale de la police judiciaire, Direction centrale de la police aux frontières , Direction centrale des renseignements généraux, Service central des compagnies républicaines de sécurité, Direction de la formation de la police nationale).

Parmi celles-ci , c'est la Direction centrale de la sécurité publique qui gère le plus grand nombre de policiers spécialisés dit « policiers formateurs anti-drogue » (270 PFAD). Ils ont pour mission d'assurer la formation continue de leurs collègues mais depuis 1998, la MILAD a orienté leur action vers les établissements scolaires, de plus en plus demandeurs, notamment dans le cadre des CESC. Ils informent sur les produits licites comme illicites , les comportements à l'égard de ces produits, les divers dispositifs de prise en charge, mais également les dispositions de la loi dans le domaine du trafic comme dans celui de l'usage. Ils entreprennent avant tout un dialogue avec les adolescents dont l'objectif est de contribuer à les aider dans l'apprentissage de la santé et de la citoyenneté.

En 1999, ils ont réalisé 4525 actions de prévention et rencontré 101000 élèves.

- La Brigade des Stupéfiants de la Préfecture de Police de PARIS

En 1999, 332 interventions dans 81 collèges et lycées de PARIS et des trois départements de la petite couronne ont été effectuées (11 000 élèves rencontrés) par les PFAD appartenant à l'Unité communication formation prévention de ce service spécialisé.

- Le Service de prévention , d'études et d'orientation anti-délinquance de la Direction de la police urbaine de proximité de la préfecture de police de Paris

Les 22 PFAD de ce service sont intervenus à Paris auprès de 13000 élèves de collèges et lycées.

Au total, ce sont 160000 élèves qui ont pu dialoguer sur les drogues au sein même de leurs établissements avec des policiers spécialisés.

### **9.1.3 Youth programmes outside schools**

#### **Les actions du Ministère de la Jeunesse et des sports**

La Direction de la Jeunesse et de l'éducation populaire est le service qui coordonne les actions de prévention des dépendances menées par le Ministère de la jeunesse et des sports.

Les relais opérationnels de l'action du ministère sont :

- les directions régionales et départementales de la Jeunesse et des Sports,

- les établissements nationaux (Centre Régional d'Education Populaire et de Sports, Instituts, Écoles),
- les antennes du réseau information jeunesse (1500 structures d'accueil du public pour information dans tous les domaines de la vie quotidienne),
- les associations sportives et de jeunesse.

Le ministère dispose d'un budget qui lui est délégué, chaque année, par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), sur la base des propositions qu'il présente. Ce **budget est déconcentré à 80% aux directions départementales** au sein desquelles une personne-ressource, spécialement et régulièrement formée, est en charge des questions de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances.

Les directions départementales inscrivent leur action dans le cadre des programmes départementaux de prévention définis en concertation avec les autres services de l'État concernés, les collectivités locales et les associations. Ces programmes départementaux sont coordonnés par les chefs de projets désignés par les Préfets. Les actions locales (environ 600 actions recensées en 1997) soutenues par les services déconcentrés de la Jeunesse et des Sports sont, le plus souvent, mises en œuvre par les acteurs associatifs et se déclinent selon les modalités suivantes :

- sensibilisation ;
- information ;
- pratiques culturelles et/ou sportives à vocation préventive ;
- réalisation et diffusion de documents informatifs et d'outils pédagogiques ;
- formation des acteurs.

Ces dernières années, les services déconcentrés ont été, en particulier, invités à soutenir la mise en œuvre d'actions de prévention au sein des **centres de vacances et des centres de loisirs sans hébergement**.

Il leur a également été demandé de veiller à l'implication des **Conseils Départementaux de la Jeunesse** dans la définition et la mise en œuvre des actions (19 conseils en 1999, 27 conseils en 2000).

Créés par Madame Marie-George BUFFET, ministre de la Jeunesse et des sports, les Conseils départementaux de la jeunesse sont conçus comme des instances au sein desquelles les jeunes peuvent faire état de leurs besoins et faire valoir leurs propositions vis-à-vis des pouvoirs publics dans l'ensemble des domaines qui les concernent (formation, emploi, santé, etc ...).

20% des crédits interministériels de la MILDT délégués au ministère servent à la mise en place d'actions de dimension nationale.

Le ministère a notamment soutenu un **travail d'étude et de recherche** sur la problématique des **conduites à risques des jeunes en milieu sportif**.

Dans le prolongement de ce travail, un séminaire de dimension européenne, organisé en partenariat avec la MILDT, se déroulera au Comité national olympique et sportif français, les 5 et 6 décembre prochain. Ce séminaire figure au nombre des manifestations programmées dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne.

### **Les actions de la Police Nationale hors milieu scolaire**

Hors milieu scolaire, près de 120 000 personnes, en majorité des jeunes, ont bénéficié des diverses actions de prévention de la Police Nationale.

Les actions du Ministère de l'Intérieur auprès des jeunes hors milieu scolaire s'organisent autour des structures et actions suivantes :

- la campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies est organisée par la MILAD, chaque été depuis 1995. L'ensemble routier de la MILAD, animé par les officiers de ce service et des policiers formateurs anti-drogue sélectionnés pour cette mission, se rend

sur des sites touristiques à la rencontre de la population estivale, de jeunes surtout, mais aussi de leurs parents qui expriment un fort besoin d'information. Environ 17000 personnes ont visité l'exposition de ce dispositif et échangé avec les policiers au cours des mois de juillet et d'août 2000. Cette campagne a été menée en partenariat avec l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA). En 1999, le ministère de la Jeunesse et des Sports s'était associé à ce dispositif sur le thème du dopage.

- les 48 Centres de Loisirs Jeunes (CLJ) ont été constitués dans les agglomérations et quartiers difficiles de 31 départements. 24 d'entre eux fonctionnent durant toutes les vacances scolaires ainsi que les mercredis et samedis tout au long de l'année. Ils proposent des activités valorisantes dans une perspective de prévention de la délinquance et de l'usage de stupéfiants.
- Les Opérations Prévention ETE ( plus de 100 en 1999) ont eu lieu dans 36 départements dont 2 d'outre-mer. Elles proposent ,dans le même esprit, des activités plus spécialement centrées sur le sport.

En 1999, près de 100 000 jeunes ont bénéficié des activités qui ont pu être menées grâce au volontariat de 400 policiers, issus pour la plupart de la Direction centrale de la sécurité publique avec le concours des CRS.

#### **9.1.4 Community programmes**

##### **Les actions du Ministère de la Jeunesse et des sports**

**La formation d'acteurs relais.** Dans un souci d'actualisation des connaissances et de prise en compte des orientations du plan triennal, un dispositif de formation (8 stages), conçu en collaboration avec le CRIPS<sup>17</sup> Ile de France, a permis d'accueillir plus d'une centaine de cadres des services déconcentrés, établissements et antennes du réseau information jeunesse. Ces formations interdisciplinaires étaient ouvertes aux professionnels de jeunesse, aux médecins du sport, aux médecins chargés de la lutte contre le dopage, aux infirmières des établissements, aux documentalistes information jeunesse, etc..

Après mission préparatoire sur place, deux stages supplémentaires, spécialement adaptés aux contextes et aux besoins locaux, ont été mis en œuvre en Martinique et en Guadeloupe. Ils s'adressaient prioritairement aux intervenants de proximité agissant dans les quartiers.

Le ministère a également soutenu le développement du dispositif « **prévention à la carte** » conçu et géré par l'association **AREMEDIA** (projet n°165 de la base de données EDDRA). Ce dispositif prend la forme d'une borne interactive qui permet de s'auto-questionner sur ses propres prises de risques. Il fournit des éléments de diagnostic et des informations pratiques. Simultanément et dans le respect de l'anonymat, il permet le recueil de données quantitatives et qualitatives susceptibles de nourrir la recherche épidémiologique et la réflexion pour la mise en œuvre de stratégies de prévention adaptées.

Dans le cadre d'un projet pilote, ce dispositif devrait, dans les premiers mois de l'année 2001, être implanté dans **une quinzaine d'antennes du réseau information jeunesse**.

##### **Les actions des ministères initiées par le ministère de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration et la Direction générale de la santé.**

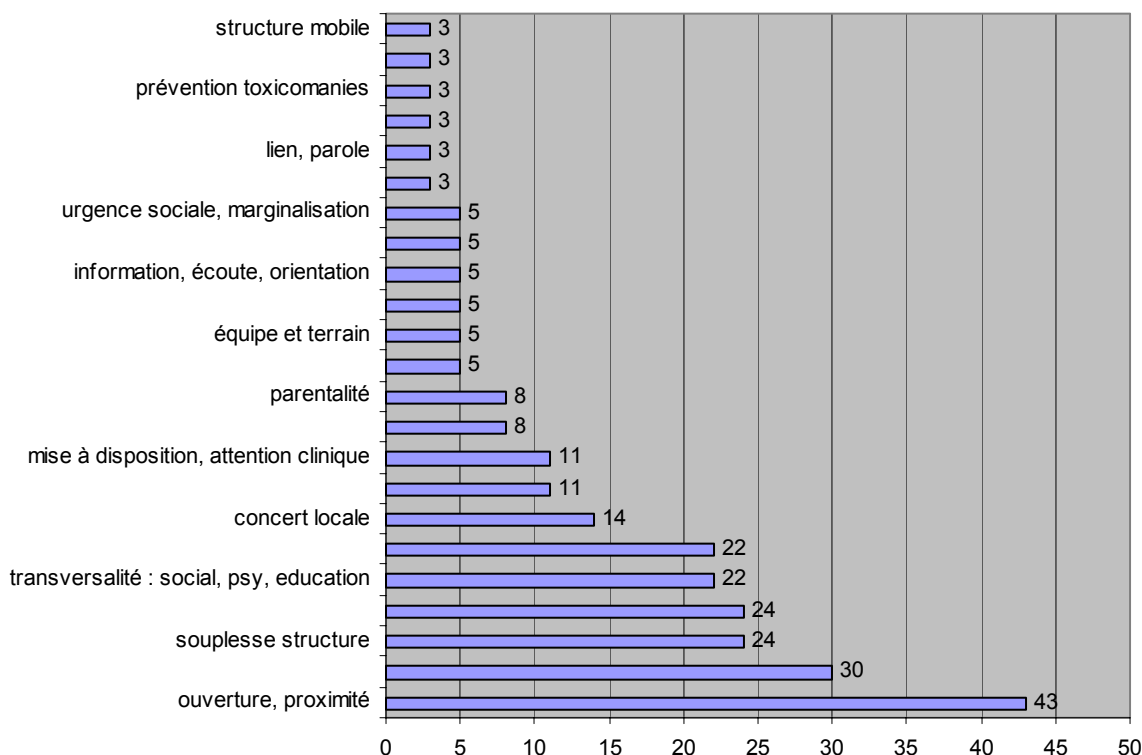
La circulaire n°97/280 du Ministère de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration, signée le 10/04/97, instaure les Points Ecoute avec comme perspective la prévention de la toxicomanie et de la marginalisation. Ce texte reprend le principe d'une intervention globale (où les problèmes de drogues sont appréhendés dans une logique de développement social urbain). Il se veut suffisamment souple pour permettre des réponses adaptées aux besoins locaux identifiés, s'appuyant sur des partenariats et réseaux existant dans les villes. Ce travail avec la ville est essentiel pour assurer une implantation négociée, au plus près des besoins, et pour mobiliser les acteurs relais au niveau des quartiers. Les Points Ecoute ont comme objectif particulier de capter des publics jeunes éloignés des institutions et, pour cela, doivent parfois développer de nouvelles pratiques d'intervention (cf. 0). Ils sont financés sur des crédits déconcentrés de Secrétariat général à la santé (Ministère du travail).

---

<sup>17</sup> Centre régional d'information et de prévention du sida.

**Dimensions innovantes du dispositif Point Ecoute, tel qu'il est perçu par ces acteurs**

**Dimensions innovantes du dispositif Point Ecoute, tel qu'il est perçu par ses acteurs**



Source : Jacob (E.), Joubert (M.), Touze (S.), *Evaluation des Points Ecoute Jeunes et/ou Parents*, OFDT, Octobre 1999.

La souplesse du texte constitutif a engendré des approches et des modalités d'action diversifiées, souvent adaptées aux compétences professionnelles regroupées dans ces structures (beaucoup des équipes Points Ecoute existaient avant 1997).

**Les Points écoute accueil jeunes** sont des lieux d'accueil, d'écoute et de paroles qui s'adressent aux jeunes de 18 à 25 ans démunis sur le plan social et familial et risquant de basculer dans la marginalité et la délinquance. Ils ont pour objectif la prévention de l'inadaptation et l'aide au rétablissement de l'équilibre psychologique et social. Ils ont également pour mission de fournir une réponse aux situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales, et d'aider à l'accession des jeunes à un service social. On comptait déjà 26 Points écoute jeunes en 1995, 62 fin 1997 et 75 en fin 1999.

**Les Points écoute parents**, au nombre de 16 fin 1997, offrent un accueil des familles et proposent des entretiens visant à prévenir ou à arrêter la détérioration de la relation parents enfants, de rétablir la communication intergénérationnelle et éventuellement de prendre contact avec le système de soins.

**Les Points Ecoute en 1999.**

Types de structures	Nombre de structures
Points écoutes jeunes	54 (72%)
Points écoutes parents	13 (17%)
Points écoutes jeunes et parents	8 (11%)

Source : Direction générale de la santé

Une évaluation<sup>18</sup>, achevée en Octobre 1999, met en évidence quatre grands types de stratégies d'action au sein des 40 Points Ecoute ayant participé à l'étude.

#### **Un profil à tendance « communautaire »**

L'association du public au travail engagé, notamment dans l'identification des besoins, prime. De même, le Point Ecoute cherche à développer le soutien des personnes par le tissu local en renforçant les solidarités locales pour un (travail avec les associations, mobilisation des ressources de l'environnement...).

#### **Un profil à tendance « psycho-clinique »**

L'accent est mis sur l'approche individuelle des usagers qui passe par la clarification et la résolution de la « problématique du sujet », sans se substituer toutefois à un travail psychothérapeutique classique. Quand le besoin d'un tel travail se fait sentir, les personnes sont orientées vers les structures spécialisées habilitées. La recherche d'une qualification adaptée par les professionnels engagés (psychologues majoritairement) et l'approche centrée sur les problématiques de souffrance psychique évite les égarements et donne même une certaine cohérence au à ce profil.

#### **Un profil à tendance « sociale et éducative »**

L'action vise ici l'élucidation et le traitement des problématiques sociales. Le travail d'accompagnement et de suivi des personnes est central : démarches sociales (logement, ressources, urgences), renforcement des droits, aide à la mise en place de projets (activités, loisirs, ateliers...). La palette des interventions est très large et les recrutements sont composites : professionnels du social, de l'animation, éducateurs, psychologues, etc.. La volonté éducative se traduit par l'intérêt porté aux compétences des personnes (familles, adolescents) et aux possibilités de développer leurs ressources propres et leur autonomie.

#### **Un profil à tendance « médiation »**

Cette dernière catégorie regroupe les Points Ecoute qui ne peuvent guère être classés dans les trois premiers profils. De fait, ce groupe est quelque peu composite. Ces dispositifs s'axe plutôt sur l'information, l'orientation et surtout la médiation : facilitation des liens sociaux, de l'accès aux droits et aux services, de l'inscription ou de la réinscription des personnes dans le système local. Se présentant comme des structures généralistes avec des compétences polyvalentes, ces Points Ecoute contribueraient souvent à construire et à animer les réseaux locaux.

Il est à noter enfin que le Plan triennal 1999-2001 préconise l'extension de ces Points Ecoute, notamment en améliorant leur accessibilité, c'est-à-dire leur diffusion géographique et leurs modes de fonctionnement (élargissement des heures d'ouverture, par exemple).

### **9.1.5 Telephone help lines**

#### **Drogues Info Service : Ligne d'aide téléphonique national**

Un service national d'accueil téléphonique en matière de drogues et toxicomanies existe en France depuis 1991.

Ce service gratuit, anonyme, et ouvert 24h/24 est accessible par un n° vert (gratuit) : 0 800 23 13 13. Les pôles d'accueil téléphonique sont situés dans 6 villes : Lille, Lyon, Marseille, Paris, Strasbourg et Toulouse.

Drogues info service est un service interministériel constitué en Groupement d'intérêt public. Sa mission principale comporte trois volets : 1) l'écoute, le soutien et le conseil aux personnes qui ont besoin d'aide pour faire face à des problèmes liés à l'usage ou à la prévention de l'usage de drogues, 2) l'information sur les produits, les effets, les risques liés à l'usage, la loi, le dispositif de soins, 3)

---

<sup>18</sup> A paraître : Jacob (E.), Joubert (M.), Touze (S.), *Evaluation des Points Ecoute Jeunes et/ou Parents*, OFDT, Octobre 1999.

l'orientation vers les organismes compétents dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Les appels reçus permettent d'établir des statistiques sur le volume d'appel, sur les personnes qui appellent et sur la nature de leur demande. Ces statistiques d'activité ne peuvent prétendre donner une image exacte de l'ensemble des personnes concernée par la drogue. Elles permettent tout au plus de capter certaines évolutions, notamment au niveau des produits, qui pourront être mises en perspective avec les autres sources d'information dont nous disposons.

### Le volume d'activités

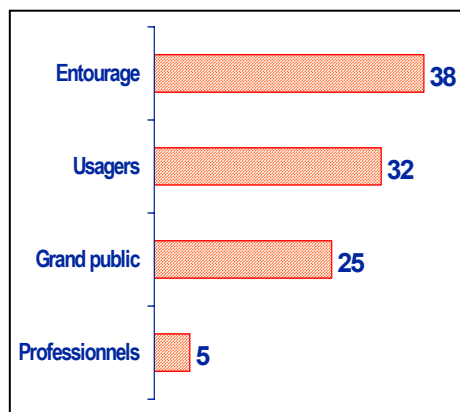
En 1999, le service a reçu 477 000 appels correspondant à près de 60 000 demandes d'aide et d'information.

**Une forte proportion des appels (40%)** sont des **demandes d'informations**, notamment les demandes d'informations sur les produits. Le service doit accorder de l'attention aux demandes importantes de **soutien (20%)** et de **conseil (18%)** ; **14% des demandes concernent l'orientation** (prise en charge, recours aux soins).

### Les catégories d'appelants

**L'entourage représente 38%** ; il correspond aux appelants qui motivent leur appel par la consommation, réelle ou supposée de quelqu'un de leur entourage proche. **Les usagers (32%)** sont les appelants qui mentionnent leur propre usage au cours de l'appel. **Le grand public (25%)** est cette catégorie générale de ceux qui appellent pour demander de l'information sans que cette demande soit motivée par une situation de consommation réelle ou supposée. Enfin **les professionnels (5%)** appellent pour un motif lié à leurs responsabilités professionnelles, quelles qu'elles soient.

**Les catégories d'appelants - DIS**



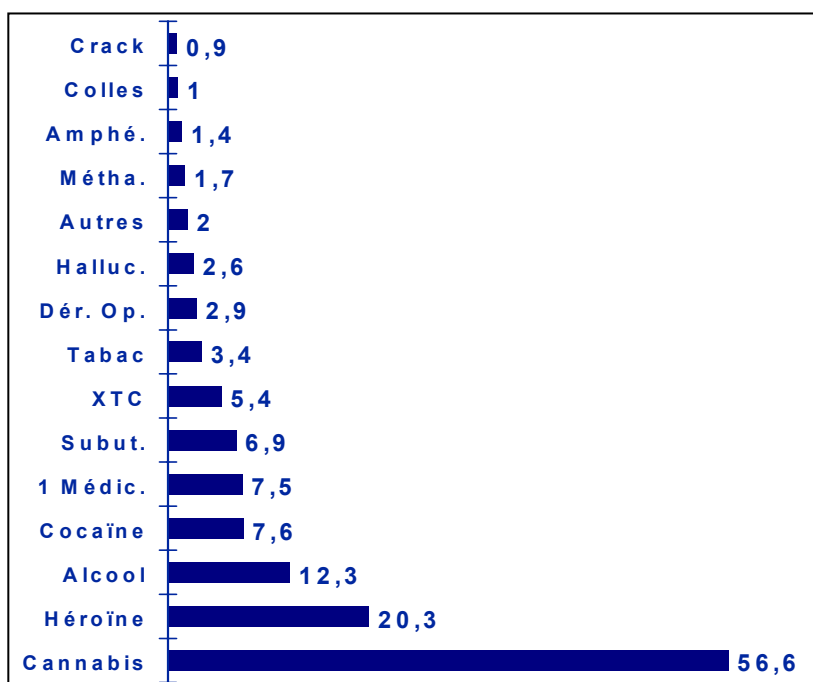
Une très forte proportion d'appelants a entre 15 et 20 ans, soit 37%. On remarque également que les tranches correspondant **aux moins de 25 ans représentent les deux tiers des appelants (64%)**. Une proportion qui souligne le rôle du service à l'égard d'une population de jeunes adultes, d'adolescents, usagers ou non, qui questionnent le service à propos des produits, des risques etc...

La répartition des appelants par sexe fait toujours apparaître **une forte proportion de femmes : 56,5%** contre 43,5 % pour les hommes.

### Les produits cités

Les 5 produits les plus cités par les appelants sont : Le cannabis (56,6%), l'héroïne (20%), l'alcool (12,3%), la cocaïne (7,6%), les médicaments (7,5%).

**Produits cités par les appelants – Drogues Info Services**



Comme les années précédentes, la liste des produits les plus cités compte des produits licites et illicites. Il faut souligner que **la cocaïne réapparaît dans la liste des cinq produits les plus cités**. Les années précédentes, elle se situait, dans ce classement, derrière les médicaments.

**L'alcool et le tabac sont le plus souvent cités comme des produits associés à d'autres produits.** Plus précisément, lorsqu'un seul produit est associé à l'alcool, il s'agit très souvent du cannabis (56%), viennent ensuite l'héroïne et les tranquillisants. Lorsque l'alcool (61%) et le tabac (75%) sont cités, les appels proviennent en grande majorité d'usagers.

