

2001 REITOX core task 1 CT.2001.RTX.01-F

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

PART 1 NATIONAL STRATEGIES: INSTITUTIONAL & LEGAL FRAMEWORKS	4
1. Developments in Drug Policy and Responses	4
1.1 Political framework in the drug field	4
1.2 Policy implementation, legal framework and prosecution	5
1.3 Developments in public attitudes and debates	16
1.4 Budget and funding arrangement	20
PART 2 EPIDEMIOLOGICAL SITUATION	24
2. Prevalence, Patterns and Developments in Drug Use	24
2.1 Main developments and emerging trends	24
2.2 Drug use in the population	25
2.3 Problem drug use	33
3.1 Drug treatment demand	36
3.2 Drug-related mortality	43
3.3 Drug-related infectious diseases	46
3.4 Other drug-related morbidity	50
4. Social and Legal Correlates and Consequences	51
4.1 Social problems	51
4.2 Drug offences and drug-related crime	53
4.3 Social and economic costs of drug consumption	63
5.1 Availability and supply	64
5.2 Seizures	65
5.3 Price, purity	67
6. Trends per drug	68
Cannabis	69
Synthetic drugs	70
Heroin/opiates	71
Cocaine/crack	72
Multiple use	73
7. Discussion	74
7.1 Consistency between indicators	74
7.2 Implications for policy and interventions	74
7.3 Methodological indications and data quality	74
PART 3 DEMAND REDUCTION INTERVENTIONS	79
8. Strategies in Demand Reduction at National Level	79
8.1. Major strategies and activities	79
8.2 Approaches and New Developments	79

9. Intervention Areas	80
9.1 Primary prevention	80
9.2 Reduction of drug related harm	91
9.3 Treatments	95
9.4 After-care and re-integration	99
9.5 Interventions in the Criminal Justice System	100
9.6 Specific targets and settings	103
10. Quality Assurance	103
10.1 Quality assurance procedures	104
10.2 Evaluation (Treatment and prevention evaluation)	105
10.3 Research	107
10.4 Training for professionals	109
PART 4 KEY ISSUES	111
11 Polidrug use : drug set and setting	111
11.1 Patterns and users groups	111
11.2 Health consequences and negative effects	121
11.3 Risk assessment and local market	125
11.4 Specific approaches to the interventions	126
11.5 Methodological issues	126
12. Successful treatment : the effectiveness of the intervention	127
12.1 The approaches to treatments and the related concepts of success	127
12.2 Evaluation of the treatments	127
12.3 Methodological issues	127
13 Drug users in prison	128
13.1 Epidemiological situation	128
13.2 Availability and supply	129
13.3 Contextual information	130
13.4 Demand reduction policy in prison	132
13.5 Evaluation of drug users treatments in prison	133
13.6 Methodological issues	134
References	137
Bibliography	137
Data bases	138
Annex	139
Drug monitoring system and sources of information	139
Liste des tableaux, graphiques et cartes	142
Liste des sigles	145

PART 1 NATIONAL STRATEGIES: INSTITUTIONAL & LEGAL FRAMEWORKS

1. Developments in Drug Policy and Responses

1.1 Political framework in the drug field

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est chargée de veiller pour le compte du « Comité interministériel permanent de lutte contre la drogue et la toxicomanie » à la mise en œuvre des orientations de politique publique décidées par ce dernier. Sur la base des propositions d'orientations développées par la MILDT, un plan triennal (1999-2000-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a été adopté par le gouvernement.

Ce plan pose certains constats :

- Les modes de consommation de produits psychoactifs 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. Plusieurs axes prioritaires apparaissent et notamment :

- Le développement de l'observation des phénomènes de consommation de produits psychoactifs licites et illicites en mettant l'accent sur les travaux en sciences sociales (études et recherches) et l'organisation des connaissances pour éclairer les politiques publiques ;
- La diffusion de données fiables, scientifiquement validées, auprès du grand public pour apporter les réponses nécessaires sur l'état du phénomène ;
- L'élargissement de la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs (et non plus uniquement sur les produits) ;
- Le développement, chez tous les professionnels et acteurs de la prévention, d'une culture de référence commune sur les produits psychoactifs pour faire en sorte que les politiques publiques et les orientations nouvelles qui sont adoptées soient comprises et partagées par tous ceux qui sont censés les mettre en œuvre.
- La diffusion de la politique de réduction des risques et des dommages à l'ensemble des comportements de consommation ;
- La mise en place d'une prise en charge sanitaire et sociale précoce (avant que les consommateurs de substances psychoactives ne deviennent dépendants) pour un accompagnement adapté des consommateurs de produits psychoactifs ;
- L'intégration d'une logique de santé publique dans la sécurité publique à partir d'une politique pénale adaptée qu'il s'agisse des usagers interpellés ou ceux placés en détention ;
- Le renforcement de la lutte contre les trafics fondé sur la diversification de ses moyens d'action qu'il s'agisse de la lutte contre le trafic local ou international, du blanchiment (loi de 1996 sur le " proxénétisme de la drogue ") ou de l'approche par les précurseurs chimiques ;
- Le développement d'une action internationale de la France autour d'une approche globale équilibrée entre réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des

risques. Cela passe par une redéfinition des priorités géographiques s'attachant aussi au développement d'actions de réduction de la demande et des risques.

Avec la nouvelle **circulaire¹ du Premier ministre du 13 septembre 1999** le principe et la nécessité d'une coordination locale sont réaffirmées tandis que les missions confiées aux chefs de projet départementaux se voient précisées et renforcées dans la mesure où un processus de déconcentration des crédits et des actions se met en place.

Choisi parmi les membres du corps préfectoral (directeur de cabinet du préfet, sous-préfet à la ville) ou les chefs des services déconcentrés de l'Etat, il 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 doit se réunir 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.

L'ensemble de ces orientations récentes de politique publique a donné lieu à la mise en œuvre d'actions et de dispositifs publics assortis de moyens humains, administratifs ou financiers. Afin d'apprécier les réalisations et les résultats issus de ces orientations générales, des démarches de suivi et d'évaluation ont été mises en place tant au plan national qu'au plan local. Les principales informations que l'on peut en retirer seront développées dans la partie 3 consacré aux interventions mises en œuvre.

1.2 Policy implementation, legal framework and prosecution

Legal framework

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 ce deux aspects. Aussi, elle assure la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. 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.

¹ Circulaire Premier ministre n °4.692/SG du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, JO du 17 septembre 1999, BO de la santé n °99-37 du 26 2 octobre 1999 (NOR :PRMX9903743C)

La liste des produits stupéfiants visés par cette loi est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général de l'« Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé », en conformité avec la réglementation internationale.

En ce qui concerne le trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes, plus importantes que pour la plupart des délits. La procédure d'intervention des services de police est dérogatoire au droit commun : la garde à vue peut durer 4 jours au lieu de 48 heures et des perquisitions sont possibles de nuit. L'article L.3421-1 du code de la santé publique sanctionne l'usage illicite de stupéfiants d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement ou d'une amende. Par ailleurs, aux termes de l'article L.3411-1, l'utilisateur est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Ces textes soulignent le double statut de l'utilisateur considéré par le législateur à la fois comme délinquant et comme malade. L'utilisateur peut échapper aux poursuites s'il se soumet à l'injonction thérapeutique qui lui est proposée par le procureur.

Pour l'utilisateur, les circulaires des ministères de la Justice et de la Santé ont, suivant les époques, plus mis l'accent sur les alternatives thérapeutiques ou au contraire sur la répression lorsque l'usage était associé à un trafic. Les lois successives votées à partir de la fin des années 1980 portent essentiellement sur la répression du trafic et des faits liés au trafic de stupéfiants, soit en aggravant les peines prévues, soit en créant de nouvelles infractions. Ainsi, avec la loi du 16 décembre 1992², les peines peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 50 millions de francs pour certains trafics. Parallèlement, l'accent va être mis sur la répression du blanchiment ou la justification mensongère de l'origine des ressources des trafiquants (loi du 31 décembre 1987³ ; loi du 23 décembre 1988⁴ ; loi du 12 juillet 1990⁵ ; loi du 13 mai 1996⁶). Cette dernière loi réprime également le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un utilisateur ou un trafiquant de stupéfiants (« proxénétisme de la drogue »). Par ailleurs, la fabrication et le commerce de produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants sont contrôlés (loi du 19 juin 1996⁷). Enfin, dans le cadre de mesures pour la sécurité routière, la loi du 18 juin 1999⁸ prévoit le dépistage systématique des conducteurs impliqués dans un accident mortel pour rechercher la présence et le dosage de stupéfiants. Sur la base de ces analyses, une étude devra permettre d'évaluer le rôle des stupéfiants dans la survenue de ce type d'accidents. Les conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2004.

2 Loi n °92-1336 du 16 décembre 1992 portant entrée en vigueur du nouveau code pénal, JO du 27 décembre 1992 (NOR :JUSX92400040L).

3 Loi n ° 87--1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR :JUSX8700015L).

4 .Loi de finances pour 1989 n °88-1149 du 23 décembre 1988, article 84,JO du 28 décembre 1988,p.16320 sq. (NOR : ECOX880121L).

5 Loi n °90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990,p.8329-8332 (NOR : ECOX9000077L).

6 Loi n ° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie, JO du 14 mai 1996,p.7208 sq. (NOR : JUSX9400059L)et circulaire CRIM n °96-11G du 10 juin portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUS D 96 30084C).

7 Loi n °96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de substances, JO du 20 juin 1996,p.9207 sq.(NOR : INDX9500023L).

8 Loi n °99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport, JO du 19 juin 1999,p.9015 sq. (NOR :EQUX9800010L).

Prevent Policy Implementation

Durant les années 1990, le débat politique sur la prévention connaît une certaine formalisation : il se structure autour d'une approche en termes de comportements de consommation de substances psychoactives qui remplace progressivement celle plus instrumentale – car orientée sur les produits – menée depuis 1970. En cela, le discours politique a corroboré la pratique de nombreux professionnels qui étaient déjà amenés à ne pas focaliser leurs interventions sur un produit. La modification de la conception de la prévention (et par la suite de ses objectifs) est induite par certaines évolutions observées ces dix dernières années dans les pratiques d'usage et les représentations sociales sur les drogues :

- L'expansion de nouvelles substances, de nouveaux usages, notamment le développement des polyconsommations ;
- L'augmentation du nombre d'utilisateurs socialement bien intégrés ou qui ont apparemment un usage contrôlé ;
- L'acceptation sociale croissante de l'usage des drogues dans la mesure où il n'est pas préjudiciable à l'individu ou à son entourage ;
- Le développement d'une conception de la santé fondée sur la responsabilité de l'individu, depuis l'apparition du sida.

Le plan du 14 septembre 1995 pour la lutte contre la toxicomanie⁽ⁱ⁾ annonce l'élaboration d'un texte de référence sur les objectifs et les modes d'action de la prévention contre l'usage de drogue : le rapport Parquet (Parquet, 1997). Cet ouvrage formule les bases d'un discours sur la prévention qui veut fédérer les logiques des divers acteurs de la prévention, publics et privés. C'est de là qu'il tire sa cohérence.

Discours sur la prévention : rapport Parquet (1997)

Le rapport Parquet souligne que les évolutions de la problématique des drogues – évoquées précédemment – imposent des solutions plus pragmatiques : on ne peut plus guère soutenir un message de prévention axé exclusivement autour de l'abstinence, comme l'était le discours des deux dernières décennies. D'autre part, les progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes neurobiologiques liés à l'absorption de substances agissant sur le psychisme révèlent des métabolismes communs à divers produits licites ou illicites. La littérature scientifique souligne également des facteurs psychosociaux et environnementaux communs à ces diverses consommations.

Le rapport propose alors un message de prévention qui encourage la réflexion sur les comportements de consommation, mais aussi sur les similarités des mécanismes de dépendance. Il cible les substances psychoactives, terme générique qui recouvre les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes. L'approche par le comportement soutient une distinction de l'usage, de l'abus ou usage nocif et de la dépendance, qui était déjà présente dans les classifications internationales de référence (notamment dans la 10^e version de la classification internationale des maladies – CIM 10 – de 1992 ou la 4^e version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM IV – de 1994). Ces définitions, en effet, ont l'avantage d'intégrer une dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet.

Bien que l'objectif traditionnel – qui consiste à éviter l'initiation de la consommation de substances psychoactives – soit maintenu, la démarche doit aller au-delà en prévenant aussi le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance. La stratégie première de la prévention consiste à intervenir selon une logique de programme afin d'établir des objectifs diversifiés, adaptés aux besoins spécifiques des populations. L'énonciation explicite de ces objectifs permet d'éviter l'éclatement des actions. Dans ce schéma, l'évaluation facilite la complémentarité des efforts engagés et l'étude de l'adéquation de la réponse préventive à la

réalité du phénomène « drogues ». Enfin, le développement d'une culture commune favorise la continuité et la cohésion des discours soutenus par les différents interlocuteurs qui interviennent dans le champ de la prévention : les services d'État, les professionnels, les médias, les groupes de consommateurs ou autres groupes communautaires.

La prévention dans le plan triennal 1999-2001 de la MILDT

La prévention est un axe majeur de l'actuel plan triennal, comme en témoigne son intitulé : « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances » (MILDT, 2000). La MILDT reprend dans ce texte programmatique la plupart des recommandations « déontologiques » et organisationnelles édictées par le rapport Parquet.

Les orientations interministérielles en matière de prévention se résument ainsi :

- Contribuer à la professionnalisation des acteurs de la prévention. Si de nombreuses actions ont été réalisées dans le champ de la prévention, elles sont restées dépendantes de la bonne volonté et du dynamisme des acteurs locaux, aucune compétence particulière n'étant exigée. L'objectif premier est de fournir aux professionnels les outils nécessaires pour identifier les comportements à risque à un stade précoce ;
- Développer les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (cesc) dans les établissements scolaires⁹. Cette expansion doit permettre aux jeunes de bénéficier d'au moins un programme de prévention pendant leur cursus scolaire ;
- Améliorer l'accès aux structures d'écoute à l'égard des adolescents et de leurs parents ;
- Réaffirmer les objectifs préventifs du traitement judiciaire des usagers de drogues (circulaire du 17 juin 1999⁽ⁱⁱ⁾) ;
- Développer une approche préventive dans des cadres spécifiques, comme l'intervention des groupes de pairs dans les associations sportives et la mise en place d'une politique de réduction du risque lors de concerts, festivals ou *rave party*, qui vise également la consommation d'alcool.

En outre, ce plan soutient le besoin d'une coordination locale pour l'application de ces orientations.

Programmes départementaux de prévention

Le plan triennal annonce une organisation administrative de l'action publique locale en matière de prévention, qui donne un élan à la coordination des actions soutenues par les services déconcentrés de l'État et par les associations. Elle prend corps à travers les plans départementaux de prévention qui doivent décliner au niveau local les grands axes définis par le plan triennal. Leur élaboration (définition d'objectifs évaluables, identification d'acteurs compétents, etc.) est confiée au chef de projet départemental « drogue et dépendances » de chaque département, qui s'appuie pour cela sur le comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (organe multipartite réunissant des représentants des services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, organismes sociaux, et autres professionnels). En particulier, il doit réaliser ce programme en collaboration étroite avec les représentants locaux du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Jeunesse et des Sports, afin d'assurer une continuité des mesures préventives dans tous les milieux de vie des jeunes, premiers destinataires de cette politique.

En 2001, 18 programmes départementaux sont mis en oeuvre, 11 sont publiés et doivent prendre effet cette année, 34 sont en cours d'élaboration. Enfin, 5 départements n'ont pas

⁹ Voir la section sur les dispositifs de prévention « Éducation nationale ».

encore entrepris la réalisation du programme. L'état d'avancement des 32 départements restants n'est pas connu à la date d'aujourd'hui.

Contrats de ville, CLS et CEL

Parallèlement aux programmes départementaux de prévention, il existe des cadres contractuels transversaux qui permettent de traiter la « question des drogues » à travers des approches plus larges d'éducation globale ou de développement solidaire.

Les contrats de ville ont comme objectif le « développement d'une ville équilibrée permettant l'intégration harmonieuse de toutes ses composantes »⁽ⁱⁱⁱ⁾. Institués en 1993, depuis le XII^e plan à la Ville (2000-2006), les contrats de ville sont le cadre unique de concertation par lequel l'État, les collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre des politiques territorialisées contre la dévalorisation de territoires et toutes les formes d'exclusion sociales et urbaines. Ils définissent le cadre politique local dans lequel les autres dispositifs de droit commun – qui concourent tout ou partie à leurs objectifs – doivent s'inscrire. Ainsi les contrats locaux de sécurité (CLS) et les contrats éducatifs locaux (CEL) formalisent et établissent les bases opérationnelles des volets « prévention et sécurité » et « éducation » des contrats de ville.

Les CLS, élaborés par les Conseils communaux de prévention de la délinquance sont cosignés par le maire, le préfet et le procureur, auxquels peuvent se joindre le président du conseil général et le recteur^(iv). Les chefs de projet « drogues et dépendances » participent à la préparation et la mise en œuvre des CLS sur les questions afférentes à leur domaine.

Réunissant institutions (entre autres, les inspections académiques et les directions départementales de la jeunesse et des sports), parents, associations et élus concernés, les CEL^(v) définissent les responsabilités de chacun pour atteindre les objectifs du projet éducatif local. Ils doivent garantir la cohérence des mesures entreprises et un mode participatif impliquant les jeunes et associant les familles aux projets. Les approches stratégiques encouragées par les CEL correspondent, de façon générale, à la consolidation de facteurs de protection reconnus comme évitant l'usage ou l'usage nocif de substances psychoactives : par exemple, la connaissance et la maîtrise de son corps par diverses activités physiques et sportives et d'éducation à la santé ; l'amélioration des résultats scolaires ; l'apprentissage de la vie collective et de la citoyenneté.

Soixante et onze pour cent des contrats de ville comprennent un volet spécifique « Drogues et Dépendances », que l'on retrouve dans 54 % des CLS et 21 % des CEL. Ces contrats constituent souvent (dans une moindre mesure concernant les CEL) des cadres de partenariats pour la mise en œuvre de la politique départementale de prévention des dépendances.

Intégration de la question « drogues et dépendances » dans les contrats de la politique de la Ville en 2000

	Part des contrats pour lesquels les chefs de projet « drogues et dépendances » participent au comité de pilotage	Part des contrats constituant un financement complémentaire pour les actions de prévention « drogues et dépendances »
Contrats de ville	57 %	68 %
Contrats locaux de sécurité	47 %	25 %
Contrats éducatifs locaux	29 %	21 %

Source : OFDT-MILDT (OFDT, 2001)

Depuis 1998, les Comités régionaux des politiques de santé réunissent les partenaires financiers autour de ces projets et visent ainsi à assurer la cohérence des orientations, en particulier en matière de prévention. Les « ateliers santé ville », institués en décembre 1999 et expérimentés en Seine-Saint-Denis et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,

constituent un autre espace de concertation entre l'État, les collectivités territoriales et les habitants, pour mettre en place des actions dans les quartiers identifiés comme prioritaires, dans le champ de la prévention primaire, de l'accès aux soins et de la prise en charge, ou de l'accompagnement vers la santé.

Programmes régionaux liés à la santé et à l'accès aux soins

De nombreux dispositifs de prise en charge et d'actions de prévention liés aux dépendances sont intégrés dans les mesures développées par les programmes régionaux de santé (PRS) ou les programmes d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS, un dans chaque région). Le PRAPS se différencie du PRS par le fait qu'il est imposé par la loi^(vi) pour une période de trois ans, alors que pour les PRS, non imposés, les thématiques sont définies annuellement à partir des besoins spécifiques identifiés dans la région. Sept PRAPS ont défini la prévention et la prise en charge des dépendances comme un objectif prioritaire. Pour au moins 11 des 26 PRAPS de première génération (2000 à 2002), l'alcool est un thème prioritaire, également désigné par le PRS. Ces deux types de programmes associent les niveaux départemental et régional des secteurs social et sanitaire (services de l'État, collectivités locales, agence régionale de l'hospitalisation, organismes sociaux, mutuelles, etc.). Ils répondent à la même logique programmatique : les pistes de travail proposées par les départements sont soumises aux comités régionaux des politiques de santé, qui fixent les priorités et veillent à la complémentarité des différents dispositifs : PRAPS, PRS, schémas régionaux d'organisation sanitaire, schéma accueil-hébergement-insertion, programmes départementaux d'insertion, etc.

Demand Reduction Policy Implementation

Au cours des années 1990, les orientations sociosanitaires en matière de lutte contre la toxicomanie ont connu des changements importants qui se sont traduits notamment par l'adoption de la politique de réduction de risques et de substitution. Le virage est pour l'essentiel pris avec l'adoption du plan du 21 septembre 1993^(vii), même s'il est abordé alors avec une très grande prudence. Il préconise notamment :

- L'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues non seulement dans le dispositif spécialisé mais aussi dans le dispositif général de soins (augmentation du nombre de places d'hébergement, amélioration de la prise en charge à l'hôpital et constitution de réseaux ville-hôpital-toxicomanie articulant les professionnels de ville et d'hôpital dans la prise en charge des toxicomanes) ;
- Le développement du dispositif de réduction des risques ;
- La mise en place de traitements de substitution.
- La plupart des préconisations énoncées en 1993 seront confirmées et développées par la suite. En effet, le plan du 14 septembre 1995 s'est inscrit dans la continuité des lignes directrices du plan précédant ainsi que celui de 1999-2001, actuellement en cours (mildt, 2000).

Amélioration de la prise en charge

Les orientations en matière de politique sanitaire, définies dans le plan triennal de 1999, mettent particulièrement l'accent sur une prise en charge sociosanitaire précoce centrée davantage sur l'usage nocif (avant que les consommateurs ne deviennent dépendants), diversifiée et adaptée aux besoins des personnes ayant des conduites addictives à un ou à plusieurs produits psychoactifs. Par ailleurs, il s'agit de pouvoir offrir des réponses basées non plus sur les produits mais sur les conduites de consommation. Comme cela est défini dans les nouvelles orientations en matière de prévention, l'approche sanitaire doit pouvoir apporter des réponses en fonction des notions d'usage, d'abus ou d'usage nocif et de dépendance, quels que soient les produits consommés (alcool, tabac, médicaments psychotropes et drogues illicites).