**Ligne d'aide téléphonique de la Préfecture de Paris**

A PARIS, la Brigade des Stupéfiants de la Préfecture de Police gère depuis 1991, au bénéfice des Parisiens, une ligne « verte » gratuite et anonyme. Cette structure a reçu en 1999 plus de 2000 appels, concernant , pour la plupart ,soit des demandes d'orientation sanitaires ou sociales soit des besoins d'information générale.

9.1.6 Mass media campaigns

**Le programme de communication de la MILDT élaboré pour les années 99/2000/2001.**

Le début de l'année 2000 a été marqué par le lancement d'une campagne publicitaire télévisée (avril/mai) déclinée autour de 4 spots (diffusés sur l'ensemble des chaînes de télévision du réseau hertzien et câblé), interpellant le public sur la nécessité de s'informer et les invitant à se procurer un livre d'information grand public : « Drogues : savoir plus, risquer moins »

Edité à 1,5 millions exemplaires, il a été vendu 10 F chez les marchands de journaux et dans le réseau des NMPP (400 000 exemplaires), puis diffusé gratuitement par les services de l'Etat et par les réseaux de pharmaceutiques, médicaux et associatifs.



La campagne affirme : « une société sans drogue, ça n'existe pas ». Elle distingue trois comportements : usage, usage nocif et dépendance. Toutes les substances psychoactives sont évoquées, y compris les produits licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes).

Pour poursuivre l'action et répondre aux besoins exprimés par la population, cette campagne est reconduite au 4<sup>ème</sup> trimestre 2000.

Le livre tous publics mentionné sera la référence écrite à partir de laquelle sont déclinés des supports d'information adaptés aux publics jeunes. D'autres moyens, notamment des partenariats TV et presse locale, sont mis en œuvre pour permettre une résonance plus importante de l'action auprès des jeunes et des publics adultes.

Le budget de cette action est de 20 millions de francs. La majeure partie est constituée par la subvention de la MILDT au Comité français d'éducation pour la santé (CFES), opérateur de ce programme.

Campagne de prévention du tabagisme. Une campagne presse adressée aux femmes est conduite sur la période de juillet à octobre, accompagnée de partenariats de diffusion des brochures informatives jusqu'à la fin de l'année et de partenariats TV durant le dernier trimestre.

En octobre, une large campagne TV et radio tous publics sera lancée et portée en décembre dans les salles de cinémas. Des partenariats TV et radio seront noués tout au long du dernier trimestre sur le thème « être malade du tabac ».

Campagne de prévention de la consommation excessive d'alcool. Elle s'organise autour d'actions grand public et publics jeunes. La rediffusion de la campagne élaborée en 1999 (« Est-ce que vous buvez plus de 3 verres par jour ? »), accompagnée par une diffusion importante des guides pratiques alcool (s'attachant à donner des repères sur les notions d'excès et de modération) est programmée.

Un dispositif de relation presse vise à mettre à l'ordre du jour l'importance de la problématique alcool en santé publique. Cela se traduira par l'organisation de tables rondes thématiques avec la participation d'experts.

#### **Les actions initiées par le Ministère de la jeunesse et des sports.**

Dans le domaine de l'information et de la communication, le ministère a, en particulier, apporté son concours financier à la production de la **série télévisée « ACCRO »** diffusée par La Cinquième (15 émissions de 13 minutes consacrées aux produits et usages). Il a également participé activement à la mise en œuvre du « **concours de scénarios sur la drogue** » organisé par le centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS Ile de France) qui a donné lieu à la réalisation de 24 courts-métrages diffusés par l'ensemble des chaînes de télévision.

#### **9.1.7 Internet**

Le site internet de service public d'information sur les drogues [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr) a été lancé le 9 décembre 1999.

Sa création a été assurée par la MILDT associée à quatre partenaires : le Comité français d'éducation à la santé (CFES), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues info service (DIS) et Toxibase. Chacun est producteur d'informations des rubriques dont il a la responsabilité éditoriale.

Les objectifs étaient l'accessibilité au plus grand nombre, l'exactitude des données et la fiabilité technique. Le site en question rend ainsi accessible les connaissances scientifiques validées sur l'ensemble des substances psychoactives licites ou illicites. Les données épidémiologiques, neurobiologiques, sociologiques, concernant l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs et les

autres substances illicites telles que le cannabis, les drogues de synthèse, l'héroïne, la cocaïne sont disponibles pour tous et régulièrement actualisées.

L'audience est autant, les chercheurs, les décideurs, les professionnels spécialisés ou non dans le domaine de la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, que le grand public.

Pour les professionnels, il comporte des bases de données législatives (documentation de la MILDT, documentaire (association Toxibase), un nombre important de rapports d'études (OFDT).

Des rubriques transversales proposent des services et des informations pratiques en grand nombre. : un répertoire d'adresses utiles, un lexique élaboré en partenariat avec Larousse, une sélection de sites internet. Un espace « Vos questions, nos réponses », animé par DIS permet aux internautes d'obtenir des réponses en toute confidentialité et anonymat. Plusieurs rubriques complètent l'ensemble : revue de presse quotidienne, agenda des manifestations du secteur, dernières parutions, communiqués et dossiers de presse édités par la MILDT. Des abonnements gratuits sont disponibles.

Le site [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr) est piloté par un comité de pilotage, instance de validation des choix techniques et éditoriaux. Piloté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), il est aussi composé de représentants des partenaires. site). externe ;

Le site connaît depuis le mois de janvier 2000 une évolution régulière de ses consultations.

De 19 700 consultations (soit **9188 internautes**), à environ 28 500 au mois d'avril 2000 (soit **11 481 internautes**) pour atteindre 38 000 consultations (**14 731 internautes**) au mois de mai 2000. **En septembre, on comptait 8475 internautes pour 20429 consultations.**

Le nombre de consultations s'est réduit durant la période estivale : sur les mois de juillet et août 2000, on comptait **12 845 internautes pour 30 000 consultations.**

## 9.2 Reduction of drug related harm

**Le dispositif de réduction des risques** : Se référer au chapitre 14. Part IV

### 9.2.1 Outreach work

**Dispositif toxicomanie du 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris :**

Depuis octobre 1999, un dispositif expérimental de lutte contre la toxicomanie a été mis en place dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Il comporte deux objectifs : développer la médiation entre les riverains et les usagers et/ou les institutions ainsi qu'améliorer la prise en charge des usagers.

Le travail de rue est essentiellement développé autour de la médiation sociale puisque sept éducateurs spécialisés "première ligne" sont présents sur trois quartiers différents de l'arrondissement. Ils assurent un rôle d'écoute et de réponse aux préoccupations légitimes des habitants. Ils sont chargés d'aller à la rencontre des usagers de drogue afin de les informer et de favoriser le lien avec le dispositif sanitaire et social. Trois coordinateurs organisent le travail de rue des "premières lignes" en fonction des problèmes qui leur sont signalés.

Le dispositif fait actuellement l'objet d'une évaluation afin d'apprécier ses effets et de permettre sa généralisation à d'autres sites qui souhaiteraient développer une politique de réduction des nuisances associée au maintien des structures de soins ou de réduction des risques déjà présentes dans leur quartier.

### 9.2.2 Low threshold services

Dans le cadre de la politique de la réduction des risques qui a pour objectif de limiter les risques sanitaires et sociaux les plus importants liés à l'usage de drogues, des alternatives d'accès aux soins se sont développées, notamment depuis la propagation de l'épidémie du Sida et ceci en complémentarité avec les structures déjà existantes. La finalité poursuivie est de contribuer à reconstituer un lien entre une population non insérée et marginalisée et le réseau sanitaire et social pour faciliter la ré-appropriation de l'usager des drogues des filières de soins somatiques en toxicomanies.

Dans ce contexte s'inscrivent les programmes ou dispositifs de « bas seuil » ou de « bas niveau d'exigences », dont l'objectif prioritaire est la limitation de l'usage des drogues par voie intraveineuse et l'accès aux soins. Le principe qui sous-tend ces programmes à bas seuil est que de nombreux usagers de drogues injecteurs ne peuvent pas ou ne souhaitent pas, pour un temps donné, arrêter leur consommation. Il est alors nécessaire de trouver les moyens de les aider à réduire les risques infectieux pour eux-mêmes et les autres. Cela permet d'ailleurs, d'entrer en contact, de les accompagner en tenant compte du moment dans leurs parcours d'usagers de drogue et de leur donner la possibilité de les initier aux soins en toxicomanie.

Ces alternatives de soins contrastent avec les programmes à seuil élevé qui comportent de plus fortes contraintes en terme de doses et d'observance, l'objectif prioritaire étant l'arrêt de la consommation de drogues illicites et de produits licites détournés de leur usage et la sortie de l'addiction à plus ou moins long terme.

Un nombre limité d'alternatives de prise en charge à bas seuil est proposé en France aux usagers de drogues, notamment les **Programmes d'échange de seringues** (PES), les **boutiques**, les **Sleep in** et enfin, des structures mobiles « à bas seuil » comme le **bus méthadone à Paris** depuis 1998 et lancé récemment à Marseille.

Le Public cible de ces services à bas seuil sont :

- D'une part, une population difficile à atteindre, n'ayant peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge, pas plus qu'avec la substitution en ville.
- D'autre part, une population qui ne peut, pour un temps donné, accepter les exigences trop fortes.

### Résultats d'évaluation et des données disponibles

Plusieurs études ont été conduites à l'égard de nouvelles alternatives de prise en charge « à bas seuil d'exigence », notamment les Programmes d'échange de seringues et le bus méthadone.

Concernant « **Bus méthadone-Paris** » mis en place en janvier 1998 par Médecins du monde, ce dispositif expérimental a fait l'objet d'une évaluation externe qui visait à accompagner le programme « bas seuil ». Les résultats sur l'efficacité du dispositif pour atteindre le public visé sont conclusifs ainsi qu'en termes d'accès de soins et d'accès au circuit socio-sanitaire existant. Cependant, une amélioration de l'insertion sociale des usagers n'a pas pu être démontrée.

### 9.2.3 Prevention of infectious diseases

La prévention des maladies infectieuses auprès des toxicomanes passe essentiellement par la distribution et la vente de seringues.

Les évolutions du nombre de seringues distribuées ne peuvent pas s'interpréter comme étant le reflet de l'évolution du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Les messages de prévention incitent les usagers de drogues à faire un usage unique des seringues, ce qui en soi et à population d'usagers constante est un facteur de développement du nombre de seringues écoulées. Un nombre d'usagers par voie intraveineuse en diminution peut très bien s'accompagner d'une augmentation de la distribution des seringues, tout dépend de l'évolution des pratiques des usagers.

Les ventes de seringues aux usagers de drogues en pharmacie peuvent être estimées à 13,8 millions d'unités en 1997.

Sur ce total, 4,6 millions ont été vendues sous formes de Stéribox® , qui, rappelons le, contiennent chacun 2 seringues 1 ml, deux tampons alcoolisés, de l'eau stérile, un préservatif et des messages de prévention.

La firme Becton-Dickinson évalue, sur la base d'une enquête auprès d'un échantillon de pharmacies, à 6,4 millions d'unités le nombre de seringues 1 ml vendues par lot de 30 à des usagers de drogues, et à 921 000 unités les seringues 2 ml vendues par lots de 20. Ces deux derniers types de seringues sont principalement vendus à des non usagers de drogues et la part des ventes que représentent les usagers de drogues ne peut-être qu'estimée.

Il faut également ajouter les seringues 1 ml vendues à l'unité, spécifiquement conçues pour les usagers, au nombre de 122 800 en 1997.

Il faut enfin tenir compte des seringues vendues par les autres firmes, qui représentent environ 20% du marché.

En dehors des ventes en pharmacie, des seringues sont distribuées gratuitement dans le cadre des structures dites "Programmes d'échanges de seringues". Certaines sont conventionnées et financées par la Direction générale de la santé, les autres pouvant être financées de diverses façons. Une enquête sur les Programmes d'échanges de seringues a pu estimer à 1,5 million le nombre de seringues distribuées par ces structures en 1996. Nous ne disposons pas de chiffre pour 1997 mais il est vraisemblable qu'il diffère peu du chiffre de l'année précédente. La distribution des seringues par les Programmes d'échanges de seringues ne représenterait qu'environ 10 à 11% du total des seringues écoulées en direction des usagers de drogues dans l'année.

Le nombre de Stéribox® vendus s'inscrit à moyen terme dans une tendance continue à l'augmentation.

Sur l'ensemble de l'année 1997, il s'est vendu 2,3 millions de Stéribox®. En revanche, le nombre de seringues vendues hors Stéribox® aurait tendance à stagner. Sous l'hypothèse d'une répartition constante des achats de seringues entre usagers de drogues et autres catégories d'acheteurs (personnes atteintes du diabète essentiellement) on peut conclure à une augmentation modérée du nombre de seringues utilisées par les usagers de drogues entre 1996 et 1997.

L'augmentation du nombre de seringues utilisées par les usagers de drogues traduit très certainement une tendance à la diminution du partage des seringues et à une moindre réutilisation de leur seringue par les usagers. Sous cet angle, cette augmentation peut-être vue de façon positive. On observe en revanche que la substitution a peut-être moins diminué le recours à l'injection que l'on pouvait l'espérer. Il est difficile de savoir comment jouent ces deux facteurs dans l'augmentation du nombre de seringues utilisées. Des enquêtes répétées sur l'évolution des pratiques des usagers restent absolument nécessaires pour mieux interpréter les évolutions constatées.

L'impact de la politique d'accessibilité des seringues sur l'épidémie de SIDA est difficile à isoler mais paraît incontestable.

Le nombre des nouveaux cas de SIDA liés à l'usage de drogue ont fortement baissé en 1996 et 1997. Néanmoins, on observe une évolution similaire pour l'ensemble des cas de SIDA, quel que soit le mode de contamination. Cette tendance est liée à l'efficacité des traitements par trithérapies introduits

en 1996. Il paraît plus pertinent pour juger de l'impact de l'accessibilité des seringues d'observer l'évolution du taux de séropositivité des usagers de drogues par voie intraveineuse. La séropositivité des français ne fait pas l'objet d'un suivi statistique comme pour les nouveaux cas de SIDA. Plusieurs enquêtes tendent malgré tout à mettre en évidence le recul de la séroconversion et de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

La meilleure accessibilité des seringues n'a par contre pas permis jusqu'à maintenant de faire reculer significativement le taux de séropositivité au virus de l'hépatite C de ces usagers.

## 9.3 Treatments

### 9.3.1 Treatments and health care at National level

Les institutions prises en compte dans cette section participent à la prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues. On dispose d'informations sur le nombre de structures existantes, il n'est cependant pas possible de savoir à l'heure actuelle quels sont les moyens humains qui contribuent à ce type de prise en charge.

#### Le dispositif sanitaire spécialisé

##### Les différents types de structures du dispositif de soins spécialisés aux usagers de drogues

Ce dispositif comprend les structures financées par la Direction générale de la santé au titre de la lutte contre l'usage de drogues.

Depuis le décret du 29 juin 1992, toutes les structures spécialisées financées par l'État sont désignées par le nom générique de **centres spécialisés de soins pour toxicomanes** (CSST) avec ou sans hébergement. Leur mission est d'assurer conjointement, depuis ce décret, une prise en charge médico-sociale et une prise en charge sociale et éducative.

En 1998, on comptait 256 centres spécialisés de soins pour toxicomanes, dont les deux tiers étaient gérés par le secteur associatif.

On peut faire une distinction entre trois grands types de structures : **les centres de soins en ambulatoire**, au nombre de 190, les centres de soins avec hébergement collectif au nombre de 50 et les centres de soins en milieu pénitentiaire, au nombre de 16 en 1998, ces derniers relevant tous du secteur public. Les deux premiers types de centre peuvent être à gestion associative ou à gestion hospitalière publique.

**Les centres de soins en ambulatoire** assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils peuvent prendre en charge le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. Ils peuvent également proposer un soutien à l'environnement familial et à l'entourage des personnes concernées par l'usage des drogues. Ces centres gèrent 56 permanences d'accueil en ambulatoire. On comptait, fin 1999, 137 centres en ambulatoire assurant une prise en charge par traitement à la méthadone. Les deux tiers des centres de soins en ambulatoire sont gérés par des associations.

**Les centres avec hébergement collectif** peuvent assurer la prise en charge avec hébergement sous deux formes : centres thérapeutiques résidentiels ou centres thérapeutiques communautaires. Les usagers de drogues sont pris en charge sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif. L'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents. Dans leur quasi-totalité, les centres avec hébergement sont gérés par des associations.

**Les centres de soins en milieu pénitentiaire**, ex-«antenne toxicomanie», interviennent exclusivement en milieu carcéral.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire ou avec hébergement peuvent également gérer des appartements thérapeutiques relais, des hébergements de transition ou d'urgence ou des réseaux de famille d'accueil. Les caractéristiques de ces formes de prises en charge sont abordées ci-après. Les centres disposent également de nuitées d'hôtel dont il est difficile de donner le nombre.

Au total, selon les chiffres de la Direction générale de la santé, la capacité du dispositif spécialisé est d'environ **1400 places d'hébergement** en 1998.

On mentionnera enfin l'existence de quatre «unités d'hospitalisation spécifique», centres de traitement situés à l'intérieur de l'hôpital qui effectuent une prise en charge globale des usagers de drogues. Ces unités disposent de lits de sevrage.

### **Les différents types de structures du dispositif de soins spécialisés aux usagers de drogues**

Types de structure	Nombre en 1999
Centres spécialisés de soins en ambulatoire	190
Permanence d'accueil rattachées aux centres	56
Centres spécialisés de soins avec hébergement collectif	50 (679 places)
Centres spécialisés en milieu pénitentiaire	16
Les centres spécialisés gèrent :	
Des appartements thérapeutiques relais	65 (437 places)
Des hébergements de transition ou d'urgence	17 (127 places)

Source : DGS/SD6B

### L'évolution des missions des centres de soins spécialisés en toxicomanie

La Direction générale de la santé a demandé, en novembre 1998, aux centres spécialisés d'intégrer de nouvelles orientations dans le cadre de la révision de leur projet thérapeutique qui doit être revu tous les cinq ans conformément au décret de 1992. Ces orientations ont déjà été mises en œuvre par de nombreux centres. La Direction générale de la santé a souhaité, à cette date, les généraliser.

### **Les nouvelles orientations concernant les centres spécialisés en ambulatoire**

Les centres en ambulatoire sont invités à s'investir tout particulièrement dans les domaines suivants

- la promotion de la réduction des risques et l'accès aux soins ;
- l'amélioration de leur fonction sociale ;
- le renforcement de la prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral.

Les centres spécialisés doivent également s'inscrire résolument dans le mouvement de mise en réseau du traitement sanitaire et social de la toxicomanie. Cette orientation doit mener :

- à tisser des relations de partenariat avec les professionnels sanitaires et sociaux du dispositif de droit commun, en particulier avec les médecins généralistes ;
- à décloisonner le dispositif spécialisé et le secteur psychiatrique pour mieux prendre en compte les comorbidités psychiatriques ;
- à prendre en compte les polytoxicomanies et les nouveaux modes d'usage (consommations associées d'alcool, consommation d'ecstasy).

### **Les nouvelles orientations concernant les centres avec hébergement**

#### - Centres thérapeutiques résidentiels

Le passage par ces centres constituait originellement une étape située en aval du sevrage au cours de laquelle le patient s'engageait à ne plus consommer aucun produit, y compris les médicaments.

Cette approche s'est trouvée modifiée par l'introduction des traitements de substitution. Les centres thérapeutiques ont été incités, fin 1998, à accueillir des personnes suivant un traitement de substitution, à s'assurer la collaboration d'équipe médicale locale pour la prise en charge des patients, et à mieux prendre en compte les besoins sociaux et professionnels des patients.

#### - Centres thérapeutiques communautaires

Ces nouvelles structures doivent répondre aux besoins de certains patients, souvent plus âgés, en proposant une prise en charge basée sur la dynamique de groupe dans l'optique d'une aide à la réinsertion socioprofessionnelle, pour des durées de séjour plus longue qu'en centre thérapeutique résidentiel. Ces centres sont au nombre de trois.

#### - Appartements thérapeutiques

Ce mode d'hébergement vise à permettre aux usagers de drogues de retrouver leur autonomie. Ils doivent être aujourd'hui réservés aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale. Ces structures doivent également contribuer à renforcer les capacités d'hébergement d'urgence et de transition, mode de prise en charge permettant à l'usager de faire une pause, de stabiliser un sevrage ou un traitement de substitution, d'attendre un hébergement stable. Ce type d'hébergement accueille également les usagers de drogues sortant de prison ou bénéficiant d'une mesure d'alternative à l'incarcération.

#### - Familles d'accueil

Le séjour en famille d'accueil répond à des situations diverses et intervient à différents stades du parcours de l'usager.

### **9.3.2 Substitution and maintenance programmes**

La mise en place de traitements de substitution a profondément modifié la prise en charge des usagers de drogues en France. En 1993, la politique de développement de la substitution s'est d'abord appuyée sur la prescription de méthadone dans des centres agréés, les usagers devant satisfaire un certain nombre de conditions : dépendances aux opiacés depuis cinq ans, plusieurs tentatives de sevrage antérieure, venue quotidienne au centre. En 1995, les possibilités de prescriptions ont été élargies :

- Tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes sont désormais autorisés prescrire et à délivrer de la méthadone, sous réserve de disposer de temps médical et infirmier, dans des conditions devenues moins restrictives (sur l'ancienneté de la dépendance à l'héroïne, sur le nombre de tentatives de sevrage antérieure, sur la venue quotidienne). En revanche, les contrôles urinaires sont maintenus et la durée maximale de prescription et de délivrance est limitée à 7 jours. Cette durée a été récemment étendue à 14 jours, avec toutefois un fractionnement maximal de la délivrance limité à 7 jours.
- Les médecins de ville ont la possibilité de prescrire de la méthadone en relais de la prescription initiale par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes.
- Les médecins de ville peuvent également prescrire de la buprénorphine haut dosage (Subutex) sans autres limitations que l'utilisation des ordonnances sécurisées. La prescription et la délivrance de Subutex pouvaient porter à l'origine sur une durée de 28 jours. En septembre 1999, la délivrance maximale a été fractionnée par période de 7 jours avec la possibilité pour le médecin de demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum. Le Subutex peut également être délivré dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Une circulaire du 3 avril 1996 précise les objectifs de la substitution à la buprénorphine. Celle-ci doit favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique. Ce traitement doit aussi permettre une interruption de la consommation d'opiacés, notamment l'héroïne, et augmenter les possibilités d'insertion sociale. Il est enfin précisé que l'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la buprénorphine.

Un dispositif de suivi des traitements de substitution a été mis en place en 1994. La commission consultative des traitements de substitution, présidée par le Directeur général de la santé, est chargée de ce suivi au niveau national. Elle peut-être amenée à donner des avis au ministre chargé de la santé sur les orientations dans ce domaine. Elle est complétée par des comités de suivi départementaux, présidée par le médecin inspecteur de la santé publique, dans lesquels siègent des représentants des administrations, des professionnels, ainsi que des personnes qualifiées pour suivre la mise en œuvre des traitements de substitution au niveau local.

A la suite des mesures adoptées en 1995, le nombre de personnes sous traitement substitution va connaître une progression rapide à partir de 1996, surtout grâce au développement des prescriptions de Subutex, disponible depuis février 1996 dans les pharmacies.

Il est possible d'estimer le nombre de patients sous traitement de substitution à partir des quantités vendues de Subutex® et de méthadone. Sur la base d'une hypothèse de dose moyenne prescrite de Subutex de 8 mg par jour, les ventes mensuelles correspondent à la fin du premier semestre 2000 à environ 69 000 patients-mois. Pour la méthadone, sur la base d'une hypothèse de dose moyenne prescrite de 65 mg par jour, cette estimation est d'environ 4 300 patients-mois suivis en ville à la fin du premier semestre 2000. A ce nombre il faut ajouter celui des patients suivis dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, soit environ 4500. On obtient un total de près de 78000 patients-mois sous traitement de substitution.

Le plan triennal 1999 - 2001 se fixe pour objectif d'étendre la possibilité de prescription initiale de la méthadone aux médecins exerçant en établissement de santé et de faciliter le passage en médecine de ville des patients auxquels les centres de soins spécialisés délivrent de la méthadone. Les prescriptions de Subutex® doivent être mieux encadrées et un accompagnement social plus systématique des patients sous traitement de substitution doit être prévu. Des études doivent être menées pour préciser les indications respectives de la méthadone et du Subutex® et les conditions nécessaires au succès de ces traitements. Il est également envisagé de rechercher des possibilités de diversification des traitements de substitution.

## **9.4 After-care and re-integration**

### **Housing**

En France, les programmes de post-cure et de re-socialisation sont pour la plupart intégrés au dispositif général de soins spécialisés (se référer au chapitre 9.3.1 Part III).

Deux «sleep-in» offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers de drogues dépendants en situation de grande précarité ; lors de leur passage dans ces structures, les usagers peuvent avoir accès à des consultations sanitaires et sociales.

### **Mesure liée aux conventions départementales d'objectif :**

L'hébergement des personnes sous main de justice ou sortant de prison combiné à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adapté est un axe privilégié des conventions départementales d'objectif (se référer au chapitre 12.3 Part IV)

## **9.5 Interventions in the Criminal Justice System**

La circulaire du 17 Juin 1999 « *relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies* » rappelle que, parallèlement à son statut illicite, l'usage de drogues est un également une conduite à risque nécessitant une prise en compte sanitaire et sociale, voire éducative pour les mineurs. En conséquence, ce texte invite les tribunaux à avoir recours plus souvent aux mesures alternatives aux poursuites judiciaires et à l'incarcération. Deux lignes fortes se dégagent de ce texte :



- mieux développer et coordonner les actions encore diffuses promouvant le recours au secteur médico-social des personnes ;
- assurer à tous les stades de la procédure, de l'interpellation jusqu'à l'exécution des peines, un accès aux systèmes de soins sanitaires, grâce à des réponses diversifiées et adaptées : notamment les alternatives aux poursuites, l'incitation aux soins, le contrôle judiciaire socio-éducatif, les alternatives à l'incarcération. Cette approche suggère que l'emprisonnement des usagers simples n'intervienne prioritairement que pour les ceux représentant un danger pour eux ou autrui.

### **Les organes d'orientation médico-sociale liés aux tribunaux et le suivi des obligations de soins prononcées**

Des permanences toxicomanie se développent au sein des tribunaux afin de faciliter le diagnostic de la situation des usagers de drogues et leur orientation. En l'absence de convention, la cellule en charge des injonctions thérapeutiques est chargée de l'orientation médico-sociale des personnes relevant de la justice. Si un tel dispositif existe, une structure volontaire et reconnue par la DDASS peut être désignée comme un lieu référent permanent.

**Le bilan des mesures d'injonctions thérapeutiques établi en 1997 par le ministère de l'Emploi et de la solidarité fait état d'une amélioration continue des relations entre procureurs de la République et DDASS**, avec le développement de modes de concertation établis de façon formelle (convention d'objectifs et protocoles Injonctions thérapeutiques) ou informelle (réunions régulières de concertation).

En 1997, le suivi est assuré dans 37 départements par des médecins généralistes avec qui la DDASS a signé un contrat de vacation, dans 26 départements par une cellule injonction thérapeutique mise en place au sein de la DDASS ou dans un local proche du tribunal et dans 16 départements par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes dans le cadre d'une convention de prestation avec la DDASS.

La durée moyenne d'une mesure d'injonction s'établit à environ 5 mois en 1997 mais peut varier entre un seul rendez vous et un suivi d'une année entière.

### **Les alternatives aux poursuites**

Les DDASS s'assurent de la mise en œuvre des prises en charge préventives prononcées par les tribunaux et de la diversification des modalités de traitement accessibles aux personnes sous-main de justice ayant des consommations à problème.

### **Le classement avec orientation**

Les parquets ont la possibilité de procéder au classement d'une procédure sous la condition que l'usager interpellé ait un entretien d'orientation médico-sociale. A l'inverse de l'injonction thérapeutique, cette disposition s'adresse aux usagers qui ne présentent pas, a priori, une dépendance avérée.

### **Les incitation aux soins**

L'usager poursuivi peut s'engager dans une démarche volontaire de soins ou d'insertion avant sa comparution devant le tribunal correctionnel. Selon ce principe d'incitation aux soins, le justiciable doit pouvoir être orienté de manière appropriée par le dispositif judiciaire. Même s'il n'y a pas de mandat judiciaire prononcé, le tribunal tiendra compte de cette initiative volontaire lors du prononcé de la peine.

### **Les injonctions thérapeutiques**

#### **Les injonctions thérapeutiques prononcées par les magistrats**

**Après avoir connu une forte progression entre 1992 et 1995, le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées a stagné en 1996, et régresse légèrement en 1997.** Cependant, les crédits affectés à l'injonction thérapeutique se sont élevés à 12 millions de francs en 1997, en progression de 4 % par rapport à 1996.

La baisse du nombre d'interpellations des usagers d'héroïne en 1996 et 1997 peut être mise en regard avec la baisse du nombre d'injonctions en 1997, mais n'explique cette évolution à elle seule.

Le développement des obligations de soins (condamnations avec sursis et mise à l'épreuve assortie d'obligations de soins), venant partiellement se substituer à l'injonction thérapeutique, pourrait constituer un autre élément d'explication.

Il est enfin possible que dans le cadre des pratiques actuelles des parquets concernant l'injonction, pratiques d'ailleurs très diversifiées, cette mesure ait atteint ses limites.

**Le prononcé des injonctions thérapeutiques reste encore assez concentré sur le plan géographique malgré une extension importante depuis une quinzaine d'années.** En 1996, les cours d'appel de Paris et de Versailles prononçaient 40 % des injonctions thérapeutiques, contre 92% en 1981. Ce mouvement d'extension marque cependant le pas en 1996 et 1997.

En 1997, 18 départements, situés dans les zones géographiques où la plupart des indicateurs liés à la toxicomanie atteignent des niveaux élevés (frontière nord et nord-est, région parisienne, sud-est), totalisent 76 % des injonctions prononcées. Dans l'ensemble de ces départements, le recours à l'injonction thérapeutique s'accroît plus que proportionnellement lorsque le nombre de condamnations s'élève<sup>19</sup>. On trouve à un extrême le cas de Paris, avec plus de 2 000 injonctions pour environ 4 500 condamnations et à l'autre Bastia, avec 4 injonctions pour un peu moins de 200 condamnations. L'injonction semble être relativement entrée dans les habitudes dans les zones à forte prévalence des drogues alors qu'elle reste peu utilisée dans les zones où l'usage de drogues est plus faible ou moins perçu.

Les injonctions thérapeutiques s'adressent en priorité aux usagers dépendants. Cependant, **les injonctions prononcées pour des usagers d'héroïne ne représentent qu'un peu moins de 36 % des injonctions suivies de 1997.** La mesure d'injonction est utilisée de façon privilégiée pour les usagers de drogues «dures» dans seulement 22 départements sur les 83 où des injonctions sont prononcées. Sur la base de la proportion de 36 % que nous venons de mentionner, nous pouvons rapprocher le nombre d'injonctions pour usage d'héroïne (environ 3000) du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne (environ 9000), ce qui donne une proportion d'un tiers. Certains départements ont dans le passé justifié le faible recours à l'injonction pour des usagers d'héroïne par la fréquence des délits associés à l'usage. On ne dispose pas des informations nécessaires à la vérification rigoureuse de cette explication.

### Les injonctions suivies

**Environ 70 % des personnes faisant l'objet d'une mesure d'injonction en 1997 rentrent effectivement en contact avec le système de soins. Cette proportion est restée stable depuis 1995.** Il existe en fait une autre déperdition, non mesurable à l'heure actuelle, entre la décision d'injonction, souvent prise lors d'un contact téléphonique entre le substitut et l'officier de police judiciaire, et la notification de l'injonction par le magistrat à l'utilisateur lors d'une prise de contact direct. Un certain nombre d'usagers ne se rendent pas à la convocation pour cet entretien. L'enregistrement statistique de l'injonction coïncidant souvent avec la notification de l'injonction, il n'est pas possible de mesurer cette déperdition.

L'utilisateur de drogues qui s'est vu notifié une mesure d'injonction thérapeutique doit, en principe, être vu par les services de la DDASS qui l'orientent vers une structure de soins. On constate de nouveau une certaine déperdition, tant au niveau de la prise de contact avec la DDASS qu'au niveau du contact avec le système sanitaire, qui cette fois peut être mesurée (30%). On ne possède en revanche pas de chiffres sur le nombre d'injonctions menées jusqu'à leur terme.

#### **Les injonctions thérapeutiques prononcées et suivies :**

	1993	1994	1995	1996	1997
Nb d'injonctions prononcées (1)	6149	7678	8630	8812	8052
Nb de personnes orientées vers les DDASS	4591	6500	7220	7294	6628
Nb d'injonctions suivies (2)	4064	5760	6072	6331	5723

Sources : (1) : Cadres du parquet (2) : DGS

<sup>19</sup> Rabord (M.), *L'injonction thérapeutique*, Echanges santé social, N°81, mars 1996.

**D'après le bilan<sup>20</sup> de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 relative à l'injonction thérapeutique, l'utilisation de cette mesure pour les mineurs était faible en 1995 et ne s'est pas développée en 1996.**

**L'application de l'injonction thérapeutique à des usagers de cannabis non dépendants semble se généraliser et tend de plus en plus à être utilisée à des fins préventives.** En 1997, environ 60 % des injonctions suivies (c'est-à-dire ayant donné lieu à un contact avec le système de soins) concernaient des usagers de cannabis.

Le bilan de l'application de la circulaire de 1995 relative à l'injonction thérapeutique fait apparaître deux conceptions conduisant à l'application de cette mesure aux usagers de cannabis. Certains parquets cherchent à distinguer les usagers de cannabis selon leur état de dépendance, réservant l'injonction aux plus dépendants. D'autres parquets utilisent l'injonction thérapeutique pour les usagers de cannabis avec un objectif d'information, de prévention et de suivi sociosanitaire. Rapportées au nombre d'usagers de cannabis interpellés, les injonctions prononcées pour des usagers de cannabis représentent une proportion très faible des usagers interpellés de ce produit.

La circulaire du 17.06.99 définit mieux le recours au secteur sanitaire en ce qui concerne les injonctions thérapeutiques et l'étend à d'autres catégories d'usagers dans le cadre d'un classement avec orientation ou d'une incitation aux soins.

### **Les alternatives à l'incarcération**

Ces mesures s'appliquent à des sujets reconnus coupables des infractions retenues contre eux, leur suivi relève du Service pénitentiaire d'insertion et de probation ou SPIP. Le SPIP identifie au niveau local, et sous le contrôle du Juge d'application des peines (JAP), les structures sociales, médicales ou autres, qui permettront l'application des obligations prononcées.

### **condamnations avec sursis et mise à l'épreuve assortie d'obligations de soins**

Les parquets peuvent prononcer à l'égard de l'utilisateur poursuivi une peine avec sursis et mise à l'épreuve qui contraint le justiciable à se soumettre à une obligation de soins, sous le contrôle du Juge d'application des peines (JAP). La sentence est inscrite au casier judiciaire du condamné.

Le Juge d'application des peines peut également décider d'un ajournement de peine avec mise à l'épreuve. La décision sentencielle est alors suspendue pour une période définie de mise à l'épreuve pendant laquelle le justiciable est enjoint à entreprendre une prise en charge sanitaire. A échéance, la sentence prononcée tient compte de la compliance de la personne sous main de justice.

### **Les travaux d'intérêt général ou TIG**

Sur proposition du Juge d'application des peines, l'utilisateur poursuivi peut se porter volontaire pour réaliser des Travaux d'intérêt général (TIG). Il s'agit de tâches non rémunérées, effectuées pour une collectivité, représentant de 40 à 240 heures.

### **Les conventions départementales d'objectifs (CDO)**

Les conventions d'objectifs départementales pour la prise en charge des usagers de produits psychoactifs placés sous main de justice ont été créées en 1993 sur décision des ministères chargés de la justice, de la santé, des affaires sociales, de l'intérieur, de la défense, de la ville et de la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. La structure de ces conventions est définie par la note d'orientation de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie datée du 12 février 1999 et la note de la chancellerie du 22 avril 1999 qui l'a accompagnée,

---

<sup>20</sup> Sagant (V.), *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique*, synthèse et analyse des rapports des parquets, Ministère de la Justice, non publié.

L'objectif de ce programme est d'organiser les diverses dispositions définies ci-dessus afin de mieux répondre aux besoins des consommateurs de drogues placés sous main de justice à tous les stades du processus pénal. Il s'agit ainsi d'assurer l'orientation sanitaire et sociale des usagers interpellés, de permettre la mise en place concrète d'alternatives éducatives, sanitaires et/ou thérapeutiques aux poursuites pénales. Des réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs de produits doivent également être développées dans ce cadre. Par ailleurs, en cas de condamnation, les sanctions alternatives aux poursuites spécifiquement adaptées à ce type de public sont mises en oeuvre. Enfin, dans le cas d'une condamnation à l'emprisonnement, le programme permet la continuité des soins, le développement des mesures d'aménagement de peine, de préparation à la sortie et de suivi à la libération, qui combinent la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement social.

Le bénéfice de ces actions n'est pas limité aux personnes poursuivies pour un délit lié à la législation sur les stupéfiants mais concerne tous les justiciables rencontrant un problème d'abus ou de dépendance, quelle que soit l'infraction en cause.

Dans ce cadre, dans chaque département, les services du ministère de la justice, sous l'égide des procureurs de la République, des autorités sanitaires et sociales et des préfets de départements, élaborent un programme local incluant des objectifs de travail. Pour son exécution, il est fait appel à un partenariat varié (professionnels de santé, centres de soins spécialisés, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, structures d'éducation à la santé, associations spécialisées dans la prise en charge des publics relevant de la justice...).

Ce partenariat est financé grâce à des crédits interministériels déconcentrés aux départements. Le fonds social européen (FSE) contribue au financement de ces actions, dans la mesure où celles-ci incluent une dimension de retour à l'emploi.

Jusqu'en 1998, le programme demeurait limité aux 30 départements de la géographie prioritaire de la ville ; en 1999, en application du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement le 16 juin 1999, il a été ouvert à l'ensemble des départements français. Il a également été étendu aux justiciables rencontrant un problème lié à leur consommation d'alcool.

Depuis lors, les conventions d'objectifs connaissent une montée en charge régulière et touchent un public de plus en plus nombreux.

Qualitativement, on note que les actions en direction des mineurs et des jeunes majeurs ainsi que les dispositifs permettant l'instauration d'une permanence d'orientation sanitaire et sociale au sein des tribunaux se développent ; enfin, les actions permettant de traiter les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool se généralisent.

### **Montée en charge du programme**

année	Nb de départements	Crédits alloués	Nombre de justiciables pris en charge (estimation)
	Financés sur 47/19-30	(Hors FSE)	
1998	30	16,2 MF	6 500
1999	46	32,2 MF	17 500
2000	79	46,6MF	Donnée non disponible

Source : MILDT

### **Les dispositifs de réinsertion de type "Unité Pour Sortants"**

La préparation à la réinsertion à la sortie des détenus usagers de drogues constituait également l'un des points du programme gouvernemental de 1990. À la suite de cette recommandation plusieurs projets pilotes ont été mis en place, le premier en mars 1992, à la maison d'arrêt de Fresnes, sous le nom de quartier intermédiaire sortant (QIS). Il s'agit, dans la pratique, d'un stage de préparation suivi par les candidats pendant la période critique des quatre dernières semaines de leur incarcération.

Les stages concernent annuellement de 100 à 200 personnes par an, cette variation s'expliquant par les variations du nombre de participants et des fréquences des stages : pour les 7 sites, environ 4-5 stages sont organisés par an, à raison de 4-6 prisonniers par stage.

Ils ont pour objectif de développer chez eux un regain de bien-être et d'estime de soi, comme un tremplin pour leur (re)insertion dans le tissu social. Cela doit passer par un ré-apprentissage des compétences pour gérer sa vie au quotidien, mais également de références sur la santé et la vie en société, afin que les prisonniers abordent la vie "à l'extérieur" dans de meilleures conditions. Les actions aux caractéristiques des prisonniers concernant leurs problèmes de toxicomanie et de délinquance.

Le programme gouvernemental de 1995 prévoyant le développement de ce dispositif de préparation à la sortie de prison. Des «unités pour sortants» (UPS) pour les usagers de drogues ont été créées sur le même principe dans sept autres sites pilotes en 1996 : Centre de détention de Loos, (Lille), Maison d'arrêt de Lyon, Maison d'arrêt de Marseille, Maison d'arrêt de Nice, Centre pénitentiaire de Fresnes (Paris), Maison d'arrêt de Strasbourg, Centre pénitentiaire de Metz.

Une évaluation sur les UPS est en cours depuis avril 1999 et prendra fin en 2001. Elle vise à caractériser les stagiaires UPS sur le plan socio-démographique et par rapport à leurs consommations de produits, à décrire le travail des UPS et les relations qui s'établissent avec les autres équipes professionnelles dans le cadre de ces programmes, à estimer l'impact des stages UPS sur la récidive et la mortalité après libération, seuls indicateurs. Les résultats préliminaires de l'étude montrent que les projets de sorties des stagiaires concernent majoritairement la recherche d'un travail, puis les relations avec la famille, la recherche d'un logement, l'amélioration de l'état de santé, l'obtention d'un traitement de substitution.

Les différentes démarches que les détenus entreprennent pour préparer leur sortie suivent ces priorités puisqu'elles concernent :

- des démarches administratives (carte d'identité, carte de séjour, permis de conduire, carte de sécurité sociale, allocations, RMI, etc),
- des démarches pour trouver un travail ou un stage,
- des démarches pour trouver un logement.

#### **Autres dispositifs locaux de coordination des réponses judiciaires, sanitaires et sociales**

Pour apporter des réponses à la toxicomanie au plus près des besoins des usagers, les autorités judiciaires doivent travailler en étroite collaboration avec les autres acteurs et réseaux, institutionnels ou associatifs, concernés par le sujet. Cette démarche implique notamment la forte participation des services de Justice au sein des instances interpartenariales locales traitant de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Elle s'appuie au préalable une concertation interne entre les magistrats et les représentants de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse, spécialement au sein des cellules Justice-Ville.

Outre les conventions départementales d'objectif, les représentants de la Justice participent aux **comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie**. Ces instances sont des lieux de coordination pour lesquels les conseils départementaux de prévention de la délinquance constituent des organes consultatifs (circulaire du Premier ministre du 09/07/96 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental).

Les **contrats locaux de sécurité** établissent un état des lieux des dispositifs locaux de prévention, de répression et de soins. Ils doivent permettre un décloisonnement entre ces dispositifs en posant les principes d'une meilleure communication entre eux et en définissant en concertation avec les élus locaux des projets particuliers comme la création de postes de travail d'intérêt général adaptés.

## **9.6 Specific targets and settings**

« NO INFORMATION AVAILABLE »

## **10. QUALITY ASSURANCE**

La démarche qualité constitue une des « nouveautés » du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de la MILDT sur la période 1999-2001. En effet, les nouvelles orientations du Plan privilégient une approche « qualité » dont sa principale particularité est son caractère transversal. Autrement dit, à l'égard des interventions sectorielles de réduction de la demande (soit dans le domaine de la prévention/formation, des soins ou des actions à vocation répressive), le Plan définit une action transversale qui se concrétise sous les formes décrites ci-après :

- Promotion d'une démarche d'évaluation des politiques publiques afin de contribuer à son développement durable au niveau institutionnel ;
- Structuration et développement de la recherche afin de mieux assurer la rétroaction entre les milieux scientifique et décisionnel (le pouvoir public.)
- Promotion d'une formation permettant aux professionnels d'améliorer leurs connaissances et d'adapter au mieux leurs réponses.