Avec ces nouvelles orientations, le plan met en évidence les progrès à faire dans une double direction :

- Améliorer l'organisation du dispositif de prise en charge existant afin d'accroître les possibilités d'accueil, de suivi médico-psycho-social et de soins aux personnes ayant des conduites addictives et développer également la couverture nationale du dispositif ;
- Donner à l'offre de soins une meilleure cohérence afin que les actions de prévention, de soins et de réinsertion soient mieux articulées et coordonnées.

À cet égard, plusieurs mesures ont été prises : certaines portent sur l'organisation des soins sans que la toxicomanie soit visée spécifiquement ; d'autres s'attaquent aux dysfonctionnements repérés dans la prise en charge des patients toxicomanes, tout particulièrement au niveau du dispositif hospitalier (y compris les structures psychiatriques et la médecine ambulatoire). Les textes d'application récemment adoptés, présentés ci-après, viennent dans leurs lignes générales renforcer les précédentes dispositions des pouvoirs publics en matière de traitement de la toxicomanie.

Avec la **circulaire du 15 juin 1999** relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes^(viii), les autorités sanitaires ont souhaité tout d'abord rappeler les principes d'accueil et de prise en charge dans les établissements publics de santé, déjà énoncés par la circulaire de 1996 relative à la prise en charge des toxicomanes^(ix) : l'hôpital doit à la fois pouvoir proposer aux patients toxicomanes une prise en charge globale répondant à leurs problèmes somatiques et psychiques, et développer une prise en charge spécialisée, en s'appuyant davantage sur les équipes de liaison et de soins en addictologie. Cette nouvelle circulaire porte une attention particulière aux cinq objectifs suivants : l'amélioration de la prise en charge aux urgences hospitalières ; le développement des possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins de la toxicomanie ; l'amorce ou la poursuite d'un suivi des problèmes liés à la dépendance en orientant le patient vers les structures adéquates et compétentes ; la formation du personnel hospitalier ; enfin le développement des outils d'observation de l'activité hospitalière en matière de toxicomanie.

La **circulaire du 8 septembre 2000** relative à l'organisation des soins hospitaliers^(x) s'appuie une fois encore sur les équipes de liaison et de soins en addictologie pour améliorer l'accueil et la prise en charge à l'hôpital des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives. Avec cette circulaire, la volonté des autorités sanitaires est de rapprocher, à terme, les équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie au sein des établissements hospitaliers. Ce rapprochement devra permettre de centrer les réponses sur la personne et les comportements et non plus uniquement sur les produits. Il vise également à favoriser les coopérations, les échanges de savoir-faire et à mutualiser les moyens et les outils thérapeutiques. Par le rapprochement, les établissements de santé s'intégreront dans le dispositif général de prise en charge de dépendances afin de répondre au mieux aux demandes qui leur sont faites et de favoriser un suivi médico-psycho-social.

Amélioration de la prise en charge en milieu carcéral

L'amélioration du dispositif sanitaire et social mis en place pour les personnes ayant des conduites addictives passe également par la réorganisation de leur prise en charge en milieu carcéral. Par conséquent, il est nécessaire de mentionner ici les dernières évolutions de textes d'application définies par les autorités de tutelle sanitaires, hospitalières et pénitentiaires conjointement avec la MILDT pour une nouvelle organisation des services intervenant en détention, qu'ils soient sanitaires, socio-éducatifs ou de surveillance. La **lettre interministérielle** de 2001^(xi) établit donc les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites (alcool notamment) ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle vise à une plus grande coordination des services appelés à intervenir, tant au sein de la prison

qu'au dehors, et à une meilleure organisation des modalités d'intervention locale, associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable nommé désigné.

Les objectifs poursuivis par cette réorganisation sont les suivants :

- Repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif ;
- Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- Développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits ;
- Favoriser les aménagements de peine ;
- Préparer la sortie.

La démarche retenue repose sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les partenaires extérieurs. Au sein de chaque établissement, il est prévu qu'un groupe de projet sera chargé d'élaborer et d'appliquer les nouveaux protocoles de prise en charge en milieu carcéral, dans le respect des objectifs fixés par le cahier des charges joint à la lettre interministérielle.

Pour assurer l'accompagnement de cette mesure et le succès du projet, les administrations concernées ont pris les dispositions nécessaires pour qu'une démarche d'évaluation soit engagée.

Renforcement de la politique de réduction des risques et des dommages

La politique de réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des comportements de consommation est un axe d'orientation clairement prioritaire du plan de 1999. Avec la **circulaire du 13 mars 2000**^(xii), l'objectif des pouvoirs publics est de soutenir les actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Elles ne sont pas suffisantes en nombre et ne semblent pas être bien réparties sur le territoire français. De nouveaux crédits ont été proposés par les autorités, soit pour contribuer au renforcement des programmes « bas seuil » existants (Programmes d'échanges de seringues, Boutiques, *Sleep'in*) soit pour promouvoir l'implantation de nouveaux programmes ou de nouvelles structures, notamment dans les zones urbaines non encore équipées ou encore, la mise en place de distributeurs de seringues dans les lieux publics.

Développement de la politique de substitution

Le plan interministériel de 1999 renouvelle son soutien au développement de la politique de substitution en ce qui concerne les personnes dépendantes aux opiacés. Les nouvelles dispositions, qui visent à réduire les disparités entre la méthadone et la buprénorphine en termes de durée et de modalités de prescription, de suivi et de délivrance, ont amené les autorités concernées à réexaminer les protocoles d'application respectifs pour définir des orientations plus adaptées. Ci-après sont présentées les évolutions réglementaires pour les deux traitements disponibles, méthadone et buprénorphine.

Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 2000

Modalités	Buprénorphine	Méthadone
Date d'entrée en vigueur effective	Début 1996	1994
Critères d'inclusion	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien + contrôle urinaire (recherche d'opiacés, hors méthadone)
Prescription	Initiation et suivi en médecine de ville ou en CSST Primo-prescription et poursuite du traitement en cours possibles en milieu carcéral	Initiation en CSST puis possibilité de suivi en médecine de ville Primo-prescription possible en milieu carcéral si CSST interne ou externe. Poursuite du traitement en milieu carcéral Initiation du traitement en milieu hospitalier envisagée
Durée maximum de la prescription	28 jours	14 jours
Posologie	Recommandation maximum de 16 mg/jour mais pas de contraintes	Recommandation maximum de 100 mg/jour mais pas de contraintes
Délivrance	Délivrance en pharmacie dans tous les cas Délivrance fractionnée par période maximale 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	Administration supervisée en CSST ou remise du médicament jusqu'à 14 jours Fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours
Contrôles urinaires	Non prévus	1 ou 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois puis 2 fois par mois. À l'appréciation du médecin si suivi en ville Toujours réalisé au CSST
Paiement des soins	Droit commun si suivi en ville	Gratuité puis droit commun si relais en ville

Source : DGS (informations fournies par France Lert)

Depuis l'**arrêté du 20 septembre 1999**, relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine^(xiii), la délivrance maximale de la buprénorphine a été fractionnée par périodes maximales 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, et ceci pour des raisons particulières tenant à la situation du patient.

L'**arrêté du 8 février 2000**, relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de méthadone^(xiv), fixe l'extension de la durée de prescription de ce médicament de 7 à 14 jours, mais avec un fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours.

Un projet en cours d'élaboration envisage l'extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour permettre la primo-prescription par les médecins exerçant en établissements de santé.

Dans le prolongement de l'approche globale, de nouvelles mesures de substitution liées au tabac ont été définies. Depuis janvier 2001, la mise en vente libre des substituts nicotiques est assurée sur l'ensemble du territoire français.

Penal Policy Implementation

Trois circulaires établies en 1999 ont conduit à une évolution significative dans le domaine de la lutte contre les trafics et dans celui des réponses judiciaires aux toxicomanes.

Dispositions récentes relatives au trafic

En juin 1999, le ministre de la Justice a adressé aux procureurs de la République de nouvelles directives concernant la lutte contre le trafic qui se concrétisent dans la **circulaire du 17 juin 1999**^(xv). Cette 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'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) et invitant les parquets à mettre en œuvre un dispositif de coordination des services répressifs 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 pour les infractions de trafic les plus graves 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. Elle constate 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 »^(xvi) qui incrimine le fait pour une personne qui est en relation habituelle avec des usagers ou un trafiquant de ne pouvoir justifier de l'origine de ses ressources ou de son train de vie.

Enfin, la **circulaire du 11 octobre 1999 du ministère de l'Intérieur**, relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants^(xvii) doit, d'une part, et concernant la lutte contre l'usage, développer la prévention en milieu scolaire et conduire une action répressive adaptée (interpellations, gardes 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 s'inscrit dans la perspective des orientations définies pour l'action répressive et judiciaire dans le plan triennal 1999-2001 (MILDT, 2000).

Dispositions récentes relatives à l'usage

En juin 1999, le ministre de la Justice a adressé aux procureurs une nouvelle directive concernant les réponses judiciaires aux toxicomanies.

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. Ce texte n'est pas limité aux usagers de drogues illicites, mais concerne également les personnes en difficulté avec l'alcool. Selon cette circulaire, l'emprisonnement ferme à l'égard d'un usager n'ayant commis aucun délit connexe ne doit plus être utilisé qu'en ultime recours. En se donnant pour objectif d'individualiser la décision judiciaire, le ministère de la Justice cherche aussi à mettre en place des méthodes permettant de mieux connaître la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues en assurant une orientation sanitaire et sociale systématique des justiciables pour lesquels cela est nécessaire (enquête sociale rapide, dossier personnalisé plus étoffé, etc.).

En ce qui concerne les interpellations et les gardes à vue des usagers simples, la circulaire précise que celles-ci doivent être réservées aux personnes pouvant causer des dommages à autrui ou à eux-mêmes. La circulaire demande de proscrire les interpellations à proximité immédiate des structures à « bas seuils ». Il est également demandé que soit assurée la continuité des traitements de substitution au cours des gardes à vue.

La circulaire préconise de recentrer l'injonction thérapeutique sur sa mission initiale. Cette mesure doit s'adresser aux héroïnomanes et aux autres usagers faisant un usage massif ou répété de produits illicites, lorsque la dépendance au produit rend nécessaire une mesure sanitaire.

La phase présentencielle (entre l'engagement des poursuites et l'audience) doit permettre de sensibiliser et d'inciter les prévenus à entamer une démarche de soins.

Lors des phases sentencielle et postsentencielle, 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.

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

La libération conditionnelle sous condition d'obligation de soins étant de moins en moins utilisée, elle a été relancée dans la mesure où elle présente l'avantage de mieux préparer la sortie des usagers incarcérés. La mesure de semi-liberté, elle aussi peu utilisée jusqu'à présent, est préconisée dans la circulaire pour préparer la sortie du détenu libéré.

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.

La circulaire rappelle en particulier que de nombreuses réponses éducatives peuvent être apportées dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante^(xviii) : liberté surveillée, mise sous protection judiciaire, placement en établissement éducatif ou sanitaire.

Les Conventions départementales d'objectifs (CDO) constituent le principal instrument d'application de la circulaire du 17 juin 1999.

En effet, ces conventions définies par la circulaire interministérielle du 14 janvier 1993^(xix) permettent d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'action de prévention d'usage de substances psychoactives dans le cadre des mesures judiciaires.