### **10.1 Quality assurance procedures**

Pour inscrire la politique française de lutte contre les drogues dans une démarche qualité, il est indispensable de se doter de moyens pour rendre compte aux citoyens non seulement des résultats des actions conduites qui sont financées avec des fonds publics, mais aussi de la pertinence des objectifs définis pour résoudre au mieux une problématique diagnostiquée ou de répondre aux besoins non couverts d'une population démunie.

#### **Une approche pluraliste dans la conception, mise en œuvre et évaluation des résultats de la politique**

En effet, le plan et le dispositif institutionnel sur lequel s'appuie celui-ci, traduisent cette volonté politique des décideurs d'inscrire le processus de programmation, de mise en œuvre et d'évaluation de la stratégie nationale dans le cadre d'une approche pluraliste. Il est évident que la prise en compte des différents points de vue des acteurs concernés et les débats qui sont susceptibles d'en résulter, favorisent la prise de décisions et la réalisation des actions dans la transparence et la crédibilité, en résumé dans une démarche qualité.

#### **Une communication qui légitime l'action publique**

Il est nécessaire également d'assurer une politique de communication et d'information qui fonde et légitime cette action publique. A cet égard, le plan définit des orientations cherchant à mettre à disposition de l'ensemble de la population des informations validées, pour améliorer sa capacité à formuler des réponses adaptées. Ces informations devront porter sur les comportements, les produits ainsi que sur les politiques conduites. Elles contribueront aussi à rappeler le cadre de la loi. Ces objectifs sont présentés ci-après :

- Conduire une politique volontariste de communication et d'information, l'inscrire dans la durée ;
- Engager des actions plus ciblées à destination des jeunes, des professionnels, des élus, des relais d'opinion, mais aussi adaptées à la spécificité des départements d'outre-mer ;
- Ouvrir un site Internet, où seront disponibles les données et les connaissances relatives aux drogues et aux dépendances. Il sera accessible aussi bien au grand public, qu'aux professionnels et aux scientifiques ;

- Créer un réseau national de centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances ;
- Réorganiser Drogues Info Service (sa dénomination sera modifiée) pour répondre aux appels concernant l'ensemble des produits psychoactifs. Il sera accessible depuis les DOM. Il gèrera aussi un service de courrier électronique.

La MILDT accorde une attention très particulière à la démarche qualité dans laquelle doit s'inscrire sa politique. Or, cette démarche ne peut être assurée que lorsque des instruments adéquats ont été mis au point ou que des dispositifs pertinents ont été mis à la disposition des décideurs et professionnels. En effet, une des réalisations de la MILDT a été de se doter des dispositifs adaptés permettant de répondre au mieux à ses besoins d'expertise scientifique et d'apporter une aide à la décision politique *in fine*.

Dans ce cadre, le dispositif politique - la MILDT - a mis sur pied un comité scientifique permanent rattaché directement à sa structure. Ce comité d'experts et d'institutionnels participe de près à la sélection des projets candidats dans le cadre des appels d'offres organisés par la Mission interministérielle. Aussi, elle a recours à des groupes de travail ou à des commissions consultatives lorsqu'elle souhaite lancer une réflexion particulière, approfondir un thème important ou valider une démarche. En guise d'exemple, on citera la commission de validation des outils de prévention composée à la fois de représentants institutionnels provenant des différents ministères concernés et d'experts reconnus dans le domaine de la prévention.

Afin, la MILDT appuie son action sur l'expertise grâce au collège scientifique de l'OFDT. Ce collège est composé de représentants des principaux organismes producteurs de données ainsi que de personnalités nommées à titre personnel. Ces personnalités ont des compétences reconnues dans les domaines entrant dans l'objet du groupement. Le collège scientifique est consulté sur les projets s'inscrivant dans le programme de travail de l'OFDT, il formule des avis sur ces projets, leur déroulement et leurs résultats.

En ce qui concerne les principes à respecter dans le cadre d'une démarche qualité, 5 critères principaux ont été retenus dans la réalisation des études et des rapports. Ils servent à éclairer la prise de décisions des pouvoirs publics et sont établis d'après les critères du Conseil Scientifique de l'Evaluation :

- L'utilité et la pertinence des informations produites ;
- La fiabilité des informations collectées afin d'éviter les biais dans les conclusions et les enseignements à tirer ;
- L'objectivité à l'égard des préférences personnelles ou de la position institutionnelle des maîtres d'oeuvre ;
- La possibilité de généralisation à partir des conclusions ;
- La transparence du processus permettra d'en préciser les conditions de réalisation, les positionnements par rapport à des travaux similaires et les limites actuelles.

## **10.2 Evaluation (Treatment and prevention evaluation)**

L'évaluation des politiques publiques est une des priorités définies dans les orientations du Plan interministériel. A cet égard, deux interventions ont été retenues :

- D'une part, la mise en place d'un cadre global d'évaluation portant sur les actions du plan ;
- D'autre part, le développement d'un pôle d'expertise.

Pour ce faire, la MILDT a mandaté l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies afin de contribuer activement à la réalisation de ces deux tâches.

### **Mise en place d'un cadre global d'évaluation**

Par souci de rigueur méthodologique, des efforts importants ont été consacrés à la préparation de l'évaluation du plan. Dans un premier temps, la MILDT a préparé un mandat d'évaluation qui a été confié à l'OFDT et validé en comité interministériel (par les 17 départements ministériels concernés).

Ce mandat a servi à préciser :

- Les finalités et les apports attendus de l'évaluation (autrement dit, l'utilisation attendue des résultats de l'évaluation du plan par les pouvoirs publics).
- Le champ de l'évaluation qui porte sur la conception, la mise en œuvre et les premiers résultats du plan.
- Les critères d'évaluation retenus par les commanditaires, à savoir la pertinence (adéquation entre les besoins non couverts et les objectifs affichés), la cohérence (complémentarité) et l'effectivité (efficacité de la mise en œuvre.) Dans la mesure du possible, l'efficacité (atteinte des objectifs par rapport aux résultats obtenus) sera également appréciée.

Dans un second temps, un référentiel d'évaluation a été élaboré par l'OFDT et validé en Comité interministériel. Son élaboration s'est inscrite dans le cadre d'une démarche participative avec les responsables de la rédaction du plan. Cet outil de structuration a permis de dégager les objectifs spécifiques évaluable, c'est à dire réalistes, mesurables et limités dans le temps. Au regard de ces objectifs spécifiques, la liste des actions, des dispositifs ou des programmes couverts par le champ de l'évaluation ont été mis à plat en identifiant ce qui relève de l'innovation (dispositifs nouveaux) de la poursuite ou de l'adaptation de dispositifs anciens.

Le référentiel a notamment servi à définir les axes d'évaluation les plus importants parmi lesquels deux priorités à caractère sectoriel (la formation et les dispositifs alternatifs de soins) et deux opérationnelles (les Conventions départementales d'objectifs et les Programmes départementaux de prévention.). Dans le cadre de ce plan de travail, des évaluations de dispositifs particuliers pourront être aussi intégrées.

L'évaluation sera confiée à une équipe sélectionnée sur la base d'un appel à projet. La commande, le pilotage de l'équipe ainsi que la diffusion/valorisation des résultats sont du ressort des chargés rattachés au dispositif d'évaluation de l'OFDT. Outre des rapports d'étape annuels, le rapport final est attendu 3 ans après le démarrage des projets.

### **Développement d'un pôle d'expertise**

Ce développement se fera autour des trois axes suivants :

- Surveiller (au sens épidémiologique) les évaluations réalisées, en cours ou en projet, ce qui permettra de les intégrer dans le système d'information européen EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction) piloté par l'OEDT.
- Développer des protocoles méthodologiques (guide d'évaluation) que puissent s'approprier l'ensemble des acteurs.
- Formuler des avis sur des projets d'évaluation.

Des ressources financières et humaines complémentaires ont été déployées pour mener à bien les missions en matière d'évaluation citées ci-dessus. Le budget prévisionnel de 1999 à 2000 est passé d'un million à 2 millions de francs français. En ce qui concerne les postes permanents, le personnel affecté à l'évaluation à temps plein a été renforcé passant d'une à trois personnes.

De plus, l'évaluation mobilise une commission scientifique composée de quatre experts (chercheurs, universitaires et praticiens).

Son rôle consiste à :

- Orienter le travail effectué sur le dispositif global d'évaluation des politiques publiques et valider ses différentes étapes (mandat d'évaluation, rapports d'étapes, rapport final).
- Valider le rapport final des études évaluatives (réponse à une question d'évaluation, évaluation de dispositif particulier etc...).
- Expertiser les projets d'évaluation soumis à l'avis de l'OFDT.



L'évaluation devra permettre d'améliorer le déroulement du Plan Triennal actuel mais elle fournira également des informations relatives à la préparation du prochain plan. La démarche évaluative sera notamment guidée par les finalités suivantes :

- Connaître les effets de la mise en œuvre du Plan Triennal afin de corriger et de réorienter les programmes ;
- Contribuer à l'objectif final de diminution des problèmes liés à la drogue et des comportements d'addiction aux produits psychoactifs ;
- Eclairer la décision publique en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ;
- Alimenter le débat public en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ;
- Préparer le prochain Plan Triennal.

### 10.3 Research

#### Objectifs

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999 à 2001) fait de la progression et de la diffusion des connaissances disponibles dans ces domaines un objectif prioritaire. Un des objectifs forts, au-delà du soutien apporté à des recherches thématiques, est de contribuer à la structuration et à la mise en réseau de différentes équipes travaillant dans le champ des substances psychoactives.

#### Structure et organisation

A l'heure actuelle, la programmation, la structuration et le financement de la recherche est assurée par la MILDT. Néanmoins, les orientations du Plan définissent des nouvelles dispositions à cet égard. En effet, pour être en mesure d'anticiper les évolutions et de poser les questions de recherche avec une indépendance suffisante, il est nécessaire de réfléchir à la création d'une structure clairement distincte de l'outil de pilotage politique, donc de la MILDT. Pour ce faire, il est prévu à terme que le Conseil d'administration du Groupement d'Intérêt Public OFDT et son Collège scientifique modifient leurs statuts et leurs missions dans un objectif double bien précis :

- Rassembler en un lieu unique des actions aujourd'hui dispersées ;
- Devenir une structure unique d'observation, de recherche et d'évaluation sur les drogues et les dépendances, autrement dit un lieu d'observation suffisamment pérenne pour conduire des programmes de recherche inscrits dans la durée.

Actuellement le processus est lancé. Un groupe de travail piloté par la MILDT, associant des membres de l'OFDT et différents experts reconnus dans le domaine, a été mis en place afin de mener une réflexion sur la question. Les premières recommandations, à l'égard des nouvelles missions à allouer à cette structure unique de recherche, sont attendues pour septembre 2001.

Un grand nombre de chercheurs indépendants et d'organismes participent à la recherche sur le phénomène des substances psychoactives et des dépendances en France. Les principaux organismes publics sont :

- l'Agence nationale des recherches sur le sida (ANRS),
- la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins en soutenant le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC),
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM),
- l'Institut de veille sanitaire (InVS),
- l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'**ANRS** a pour mission de stimuler, coordonner, évaluer et financer la recherche sur l'infection à VIH, ainsi que, depuis le 1er janvier 1999, les recherches clinique et thérapeutique dans le domaine de

l'hépatite C. Sa particularité est de prendre en compte toutes les disciplines scientifiques. Les différents secteurs de recherche coordonnés par ANRS recouvrent l'ensemble des préoccupations actuelles - recherche biologique (virologie, biologie moléculaire, immunologie et biologie cellulaire), recherche vaccinale, recherche clinique à travers et en dehors des essais thérapeutiques, recherche épidémiologique, et recherches en sciences de l'homme et de la société.

Le **PHRC** a été créé en 1993 pour promouvoir la recherche médicale afin de contribuer au progrès de la santé publique. Il cherche à inciter les équipes hospitalo-universitaires à inscrire leurs activités de soins dans une perspective de recherche. En dotant ces équipes de moyens financiers propres, l'objectif était de leur permettre de nouer les relations indispensables avec les partenaires de la recherche en amont, qu'il s'agisse des équipes industrielles ou académiques sous la tutelle financière du Ministère de l'Education nationale et de la Recherche, notamment certains laboratoires universitaires et ceux des établissements publics à vocation scientifique et technologique (EPST) : CNRS et surtout INSERM qui à travers plus de 300 unités est largement implanté dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Lorsqu'il finance ou participe à la mise en place de structures tels que les centres d'investigation clinique (CIC), le PHRC soutient éventuellement ces projets sur quatre ans. Les établissements doivent alors s'engager à pérenniser ces structures à plus long terme, sur leurs propres ressources budgétaires. Le PHRC permet ainsi de lancer une dynamique de structuration qui doit à terme être relayée par les acteurs locaux. Le PHRC **2000** a pour la première fois prévu au plan national une enveloppe de financement permettant de mieux structurer les DRC, en permettant le recrutement de techniciens de recherche clinique et en favorisant - en partenariat avec l'INSERM - la mise en place de nouveaux Centres d'Investigations cliniques.

**L'INSERM** a pour mission d'éclairer les pouvoirs publics et les partenaires qui le sollicitent sur les connaissances scientifiques existantes, notamment dans des champs de recherche en évolution permanente. En outre, il a pour rôle d'apporter une aide à la décision dans le domaine de la politique publique de santé et dans le champ d'intervention des industriels du médicament.

L'INSERM a pris l'initiative de conduire une expertise collective sur l'ecstasy. Un groupe pluridisciplinaire, ad hoc constitué de chercheurs et de cliniciens dans les domaines de la toxicologie, de la pharmacologie, de la neurologie, de la psychiatrie, de l'épidémiologie et de la sociologie a été mis en place en 1997.

Les conclusions de cette expertise ont été rendues publiques, en juin 1998, sous forme d'un rapport dont la première partie est une analyse de données scientifiques internationales, biologiques et cliniques de l'ecstasy (MDMA), et dont la seconde partie est consacrée, essentiellement, à l'analyse du contexte français de consommation de cette substance.

**L'Institut de Veille Sanitaire (InVS)** est un établissement public de l'Etat qui a été créé afin de renforcer le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France. L'Institut de Veille Sanitaire - qui succède au Réseau National de Santé Publique - est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé. La mission générale de l'InVS est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose plus spécifiquement sur des activités de surveillance épidémiologique, d'évaluation de risques, et d'observation de la santé.

Dans ce contexte, la MILDT qui a pour mission d'assurer la programmation, la structuration et le financement de la recherche coordonne au mieux, les actions de ces différents organismes et les chercheurs indépendants et/ou leur partenariat. Notamment, Cette tâche s'est notamment traduit par un appel d'offres soutenant des projets sont soumis par les laboratoires des organismes de recherche et des chercheurs indépendants.

### **Des recherches lancées dans le cadre des appels d'offres**

La **MILDT** a lancé en 2000 un appel d'offres visant à promouvoir des travaux scientifiques sur l'usage et/ou la dépendance aux substances psychoactives illicites et licites, incluant l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes ainsi que les produits psychoactifs dans un usage visant à améliorer les performances des individus (psychotropes, produits de synthèse, produits dopants).

L'appel d'offres s'est adressé à toutes les disciplines scientifiques susceptibles d'apporter un éclairage sur ces questions particulièrement complexes. Les projets proposant une approche inter ou multi-disciplinaire des thèmes traités ont été particulièrement encouragés, notamment lorsqu'ils ont associé plusieurs équipes et concrétisé ainsi une dynamique de travail en réseau.

Les contrats de recherche sont financés pour une durée de 2 ans maximum. L'enveloppe financière de cet appel d'offres a été fixé à 5 millions de francs. Le nombre de projets à financer a été estimé entre 15 et 20 projets. Les « gros projets » peuvent bénéficier a priori d'un soutien (enquêtes épidémiologiques longitudinales, essais cliniques,...) à la condition expresse que ceux-ci soient assurés de co-financements.

Par ailleurs, il est envisagé d'attribuer à quelques projets des allocations doctorales pour des étudiants-doctorants dont le sujet de thèse coïnciderait avec la réalisation dudit projet. Aussi, le **Groupe Pompidou** (Conseil de l'Europe) met à disposition des Bourses européennes d'étude et de recherche sur l'abus de drogues. Les bourses relatives à la toxicomanie sont destinées essentiellement à permettre aux spécialistes en la matière :

- De se mettre au courant des diverses techniques pratiquées dans les autres pays en ce qui concerne les objectifs, l'organisation, les structures ou des aspects particuliers des programmes de lutte contre l'abus des stupéfiants ;
- De participer à des études et recherches d'intérêts commun dont le sujet est décidé chaque année par les Correspondants Permanents du Groupe.

D'autres organismes participent également à la promotion de la recherche apportant leur soutien financier aux projets et bourses de recherche dans le cadre des appels d'offre, notamment l'ANRS. Depuis l'an 2000, l'ANRS lance deux appels d'offres annuels, leur champ d'intervention recouvrant l'ensemble des recherches sur le VIH/sida, les recherches sur d'autres rétrovirus pertinentes à la compréhension de la physiopathologie de l'infection par le VIH et, dans le domaine de l'hépatite C, la recherche clinique, la recherche en santé publique et les essais thérapeutiques.

Les financements sont aujourd'hui dispersés entre les différents départements ministériels mobilisés sur la question des drogues et des dépendances ; donc encore difficiles à identifier.

Néanmoins est disponible le budget de recherche de la MILDT : 5 MF pour l'année 2000.

Des actions de formation continue sont organisées au sein des organismes de recherche cités ci-dessus (INSERM, InVS, etc.) sous forme diverse. Par exemple, des formations collectives organisés par l'Administration dans le cadre du plan formation, des stages organisés par des organismes de formation publics ou privés, des séminaires d'animation de la recherche ou des ateliers de formation actualité. L'objectif est de maintenir ou parfaire la qualification professionnelle des chercheurs travaillant dans ces organismes publics. Notamment, le but est de contribuer à la formation des professionnels de santé aux techniques de recherche thématiques et interdisciplinaires.

#### 10.4 Training for professionals

En matière de drogues et de prévention des dépendances, les acteurs peuvent être décideurs institutionnels : chefs de projets départementaux extérieurs de l'Etat, collectivités territoriales... Ils peuvent être également issus du secteur associatif, éducatif, social ou spécialisé dans l'accueil des usagers "à problèmes" de drogues, d'alcool ou de tabac.

Pour contribuer à créer, à partir de savoir validés, une culture commune à tous ces acteurs, professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression, la Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, dans le cadre des objectifs fixés par le plan triennal vise à promouvoir des actions de formation afin de :

- Donner les informations essentielles sur les comportements des usagers, sur les produits et sur les politiques publiques, notamment la politique de réduction des risques.

**Former les policiers, gendarmes, personnels pénitentiaires et douaniers, susceptibles de côtoyer les usagers de drogues.**

- Pendant trois ans, 6 000 surveillants seront formés en formation initiale et continue dans le cadre de l'école nationale d'administration pénitentiaire.
- Pendant la même période, 16 500 élèves gardiens de la paix et 14 000 adjoints de sécurité seront formés en formation initiale. 15 000 gardiens de la paix, et prioritairement ceux chargés de l'ilotage, bénéficieront d'une formation continue.
- La gendarmerie adoptera une démarche similaire.
- L'école nationale des brigades des douanes intégrera ce module de formation.

**Assurer une formation commune à tous les acteurs de prévention.**

- Apporter des éléments de connaissance sur les comportements d'usage, d'usage nocif et de dépendance, sur les facteurs de protection et de vulnérabilité, sur les modes et contextes de consommation, sur les produits et leurs effets, sur l'interdit et la loi, sur les relations entre réduction de l'offre et de la demande ainsi que sur la réduction des risques.
- Mettre ce module de formation à disposition de toutes les écoles et ministères concernés, dès l'an 2000.
- Mener une expérience dans quatre régions pour 200 stagiaires d'origines professionnelles différentes.
- Développer des formations interministérielles régionales ou départementales.
- Etendre progressivement ces dispositifs après évaluation.

**Permettre aux personnels spécialisés d'acquérir les compétences qui leur manquent.**

- Former les professionnels à poser les bonnes questions au bon moment, de manière à ce que les jeunes ne se trouvent pas isolés, face à des problèmes insurmontables. Un module spécifique sera destiné aux professionnels de l'éducation, de l'animation et de l'insertion confrontés aux problèmes des jeunes consommateurs.
- Former 600 éducateurs et membres des personnels éducatifs pendant trois ans en formation initiale, et 750 personnes en formation continue.
- Former des éducateurs sportifs afin de les sensibiliser aux risques liés à l'utilisation de produits dopants et autres substances psychoactives.

**Assurer des formations plus ciblées pour les services répressifs.**

Les services de police, de gendarmerie et des douanes, les magistrats chargés de la lutte contre le trafic, doivent acquérir de nouvelles techniques d'enquête pour s'adapter aux nouvelles formes de délinquance.

**Améliorer la formation initiale et continue des médecins et des pharmaciens.**

La formation initiale et continue des médecins est peu développée dans le domaine des drogues illicites mais aussi en matière de tabacologie et d'alcoologie.

- Organiser une meilleure formation des médecins et des pharmaciens notamment à l'aide d'outils comme les CD-ROM et Internet.
- Créer un " diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie " (DESC) afin de permettre aux compétences acquises en toxicomanie et en alcoologie d'avoir une reconnaissance universitaire (diplôme, prévu pour la rentrée universitaire 2000, ouvert aux internes engagés dans un D.E.S.).

**11. CONCLUSIONS: FUTURE TRENDS**

## **PART 4 KEY ISSUES**

---

### ***12. DRUG STRATEGIES IN EUROPEAN UNION MEMBER STATES***

#### **12.1 Application of national strategy and policies**

La politique publique nationale déclinée dans le Plan triennal définit les instruments qui permettent de mettre en oeuvre les orientations en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

La mise en oeuvre se traduit par des programmations transversales (prévention, réduction des risques, formation des professionnels et prise en charge des publics placés sous main de justice). Les actions expérimentales reçoivent des financements spécifiques de la MILDT dans la mesure où elles font partie des mesures nouvelles. Lorsqu'elles ne relèvent plus du stade expérimental, elles sont intégrées aux dépenses des ministères et entrent dans le "droit commun".

Les instruments et actions de la politique publique nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie considérés comme particulièrement déterminants font partie des programmes opérationnels prioritaires et identifiés comme tels dans le référentiel d'évaluation du plan triennal.

Ce référentiel explicite les priorités de la politique publique en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances . Il comporte 8 objectifs globaux et stratégiques qui sont :

#### **Développer et organiser les connaissances pour éclairer les politiques publiques de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.**

La réalisation de cette objectif passe par la création d'une structure unique d'observation, d'évaluation et d'animation de la recherche. Il s'agit notamment d'observer l'évolution récente des consommations (TREND), de développer une démarche globale d'évaluation et de structurer la recherche dans toutes ces composantes.

#### **Créer et promouvoir une culture de référence commune sur les produits psychoactifs**

Les principaux instruments de réalisation de cet objectif correspondent à :

- la campagne nationale de communication autour du Livret grand public,

- Les campagnes de communication

*La stratégie de communication, destinée à accompagner le plan triennal, s'inscrit sur une durée de trois ans. Elle repose sur les objectifs suivants :*

*diffuser une information tout public ou ciblée, complète, validée scientifiquement et accompagnée de messages cohérents et compatibles entre eux ;*

*agir sur les représentations sociales pour combattre l'idée d'impuissance et de fatalité ;*

*agir sur les motivations à consommer tout en développant les compétences des personnes à résister.*

*Cette mise à niveau des connaissances doit aider le grand public, et plus particulièrement les jeunes, les parents et les adultes référents, à adopter des attitudes responsables face aux différents comportements d'usage et d'usage nocif.*

*L'information diffusée portera plus particulièrement sur les produits et leurs effets, les modes et contextes de consommation, les risques, les données épidémiologiques, l'encadrement législatif et réglementaire, les adresses utiles,... Elle portera également sur les mesures du plan gouvernemental, et plus particulièrement sur la politique de prévention de l'initialisation, de l'usage nocif et de la dépendance ainsi que sur les dispositifs de réduction des risques.*

*Source : MILDT, plan triennal 1999-2001*

- l'élargissement des compétences de Drogues Info Service,

- la création d'une commission nationale de validation des outils de prévention,

- la diffusion de Livrets de connaissances,

- la mise en place de centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances ,

- l'élaboration de nouveaux programmes de formations pour homogénéiser les compétences des professionnels.

*Les Centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances*

*Créées au niveau départemental, interdépartemental ou régional, ces structures seront à la disposition des acteurs locaux comme des institutions publiques intervenant dans la lutte contre la drogue et dans le domaine de la prévention des dépendances aux substances psychoactives.*

*Elles remplissent des fonctions de documentation et d'observation et constituent un appui technique aux chefs de projet départementaux dans leurs missions et peuvent apporter aide et conseil aux différentes collectivités ou associations qui souhaitent élaborer des projets, notamment en matière de prévention.*

*Ces structures sont créées le plus souvent à partir des ressources existantes, en les fédérant. Elles sont financées principalement par la MILDT et peuvent bénéficier de financements locaux (collectivités locales, organismes de protection sociale, etc.).*

*(Source : MILDT)*

## **Elargir la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs**

Pour favoriser des pratiques de prévention par rapport aux comportements et non par rapport aux produits, les actions suivantes sont prioritaires dans la mise en œuvre :

- l'élaboration de programmes départementaux de prévention ,

### Les programmes départementaux de prévention

*Le chef de projet, est garant de la démarche de programmation du plan départemental. Il doit pouvoir s'appuyer d'une part sur le comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, d'autre part sur des personnes ressources (experts, associations, représentants de structures) et sur la population, représentée par les associations, les médias. Il convient tout particulièrement de veiller à ce que la prévention, notamment en milieu scolaire ne soit pas limitée à l'action des gendarmes et des policiers, mais bien conçue et réalisée par l'ensemble des partenaires. Les rôles respectifs du chef de projet et des membres du comité de pilotage sont définis dans les annexes à la circulaire relative à la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances du 13 septembre 1999.*

*L'élaboration du plan départemental requiert une démarche concertée, programmée, adaptée aux objectifs nationaux et aux besoins locaux et évaluée.*

*Le plan départemental repose sur un ensemble d'actions qui devront répondre aux objectifs choisis.*

*Les actions existantes pertinentes feront l'objet d'une reconduction qui permettra de valoriser leurs points forts (action multipartenariale, choix de la cible, critères territoriaux).*

*Les actions jugées non pertinentes ne seront pas reconduites ou seront réorientées au vu des critères de pertinence définis plus haut.*

*les actions nouvelles doivent combler les besoins non couverts révélés par l'expertise, en particulier au regard des objectifs nationaux, des objectifs départementaux, des nouvelles formes de consommation...*

*Le comité de pilotage doit s'assurer de la cohérence et de la complémentarité entre les actions retenues .*

*(Source : MILDT, Circulaire du 13 septembre 1999)*

- la diffusion du Livret Grand public,
- la généralisation des CESC,
- la diffusion du Bulletin Officiel "Repères pour les conduites à risque" dans les collèges et les lycées,
- l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques de prévention.

## **Développer la démarche de réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs**

La politique de réduction des risques se développe progressivement et passe par la réussite de programmes expérimentaux tels que ceux qui mettent simultanément en œuvre des actions de médiation sociale entre les habitants et les usagers et des actions de réduction des risques avec les structures de bas seuil, ou encore les projets soutenus dans le cadre des programmes départementaux de prévention.

## **Adapter la démarche de soins aux consommateurs problématiques pour l'ensemble des substances psychoactives**

L'amélioration de l'offre de soins et de la prise en charge des problèmes d'addiction passent par la mise en œuvre des actions suivantes :

- la création d'un cadre juridique et financier unique pour la prise en charge des comportements addictifs,
- le développement des équipes de liaison hospitalière en addictologie,
- le renforcement des consultations en alcoologie,
- le passage en médecine de ville des patients sous méthadone,
- la mise en place de protocoles pour le repérage des prises en charge

L'autre priorité correspond à la diversification de l'offre de soins dont la réalisation tient à :

- l'organisation de la construction de réponses locales à partir des programmes régionaux de santé
- la prescription médicalisée d'héroïne.

## **Intégrer la logique de santé publique dans la sécurité publique par une politique pénale adaptée**

La mise en œuvre de nouvelles orientations de politique pénale à l'égard des consommateurs de produits psychoactifs et le renforcement de la prise en charge en milieu carcéral des usagers passe par la généralisation des conventions départementales d'objectifs.

### Les conventions départementales d'objectifs justice-santé

*Les finalités initiales des conventions départementales d'objectifs demeurent (circulaires du 14 janvier 1993). Il s'agit, en effet, de permettre une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la justice, à tous les stades du processus pénal, en développant tant les alternatives aux poursuites que les alternatives à l'incarcération et les aménagements de la peine d'emprisonnement.*

*Pour atteindre cet objectif final, l'effort de rapprochement et d'articulation entre les autorités relevant de la justice et de la santé doit être poursuivi et intensifié par une meilleure définition des besoins et une clarification des champs et des modalités d'intervention respectifs.*

*Les axes de travail proposés par la circulaire fondatrice des conventions d'objectifs demeurent d'actualité et sont confirmés : hébergement combiné à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adaptées, complémentarité des réponses apportées aux usagers d'un département, sans exclure les mineurs du champ d'application des conventions.*

*Les axes de travail à développer Il conviendra de développer les partenariats (ou de réorienter les partenariats existants) afin de remplir les objectifs suivants :*

*Assurer une permanence garantissant un diagnostic de la situation des usagers et leur orientation rapide, voire immédiate vers les structures éducatives, sociales ou sanitaires adaptées, afin, notamment, de réserver la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers toxicodépendants. Si la situation locale le permet, les crédits spécifiques à l'injonction thérapeutique pourront utilement être redéployés pour soutenir ce nouveau dispositif.*



*Systématiser les interventions en détention et la préparation à la sortie de prison et, tout particulièrement, permettre le développement de mesures d'aménagement de la peine garantissant un suivi à la libération.*

*Apporter des réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs, notamment dans une optique de prévention des conduites à risque.*

*Prendre en compte les actions relatives aux personnes alcoolodépendantes placées sous main de justice.*

*Ces axes de travail imposent le recours à des compétences permettant de faire le lien entre des réseaux de nature variée (centres de soin spécialisés, associations dédiées aux publics placés sous main de justice, mais aussi, missions locales, structures favorisant l'insertion professionnelle, établissements scolaires, médecins généralistes, secteur de pédopsychiatrie, etc.).*

*(Source : MILDT, note d'orientation du 12 février 1999)*

### **Renforcer la lutte contre les trafics en diversifiant ses moyens d'action**

Afin de renforcer la coordination entre les différents services d'enquête, des bureaux de liaison permanente sont mis en place dans le Nord Pas de Calais et pour les Antilles et la Guyane.

Concernant le patrimoine des trafiquants, la définition des modalités pratiques de collaboration avec les services fiscaux favorisera l'utilisation de l'ensemble des outils procéduraux disponibles pour identifier et confisquer le patrimoine des trafiquants.

Enfin, le renforcement du dispositif national de contrôle des produits précurseurs doit se faire à partir du renforcement des moyens de la Mission Nationale de Contrôle des Précurseurs Chimiques et par des actions de valorisation auprès des opérateurs.

## **12.2 Evaluation of national policies**

(source : MILDT, site internet, bilan de mise en œuvre du plan triennal présenté en comité interministériel du 24 mars 2000)

### **Développer et organiser les connaissances pour éclairer les politiques publiques de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.**

Un réseau sentinelle pour observer les tendances récentes de consommation a été mis en place depuis juillet 1999 et les premiers résultats ont été diffusés en mars 2000. Ce réseau s'appuie sur le dispositif TREND piloté par l'OFDT et la banque de données SINTES (Système d'Identification National des Toxiques Et Substances).

L'évaluation de l'action interministérielle a donné lieu à l'adoption d'un mandat d'évaluation confié à l'OFDT et à la mise en œuvre de plusieurs évaluations de dispositifs spécifiques et expérimentaux qui devront vérifier si les grandes orientations du plan triennal se sont traduites par une mise en œuvre effective et par des actions efficaces et pertinentes.

Enfin, la structuration de la recherche constituent un des piliers du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Il est ainsi prévu de regrouper les activités actuelles de l'OFDT (observation statistique, études, tendances et évolution des modes de consommation, évaluation) avec la programmation, la structuration et le financement de la recherche.

### **Créer et promouvoir une culture de référence commune sur les produits psychoactifs**

La campagne de communication publicitaire télévisuelle autour de la parution du livre d'information grand public "savoir plus, risquer moins" s'est déroulée sur l'ensemble de l'année 2000.

Le livre d'information a été aussi largement diffusé auprès des professionnels. Par ailleurs, 4 livrets de connaissances "Savoir Plus" ont été diffusés auprès des professionnels. Ces ouvrages portent sur : l'action des drogues, les chiffres clés des drogues et de leurs usages, les dispositifs publics et la synthèse du plan gouvernemental.

Un programme de formation destiné aux ministères et aux écoles a été défini et fait l'objet d'une session expérimentale qui rassemblent les formateurs de ces écoles et de ces ministères.

Le socle commun de connaissances qui a été défini pourra être utilisé comme support de formation par les formateurs afin de favoriser la diffusion d'une culture commune sur les drogues et les dépendances, c'est à dire l'extension du champ des produits psychoactifs aux drogues licites, une approche davantage fondée sur les comportements d'usage que sur les produits et une mise en cohérence de l'action publique à partir de politiques publiques coordonnées.

A terme, plusieurs modules de formation spécifiques élaborés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le ministère de la Jeunesse et des Sports et les services répressifs permettant une diffusion de contenus de formation cohérents avec les problèmes liés aux drogues.

Par ailleurs, au plan local, des programmes départementaux et/ou régionaux de formation sont en cours de définition et permettront aussi la déclinaison locale d'une culture commune.

Ainsi, les formations initiales et continues devraient progressivement bénéficier de contenus mieux adaptés et faisant état de savoirs et pratiques validés.

### **Elargir la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs**

Plusieurs initiatives en matière de prévention en milieu scolaire se sont déjà déroulées avec la diffusion à 800 000 exemplaires du Bulletin Officiel "Repères pour les conduites à risques" dans les collèges et les lycées et l'augmentation des CESC. En effet, en 1999, les Comités d'éducation à la santé et citoyenneté étaient présents dans 47% des établissements scolaires.

La commission nationale de validation des outils de prévention a été mise en place ainsi qu'une grille de validation pour "labelliser" les projets qui lui sont soumis.

Les programmes départementaux de prévention sont en cours d'élaboration ou sont déjà achevés pour plusieurs d'entre eux. Un bilan est actuellement en préparation.

Bilan de la mise en oeuvre des Centres d'Information et de Ressources sur les Drogues et les dépendances : En 1999, 7 projets ont été retenus ce qui porte le nombre de CIRDD à 15 pour l'année 2000.

### **Adapter la démarche de soins aux consommateurs problématiques pour l'ensemble des substances psychoactives**

La création du cadre juridique et financier permettant d'améliorer la prise en charge se met place progressivement avec l'inscription d'enveloppes budgétaires consacrées au renforcement des consultations en tabacologie (28 millions de francs en 2000) et pour la création et le renforcement des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (27,5 millions de francs). Par ailleurs, le financement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes par la caisse nationale d'assurance-maladie est en cours d'arbitrage et pourrait intervenir dès 2002. Il permettra l'intégration des CSST au dispositif de droit commun.

Concernant l'amélioration des soins, la durée de prescription de méthadone a été portée de 7 à 14 jours par arrêté du 8 février 2000 et le fractionnement de la délivrance de méthadone et de subutex est passé à 7 jours.

### **Développer la démarche de réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs**

La diminution des risques et des dommages liés à la consommation de produits psychoactifs suppose le développement simultané de structures adaptées pour les usagers et de dispositifs de médiation sociale au sein des programmes de réduction des risques.

A ce titre, des programmes innovants sont mis en œuvre depuis 1999 pour organiser l'accompagnement de la prise en charge socio-sanitaire et rendre acceptable pour les habitants la présence de toxicomanes dans leur quartier.

Par ailleurs, l'élaboration des programmes départementaux de prévention doit permettre de soutenir davantage d'initiatives locales destinées à prévenir et informer les usagers fréquentant le milieu festif et les discothèques. A ce titre, des documents et des méthodologies d'intervention sont élaborés avec les associations concernées.

### **Intégrer la logique de santé publique dans la sécurité publique par une politique pénale adaptée**

#### Bilan des Conventions Départementales d'Objectifs

15 nouveaux départements ont été financés, ce qui porte à 45 le nombre de départements s'étant engagés dans une démarche d'élaboration d'une nouvelle convention d'objectifs de lutte contre la toxicomanie pour la prise en charge des publics placés sous main de justice.

12 départements ont étendu leurs objectifs à la prise en charge des justiciables en difficulté avec l'alcool. 7 départements ont mis en place une permanence d'orientation sanitaire et sociale (alternative aux poursuites, obligations de soins) ; parmi ces dispositifs, certains concernent également la délinquance liée à l'abus d'alcool.

Enfin, 13 départements ont instauré une procédure alternative aux poursuites (avertissement et rappel à la loi, classement avec obligation "de contact" ou "de visite", injonction thérapeutique) spécialement adaptée aux mineurs et aux jeunes majeurs.

Les actions financées en 1999 confirment l'intérêt d'un programme "justice-santé" permettant une orientation sanitaire et sociale adaptée des usagers de drogue interpellés et des justiciables alcoolodépendants, conformément aux directives de la circulaire du garde des sceaux relative aux réponses judiciaires à la toxicomanie du 17 juin 1999.

### **Renforcer la lutte contre les trafics en diversifiant ses moyens d'action**

Ce renforcement s'est déjà concrétisé par l'adoption de deux nouvelles circulaires en 1999 (Lutte contre le trafic de stupéfiants ; Renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants).

Un premier travail sur la lutte contre le trafic local et l'application des dispositions de la loi de 1996 sur le proxénétisme de la drogue a été entamé sur cinq villes (Lille, Rouen, Avignon, Lyon et Versailles).

Concernant le contrôle des précurseurs chimiques, la Mission Nationale de Contrôle des Précurseurs Chimiques (MNCPC), qui dépend du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, a proposé que soit créé un document d'accompagnement des précurseurs les plus sensibles lors de leur transport au sein de la communauté européenne. Enfin, la MNCPC mène des actions de sensibilisation individuelles auprès des entreprises pour rappeler les obligations réglementaires et leur obligation de vigilance. Des actions collectives ont également été organisées sous la forme d'un colloque en avril 2000.

### **13. COCAINE AND BASE/CRACK COCAINE**

#### New trends in cocaine use, approaches and strategies

La consommation de cocaïne en France remonte au XIXe siècle. A l'exception d'une courte période, aux alentours de la Première Guerre mondiale, celle-ci est demeurée modeste et n'a jamais été considérée comme un problème majeur. L'augmentation récente de l'usage de cocaïne, à partir de 1996 environ, représente une rupture dans l'histoire de presque soixante années d'une consommation toujours restée stable et ce à un niveau relativement bas. Durant cette longue période, la cocaïne a toujours été largement devancée par les opiacés, opium et morphine, morphine et héroïne puis héroïne uniquement avec du cannabis.

Au cours de ces trente dernières années, la cocaïne était considérée comme une consommation de luxe, apanage des milieux *branchés*. Dans la rue, la consommation exclusive de cocaïne était rare, on la trouvait en revanche associée souvent à l'héroïne. C'est la raison pour laquelle cette substance bénéficie d'une image «positive» associée à un certain niveau de réussite sociale et à la croyance que ce produit est une drogue relativement facile à gérer à condition de la consommer avec modération.

#### **13.1 different patterns and users groups**

##### **Administration and effects sought**

Les effets recherchés de la consommation de cocaïne diffèrent en fonction des groupes de consommateurs. On peut en distinguer deux :

- les effets stéréotypes tels que l'accroissement de la communicabilité et des performances physiques ;
- les effets dits de régulation, entendus comme toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives dans le but de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer. Comme substance de régulation la cocaïne est utilisée avec de nombreux produits ; avec l'ecstasy pour atténuer une trop forte montée ou en prolonger les effets, avec la Kétamine pour en neutraliser les effets, avec l'alcool pour en contrebalancer les effets.

##### *Mode d'administration*

Trois modes d'administration sont répertoriés en France :

*Le mode nasa*<sup>21</sup> est utilisé dans les milieux traditionnels d'usagers bien insérés, consommant dans un cadre privé (milieu du spectacle, habitués des boîtes de nuit, cadres, etc.) ainsi que dans le milieu festif techno.

*Le mode intraveineux*<sup>22</sup> est utilisé à la fois pour la forme chlorhydrate et pour la forme base (crack). Géographiquement la pratique d'injection du Crack est principalement un phénomène parisien. Ailleurs, elle est rapportée comme étant rare ou embryonnaire. Pour l'injection, le crack est mélangé à du citron ou de l'acide citrique puis chauffé, filtré et injecté avec une seringue de 1 cc. L'injection de cocaïne ou de crack reste l'apanage des anciens injecteurs d'héroïne, des personnes substituées ou des personnes extrêmement marginalisées.

---

<sup>21</sup> La cocaïne est aspirée à l'aide d'une paille. Il peut s'agir d'un ticket de métro ou d'un bout de carton enroulé sur lui-même

<sup>22</sup> Elle est dissoute dans l'eau, tiède ou froide, puis injectée.

*Le mode pulmonaire (fumable)* : une infime minorité des usagers fume le chlorhydrate de cocaïne mélangée au tabac<sup>23</sup> (taux de perte élevé). En France, la cocaïne fumée est généralement la cocaïne base (crack). Celle-ci est préparée à partir du chlorhydrate de cocaïne à laquelle on ajoute de l'ammoniaque ou du bicarbonate.

Pour fumer le Crack, les usagers utilisent soit un doseur d'alcool en verre muni d'une grille constituée de fins fils métalliques soit un morceau de papier d'aluminium troué ou bien encore une canette, percée avec une pipette ou une bouteille dont l'extrémité est recouverte d'un papier aluminium troué. Le produit est chauffé et inhalé en même temps.

Les fumeurs de Crack ont recours à ce mode d'administration soit parce qu'ils éprouvent des difficultés à priser la cocaïne soit parce qu'ils recherchent des effets intenses mais sans avoir recours à la voie intraveineuse. Ce type de consommateurs appartient en général à certaines minorités ethniques notamment les Antillais.

## Prevalence, patterns and frequency of consumption

### Prevalence

Les enquêtes en population générale

*Expérimentation des jeunes scolarisés* : L'enquête ESPAD réalisée en France sur un échantillon de 12 113 élèves (collège, lycée professionnel ou lycée général et technologique) du secteur public ou privé, âgés de 14 à 18 ans, montre que 1,7 à 3,1 % des garçons et 0,6 à 1,7 % des filles ont expérimenté au moins une fois dans la vie de la cocaïne (tableau 1) . Pour le Crack ces pourcentages sont respectivement de 1,5 à 2,8 pour les garçons et 0,4 à 2,1 pour les filles.

### **Expérimentations de la cocaïne et du Crack : prévalence au cours de la vie par sexe et par âge (en %)**

	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
<b>Cocaïne</b>					
Garçons	2,8	1,5	2,0	1,7	3,1
Filles	0,6	0,7	1,7	1,2	1,5
<b>Crack</b>					
Garçons	2,8	2,4	2,0	1,5	1,9
Filles	0,7	1,7	2,1	1,3	0,4

Source : ESPAD 1999, INSERM, OFDT, MENRT

N = 12 113

*Consommation d'adultes et jeunes adultes* : L'enquête réalisée auprès des jeunes de 18 à 23 ans convoqués au centre de sélection du service national en 1996, montre que 2,5 % de ces jeunes déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de la vie et 0,4 % déclarent en avoir consommé au cours du mois passé<sup>24</sup>. Dans une autre enquête sur un échantillon de jeunes adultes et adultes âgés de 18 à 44 ans, 1,7 % [1,0-2,4], déclarent en avoir consommé au moins une fois dans leur vie<sup>25</sup>.