En 1999, ce dispositif a évolué afin de l'étendre à tous les départements français¹⁾ et de l'inscrire dans le cadre renouvelé de la politique pénale à l'égard des usagers. Cette évolution résulte de la volonté d'un renforcement du partenariat entre les autorités judiciaires et ses services d'une part et les autorités sociosanitaires départementales d'autre part, afin de favoriser les mesures alternatives aux poursuites, de systématiser l'orientation sanitaire et sociale des consommateurs de produits psychoactifs et d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues à tous les stades de la procédure pénale quel que soit le statut juridique du produit consommé (stupéfiants, alcool, médicaments détournés de leur usage).

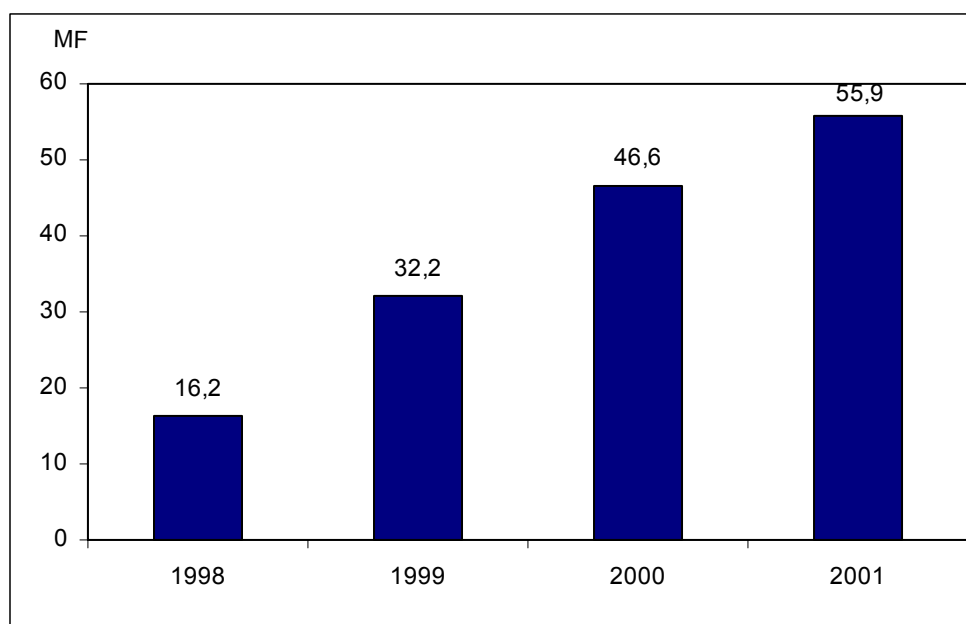
Ces conventions sont signées par les préfets de départements et par les procureurs de la République. Les chefs de projet départementaux « drogues et dépendances » sont chargés de la coordination et de l'animation du dispositif. Les procureurs doivent pour leur part agir en étroite liaison avec les services du ministère de la Justice. Les crédits interministériels auparavant délégués par la MILDT au ministère de la Justice ont ainsi progressivement été redéployés vers le dispositif des conventions départementales d'objectifs. Les crédits de vacation médico-sociale traditionnellement consacrés aux mesures d'injonction thérapeutique concernent désormais toute intervention sanitaire ou sociale conduite dans le cadre de ces conventions. Les autorités sanitaires ont en particulier été invitées à consacrer ces crédits aux permanences d'orientation sanitaire et sociale installées dans les tribunaux ou à proximité.

Bilan de la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs

Jusqu'en 1998, les CDO étaient liées à la géographie prioritaire prévue par la politique de la ville, soit 30 départements. À partir de 1999, la couverture du programme s'étend progressivement pour atteindre 93 départements en 2001.

On note également une forte augmentation des crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs : ils ont plus que triplé depuis 1998 (passant de 16,6 MF à 59,7 MF).

Crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs de 1998 à 2001 {124a}



Source : MILDT

En ce qui concerne les publics pris en charge, les personnes faisant l'objet de mesures présentencielles sont proportionnellement plus nombreuses en 1999 qu'en 1998 (respectivement 38 % contre 25 %). La prise en charge des mineurs est l'autre élément dominant dans le bilan réalisé pour 1999 puisqu'ils sont 3 000 cette année-là alors que l'on en comptait moins de 100 en 1998 (MILDT, 2001).

Ainsi, en 1999, les mineurs représentent 20 % des publics pris en charge à travers les CDO, les personnes détenues et les sortants de prison, 31 % et les personnes faisant l'objet de mesures présentencielles, 38 %. Parmi l'ensemble des mesures prononcées dans le cadre des CDO, il convient de noter que les injonctions thérapeutiques représentent une minorité des mesures (5,9 %) alors que les autres alternatives aux poursuites (rappel à la loi, classement avec orientation sociale, éducative ou sanitaire, etc.) sont largement majoritaires avec 26 % des mesures. Enfin, les alternatives à l'incarcération (travail d'intérêt général et sursis) correspondent à 12 % des mesures prononcées.

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. 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 du cannabis vers les autres drogues illicites

L'idée d'escalade du cannabis vers les **autres drogues illicites** 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 oscillant entre 80 et 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.

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].

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 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 perde peu à peu 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.

1.4 Budget and funding arrangement

Cette partie se réfère aux crédits inscrits aux différents budgets des administrations qui se consacrent directement à la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances.

Les principales dépenses en termes de lutte contre la drogue sont réalisées sur des crédits du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Aux crédits spécifiques, il faut ajouter ceux liés à la prévention du Sida chez les usagers de drogues correspondant partiellement au dispositif de réduction des risques (chapitre 47-18 : « Programme et dispositifs de lutte contre le Sida »).

Concernant les crédits spécifiques, le budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité comprend deux chapitres relatifs à la lutte contre la drogue :

- Le chapitre 47-15 (« Programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives ») rattaché à la Politique de la Santé.
- Le chapitre 47-16 (« Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie »). Une partie des crédits « interministériels » est transférée aux par tenaires interministériels, une autre partie correspond à des crédits déconcentrés (actions locales, CDO, CIRDD). Le reste des crédits sert à financer les autres activités de la MILDT (financement des associations, GIP, autres).

Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue, votés en loi de finance initiale, de 1990 à 2001

(en millions de francs)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Crédits interministériels	250	250	247	247	237	216	231	231	295	237	278	298
Crédits santé et ville	353	439	440	461	485	619	690	751	780	816	867	1 223
Total	603	689	687	708	722	835	921	982	1 074	1 052	1 145	1 521

Source : MILDT (données de 1990 à 1998 publiées dans : Cour des comptes, 1998)

Crédits « santé »

Les crédits « santé et ville » ont par contre augmenté de 97% entre 1995 et 2000.

Utilisation des crédits « santé » consacrés à la toxicomanie* de 1998 à 2000

(en millions de francs)

Dispositif mis en œuvre	1998	1999	2000
Dotation globale de fonctionnement des CSST	641,3	646,8	659,0
Remboursement de la méthadone	19,9	19,9	18,8
Partie « ville » des 51 réseaux toxicomanie-ville-hôpital	6,5	7,0	7,0
Points Écoute jeunes et parents	33,9	42,3	43,8
Ateliers d'aide à l'insertion	11,6	11,9	12,0
Unités pour sortants	5,0	5,0	5,2
Structures dites « bas seuil »	15,5	19,8	20,7
Équipes mobiles de proximité	-	1,5	3,0
Hébergement d'urgence pour usagers de drogues en situation de grande précarité	-	-	20,7
Intervention sanitaire sur les lieux festifs	3,0	3,0	3,5
Formation	4,7	3,4	3,0
Total	741,4	760,6	775,9

* chapitres 47-15, articles 40 et 60

Source : MILDT

Crédits « interministériels »

Plutôt stables entre 1992 et 1997, les crédits « interministériels » ont connu des augmentations importantes en 1998 et en 2001. En 1999, ils ont diminué compte tenu de l'importance des reports de l'année précédente.

Crédits interministériels de 1992 à 2000

(en millions de francs)

	1992	1994	1996	1998	1999	2000
Santé, affaires sociales	59,5	45,9	68,1	65,5	66,2	21,9
Éducation nationale et recherche	11,9	12,9	12,0	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	18,5	20,2	4,7
Intérieur (police)	23,8	27,6	19,0	18,5	16,5	8,6
Défense (gendarmerie)	9,8	11,5	8,8	10,7	9,6	7,2
Économie et finance (douanes)	24,1	22,5	16,0	15,4	15,3	6,7
Affaires étrangères	10,8	9,2	6,0	7,4	12,2	9,5
Coopération	2,5	2,7	2,0	1,6	-	-
Autres	0,8	0,9	-	0,6	1,6	1,8
Activités propres de la MILDT	55,1	48,0	52,5	77,7	110,6	183,3
Total	234,0	218,0	230,5	249,1	293,7	278,1

Les différences qui apparaissent entre les tableaux pour le montant d'un même poste s'expliquent par des reports des crédits votés en loi de finance initiale (notamment pour une partie des crédits interministériels de 1998 reportés en 1999).

Source : MILDT

L'augmentation des crédits « transférés » destinés à l'action des chefs de projet départementaux « drogue et dépendances » (actions locales), aux CIRDD ou aux CDO sont

en forte augmentation depuis 1998. La généralisation de ces dispositifs dans la plupart des départements est à l'origine de cette montée en puissance.

Crédits interministériels et déconcentrés de la MILDT de 1998 à 2000

(en millions de francs)

Dispositif	1998	1999	2000
CDO	16,2	32,2	45,0
Actions locales	3,0	24,6	41,3
CIRDD	-	1,25	11,0
Total crédits déconcentrés MILDT	19,2	57,9	97,3
Total crédits MILDT	77,7	120,4	183,4

Crédits « Sida »

On peut ajouter 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 100 millions de francs en 2000, soit une augmentation de 60 millions de francs par rapport à 1995.

PART 2 EPIDEMIOLOGICAL SITUATION

2. Prevalence, Patterns and Developments in Drug Use

2.1 Main developments and emerging trends

Vue d'ensemble

- Le cannabis a déjà été expérimenté par un Français sur cinq. L'expérimentation, et plus encore la consommation actuelle d'autres drogues illicites ne concernent qu'une faible fraction de la population. Les consommations de drogues touchent plutôt les hommes et les jeunes adultes.

- La consommation d'héroïne connaît une importante diminution. Plusieurs facteurs permettent de soutenir une telle assertion notamment l'évolution à la baisse par rapport 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. Les observations de terrain signalent en effet un développement, minoritaire, de la consommation d'héroïne dans le milieu de la techno ;

- Au cours des années 1990, la tendance d'évolution de la consommation de cannabis a plutôt été à la hausse. Le phénomène de banalisation de la consommation de cannabis est beaucoup plus marqué chez les jeunes. Son expérimentation à la fin de l'adolescence a dépassé le seuil symbolique des 50 %.

- Sans atteindre l'ampleur relevée pour le cannabis, l'utilisation d'autres substances se développe amenant le constat d'une diversification des produits expérimentés et consommés, notamment dans des contextes festifs, par certains jeunes : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse et, dans une moindre mesure, cocaïne. L'apparition de ces nouveaux produits et de ces nouveaux contextes d'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

Des influences réciproques sembleraient s'établir entre le milieu des usagers fréquentant les structures de soins traditionnelles et le milieu des usagers évoluant dans les milieux festifs, essentiellement techno. Les observations qui remontent du terrain tendent à montrer des influences croissantes 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, pourrait être 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.

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 : la quantité consommée et la fréquence de consommation..

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 quotidien.

Ces quatre catégories établissent une gradation dans la gravité ou dans le potentiel de gravité des consommations. Elles 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

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, en 1999

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
				Cannabis	Autres drogues
Expérimentateurs ⁽¹⁾	43 millions	36 millions	///	9,5 millions	1,5 million
Occasionnels ⁽²⁾	41 millions	15 millions	8,4 millions	3,3 millions	220 000
Répétés ⁽³⁾	14 millions	13 millions	3,8 millions	1,7 million	///
Quotidiens ⁽⁴⁾	8,9 millions	13 millions	2,4 millions	280 000	///

(extrapolation faite sur l'ensemble des 15-75 ans de France métropolitaine, soit environ 44 millions de personnes en 1999, à partir d'une enquête en population générale)

⁽¹⁾ Expérimentateurs	Alcool	Au moins 1 fois dans la vie
	Tabac	Au moins 1 fois dans la vie
	Cannabis	Au moins 1 fois dans la vie
	Autres drogues illicites ⁽⁵⁾	Au moins 1 fois dans la vie
⁽²⁾ Occasionnels	Alcool	Au moins 1 fois dans l'année
	Tabac	Se déclarent actuellement fumeurs
	Médicaments	Au moins 1 fois dans l'année
	Drogues illicites ⁽⁶⁾	Au moins 1 fois dans l'année
⁽³⁾ Répétés	Alcool	Au moins 3 fois dans la semaine
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant 1 fois dans la semaine
	Cannabis	Au moins 10 fois dans l'année
⁽⁴⁾ Quotidiens	Alcool	Au moins 1 verre par jour au cours des douze derniers mois
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant par jour ou presque au cours des trente derniers jours
	Cannabis	Au moins 30 fois au cours des trente derniers jours

⁽⁵⁾ En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 2,4 millions.

⁽⁶⁾ En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 300 000.

Sources : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

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'esctasy. 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 la fin des années 1990, la mise en place d'un dispositif d'enquêtes en population générale pérenne permet d'observer avec précision les niveaux de consommation des drogues et surtout du cannabis.

Mesure de la consommation déclarée

La consommation de substances psychoactives est décrite ici sur les tranches d'âges les plus concernées et sur l'ensemble des 18-75 ans, à travers les résultats d'une enquête déclarative sur un échantillon représentatif de la population adulte française [En 2000, 21,6 % des individus de 18 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 18 à 75 ans

Produit	au cours de la vie	au cours de l'année
Cannabis	21,6 %	7,6 %
Cocaïne	1,5 %	0,2 %
Héroïne	0,7 %	0,1 %
Amphétamines	1,4 %	0,1 %
Ecstasy	0,8 %	0,2 %
LSD	1,5 %	0,2 %
Champignons hallucinogènes*	0,4 %	-
Médicaments « pour se droguer »**	0,7 %	0,1 %
Produits à inhaler	2,7 %	0,2 %
Opium, morphine*	0,3 %	-
Poppers *	0,1 %	-

Source : Baromètre santé adulte 2000, CFES, exploitation OFDT

* 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.

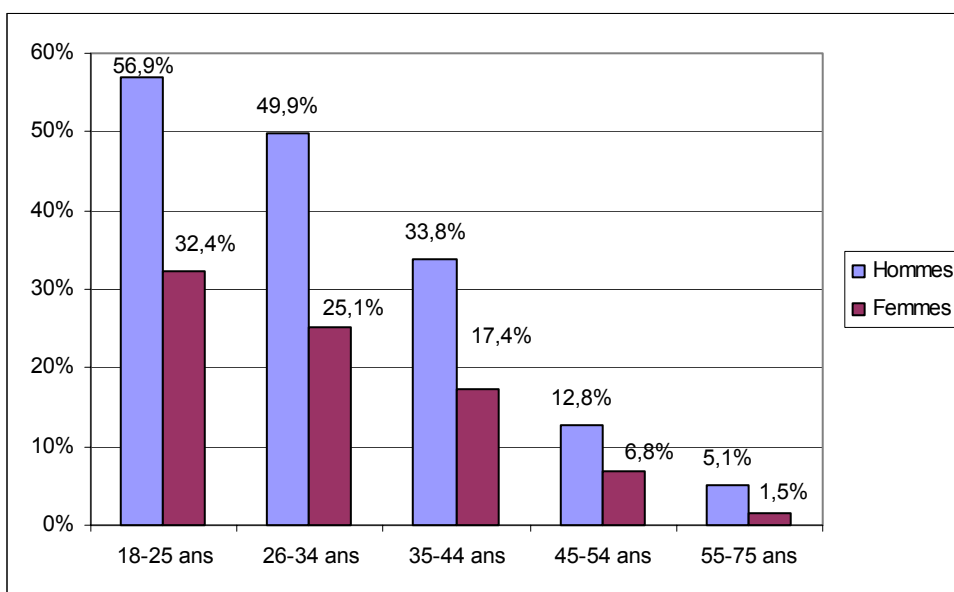
Evolution de la consommation déclarée

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.

Trois 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 troisièmes enfin se déroulent lors de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) dans un contexte spécifique à la France (remplacement du service militaire) auquel les filles participent au même titre que les garçons. 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 différentes 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 trois types d'enquête.

Les données les plus récentes sont celles de l'enquête Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) éalisée en 2000 par l'OFDT.

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge

(en %)

	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool ⁽¹⁾	77,3	80,8	79,3	82,7
Tabac	79,4	76,0	78,4	84,0
Cannabis	40,9	50,1	54,9	60,3
Médicaments psychotropes ⁽²⁾	29,0	10,6	12,7	13,6
Champignons hallucinogènes	1,6	4,5	6,9	8,7
<i>Poppers</i>	1,3	3,4	4,8	8,3
Ecstasy	1,4	2,8	4,7	6,7
Produits à inhaler	3,3	4,9	6,6	6,3
LSD	0,8	1,6	2,8	4,8
Amphétamines	0,6	1,4	2,4	3,7
Cocaïne	0,6	1,3	2,7	3,3
Héroïne	0,4	0,9	1,4	1,3

⁽¹⁾ Consommation au cours des trente derniers jours.

⁽²⁾ Intitulé utilisé dans le questionnaire : « médicaments pour les nerfs, pour dormir ».

Source : ESCAPAD 2000, OFDT

À la fin de l'adolescence, après le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont les champignons hallucinogènes, les *poppers*, l'ecstasy et les produits à inhaler et, dans une moindre mesure, le LSD, les amphétamines et la cocaïne. À 17 ans, ces expérimentations sont toujours plus fréquentes pour les garçons, exceptés pour le tabac et les médicaments psychotropes. Pour les garçons, à 19 ans, l'expérimentation dépasse 5 % pour quatre autres produits : les champignons hallucinogènes, le *poppers*, l'ecstasy et les produits à inhaler.

À 17 ans, 76 % des filles et 75 % des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le cannabis. À cet âge, l'expérimentation des trois substances est plus fréquente pour les garçons (47 % contre 39 %), tandis que les filles sont plus nombreuses à n'avoir expérimenté que l'alcool et le tabac. La **polyexpérimentation** augmente avec l'âge, pour atteindre 83 % à 19 ans (et 57 % pour la combinaison tabac, alcool et cannabis). Il est

très rare d'avoir déjà consommé du cannabis sans avoir expérimenté le tabac et l'alcool. Quels que soient l'âge et le sexe, l'expérimentation des trois produits est plus fréquente que celle de deux d'entre eux seulement : ces expérimentations sont donc étroitement associées.

Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge

(en %)

	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool	5,5	16,0	17,5	22,3
Tabac	40,2	41,9	45,6	50,9
Cannabis	12,6	23,8	28,5	32,7

Source : ESCAPAD 2000, OFDT

L'usage répété d'alcool (au moins dix fois dans le mois) et celui de cannabis (au moins dix fois dans l'année) sont des comportements nettement plus masculins, alors que celui du tabac s'avère peu différencié selon le sexe. Ces comportements augmentent tous avec l'âge. Pour les autres produits, les individus en ayant un usage répété sont beaucoup plus rares.

À 17 ans, la **polyconsommation répétée** est deux fois plus fréquente chez les garçons (23 % des garçons contre 12 % des filles) ; pour les deux sexes il concerne surtout le tabac et le cannabis. Le tabac est la substance psychoactive la plus souvent présente dans les polyusages répétés : en effet, quels que soient l'âge et le sexe, le polyusage le plus rare correspond à la combinaison dont le tabac est absent (alcool et cannabis). Le polyusage répété croît entre 17 et 19 ans pour atteindre 34 % .

Une autre enquête a été réalisée en 1999 en milieu scolaire ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs), 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

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

2.3 Problem drug use

Prévalence nationale 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 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 et de cocaïne « 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.

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 ou de cocaïne à problèmes en France, en 1999

Méthode	Prévalence
Démographique multiplicative	146 000
Extrapolation des données de traitement	180 000
Extrapolation des données de police	150 000
Analyse statistique multivariée	178 000

Source : OFDT

L'application à la France du protocole européen donnait, pour l'année 1999, une fourchette d'estimations de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes.

L'estimation établie pour l'édition précédente du rapport était de 142 000 à 176 000 usagers d'opiacés à problèmes pour l'année 1995. La comparaison des deux estimations tendrait à montrer une stabilisation du nombre d'usagers qui est toutefois à analyser avec une extrême prudence en raison notamment de deux faits :

- L'objet de l'estimation a évolué, il a été étendu de l'usage à problèmes des opiacés à celui des opiacés ou de la cocaïne, cet accroissement de champ étant relatif car les consommations de ces deux types de produits sont très intriquées,
- les méthodes utilisées ont changé.

L'estimation actuelle s'est appuyée en partie sur les résultats de l'application d'une méthode dite « capture-recapture » sur plusieurs villes françaises (Toulouse, Marseille, Nice, Lille, Lens). Cette étude permet de disposer d'estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne dans cinq grandes villes françaises. Pour chacune de ces estimations, cette méthode permet de calculer des **intervalles de confiance***, dont l'ampleur montre bien qu'il est important de garder à l'esprit que ces estimations doivent être considérées comme des ordres de grandeur.

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne en 1999 dans cinq villes de France

Prévalences	Effectif	Effectif (Intervalle de confiance)	Prévalence* (15-59 ans) ‰	Intervalle de confiance
Toulouse	2 802	2 577-3 027	6,50	6,0-7,0
Lille	5 296	4 444-6 148	10,00	8,4-11,7
Lens	1 557	1 387-1 727	7,00	6,2-7,7
Marseille	5 758	4 663-6 853	10,60	8,4-12,6
Nice	4 541	3 255-5 826	15,30	11,2-19,6

Source : Enquête prévalence 1999, ORSMIP-OFDT (Chevallier, 2001)

Les comportements à risque

Injection par voie intraveineuse

Les pratiques d'injection, quel que soit le produit en cause, sont à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par les usagers de drogues (maladies infectieuses d'origine virale ou bactérienne, augmentation du risque de surdoses, chocs anaphylactiques, abcès, etc.) (Emmanueli, 2000). C'est pourquoi l'observation des pratiques d'injection est d'une grande importance.