*Interpellations pour usage simple* : En l'espace de cinq ans les interpellations pour usage et usage revente de cocaïne et de Crack ont été multipliées par presque 2,5, passant de 1374 personnes en 1995 à 3 397 personnes en 1999.

En 1999, 2 584 personnes ont été interpellées pour usage simple de cocaïne, ce qui représente 2,79 % de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants. Par rapport à l'année précédente le nombre de ces interpellations est en augmentation de 8,81 %.

<sup>23</sup> Une des méthodes utilisées consiste à poser la cocaïne sur le tabac, lui-même déjà déposé sur une feuille de papier à rouler. Une deuxième méthode consiste à aspirer de la cocaïne dans une cigarette préalablement vidée d'une partie de son tabac

<sup>24</sup> OFDT : Indicateurs et Tendances 1999.

<sup>25</sup> Idem

Au cours de la même année (1999), 636 personnes ont été interpellées pour usage simple de Crack, ce qui représente un peu moins de 1 % du total des interpellations pour usage de drogues. Par rapport à l'année précédente, l'augmentation des interpellations pour le Crack (8, 16 %) est très proche de celle pour la cocaïne (8,81 %).

**Evolution des interpellations pour usage simple de la cocaïne ou du Crack entre 1998 et 1999.**

	(1) Interpellations pour usage simple	(2) % du total d'interpellations pour usage simple	(3) Evolution par rapport 1998 (1)/(3)
Cocaïne	2 584	2, 79	+ 8, 81
Crack	636	0, 79	+ 8, 16

Source: OCRTIS

*Patterns and frequency of consumption*

La cocaïne est consommée seule pour ses effets intrinsèques (augmentation de la résistance à la fatigue, de la vigilance et de la communicabilité) ou en association, comme substance de régulation, avec d'autres substances psychoactives. Les principaux produits auxquels elle est associée sont :

**l'alcool** : la cocaïne permet de boire davantage sans sombrer dans l'ivresse. L'alcool de son côté contribue à atténuer les effets trop excitants de la cocaïne. Les deux substances s'équilibrent et leurs effets non désirables se neutralisent mutuellement.

**l'héroïne (Speed-ball)** : le mélange cocaïne-héroïne permet d'accentuer les effets des deux produits et de les conjuguer. A la montée, c'est l'effet speed de la cocaïne qui agit d'abord, suivi de l'effet flash de l'héroïne. L'héroïne agit ensuite pour atténuer la descente.

Soit la cocaïne est injectée en premier, pour sentir le flash, et l'héroïne ensuite pour faciliter la descente (« matelas opiacé »), soit c'est l'héroïne qui est injectée en premier, pour anticiper les effets trop violents de l'injection de la cocaïne.

le **cannabis** : l'association entre les deux produits s'effectue de deux manières :

*Simultanément* : au moyen d'un joint ou dans un bang (bambou, bouteille), par la technique dite de la douille (ajout de cocaïne dans le foyer).

*Séquentiellement* : consommation de joints pendant la descente.

**l'ecstasy, LSD et Kétamine** : la cocaïne est utilisée en association avec ces substances dans deux situations :

- pour accompagner la descente d'ecstasy (plus rarement de LSD). Cela permet de faire remonter (relancer) les effets empathogènes de l'ecstasy. Pour certains, cela leur évite de répéter la prise d'ecstasy et permet les relations sexuelles (pas de perte d'érection).

- Pour atténuer une trop forte montée d'ecstasy, de L.S.D. et de Kétamine que le consommateur a du mal à gérer.

Quant à la gestion de la descente consécutive à la prise de cocaïne elle-même, ce sont les opiacés, les tranquillisants et le cannabis qui sont les plus utilisés.

**Social groups, geographical factors**

Il y a encore quelques années la cocaïne était essentiellement consommée par deux catégories de populations :

une *population cachée*, composée d'individus bien insérés socialement appartenant aux milieux du spectacle, de la nuit, des affaires ;

une *population visible* marginalisée composée essentiellement des héroïnomanes utilisant la cocaïne en association avec l'héroïne.

Depuis deux trois ans, et plus particulièrement au cours de l'année 1999, on assiste à l'apparition de deux autres groupes de consommateurs :

- des jeunes, notamment consommateurs de cannabis ou d'ecstasy qui découvrent le produit sur leur quartier d'habitation, dans les événements festifs ou dans les discothèques. Il semble que dans ce

groupe, du fait de son prix, de son milieu de référence (show business), la cocaïne reste encore un objet de fascination ;

- des personnes substituées à la méthadone et au Subutex ® qui, pour des raisons diverses, sont passées à la consommation de cocaïne et pour lesquelles l'opiacé d'autrefois est relégué au statut de substance de régulation. Dans cette catégorie de consommateurs, on trouve aussi ceux pour qui la cocaïne est l'objet d'un usage régulier sans que celle-ci soit devenue pour autant leur produit principal.

Pour ce qui est du Crack son cercle de consommateurs est aussi en cours d'élargissement. En dehors des consommateurs visibles que sont les errants désaffiliés, les travailleurs sexuels, notamment à Paris, ou ceux qui alternent l'usage du *crack* et des opiacés, on note l'élargissement de la consommation à des catégories moins connues telles certaines personnes bien insérées socialement, qui consomment de manière occasionnelle ; et enfin des consommateurs anciens et nouveaux de cocaïne, qui expérimentent, à un moment ou un autre, la forme fumable de leur produit de prédilection.

Au sein de l'espace festif techno, notamment dans les free party, l'année 1999 a été marquée par une forte progression de la consommation, déjà significativement présente depuis fort longtemps dans les discothèques. Au cours de la seconde moitié de l'année 1999, on note en effet une nette augmentation la consommation dans les free party. Une enquête<sup>26</sup> par questionnaire sur 949 personnes fréquentant des événements festifs techno (48 % dans des free parties, 24 % dans des raves payantes, 17 % dans des soirées privées et 9 % dans d'autres contextes). L'enquête a été réalisée à la fin de l'année 1998 et au début de l'année 1999 par l'association Médecins du Monde .

Les caractéristiques socio-démographiques des personnes participant à l'enquête sont les suivantes :  
**Sexe et âge** : 70 % de l'échantillon sont des hommes et 30 % des femmes. Les sujets sont relativement jeunes, la moyenne d'âge étant de 21 ans.

**Activité** : La majorité des sujets sont salariés (30 % CDI/CDD) ou des étudiants (37 %).

Le pourcentage de chômeurs est 15 %. Les bénéficiaires du RMI représentent 4 % de l'échantillon.

**Niveau d'études** : 28 % ont atteint un niveau d'études supérieures. Le niveau d'études secondaires concerne 33 % des sujets.

**Domicile** : L'écrasante majorité des sujets ont un domicile stable (48 % habitent chez leurs parents; 45 % un logement personnel). 2 % de l'échantillon seulement sont SDF ou vivent dans des squats.

Les résultats de l'enquête montrent que sur 896 personnes qui se sont prononcées sur la consommation de cocaïne, 56 % ont répondu en avoir consommé et 21,5 % au cours de la dernière fête techno à laquelle elles ont participé. L'injection de cocaïne est peu fréquente, celle-ci étant principalement sniffée et souvent consommée en association avec d'autres produits.

### **Prévalence de Consommation de la cocaïne parmi les participants aux événements festifs techno**

Cocaïne	Nombre répondants.	de % de consommateurs parmi les répondants.
Au cours de la vie	896	56
La précédente fête techno	561	21,5

Source : Médecins du monde N = 896

Pour ce qui est du Crack, l'enquête susmentionnée révèle que sur 870 personnes qui se sont prononcées sur la consommation de *crack/free base*, 10 % (66 personnes) ont répondu en avoir consommé et ce principalement par voie fumable (56 personnes). Les autres modes d'administration sont marginaux.

<sup>26</sup> Médecins du Monde, Mission Rave, Rapport de recherche-action : Usages de drogues de synthèse ( ecstasy, LSD, dans-pills, amphétamines,...), Réduction des risques dans le milieu festif techno, 1999, 475 pages.

### 13.2 Problems and needs for services

Les difficultés auxquelles sont confrontées les services de soins en rapport avec la consommation de cocaïne et de crack sont de différents ordres :

- La clientèle relève souvent d'une prise en charge multiple: médicale, psychosociale et à long terme. La prise en charge d'un cocaïnomanes en milieu hospitalier demande souvent une mobilisation du personnel plus importante dans la mesure où la présence de troubles psychopathologiques est fréquente : des états anxio-dépressifs, des syndromes hallucinatoires, délires de persécution, paranoïa, états confusionnels, troubles du comportement, du sommeil et de l'appétit.

- Les nouveaux usagers à problèmes ne connaissent pas suffisamment les services spécialisés ou sont mal informés. Certains se montrent méfiants ou craintifs, car les notions d'anonymat, de volontariat ne sont pas suffisamment assimilés comme des droits protégés par la loi.

- Les usagers bien intégrés socialement se considèrent plutôt comme des cocaïnophiles et non pas des cocaïnomanes, dans le sens où gérer et maîtriser la consommation est une affaire personnelle. Ils ne s'adressent que peu ou tardivement à des services des soins, et quand ils le font c'est souvent en dernière extrémité. Alors ce sont les urgences médicales ou psychiatriques qui se trouvent au premier plan d'une demande d'aide.

- L'évolution rapide de ces consommations demande une attention particulière de la part de services amenés à rencontrer des consommateurs à profils multiples ayant des modes de consommation et de gestion de cette consommation peu habituels. Répondre à ces nouvelles demandes suppose des modifications préalables et profondes du fonctionnement de ces services.

- Les services de soins spécialisés sont peu sollicités par les consommateurs de cocaïne. Ces patients s'adressent plus facilement aux services d'urgences hospitalières pour des états de malaise inquiétant : crise aiguë d'angoisse, de malaise physique brutale (palpitations, sensation d'étouffement, sentiment de mort imminente, etc.)

- Les services des urgences, de leur côté, se trouvent parfois confrontés à la difficulté d'orienter correctement les soins, le diagnostic, etc... du fait que le patient ne signale pas spontanément l'origine de ses malaises. Il arrive qu'il ne voit pas de lien avec la consommation de cocaïne ou qu'il cache la consommation pour des raisons diverses (psychologiques, familiales morales, etc.).

- A la différence des personnes dépendantes aux opiacés chez qui les troubles psychiques ne se manifestent pas au premier plan du tableau clinique, les cocaïnomanes présentent souvent des altérations psychiques à intensité et gravité variables provoquées par ce psychostimulant. Ces troubles (réels et imaginaires) représentent un des obstacles majeurs à la prise en charge d'un cocaïnomanes. L'évolution rapide de ces usagers confrontés à la difficulté de trouver des réponses immédiates, efficaces, crée le climat défensif d'évitement et même de rejet dont ils peuvent être victimes actuellement.

- Le traitement chimiothérapeutique des cocaïnomanies en France est encore symptomatique (prescription classique et modérée de : hypnotiques, anxiolytiques ou neuroleptiques). Une place prépondérante est accordée aux thérapies individuelles de soutien, plus ou moins éclectiques ou d'orientation psychanalytique.

Il n'existe pas de groupes de cocaïnomanes anonymes mais « Narcotiques Anonymes » travaille activement avec un nombre important d'usagers à problème de cocaïne. L'acupuncture est utilisée essentiellement aux Antilles et peu en France métropolitaine.

#### Health consequences and negative effects

Morbidité : La consommation de la cocaïne et du crack a des conséquences pour la santé psychique et physique. La rapidité et l'intensité des effets provoqués par l'injection de cocaïne-crack augmentent les risques d'intoxication aiguë, d'overdose. Les complications somatiques (cardiaques respiratoires) ainsi que les risques infectieux (transmission des virus du SIDA ou hépatiques) sont plus importants.



La forme fumable très courante pour la consommation du crack en France provoque des troubles d'intensité et d'importance similaires à ceux provoqués par l'injection.

La consommation de la cocaïne chez les jeunes pose le problème des conséquences pour la santé, spécifiques pour ces sujets en développement. La consommation intervient sur un système neuro-biologique plus vulnérable et l'interaction avec l'entourage et l'environnement est plus délicate.

Actuellement la consommation de cocaïne est souvent en association avec les drogues de synthèse, notamment les drogues de synthèse, le cannabis et l'alcool sont assez répandus. La difficulté avec ces jeunes consommateurs est majeure du fait de leur possibilité d'accès aux soins. Il existe très peu de structures adaptées aux problèmes somatiques particuliers de cette population.

Les statistiques sanitaires ne permettent pas actuellement, de rendre compte du phénomène. La cocaïne apparaît comme produit à l'origine d'une prise en charge dans 13 % des recours aux structures de soins spécialisées et aux établissements sanitaires en 1997, le plus souvent comme produit associé. En tant que premier produit à l'origine de la prise en charge sa part est très faible : 1,87 % pour la cocaïne et 0,96 % pour le Crack. L'âge moyen des usagers de cocaïne pris en charge dans les établissements sanitaires et sociaux était de 29 ans en 1997.

**Recours aux soins pour usage de cocaïne ou de Crack comme premier produit à l'origine de la prise en charge en 1997**

	Cocaïne		Crack	
	nombre	%	nombre	%
Centres spécialisés et établissements sanitaires	438	1,87	225	0,96

Source : DRESS N = 23403

Pour les autres pathologies, il n'existe pas de registres nationaux des cas d'hospitalisation pour des pathologies somatiques ou psychiatriques dans les services d'urgences ou de prise en charge hospitalière liées à la consommation de cocaïne ou de Crack.

A titre indicatif, on peut dire que certaines pathologies somatiques et psychiatriques ont été signalées telles que des douleurs, des saignements nasaux, des abcès ; des pathologies cardiaques et pulmonaires inhérentes au mode d'administration fumable ou injectable, des problèmes de pieds chez les usagers du Crack à Paris liés aux marches importantes nécessaires pour se procurer le produit et enfin des troubles d'ordre psychiatrique : crises d'angoisse, paranoïa, agressivité, anorexie, insomnie etc... Plus généralement on constate l'accroissement des risques de maladies transmissibles par voie sanguine telles que l'infection au VIH/Sida et des hépatites.

**Mortalité** : Les cas de décès liés à la cocaïne ou au Crack sont très faibles. En 1999, pour l'ensemble de la France, l'OCRTIS a recensé 13 cas. Parmi ces cas, seuls 4 décès mettent en cause la cocaïne seule et dans les neuf autres cas plusieurs autres produits avaient été consommés par la personne.

**Décès avec présence de cocaïne ou de crack : (13), au cours de l'année 1999**

Substances identifiées	Nombre de cas
cocaïne seule	4
cocaïne et héroïne	2
cocaïne et héroïne et alcool	1
cocaïne et héroïne et cannabis et morphine et tranquillisants	1
cocaïne et cannabis et méthadone	1
cocaïne et médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs et Viagra ® )	1
crack et Skénan ®	1
décès avec présence de cocaïne +ecstasy	
cocaïne et héroïne et cannabis et ecstasy	1
cocaïne et ecstasy et alcool	1
TOTAL	13

Source : OCRTIS

**Social consequences**

Compte tenu de son caractère récent, la consommation de cocaïne ne semble pas avoir de conséquences sociales négatives tangibles. Le développement des scènes ouvertes de Crack, dans la région parisienne et dans les trois départements français d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe et Guyane), contribue à la détérioration des rapports avec les habitants des quartiers concernés, lesquels rendent les consommateurs de Crack responsables de l'insécurité, des agressions et des actes de violences dont ils sont l'objet. Par ailleurs le Crack est souvent associé à une précarisation sociale accrue des consommateurs.

**13.3 Market****Physical description**

La cocaïne est vendue sous forme de poudre blanche et le crack sous forme de caillou, de galettes (équivalent de 5/6 cailloux) ou de plaquettes (équivalent de 2 plaquettes). Pour obtenir du Crack à partir de la cocaïne poudre chlorhydrate, celle-ci est chauffée avec de l'eau et un produit basique (ammoniaque ou bicarbonate de soude), pendant quelques minutes, produisant un précipité au fond du récipient.

**Price/purity at user's level**

Price : Le prix de la cocaïne est en baisse mais cette baisse est encore difficile à évaluer. Le prix moyen relevé sur dix sites au cours de la seconde moitié de l'année 1999 se situe entre 425 à 600 francs soit 534 francs. Ce même gramme se négociait, il y a quelques années, entre 800 et 1200 francs. Les données ne permettent pas pour le moment de distinguer les prix en fonction des lieux d'achat (appartements, rue, etc.), des quantités achetées, de la qualité des produits achetés et de leur teneur en principe actif. Cette estimation manque sans doute de précision, même si elle reflète la réalité des prix pratiqués. Elle doit donc être considérée comme un ordre de grandeur.

Sur les lieux festifs techno dans la région parisienne le prix a baissé de manière significative : de 800 francs les années précédentes à 600 francs durant le premier semestre 1999. Il est encore descendu pendant l'été à 500 francs / g et se situe fin novembre 1999 entre 350 et 500 francs le gramme.

Pour ce qui est du Crack le prix de la dose se stabilise autour de 40 à 50 francs.

Purity at user's level : Nous n'avons pas de données d'analyses en laboratoire récentes relatives aux taux de pureté de la cocaïne vendue dans la rue. Toutefois, contrairement à l'héroïne, la cocaïne vendue en France est perçue par les usagers comme de bonne qualité dans la mesure où le taux de pureté est généralement élevé et constant d'une année sur l'autre.

## Availability

Toutes les données convergent pour indiquer une augmentation nette de la disponibilité. Sur certains sites, cette disponibilité date de quelques années ; c'est le cas de la région nord, limitrophe de la Belgique et des Pays Bas, alors que pour d'autres la pénétration de la cocaïne est plus tardive, celle-ci s'amorçant entre 1996 et 1999.

Cette disponibilité se manifeste à travers une diversité plus grande des profils des consommateurs et une pénétration dans des quartiers jusqu'alors épargnés. Accessible jadis dans des espaces privés connus uniquement des initiés, la cocaïne investit de plus en plus les espaces publics. Sur certains sites tels que Paris, il est de moins en moins nécessaire de faire appel à des intermédiaires pour s'en procurer. Pour certains observateurs, l'augmentation de la consommation est directement en relation, entre autres, avec la prescription large de produits de substitution.

En revanche, en termes de visibilité, la consommation dans l'espace public demeure encore discrète malgré une apparition dans certains sites (Marseille, Metz et Lyon). La consommation de cocaïne est encore généralement confinée dans l'espace privé (appartements, squats, etc.).

Compte tenu de la facilité de sa fabrication à partir du chlorhydrate de la cocaïne, la disponibilité du Crack va de pair avec celle de la cocaïne. Ainsi des consommations importantes ou sporadiques de *crack* sont signalées dans la quasi-totalité des sites TREND à l'exception d'un seul (Bordeaux). Toutefois la quasi-absence de deal et de consommation de rue du *crack*, en dehors de Paris et des communes limitrophes, se traduit par la réduction de la visibilité du phénomène.

## Open scenes, local markets, trafficking/dealing/distribution patterns, supply routes/counties

### Open scènes

Il n'existe pas spécifiquement de scènes ouvertes de la cocaïne en France. En revanche, depuis une dizaine d'années il existe une scène ouverte de Crack à Paris. Cette scène est à la fois stable et mobile. Stable dans mesure où elle est enracinée dans le nord de la capitale notamment dans le dix huitième et une partie du dix-neuvième arrondissement. Mobile dans la mesure où les dealers et les consommateurs déplacent leurs activités au sein de cette espace en fonction des alias de la répression policière et des réactions hostiles et quelques fois violentes des habitants. Des scènes ouvertes de Crack existent aussi en Martinique, Guadeloupe et Guyane.

### local markets, trafficking/dealing/distribution patterns

#### local markets, dealing

Depuis quelques années le marché de la cocaïne semble mieux se structurer et s'organiser. De nouveaux profils de vendeurs apparaissent et la visibilité des petits trafics s'accroît particulièrement sur l'espace public.

Deux éléments permettent de mesurer le degré de structuration atteint par le deal de cocaïne :

- la visibilité du petit trafic dans l'espace public : cantonnée auparavant principalement dans les appartements, pour des usagers discrets et bien insérés socialement, la vente de rue de cocaïne sous forme de chlorhydrate (poudre) a fait son apparition, notamment à Paris, Bordeaux et Metz et dans une moindre mesure à Lyon. À Paris, le petit trafic de cocaïne s'est diffusé vers des quartiers jusqu'alors épargnés. Les choses se passent comme si héroïne et cocaïne troquaient statut et rôle : la vente de cocaïne passe de l'espace privé vers l'espace public alors que celle d'héroïne suit le chemin inverse.
- Les remaniements dans les réseaux du petit trafic de cannabis et d'héroïne : sur certains sites, des petits trafiquants de cannabis et d'héroïne commencent à vendre aussi de la cocaïne tandis que d'autres petits trafiquants d'héroïne s'orientent progressivement vers la vente exclusive de cocaïne.

Pour ce qui est du Crack, il semble que c'est uniquement à Paris que le petit trafic atteint un degré élevé d'organisation et de structuration. En témoignent, la régularité de l'approvisionnement et la stabilité relative du prix. Ailleurs le deal de Crack, soit n'existe pas soit est observé ponctuellement.

### Trafficking

Interpellations : les interpellations pour trafic de cocaïne ou de crack sont en augmentation constante depuis 1996. En l'espace de quatre ans, celles ci ont augmenté de 64 %. Par rapport à l'année précédente, l'année 1999 enregistre une augmentation de l'ordre de 22 %.

#### **Evolution des interpellations pour trafic de cocaïne et du Crack entre 1996 et 1999.**

	1996	1997	1998	1999	Evolution 98/99
Cocaïne et Crack	721	811	972	1188	+ 22, 22

Source : OCRTIS

Saisies : La forte augmentation du volume des saisies entre 1998 et 1999 est à interpréter avec précaution dans la mesure où elle traduit essentiellement la réalisation de quelques saisies exceptionnelles. Abstraction faite de celles-ci, l'augmentation est d'environ de 21 % par rapport à 1998. Le nombre de saisies quant à lui enregistre une augmentation de l'ordre de 10 %.

#### **Evolution des quantités et nombre de saisies de la cocaïne et du Crack entre 1996 et 1999.**

Types de produit	1996		1997		1998		1999	
	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisies	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies
Cocaïne*	1742	1213	844	1471	1050	1688	3687	1865
Crack*	11	244	16	228	25	334	10	405

\* Quantité exprimée en kg

Sources : OCRTIS

#### supply routes/countries

En 1999, le principal pays d'exportation directe de la cocaïne vers la France est la Colombie avec environ les deux tiers de la cocaïne saisie. Les pays d'Amérique du sud totalisent environ 81% des saisies. Pour ce qui est des principaux pays de transit de la cocaïne vers la France ils sont par ordre d'importance, les pays d'Amérique du sud, d'Amérique centrale et la zone Caraïbes. Quant au transit par les pays de l'Union Européenne, l'Espagne se place au premier rang avec environ un peu moins de deux tiers (62%) suivie par les Pays Bas (28 %).

### **13.4 interventions projects**

L'accroissement constant de l'usage de la cocaïne et du crack, depuis quelques années, est loin de s'estomper ; selon la plupart des observateurs, elle s'inscrit au contraire dans une tendance à l'augmentation.

La consommation de ce type de psychostimulants continue à représenter un problème majeur pour les services de soins spécialisés, confrontés à une demande d'aide, et de soins croissants.

Dans la perspective d'une meilleure réponse aux problèmes posés par ces usages et ces usagers il est devenu nécessaire de diversifier le système de soins.

L'ouverture des Boutiques (*drop in*), lieux d'hébergement de nuit (*Sleep-in*), et des structures de bas seuil a permis de donner une visibilité à la problématique de consommateurs de crack très désaffiliés pour qui l'accès aux soins et aux services sociaux était presque inexistant. C'est uniquement dans le cadre de l'espace festif techno qu'il existe de véritables actions de prévention spécifiques centrées sur

l'usage des stimulants et des hallucinogènes dont la cocaïne et le Crack. Une présence sanitaire et paramédicale est organisée pour permettre d'assurer les premiers secours en cas de détresse sanitaire. Ces mêmes équipes assurent la mise à disposition des participants à ces événements de l'eau, des aliments énergétiques, des kits d'injection stériles, des préservatifs ainsi que des brochures d'information sur les produits consommés, leurs effets, les risques qui leurs sont associés etc...

### **Reserch and evaluation**

Peu d'études spécifiques sur les consommateurs de la cocaïne et du Crack ont été réalisées. Récemment les pouvoirs publics ont mis en place un projet *ad hoc* appelé RESTIM. Celui-ci est un réseau inter-institutionnel d'information, de formation et de développement des connaissances cliniques et thérapeutiques sur les usages de psychostimulants. Ce projet a pour objectifs de :

- réunir et diffuser des connaissances fiables et pratiques ;
- développer des formations sur les questions et soutenir les équipes dans leur effort d'adaptation et d'expérimentation ;
- favoriser au sein des dispositifs existants l'ouverture à de nouveaux modes d'accueil et de prise en charge tenant compte des spécificités de ce type d'usagers ;
- réfléchir sur des conduites à tenir adaptées aux différents stades de la consommation et aux altérations provoquées par l'abus de psychostimulants.

## **14. INFECTIOUS DISEASES**

### **14.1 Prevalence and incidence of HCV, HBV and HIV among drug users**

et

### **14.2 Determinants and consequences**

En France, les données de prévalence du VIH et du VHC proviennent le plus souvent d'enquêtes basées sur les déclarations des personnes interrogées. De rares enquêtes, portant sur des échantillons limités, fournissent des résultats à partir de tests biologiques. La confrontation avec la prévalence déclarée montre des résultats concordants pour le VIH et une nette sous-estimation (de la prévalence) déclarée pour le VHC. Suivant leurs objectifs et leurs modalités de mise en œuvre, chacune de ces enquêtes aura tendance à cibler une certaine population d'usagers de drogues (injecteurs ou non-injecteurs, situés dans telle zone géographique), ce qui explique pour une grande part, les différences de prévalence constatées dans les différentes enquêtes.

Les cas de Sida font l'objet d'une déclaration obligatoire et l'évolution de leur nombre est suivie de façon précise. Jusqu'à une date récente, la connaissance des nouveaux cas de Sida fournissait une indication indirecte et retardée de l'évolution de l'épidémie. Jusqu'à l'apparition des trithérapies en 1996, diverses études épidémiologiques laissent supposer que l'impact de la politique de réduction des risques a contribué à la diminution, puis à la stabilisation des nouvelles contaminations VIH chez les usagers de drogues IV observée à partir du début des années 1990. A partir de 1996, la chute très importante des nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (témoins de contaminations survenues plusieurs années auparavant) tient essentiellement aux effets des trithérapies qui retardent l'entrée dans le Sida des sujets séropositifs traités.

#### **VIH et Sida**

##### ***Prévalence de l'infection à VIH***

##### ***Niveau actuel***

- Ensemble des usagers

**La prévalence du VIH déclarée par l'ensemble des usagers de drogues ayant eu recours aux centres spécialisés au mois de novembre est d'environ 13 % en 1999. Le statut sérologique paraît être de mieux en mieux connu, mais la proportion de statuts inconnus reste élevée (24 %).** Le caractère assez exhaustif de l'enquête auprès des centres spécialisés, sa répétition depuis plusieurs années, sa couverture nationale et le nombre élevé d'usagers pris en compte donne une importance toute particulière aux chiffres qui en sont issus. Ils ne concernent néanmoins que la population fréquentant les centres spécialisés, laquelle n'est pas totalement représentative de l'ensemble des usagers de drogues. Les données de prévalence concernant les prises en charge dans les établissements hospitaliers n'ont pas été prises en compte, la présence des services de soins aux malades du Sida parmi les services répondants ayant tendance à donner des chiffres de prévalence au VIH surévalués.

La prévalence déclarée du VIH chez les personnes ayant eu recours aux centres spécialisés au cours du mois de novembre s'inscrit dans une tendance à la baisse. L'évolution constatée pour l'ensemble des recours peut cependant être affectée par la modification dans la structure des produits consommés. Entre 1997 et 1999 la part de l'héroïne et des opiacés dans les produits à l'origine de la prise en charge a regressé, ce qui se traduit mécaniquement par une baisse de la prévalence du VIH, les sérologies positives étant rares chez les usagers de cannabis. Il est donc plus significatif d'observer la prévalence chez les usagers utilisant la voie intraveineuse.

- Usagers de drogues par voie intraveineuse

**Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse pris en charge au mois de novembre, la prévalence du VIH se situait entre 14 et 16 % en 1999** . Après le palier constaté en 1997, la prévalence du VIH a continué à baisser, poursuivant ainsi le mouvement de baisse entamé depuis le milieu des années 1990.

L'enquête une semaine donnée réalisée par l'Institut de veille sanitaire et l'INSERM auprès des usagers de drogues, tous injecteurs, fréquentant les programmes d'échange de seringues en 1998, montre que parmi ceux qui connaissent leur statut sérologique (89% du total de l'échantillon), 19,3 % déclaraient être séropositifs. Ce chiffre doit être comparé à la prévalence de 15,9% constatée dans l'enquête menée par la DREES au mois de novembre. Les personnes fréquentant les PES sont souvent supposées être dans une situation de plus grande précarité que les personnes ayant recours aux centres de soins, ce qui pourrait expliquer une prévalence un peu plus élevée chez les premiers. L'enquête PES montre cependant qu'une proportion très importante des usagers vus dans ces structures avaient déjà fréquenté des centres de soins.

La prévalence du VIH chez les résidents des centres de soins avec hébergement en 1998 (voir enquête du CESES dans les repères méthodologiques) était en revanche beaucoup plus faible que dans les deux enquêtes précédentes (11,2 % au premier semestre 1998, à comparer avec la valeur haute de la fourchette de l'enquête novembre). On peut rappeler que cette population comprenait 90 % d'injecteurs en 1993 et 80 % en 1998.

### **Prévalence déclarée du VIH dans les centres spécialisés**

	1993	1994	1995	1996	1997	1999
Ensemble des usagers						
%séropositifs VIH*	20,3	19,8	17,2	15,3	15,8	13,1
% statut VIH inconnu	33,6	31,2	26,4	24,9	27,2	24,2
Usagers injecteurs						
%séropositifs VIH*	nd	23	20	18	18,3	15,9
% statut VIH inconnu	nd	nd	nd	nd	17,3	14,3

Source : DREES

\* parmi les personnes connaissant leur sérologie

#### - Evolution

Jusqu'au milieu des années 1990, la baisse de la prévalence pouvait s'expliquer conjointement par l'effet des mesures de réduction des risques et l'augmentation du nombre des décès des usagers par Sida ou par surdoses. A partir des années 96-97, cette deuxième composante perd de son poids pour expliquer la baisse de la prévalence, en raison de la forte diminution du nombre de décès chez les usagers de drogues. Enfin, il n'est pas exclu, qu'en raison du caractère déclaratif des prévalences qui sont fournies ici, des facteurs liés à la perception du VIH et de sa gravité puissent modifier à la baisse ces chiffres.

### **Facteurs discriminants**

Les études dont on dispose font apparaître la très grande hétérogénéité des données de prévalence au niveau local. Il n'existe pas une épidémie mais plusieurs, d'ampleur différente selon les régions. Au mois de novembre 1999, la prévalence du VIH parmi les recours dans les centres spécialisés d'usagers utilisant l'injection, est particulièrement élevée en Corse (34 %), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (23 %), Ile-de-France (22 %) et Aquitaine (22%). Elle est par contre beaucoup plus faible que la moyenne nationale en Lorraine (4 %), Nord-Pas-de-Calais (4,6%), Basse-Normandie (4,5 %) et Limousin (6 %). Dans l'enquête de l'IREP, la prévalence est faible dans les sites du Nord et du Nord-Est, en raison du développement tardif de l'épidémie dans ces régions, et se situe à un niveau élevé dans la banlieue parisienne et à Marseille. Dans l'étude coordonnée par GT69 portant sur l'année

1996, la prévalence chez les usagers vus par les médecins généralistes est globalement de 7 à 8 %, avec 2 à 3% dans les départements du Nord et du Rhône et 25 % en Seine-Saint-Denis.

L'âge moyen des usagers de drogues séropositifs au VIH pris en charge en novembre 1999 dans les centres spécialisés est de 35,4 ans contre 31 ans pour les séronégatifs. L'âge moyen des personnes dont le statut sérologique est inconnu est d'environ 29 ans.

Chez les résidents des centres de soins avec hébergement, la prévalence passe de 11% chez les 25-34 ans à 22% chez les plus de 35 ans. La prévalence tend naturellement à augmenter avec l'âge, la durée d'exposition au risque d'infection devenant plus longue. La moindre prévalence chez les plus jeunes est sans doute aussi le résultat d'une plus faible exposition au risque d'infection chez les personnes ayant commencé l'usage de drogues depuis le début des années 1990, en raison des mesures de réduction des risques. La grande majorité des usagers par voie intraveineuse ne partage plus régulièrement les seringues et, même lorsqu'elle les partage, la diminution de l'épidémie réduit les risques de transmission. L'épidémie n'est pas totalement contrôlée dans les zones où elle s'est développée le plus tôt et le plus massivement, la contamination se poursuivant aussi par voie sexuelle. Dans l'enquête GT69, environ un quart des usagers séropositifs déclare ne pas utiliser de préservatifs. La dimension régionale de l'épidémie est elle-même fortement liée à la période de début de consommation. Les résultats de l'enquête multicentrique de l'IREP montrent qu'à Marseille, où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé, seuls 6 % des usagers interrogés ont débuté leur consommation d'héroïne après 1989. À l'autre extrême, on observe à Lille et à Metz, où les prévalences sont les plus basses, une proportion supérieure à 50 % d'usagers ayant débuté leur consommation après 1989.

En 1999, dans l'enquête de la DREES comme dans l'enquête sur les PES, la prévalence du VIH chez les injecteurs est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (18% pour les femmes contre 15% pour les hommes dans l'enquête de la DREES, 24% contre 18% dans l'enquête PES). L'enquête auprès des résidents des centres de soins avec hébergement fait apparaître de façon constante une prévalence plus forte chez les femmes que chez les hommes.

### Nouveaux cas de Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida est en diminution chez les usagers de drogues. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Entre 1997 et 1999, le mouvement de baisse s'est poursuivi bien qu'à un rythme plus faible. On enregistre une évolution similaire des nouveaux cas de Sida chez les homosexuels. Les nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels sont également en diminution, mais à un rythme moins rapide que chez les usagers de drogues et les homosexuels chez lesquels la diffusion de l'infection a connu un pic au milieu des années 1980.

L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de Sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues.

Comparée aux cas déclarés chez les hétérosexuels, la proportion de cas pour lesquels le Sida se déclare chez un sujet ignorant sa séropositivité est beaucoup moins importante chez les usagers de drogues, ce qui semble traduire un bon accès au dépistage. Une assez bonne connaissance de leur statut sérologique a permis aux usagers de drogues de bénéficier, tout comme les homosexuels, des nouvelles associations d'antirétroviraux apparus en France en 1996.

#### **Nouveaux cas de Sida déclarés (Sida chez les usagers de drogues)**

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999*
Total	342	640	905	1079	1218	1341	1491	1373	1312	957	419	332	250

Source : IVS

\* données redressées



## Hépatites C

Pour les hépatites C, on constate une forte proportion de statuts sérologiques inconnus dans les enquêtes, ce qui conduit à recommander de ne pas accorder trop d'importance aux faibles variations des chiffres de prévalence. Seules doivent être prises en compte les grandes tendances.

### Prévalence

#### Niveau

##### - Ensemble des usagers

La prévalence déclarée du VHC chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés au mois de novembre 1999 est d'environ 51 %. Le statut sérologique est inconnu pour un peu moins d'un usager sur quatre, chiffre bien supérieur à celui de 1997 (un usager sur trois).

Dans l'enquête menée à Toulouse en 1996, la prévalence du VHC mesurée par un test biologique (test salivaire) s'établit à 67 % et confirme une sous-estimation de leur séropositivité chez les usagers déclarant connaître leur statut sérologique. 35 % des personnes déclarant être séronégatives se sont révélées positives au test salivaire. La prévalence chez les non-injecteurs est de 13 %, résultat compatible avec celui de l'enquête de novembre 1997.

##### - Usagers de drogues par voie intraveineuse

Au mois de novembre 1999, la prévalence de l'infection au VHC chez les usagers par voie intraveineuse pris en charge dans les centres spécialisés était d'environ 63%. Au premier semestre 1998, dans l'enquête du CESES, la prévalence du VHC s'établissait également à 63 %.

En ce qui concerne l'enquête auprès des usagers fréquentant les PES, menée pendant une semaine en 1998, la prévalence du VHC s'établissait à 59,4 % parmi les usagers connaissant leur statut (81% de l'échantillon).

### Évolution

Depuis que les usagers sont interrogés dans les enquêtes sur leur statut sérologique pour le VHC, la prévalence de cette infection est en augmentation constante. L'évolution à la hausse de la prévalence chez les injecteurs a cependant été assez faible entre 1997 et 1999. La connaissance du statut sérologique s'améliore mais des études ont cependant montré que la mesure de la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues avait tendance à être sous estimée.

#### **Prévalence déclarés du VHC dans les centres spécialisés (%)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1999
Ensemble des usagers						
% séropositifs VHC*	41	43,5	45,7	48	52,3	51
% statut VHC inconnu	59	49,5	40,7	35,5	34,7	27,7
Usagers injecteurs						
% séropositifs VHC*	nd	51	53	57	62	63,1
% statut VHC inconnu					24,8	18,5

Source : DREES

\* parmi les personnes connaissant leur sérologie

### Facteurs discriminants

**Il existe également des différences entre les régions pour la prévalence du VHC mesurée dans l'enquête de novembre 1999, même si la situation paraît plus homogène que pour le VIH.** Les régions à forte prévalence chez les usagers injecteurs pris en charge dans les centres spécialisés sont la Corse (83%), l'Île-de-France (71%), Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon avec une prévalence située entre 67 et 69% dans ces trois régions. On trouve à l'autre extrême, la Champagne-Ardenne (34%), la Réunion (39%). Auvergne, Picardie, Lorraine et Basse-Normandie ont une prévalence située entre 50 et 55%. Dans les autres régions, la prévalence est proche de la moyenne nationale.

Comme pour le VIH, **les usagers séropositifs au VHC pris en charge dans les centres spécialisés en novembre 1999 sont plus vieux que les usagers séronégatifs, un peu plus de 33 ans dans le premier cas contre 30 ans dans le deuxième.** Cette liaison entre le niveau de prévalence et l'âge s'explique dans une large mesure, tout comme pour le VIH, par une moins bonne connaissance de leur statut par les plus jeunes et une plus longue durée d'exposition au risque d'infection des plus âgés. La diminution de la prévalence suivant la date de début de l'usage est beaucoup moins forte que pour le VIH, différence qu'on peut attribuer au caractère massif de l'épidémie, à la plus forte charge virale du VHC et à sa plus forte résistance en milieu extérieur. Ces caractéristiques du virus permettent sa transmission, même en l'absence de partage des seringues, lorsqu'un usager réutilise sa seringue personnelle.

**Prévalence de la contamination au VIH VHC et VHB dans les études récentes**

	Novembre établissements spécialisés	Etude multicentrique IREP	Réseau ville-hôpital des départements du Nord, Rhône et Seine-Saint-Denis	Enquête usagers de drogues de Toulouse	Enquête PES	Réseau ville-hôpital du département de Vaucluse	Ares 92	SUBTARES
VIH % séropositifs	16%	17-20%	6,7-8%	15%	19%	14%	22-29%	20-22%
% statut inconnu	14%	12%		0%	11%	nd	25%	10%
VHC % séropositifs	63%	48-76%	61-68%	67%	59%	49%	81-87%	56-62%
% statut inconnu	18%	28%	18%	0%	19%	nd	37%	13%
VHB % séropositifs	nd	23-44%	35,2%	nd	17%	22%	68-81%	34-76%
% statut inconnu	nd	28%	30%	nd	23%	nd	37%	32%
Population	Usagers de drogues par voie injectable ayant recours aux établissements spécialisés	Usagers de drogues par voie injectable	Recours aux médecins de réseaux et aux structures hospitalières de soins pour maladie infectieuse	Usagers vus par diverses structures sanitaires et répressives	Usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues (tous injecteurs)	Patients pris en charge par des médecins généralistes pour substitution	Recours aux médecins généralistes	Recours aux médecins généralistes pour substitution
Types de données	Déclarées par les centres de soins	Déclarées par les usagers	Déclarées par les médecins généralistes à partir de tests biologiques	Tests salivaires auprès d'usagers	Déclarées par les usagers	Déclarées par les médecins	Déclarées par les médecins	Déclarées par les médecins
Nombre de patients	15279	1703	689	249	1004	197	95	300
Année	1999	1995	1996	1996	1998	1997	1996	1996
Zone géographique	France entière	Paris et région parisienne, Lille, Metz, Marseille	Départements du Nord, du Rhône et de la Seine Saint-Denis	Toulouse	France entière	Vaucluse	Hauts de seine	Paris, Strasbourg, Nice, Bordeaux

Source : OFDT

**Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers incarcérés**

D'après l'enquête menée dans quatre prisons française auprès de 1 212 détenus en 1997 et 1998 on constate que les usagers de drogues sont plus nombreux à avoir déjà eu recours à des tests de dépistage VIH ou VHC. En revanche, la couverture vaccinale contre l'hépatite B est assez proche chez les usagers et les non-usagers, et se révèle tout à fait insuffisante. D'autre part, les prévalences au VIH et au VHC, obtenues d'après un test salivaire volontaire sont plus élevées qu'en population générale et particulièrement alarmantes parmi les usagers de drogues.

**Pratiques à risque et prévention des détenus selon l'usage de drogues**

	Non UD (57 %)	UD non injectables (43 %)	UDVI (12 %)	UDVI actifs (9 %)
Dépistage VIH	59 %	78 %	76 %	76 %
Dépistage VHC	20 %	37 %	58 %	59 %
Vaccination VHB	24 %	34 %	27 %	24 %
Prévalence du VIH	1,5 %	3,1 %	11,4 %	13,3 %
Prévalence du VHC	3,5 %	14,3 %	52,5 %	55,3 %

Source : Réseau européen de prévention du VIH et des hépatites en prison, Rapport 1998

**14.3 New developments and uptake of prevention/harm reduction, care****La politique de lutte contre les maladies infectieuses chez les usagers de drogues en France****Le dispositif de réduction des risques**

En France, la politique de réduction des risques infectieux a été impulsée par les pouvoirs publics dans les années 1990 pour faire face à l'extension de l'épidémie du VIH puis de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse.

L'objectif poursuivi est de faciliter l'accès aux seringues stériles et l'ensemble du matériel d'injection stérile par les usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est également de lutter contre les complications découlant de l'usage des drogues :

- complications liées à l'utilisation de la voie veineuse et à l'injection de produits dans de mauvaises conditions d'hygiène,
- problèmes sociaux liés à l'isolement et à l'errance

A la suite du décret de 1987 relatif à la libéralisation des ventes et du plan de lutte contre la toxicomanie adopté en 1993, plusieurs initiatives du ministre chargé de la santé ont favorisé le développement des actions de réduction des risques infectieux :

- soutien de l'Etat à la mise en place des programmes d'échange de seringues, à l'implantation d'automates et à l'ouverture des lieux d'accueil de proximité (boutiques, sleepin)
- mise sur le marché de trousse de prévention pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (Stéribox®, Kits®, et Kap®)

Ce dispositif vise à permettre l'accès au matériel d'injection quelle que soit la situation sociale des usagers de drogues. Il s'appuie sur la complémentarité des acteurs qui participent à la politique de réduction des risques :

- Les pharmaciens qui délivrent de seringues à l'unité ainsi que des trousse de prévention
- Les associations gérant des programmes d'échange de seringues
- Les associations gérant des lieux d'accueil
- Les collectivités locales qui ont la responsabilité de l'implantation des automates, distributeurs, récupérateurs et échangeurs de seringues (trousse de prévention)

### **Les programmes d'échange de seringues**

L'échange de seringues a commencé à être pratiqué dès la fin des années 1980 sur l'initiative des associations humanitaires comme Médecins du monde. Il existait encore cependant moins d'une dizaine de programmes d'échange de seringues en 1993. Le plan adopté cette même année fait entrer le développement des programmes d'échange de seringues dans ses objectifs. Au premier mars 1994, 16 programmes sont financés et on en comptera 61 en 1996 et une centaine à la fin 1999. Les PES distribuent des seringues à l'unité ou des trousse de prévention. Les équipes de programmes d'échange de seringues doivent effectuer un travail de proximité auprès des usagers dans leur environnement habituel. C'est pourquoi elles sont le plus souvent basées sur une unité mobile ou « bus » aménagé à cet effet. On ne dispose malheureusement pas d'informations récentes sur l'évolution du nombre de seringues distribuées par les PES.