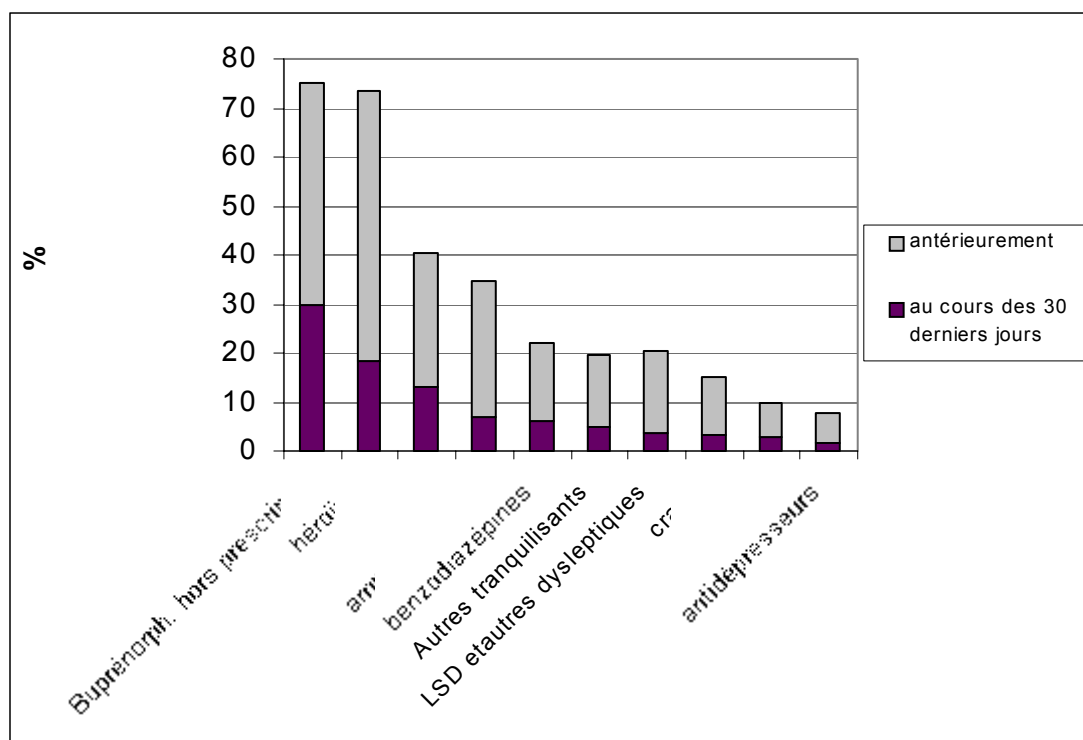
Dans les centres spécialisés et les établissements sanitaires, un peu plus de 14 % des personnes prises en charge ont utilisé l'injection intraveineuse au cours des 30 derniers jours, et près de 50 % antérieurement. La situation est très différente dans les

établissements sociaux où plus de 80 % des usagers n'ont jamais pratiqué l'injection, ce qui s'explique par les caractéristiques des usagers fréquentant ces structures (jeunes usagers de cannabis en majorité) [Enq. Nov.].

Parmi les recours aux centres spécialisés et aux établissements sanitaires, la part des usagers pratiquant l'injection actuellement¹⁰ est en diminution par rapport à 1997 et 1996 (14,3 % en 1999 contre 17,4 % en 1997 et 20,6 % en 1996). La baisse est du même ordre chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois (13,4 % en 1999 contre 16 % en 1997¹¹) [Enq. Nov.].

Les pratiques d'injections varient suivant les produits à l'origine de la prise en charge et sont tout particulièrement liées à l'abus et à la dépendance aux opiacés. Les personnes prises en charge pour usage de cocaïne et d'amphétamines sont aussi concernées par ces pratiques, même une fois exclues les personnes également dépendantes aux opiacés (mention d'un traitement de substitution et/ou d'opiacés en produit secondaire à l'origine de la prise en charge).

Pourcentage des pratiques d'injection suivant les produits primaires à l'origine de la prise en charge en novembre 1999 (2305)



Note : afin d'observer de la façon la plus précise possible les prévalences des pratiques d'injection hors opiacés, le calcul est effectué à partir du nombre de prises en charge en produit primaire dont sont exclus, pour les produits non opiacés, les cas avec traitements de substitution ou opiacés en produit secondaire.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

Chez les personnes ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne dans une période récente, la proportion d'injecteurs est beaucoup plus importante. D'après l'enquête OPPIDUM, elle atteint environ 50 % chez les consommateurs de cocaïne ou de buprénorphine hors prescription et 36 % chez les consommateurs d'héroïne. Dans l'enquête de novembre, les prévalences des pratiques d'injection sont également élevées chez les personnes ayant consommé ces produits dans le mois, et particulièrement fortes dans les cas d'associations entre opiacés et cocaïne (cocaïne + héroïne : 50 % ; cocaïne

¹⁰ En pourcentage du nombre de personnes répondant oui ou non à la question sur l'injection

¹¹ donnée non disponible en 1996

+ Subutex® : 63 %). Chez les consommateurs d'héroïne, la part des usagers utilisant la voie intraveineuse est en fort recul depuis quelques années (75 % en 1995 contre 36 % en 1999) [OPPIDUM]

Dans les deux enquêtes précitées, les prises de risques liées aux pratiques d'injection (partage et réutilisation de la seringue) ne sont pas décrites et il est donc difficile de connaître leur évolution dans la période récente. Les enquêtes répétées de l'IREP auprès d'usagers de drogues recrutés dans les centres des soins ou dans la rue (injecteurs actifs ou anciens, non injecteurs) ont mis en évidence une diminution marquée du partage des seringues de la fin des années 1980 à 1996 (de 50 % à moins de 20 % des usagers interrogés) et une stabilité à un niveau élevé de la réutilisation de la seringue. Dans une autre enquête menée en 1998 auprès des usagers fréquentant les PES, le pourcentage d'usagers injecteurs ayant partagé leur seringues était d'environ 20 %, la réutilisation étant mentionnée par environ un usager sur deux (Emmanuelli et al., 1999). Cependant, la population de l'étude ne portait que sur des injecteurs actifs et présentant le plus souvent des difficultés d'insertion, exclusivement représentatifs des clientèles fréquentant les PES, ce qui peut tendre à surestimer le niveau des pratiques à risques.

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.

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. Les chiffres tirés d'une enquête portant sur un mois tendent cependant à surestimer le nombre de ces usagers. Ces patients, très souvent sous traitement de substitution, fréquentent en effet les structures de soins avec plus de régularité que les autres et ont donc une plus forte probabilité d'être présent un mois donné. S'il était possible de recenser le nombre d'usagers différents venus au cours de l'année, la part des opiacés serait sans doute moindre. Par ailleurs, avec le développement des polyconsommations, de nombreux usagers sont en difficulté simultanément avec plusieurs substances parmi

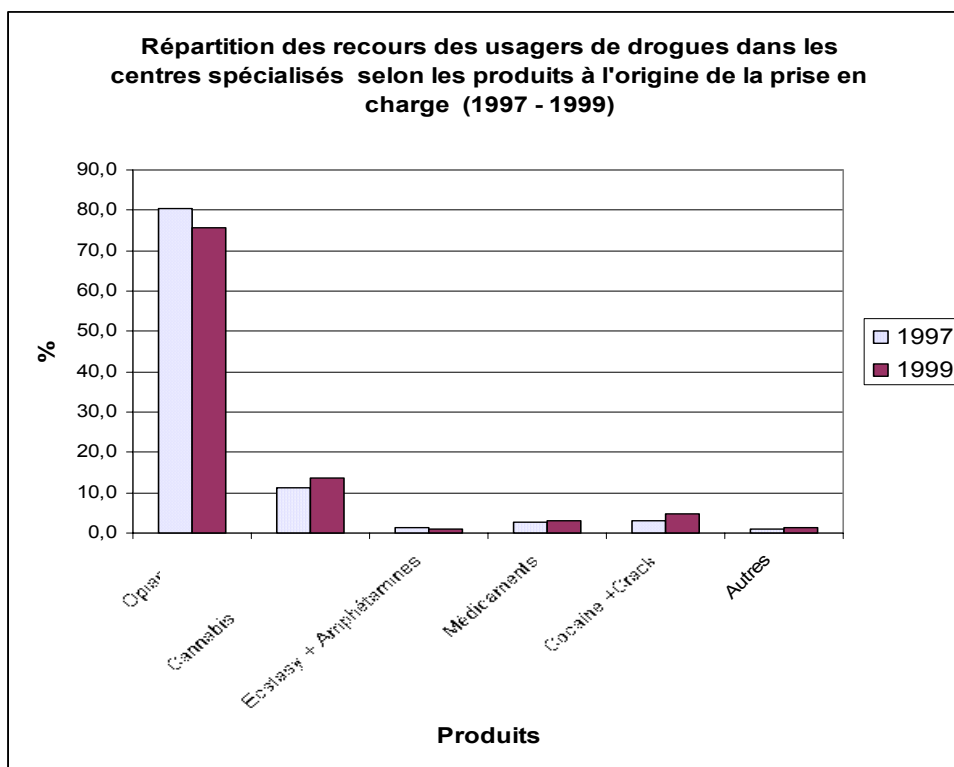
lesquelles se rencontrent fréquemment, outre les opiacés, la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool. La dépendance aux opiacés reste cependant très souvent un dénominateur commun.

Le cannabis est impliqué dans près de 14 % des prises en charge, la cocaïne et le crack dans près de 5%.

La cocaïne, l'alcool et les médicaments ont en commun d'être beaucoup plus souvent représentés en tant que produits secondaires qu'en tant que produits primaires. Compte tenu du poids des opiacés dans les prises en charge, tous les produits secondaires sont majoritairement associés aux opiacés à des degrés cependant divers : plus de 90 % des cas pour la cocaïne, 70 % pour les médicaments et 50 % pour l'alcool.

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)

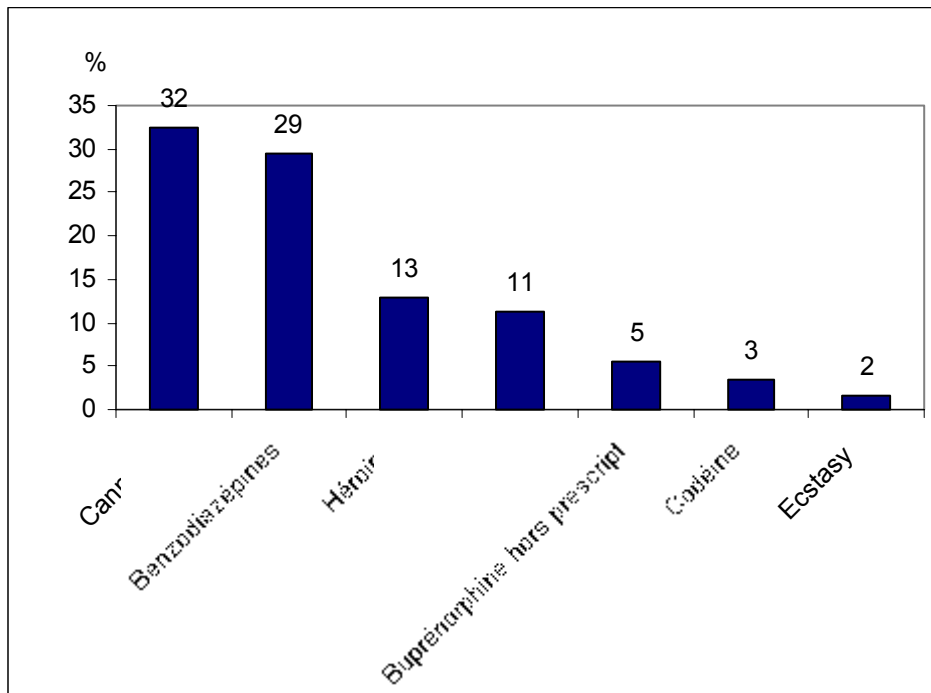
	1989	1991	1993	1995	1997	1999
Opiacés	74,7	74,1	77,9	84,0	80,5	75,8
Cannabis et dérivés	12,7	14,3	10,8	8,4	11,2	13,7
Ecstasy + Amphétamines	0,9	1,2	0,9	0,8	1,2	1,0
Médicaments	6,7	5,3	6,0	3,4	2,9	3,1
Cocaïne +Crack	1,7	1,5	3,1	2,2	3,2	4,9
Autres	3,3	3,6	1,2	1,3	1,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0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

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

Produits consommés récemment

Les enquêtes sur les personnes vues dans les structures de soins portent également sur les produits consommés dans la période récente (mois ou semaine). Ces produits ne coïncident pas toujours avec ceux à l'origine de la prise en charge. Dans le cas d'un usager sous traitement de substitution, l'héroïne peut être à l'origine de la prise en charge alors qu'elle n'est plus consommée depuis un certain temps. Pour cette raison, l'héroïne, très majoritaire dans les produits à l'origine de la prise en charge, n'est actuellement consommée que par une minorité d'usagers ayant recours aux structures de soins. La proportion de consommateurs actuels d'héroïne a fortement diminué depuis 1995, évolution qui coïncide avec le développement des traitements de substitution. Les consommations de cocaïne, de benzodiazépines et de cannabis se rencontrent en revanche plus souvent qu'auparavant [18].

Fréquence de la consommation de drogues au cours de la semaine passée parmi les usagers de drogues ayant recours aux soins, par produit {2304}



Lecture du graphique : 32 % des 2 030 sujets inclus dans l'enquête ont consommé du cannabis au cours de la semaine précédente ; un sujet pouvant avoir consommé plusieurs produits, les pourcentages ne doivent pas être additionnés. Seuls les principaux produits sont représentés dans ce graphique.

Source : OPPIDUM 1999, CEIP

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 d'opiacés par les médecins généralistes

▪ Nombre de patients usagers d'héroïne

Selon une enquête menée début 2001 auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes [20], près de 60 % d'entre eux avaient reçu au cours de l'année passée au moins une personne dépendante aux opiacés et 38 % au cours du mois (Coulomb *et al.* 2001). Le nombre moyen d'usagers d'opiacés vus dans le mois dans les cabinets de ville était de 1,9. En extrapolant ce chiffre à l'ensemble des médecins généralistes en activité, on obtient un nombre d'environ 100 000 usagers d'opiacés par mois vus par les médecins dans les cabinets de ville début 2001. Il ne s'agit que d'un ordre de grandeur, assorti de marges d'erreurs importantes liées aux hypothèses faites sur le nombre de patients vus par les médecins ayant refusé de participer à l'enquête, à la taille de l'échantillon et au recueil rétrospectif par téléphone (biais de mémorisation). De plus, si pour chaque médecin les patients recensés sont différents, un même patient peut avoir consulté plusieurs médecins au cours du mois, et être ainsi compté plusieurs fois.

Les médecins ayant vu au moins un usager d'héroïne dans les douze derniers mois prescrivent très souvent des traitements de substitution, à la buprénorphine (Subutex®) pour 79 % d'entre eux et à la méthadone pour 18 %¹² [20].

■ **Caractéristiques des médecins prenant en charge des usagers d'héroïne**

Les médecins qui ne voient aucun usager d'opiacés sont plus souvent que les autres situés dans les villes de moins de 20 000 habitants (70 % d'entre eux). Ils s'estiment à 90 % pas ou mal formés à la prise en charge des usagers de drogues et invoquent principalement l'absence de demande comme motif de non prise en charge. À l'inverse, les médecins qui voient plus de dix usagers dans l'année exercent pour la majorité d'entre eux dans les villes de plus de 20 000 habitants et s'estiment formés pour la plupart. Les médecins faisant partie d'un réseau, soit environ 10 % de l'échantillon, voient un nombre d'usagers d'héroïne beaucoup plus important que les autres [20]. Les données du Baromètre Santé généraliste vont dans le même sens [21].

■ **Évolution du nombre de patients usagers d'héroïne pris en charge en médecine de ville**

L'enquête dont sont issus les résultats précédents avait également été menée en 1995 et 1998, ce qui autorise les comparaisons. Depuis 1995, le pourcentage de médecins ayant vu au moins un usager dépendant à l'héroïne dans l'année n'a pas changé. En revanche, le pourcentage de ceux ayant vu dix usagers ou plus dans l'année avait nettement augmenté entre 1995 et 1998 alors qu'il est resté stable entre 1998 et 1999. Le nombre moyen d'usagers d'héroïne vus dans l'année par les médecins ayant accepté de répondre à l'enquête est passé de quatre en 1995 à sept en 1998, puis à neuf en 2001, cette dernière évolution (de 7 à 9) n'étant cependant pas statistiquement significative. L'évolution entre 1995 et 2001 reflète la montée de la prise en charge des usagers d'héroïne en médecine de ville puis, sans doute, sa stabilisation dans les années récentes.

Entre 1998 et 2001, la proportion de prescripteurs de buprénorphine parmi les médecins généralistes ayant vu au moins un usager d'héroïne n'a que légèrement augmenté (de 76 à 79 %). En revanche, le pourcentage de médecins ayant prescrit de la méthadone a été multiplié par trois, passant de 6 à 18 % [20]. La section suivante s'intéresse plus précisément à l'évaluation du nombre de patients sous traitement de substitution.

3.2 Drug-related mortality

En l'absence d'étude de cohorte, il n'est pas possible d'avoir une connaissance globale de la mortalité chez les usagers de drogues¹³. Les informations disponibles à l'heure actuelle en France permettent uniquement de mesurer le nombre et les caractéristiques de certains décès dont la cause, liée à l'usage de drogue, est identifiée. Il s'agit des décès par surdose lorsque celle-ci fait l'objet d'une procédure judiciaire, des décès par pharmacodépendance et enfin de ceux par Sida des usagers de drogues par voie intraveineuse.

a) Drug-related deaths, direct and indirect, characteristics and trends, possible reasons for changes

Suivant les sources, il faut distinguer les décès directement liés à l'usage de drogues illicites de ceux plus indirects comme les décès par Sida d'usagers de drogues.

Une partie des décès à l'usage de drogues illicites peut être mesurée à l'aide du registre national des causes de décès tenu par l'Institut national de la santé et de la recherche

¹² Ces deux derniers chiffres ne s'additionnent pas : un même médecin peut prescrire de la buprénorphine à certains de ses patients et de la méthadone à d'autres.

¹³ Une telle étude est envisagée pour l'année 2002, à partir d'une cohorte rétrospective d'usagers de drogue interpellés.

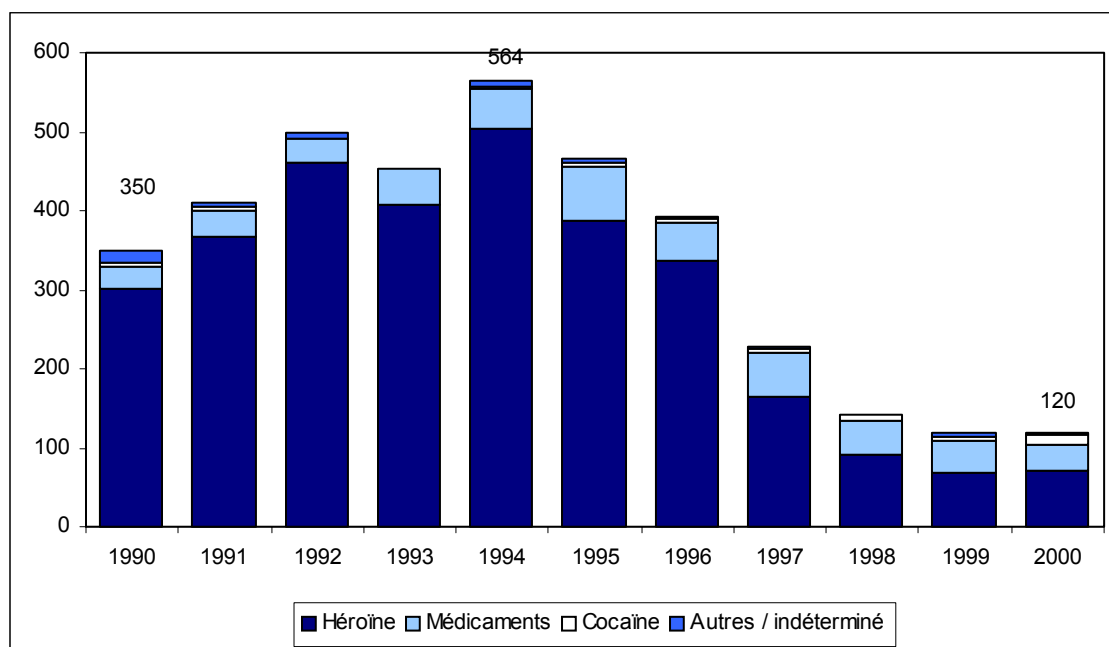
médicale (INSERM), qui rassemble les informations en provenance des certificats de décès. Mais les données les plus rapidement disponibles proviennent de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) et correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police car faisant l'objet d'une enquête de police. Ces données pourront enfin être complétées par celles du dispositif de surveillance DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), alimenté par les CEIP, les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance.

Aucune de ces sources ne permet d'appréhender la mortalité pour laquelle l'usage de drogues ne serait pas la cause immédiate, comme les suicides, les accidents de la route, etc.

Surdoses constatées par la police

Les décès par surdoses enregistrés par les services de police sont en forte baisse depuis 1995. Leur nombre a été divisé par près de cinq entre le maximum enregistré en 1994 (564 décès) et le niveau le plus bas atteint en 2000 (120 décès).

Décès par surdose constatés par la police, de 1990 à 2000



Source : *FNAILS, OCRTIS*

Même s'il n'est pas exclu que les décès par surdoses soient moins visibles qu'avant, la baisse des décès également observée à partir des données de l'INSERM (voir ci-après) confirme la réduction de ce phénomène.

La tendance s'explique en majeure partie par la baisse des cas de surdoses liées à l'héroïne qui, bien que correspondant encore à près de 6 décès sur 10, diminuent en valeurs absolues et relatives depuis 1995. Le développement des traitements de substitution et la baisse de la consommation d'héroïne sont des facteurs explicatifs. Par ailleurs, il est possible de penser que le nombre de ces décès a atteint un seuil incompressible. La baisse s'est toutefois réduite depuis 1999, coïncidant peut-être avec le nouvel engouement pour l'héroïne rapporté par les observations de terrain.

Parallèlement à la baisse des décès par surdose liés à l'héroïne, ceux liés à la cocaïne, bien que limités à une dizaine, ont de plus en plus de poids dans l'ensemble des surdoses et, surtout, ceux attribuables aux médicaments correspondent actuellement à près d'un décès sur trois (il s'agit le plus souvent des médicaments habituellement consommés par les héroïnomanes, en substitution ou non : Subutex®, méthadone, Skenan®, Tranxène®, etc.).