### **Le Stéribox® et les autres trousse de prévention**

À la suite de l'action pilote menée par l'association Apothicom dans les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, la vente en pharmacie de la trousse de prévention Stéribox®, au contenu à peu près identique au Kit® ou aux Kap®, est généralisée à l'ensemble du territoire. Les subventions de l'État permettent à cette trousse de prévention d'être vendue à un prix modéré. Plus de 2,9 millions de Stéribox® ont été distribués ou vendus en 1999, soit environ 240 000 par mois. Depuis 1996, le nombre de Stéribox® vendu était en augmentation. Les ventes du premier semestre 2000 sont en recul par rapport au premier semestre de l'année précédente. Le Stéribox® ne représente cependant qu'une partie de l'ensemble des seringues vendues aux usagers (part estimée à 30% en 1997). Il est par conséquent difficile de déterminer quelle est l'évolution globale du nombre de seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Le Stéribox® est une trousse de prévention destinée aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Elle contient deux seringues, deux tampons alcoolisés et de l'eau stérile pour l'injection. Les subventions de l'État lui permettent d'être vendues à un prix modéré. Les Kits et les Kaps sont distribuées gratuitement par les associations agissant dans le domaine de la réduction des risques. Le contenu des trousse de prévention a été modifié en 1999 (Stéribox 2®, Kit+®) pour mieux répondre aux risques infectieux du VHC lié au partage de matériel annexe d'injection. Elles contiennent dorénavant deux récipients de chauffe et de dilution, deux filtres et deux tampons secs qui ont été ajouté au contenu antérieur.

### **Les automates**

L'implantation de récupérateurs de seringues et de distributeurs automatiques de trousse de prévention sur la voie publique, encouragées par les pouvoirs publics, est une décision qui relève de la compétence des maires. Les dépenses d'investissement nécessaires à ces implantations peuvent être prises en charge à 100% par l'État, les dépenses de fonctionnement restant à la charge des communes. On comptait, fin 1999, environ 250 automates, distributeurs, récupérateurs et échangeurs de trousse de prévention. Ils comprennent les échangeurs électroniques (contre une seringue, un Kit+ ou un Kap), les récupérateurs électroniques ou mécanique (contre une seringue, un jeton), les récupérateurs simples (poubelles à seringues), les distributeurs mécaniques (contre un jeton, un Kit+) et enfin les bornes de prévention ou totem (meuble urbain modulable pouvant contenir un récupérateur mécanique, un distributeur mécanique de Kit+, un distributeurs de préservatifs, un panneau d'information). Deux catégories de distributeurs sont actuellement sur le marché : les distributeurs installés sur la voie publique, mis en place le plus souvent à l'initiative de la municipalité ; le distributeur de Stéribox® 2, accolé à la façade d'une pharmacie et activé aux heures de fermeture de celle-ci.

### **Les Boutiques**

Les boutiques sont des structures d'accueil pour usager de drogues actifs en grande précarité, ne souhaitant pas ou pas encore interrompre leur consommation de produits. Deux «boutiques », du nom du premier lieu d'accueil ont été créées en 1993. Leur nombre va rapidement augmenter, pour atteindre 34 à la fin 1999.

#### **Le dispositif de réduction des risques au 31 décembre 1999**

Types de dispositifs	Nombre
Programmes d'échange de seringues	Environ 100
Boutiques	34
Nombre de Stérobos vendus	2,9 millions
Nombre d'automates	250

Source : Direction générale de la santé / SD6B/ Division Sida

La politique de réduction des risques en 1998, telle qu'elle s'exprime dans une circulaire de la division Sida de la Direction générale de la santé, se situe dans la continuité des années précédentes. Mettant en garde contre le risque de cloisonnement entre les structures de premiers contacts (boutiques, bus) et le dispositif de droit commun et spécialisé, cette circulaire appelle au développement de la culture de réduction des risques chez l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social. Cette circulaire propose également aux associations d'élaborer des projets de réduction des risques «généralistes» orientés vers des populations marginalisées autres que les usagers de drogues.

Le plan triennal adopté par la MILDT en 1999 prévoit le développement de la politique de réduction des risques par la création d'emplois dans les structures de première ligne, l'augmentation du nombre de sleep-in, de boutiques, de programmes d'échanges de seringues et d'équipes mobiles de proximité dans les quartiers les plus difficiles, ainsi que des distributeurs automatiques de seringues.

### **Le plan nationale de lutte contre l'hépatite C<sup>27</sup>**

Pour faire face à l'enjeu majeur de santé publique que représente l'hépatite C, et compte tenu des nouvelles perspectives thérapeutiques, un plan national de lutte contre l'hépatite C a été adopté par le gouvernement en 1999. Il rassemble, dans une démarche cohérente, prévention, dépistage, soins et recherche. Ce plan de lutte concerne l'ensemble des populations atteintes ou susceptibles d'être atteintes par le virus de l'hépatite C. Les usagers de drogues qui constituent une des population les plus exposées sont concernées au premier chef par les dispositions de ce plan.

Depuis 1990, diverses dispositions de lutte contre l'hépatite C ont été prises. Elles ont portées sur la sensibilisation et l'information des professionnels, sur la sécurisation des produits sanguins, sur l'accès facilité au dépistage et aux soins avec une prise en charge des actes à 100 % depuis 1993, sur un dépistage ciblé préconisé et sur une réorganisation des soins autour de 30 pôles de références hépatite C permettant un travail en réseau. Toutefois, malgré ces mesures, le dépistage reste insuffisant et la proportion de personnes malades bénéficiant des thérapeutiques antivirales reste limitée.

Face à cette situation, le programme définit, sur 4 ans, des priorités nationales qui seront mises en oeuvre aux niveaux régional et local. Il a pour but de faciliter et de renforcer l'accès au dépistage et à

<sup>27</sup> Le texte qui suit reproduit pour l'essentiel des extraits du dossier sur l'hépatite C figurant sur le site du ministère de l'emploi et de la solidarité [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

l'offre de soins par le travail en réseaux autour de la personne malade. Ce programme met aussi l'accent sur la prévention de l'infection par le virus de l'hépatite C ainsi que sur la formation et la recherche.

Il est accompagné de moyens nouveaux. Les crédits de l'Etat pour la lutte contre les maladies transmissibles ont été augmenté en 1999 pour permettre des actions spécifiques contre l'hépatite (16 millions de francs) et la prise en charge de nouveaux traitements est intégrée dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie dans la loi de financement de la Sécurité Sociale.

### **Renforcer l'accès au dépistage**

#### **Objectif**

Obtenir, d'ici 2002, qu'au moins 75 % des patients porteurs du VHC connaissent leur statut sérologique (30 % le connaissaient en 1994, plus de 40 % actuellement).

Pour cela, il faut notamment renforcer l'information des personnes particulièrement exposées et sensibiliser les médecins à l'intérêt du dépistage chez toute personne susceptible d'avoir été contaminée par voie sanguine ou présentant des signes cliniques évocateurs d'hépatite C. Depuis 1997, les missions des centres de dépistage anonymes et gratuits ont été élargies au dépistage de l'hépatite C.

#### **Les nouvelles mesures contenues dans le plan**

Incitation au dépistage par une campagne d'information ciblée et adaptée (2 MF en 1999) auprès des populations particulièrement exposées (les usagers de drogues par voie intraveineuse ou voie nasale, anciens ou actuels ; les personnes transfusées avant mars 1991)

Des moyens financiers additionnels (1,5 MF en 1999) ont permis de renforcer l'offre de dépistage dans les CDAG, les dispensaires des Conseils Généraux et les unités de soins en milieu pénitentiaire.

#### **Les moyens**

3,5 MF de mesures nouvelles en 1999. Ces moyens viennent s'ajouter aux 10 MF déjà consacrés au dépistage des risques hépatites C et VIH chez les usagers de drogue intraveineuse.

### **Améliorer la prise en charge**

#### **Objectif**

D'ici 2002, au moins 80 % des patients relevant de la thérapeutique antivirale devraient être sous traitement.

#### **Les mesures déjà prises**

En 1998, un crédit de 12 MF a permis un renforcement des 30 "pôles hépatite C", référents pour les protocoles diagnostiques et thérapeutiques. Ils ont en charge l'information des professionnels de santé, coordonnent les travaux de recherche scientifique et concourent à la surveillance épidémiologique. Ils ont également pour mission de développer des réseaux VHC. En 1995 et 1996 des crédits d'un montant de 10,7 MF avaient permis leur mise en place.

#### **Les mesures nouvelles contenues dans le plan**

Les "réseaux VHC" seront développés. Organisés autour de la personne, ces réseaux permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge grâce à la collaboration entre le secteur libéral et hospitalier, les associations d'usagers. Plus de quatre mille patients consultent chaque jour une de ces structures.

- La ribavirine a obtenu son autorisation de mise sur le marché en 1999. La conférence européenne sur l'hépatite C de février 1999, recommande le traitement par bithérapie chez tous les patients naïfs ou rechuteurs ; selon les cas le traitement est d'une durée de 6 mois ou d'un an (le coût du traitement en bithérapie est d'environ 40 000 francs pour 6 mois et de 80 000 francs pour un an).

- La mise en place d'un dossier médical partagé pour les personnes infectées par le VHC permettra de faire le lien entre les différents acteurs de santé afin d'améliorer l'organisation et la qualité des soins et du suivi. Il sera remis à chaque personne concernée.
- La mise à la disposition de la personne vivant avec le VHC d'un livret d'information sur la physiopathologie du VHC, les facteurs aggravants de l'infection - particulièrement la consommation d'alcool - et les traitements, permettra de faciliter l'observance de la thérapeutique.

### **Les moyens**

12 MF en 1998 et 13 MF en 1999 pour renforcer les pôles et les services cliniques hospitaliers, 7,4 MF de mesures nouvelles pour les actions des réseaux de proximité et l'information des professionnels.

## **Réduire les risques de nouvelles contaminations par le VHC**

### **Objectif**

Réduire l'incidence des infections par le VHC chez les usagers de drogue par voies intraveineuse et per nasale, ainsi que les risques d'infections nosocomiales.

### **Les mesures existantes**

- Information et sensibilisation des usagers de drogues par voies intraveineuse et nasale sur les comportements à risque transmettant potentiellement le VHC.
- Recommandations sur les pratiques de décontamination, de désinfection et de stérilisation en milieu hospitalier.

### **Les mesures nouvelles**

Aucune de ces mesures nouvelles ne touchent spécifiquement les usagers de drogues. On peut néanmoins citer :

- Poursuite de l'expérimentation et de l'évaluation du dosage de l'ARN plasmatique (PCR) lors des dons de sang pour réduire le risque transfusionnel résiduel,
- Renforcement des mesures d'hygiène en prison : mise à disposition de matériels à usage individuel et/ou unique (rasoirs, brosses à dents...),
- Renforcement de la lutte contre les infections d'origine virale, par les comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN). Elaboration et diffusion de protocoles de bonnes pratiques en particulier sur la désinfection du matériel médical.
- Mise en place de nouvelles modalités de dépistage et de suivi des personnes ayant eu un accident d'exposition au sang (protocoles de prise en charge en cours d'élaboration),
- Mise en place de formation des professionnels, en particulier sur l'histoire naturelle de la maladie, les indications du traitement et les bonnes pratiques de prise en charge,
- Mise en place des guides régionaux destinées aux acteurs socio-sanitaires qui positionnent les différentes structures et leurs fonctions pour ce qui concerne le dépistage et la prise en charge du VHC.

### **Les moyens**



En 1999, 35 MF consacrés par an aux mesures de réduction des risques pour les usagers de drogues et 2,6 MF de mesures nouvelles permettront des actions de communication auprès des autres populations cibles.

La lutte contre la transmission du virus de l'hépatite C est prioritaire dans les mesures renforçant l'hygiène dans les établissements de santé.

### **Améliorer les connaissances**

#### **Objectif**

##### **Développer les connaissances sur :**

- l'évolution clinique de l'hépatite C traitée et non traitée,
- l'incidence des événements graves,
- les indicateurs de morbidité (cirrhose, carcinome hépatocellulaire),
- les nouvelles contaminations.

Plusieurs études cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques financées au sein de l'INSERM ou par l'ANRS et le Programme Hospitalier de Recherche Clinique seront poursuivies ou développées, grâce notamment à la mise en place d'une cohorte de personnes vivant avec le VHC. Elles portent notamment sur :

- les modalités de contamination encore mal connues (investigations des primo-infections),
- les comportements à risque et le rôle des facteurs de co-morbidité,
- les attitudes des médecins par rapport au dépistage et au suivi des patients
- l'évolution clinique des patients mono-infectés par le VHC et des patients co-infectés par le VHC et le VIH.
- l'efficacité de différentes stratégies thérapeutiques.

#### **Moyens**

- En 1998, plus de 20 MF ont été consacrés à la recherche sur l'hépatite C.
- En 1999, 9 MF supplémentaires, en particulier au travers de l'élargissement des missions de l'ANRS, seront réservés à la recherche sur le VHC.
- L'hépatite C a été retenue comme thème prioritaire pour le Programme Hospitalier de Recherche Clinique.

### **Surveiller et évaluer l'évolution de l'épidémie**

#### **Objectifs**

- Surveiller l'épidémie en suivant la prévalence de l'infection et l'incidence des nouveaux cas diagnostiqués.
- Evaluer l'évolution des infections récentes, ainsi que le recours au dépistage et aux soins.

#### **Actions**

- Surveillance des hépatites C nouvellement prises en charge : ce projet de surveillance pérenne a pour objectif de suivre la progression de la prise en charge de l'hépatite C dans ses trois composantes : dépistage, recours aux soins et prise en charge. Il reposera sur des informations collectées régulièrement auprès des pôles de référence hépatite C. Cette surveillance complétera le recueil d'information sur l'activité hospitalière mis en place par la

Direction des hôpitaux et la Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

- Nouvelles infections par le VHC : il s'agit d'identifier, par une enquête nationale, les modes de transmission résiduels du VHC (nosocomial en particulier). Cette étude des séroconversions récentes a été mise en place récemment auprès des donneurs de sang réguliers (Agence Française du Sang) ; elle sera élargie à d'autres sources de données. A partir de cette enquête, une cohorte de personnes à date d'infection connue sera constituée.
- Autres études sur les nouvelles infections :
  - Incidence de l'infection à VHC dans une cohorte d'usagers de drogue par voie intraveineuse des régions de Lille et de Metz : ce projet a débuté en 1999, grâce à un co-financement du réseau national de santé publique (RNSP) et de l'agence nationale recherche contre le sida (ANRS).
  - Recensement des infections à VHC après accident d'exposition au sang et surveillance des hépatites virales chez les donneurs de sang. La surveillance des donneurs réguliers de sang montre une incidence de 2,69 pour 100 000 personnes par an.

Au niveau national, les travaux des différents registres des hépatites seront coordonnés.

## Moyens

En 1998, les moyens consacrés par l' Institut national de Veille Sanitaire (InVS) à l'épidémiologie de l'hépatite C ont été renforcés (+ 1,2 MF).

En 1999, 2 MF ont été spécifiquement consacrés à cette évaluation épidémiologique.

## Evaluer le programme

### Objectif

Adapter le programme à l'évolution des connaissances thérapeutiques et aux besoins des personnes concernées.

**Sur le plan national** : un comité de suivi s'assurera de la mise en oeuvre du programme, de son évaluation, de son éventuelle réorientation. Ce comité associera l'ensemble des structures concernées par l'épidémie de l'infection par le virus de l'hépatite C.

L'évaluation portera :

- sur les moyens mis en oeuvre ;
- le nombre de personnes prises en charge ;
- la comparaison avec les autres pays.

**Aux niveaux local et régional** : le programme sera adapté et piloté par les services déconcentrés de l'Etat en tenant compte des caractéristiques épidémiologiques et démographiques locales en coopération avec les pôles de référence.

**Les moyens** 500 000 Francs par an sont prévus dès 1999 pour l'évaluation du programme national de lutte contre l'hépatite C.

### Bibliographie chapitre 14

BELLO (P.Y.), PASQUIER (C.), GOURNEY (P), Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification des facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 20/1998, 19 mai 1998

CHOSSEGROS (P.), *Enquête toxicomanie hépatite C*, GT69, Rapport d'enquête, 1998.

DRESS, *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Documents Statistiques, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, à paraître

*Drogues et Toxicomanies, Indicateurs et Tendances*, OFDT, Paris, 1999

EMMANUELLI (J.), LERT (F.), Enquête sur les usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, Rapport OFDT, 1999.

Expertise collective INSERM, *Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement*, Paris, Les éditions INSERM, 1997, 265 p.

IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'Hépatite*, rapport de recherche, IREP, Paris, décembre 1996.

*La politique française de lutte contre l'infection à VIH, mise en œuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogues*, édition 2000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

*Rapport du Réseau Européen sur la Prévention du VIH et des Hépatites en Prison remis à la Commission Européenne*, Juin 1998.

SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J-B.), Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, juillet 1993 à juin 1998, Centre européen pour la surveillance du Sida, 1999.

**Liste des tableaux et graphiques**

Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue (crédits votés en loi de finance initiale) En millions de francs	16
Répartition des crédits interministériels pour l'année 2000 (loi de finance initiale). En Francs	17
Répartition des crédits interministériels pour l'année 2000 (loi de finance initiale). En Euros	18
Dépenses des administrations publiques imputables à la drogue (en millions de francs)	19
Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine (extrapolation faite sur l'ensemble des 12-75 ans soit environ 48 millions de personnes en 1999)	24
Prévalence déclarée de la consommation de drogues illicites parmi les adultes âgés de 12 à 75 ans	26
Prévalences déclarées chez les hommes de 18-23 ans convoqués en centre de sélection du service national en 1996	27
Expérimentation de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge	27
Usages de drogues illicites au cours de la vie chez les 14-18 ans, 1993-1999	29
Cannabis et inhalants : usage au cours de la vie par sexe et par âge, 1993-1999	30
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés «à problèmes»	31
Proportion de personnes prises en charge en novembre 1999 pratiquant l'injection intraveineuse	32
Evolution de la proportion d'injecteurs dans les prises en charge du mois de novembre	32
Répartition des usagers de drogues pris en charge durant le mois de novembre 1999 selon la catégorie d'établissement	34
Répartition des recours des usagers de drogues dans les centres spécialisés	35
Evolution des recours des usagers de drogues aux centres spécialisés selon le produit à l'origine de la prise en charge (1989 – 1999)	36
Age des usagers selon les produits à l'origine de la prise en charge dans les centres spécialisés en 1999	36
Evolution de l'âge des usagers pris en charge dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires	37
Nombre de décès par surdose	40
Décès liés à l'usage de drogue	41
Décès par Sida des usagers de drogues	41
Activité professionnelle des usagers ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1997	42
Interpellations pour usage et usage-revente (tous produits)	44
Interpellations pour usage et usage-revente par produits	45
Interpellations pour usage, usage-revente et trafic de stupéfiants	47
Interpellations pour trafic par produits	48
Interpellations et condamnations pour usage (infraction principale)	49
Condamnations pour infractions d'usage et infractions associées	51
Nombre de condamnations pour infractions principales liées au commerce de stupéfiants	52
Condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 1991, 1996 et 1997	53
Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage	54
Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage au 1 <sup>er</sup> janvier 2000	54
Flux d'incarcérations pour infraction liée au commerce de stupéfiants	55
Nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires au 1 <sup>er</sup> janvier 2000	55
Coûts sociaux des drogues en France, 1997 (millions de francs)	56
Calcul du montant estimé des ventes de cannabis en France	59
Saisies de produits stupéfiants	63
Nombre de saisies de cannabis et d'héroïne	63
Dimensions innovantes du dispositif Point Ecoute, tel qu'il est perçu par ces acteurs	77

Les Points Ecoute en 1999.	77
Les catégories d'appelants - DIS	79
Produits cités par les appelants – Drogues Info Services	80
Les différents types de structures du dispositif de soins spécialisés aux usagers de drogues	86
Les injonctions thérapeutiques prononcées et suivies :	90
Montée en charge du programme	92
Expérimentations de la cocaïne et du Crack : prévalence au cours de la vie par sexe et par âge (en %)	109
Evolution des interpellations pour usage simple de la cocaïne ou du Crack entre 1998 et 1999.	110
Prévalence de Consommation de la cocaïne parmi les participants aux événements festifs techno	111
Recours aux soins pour usage de cocaïne ou de Crack comme premier produit à l'origine de la prise en charge en 1997	113
Décès avec présence de cocaïne ou de crack : (13), au cours de l'année 1999	114
Evolution des interpellations pour trafic de cocaïne et du Crack entre 1996 et 1999.	116
Evolution des quantités et nombre de saisies de la cocaïne et du Crack entre 1996 et 1999.	116
Prévalence déclarée du VIH dans les centres spécialisés	119
Nouveaux cas de Sida déclarés (Sida chez les usagers de drogues)	120
Prévalence déclarés du VHC dans les centres spécialisés (%)	121
Prévalence de la contamination au VIH VHC et VHB dans les études récentes	123