Les résultats des analyses toxicologiques révèlent souvent la présence de plusieurs substances. C'est le cas dans un tiers des surdoses enregistrées en 2000.

À partir des déclarations des experts toxicologues, une étude portant sur 123 décès survenus en 1998 a montré que dans 3 cas sur 4, des stupéfiants sont à l'origine du décès, pour moitié en association avec des psychotropes. Les trente autres décès seraient attribuables à la buprénorphine (Subutex®) ou à la méthadone, toujours associés à d'autres substances.

Par ailleurs, la comparaison des caractéristiques de ces décès à celles des 143 surdoses comptabilisées par l'OCRTIS la même année a conclu à l'existence de 15 doublons au maximum. Ceci laisse à penser que le nombre de surdoses est probablement sous-estimé, quelle que soit la source considérée.

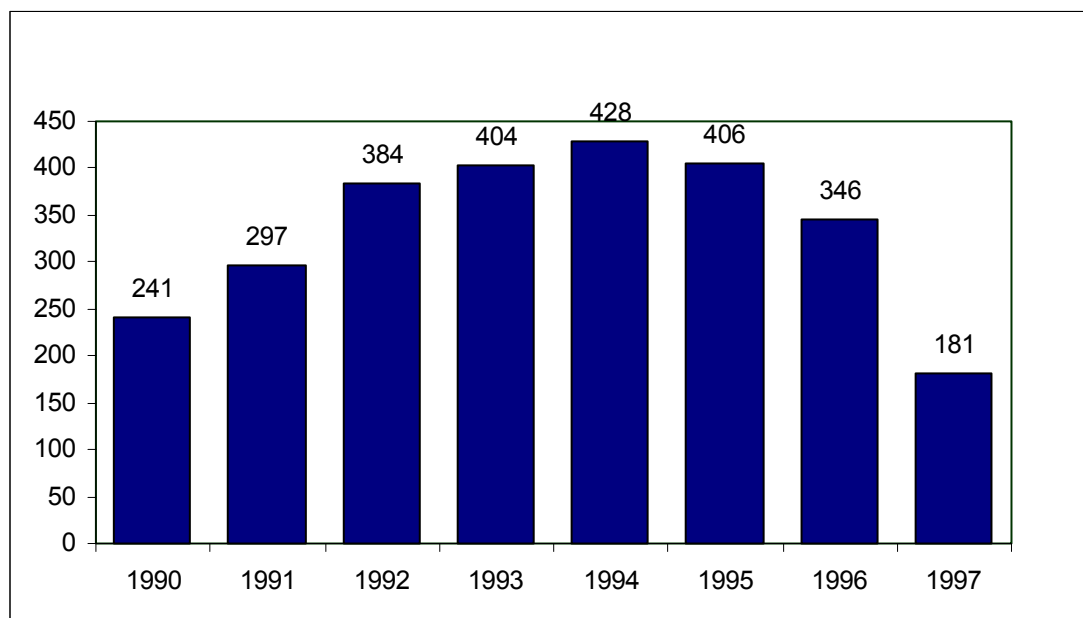
Autres mesures des décès liés à l'usage de drogues

Les décès repérables à partir du fichier des causes de décès de l'INSERM ne correspondent pas uniquement à des surdoses, puisque tous les décès pour lesquels l'usage de drogues est signalé comme une cause associée sont susceptibles d'être enregistrés. Cette source ne fournit pas un indicateur fiable des surdoses *stricto sensu*, car certains décès dont la cause n'est pas immédiatement identifiée seront classés en « cause inconnue », même si, par la suite, l'examen médico-légal révèle qu'il s'agit de décès par surdoses.

Il n'est donc pas possible de comparer directement, ni même de cumuler le nombre de décès obtenu à partir des sources de l'OCRTIS et de l'INSERM.

Selon la classification internationale des maladies (9^e version), les décès liés aux drogues sont regroupés en trois causes distinctes : les psychoses dues à la drogue, la dépendance et l'abus de drogues sans dépendance. Par convention, l'INSERM code les décès liés aux drogues illicites (surdoses) essentiellement en pharmacodépendance alors que les décès pour abus de drogues sans dépendance correspondent presque exclusivement à des décès liés au tabac et à l'alcool. Aucun cas de décès par psychoses n'est recensé.

Décès par pharmacodépendance inscrits dans les certificats de décès, de 1990 à 1997



1997 est la dernière année renseignée pour l'instant.

Source : Fichier national des causes de décès, INSERM-SC8

Les cas de décès par pharmacodépendance sont donc en baisse depuis 1994. Cette diminution, d'abord régulière, s'est accélérée en 1997. Au moins la moitié de ces décès est

liée à l'usage d'opiacés. Cette tendance corrobore celle observée pour les surdoses constatées par la police, sans qu'il soit possible de vérifier s'il s'agit ou non des mêmes décès.

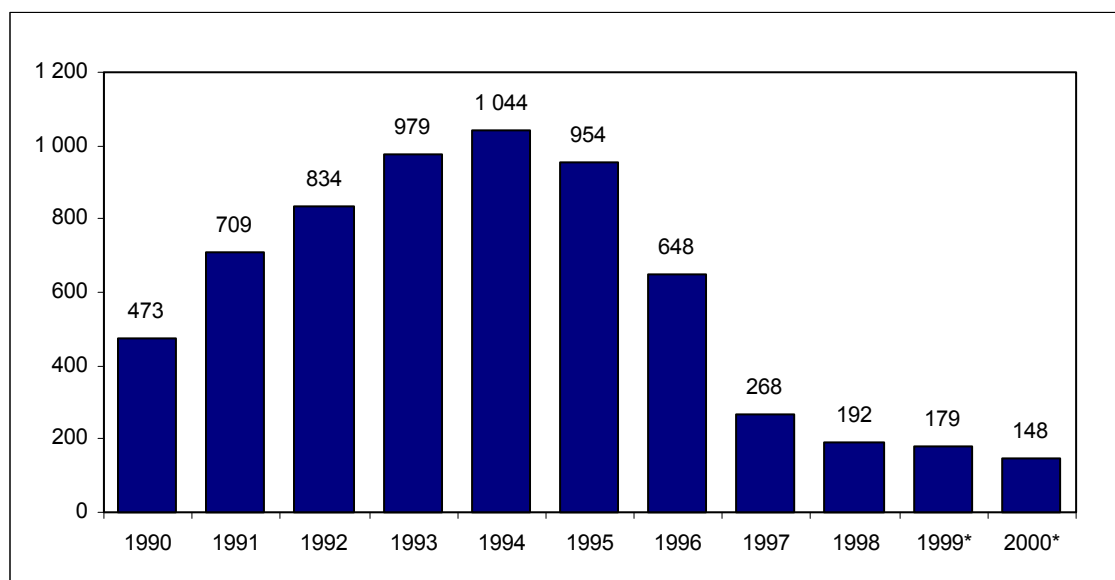
Décès par Sida d'usagers de drogues par voie intraveineuse

Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues a poursuivi sa baisse en 2000. Après le pic de 1994, ces décès diminuent de 25 % en moyenne chaque année. Jusqu'en 1999, on observe une évolution similaire pour l'ensemble des décès par Sida, quel que soit le mode de contamination, mais les décès d'usagers de drogues sont les seuls à baisser encore en 2000.

La proportion de décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse a baissé en 2000, alors qu'elle a augmenté tout au long de la dernière décennie, passant d'environ 20 % en 1990 à 30 % en 1999.

Les nouveaux traitements antiviraux et leur plus grande accessibilité expliquent pour une grande part la baisse du nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues.

Décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, de 1990 à 2000



Données redressées

Source : Système de surveillance du Sida, InVS

b) Mortality and causes of death in drug-users, trends

« NO INFORMATION AVAILABLE »

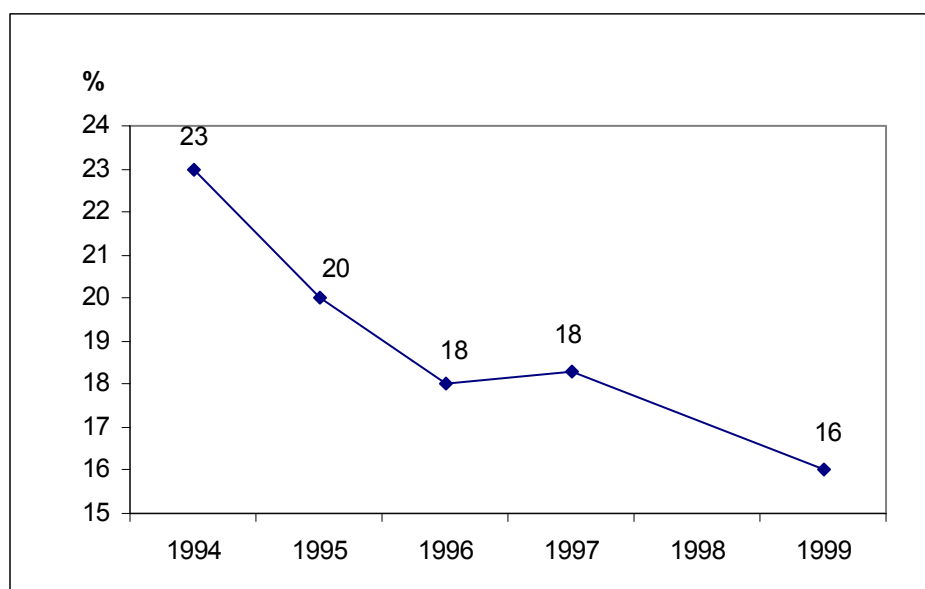
3.3 Drug-related infectious diseases

Prévalence du VIH

La prévalence du VIH se situe à des niveaux très différents selon que les usagers ont pratiqué ou non l'injection par voie intraveineuse. Parmi les personnes vues dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), la prévalence déclarée du VIH s'établit en novembre 1999 à un peu moins de 6 % chez les usagers non injecteurs et à 16 % chez les usagers injecteurs [17]. Il faut noter que chez les premiers, le statut sérologique est inconnu dans 37 % des cas contre 14 % pour les seconds. La prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois est de 13 %.

Selon les données des enquêtes menées auprès des CSST au mois de novembre, la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs tend à décroître depuis 1994¹⁴ [17]. Une enquête répétée à périodicité plus longue menée pour la dernière fois en 1996 (IREP, 1996) a montré que le mouvement de décroissance remonte à la fin des années 1980. Sur le graphique ci-après, la baisse assez rapide entre 1994 et 1996 pourrait être la conséquence de la diminution du nombre de nouvelles contaminations à partir de la fin des années 1980 (Emmanuelli, 2000) et du nombre important de décès d'usagers de drogues par surdoses et par Sida au début des années 1990. Malgré le palier observé en 1997, qui pourrait être lié à la décroissance des décès des usagers de drogues séropositifs pour le VIH, la tendance à la baisse semble se poursuivre jusqu'en 1999. L'impact de la politique de prévention des risques infectieux sur la diminution de la prévalence du VIH semble également incontestable même si il est difficile à mesurer précisément. Il faut cependant noter que la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois dans les centres spécialisés est restée stable entre 1997 et 1999.

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999 {2306}



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS

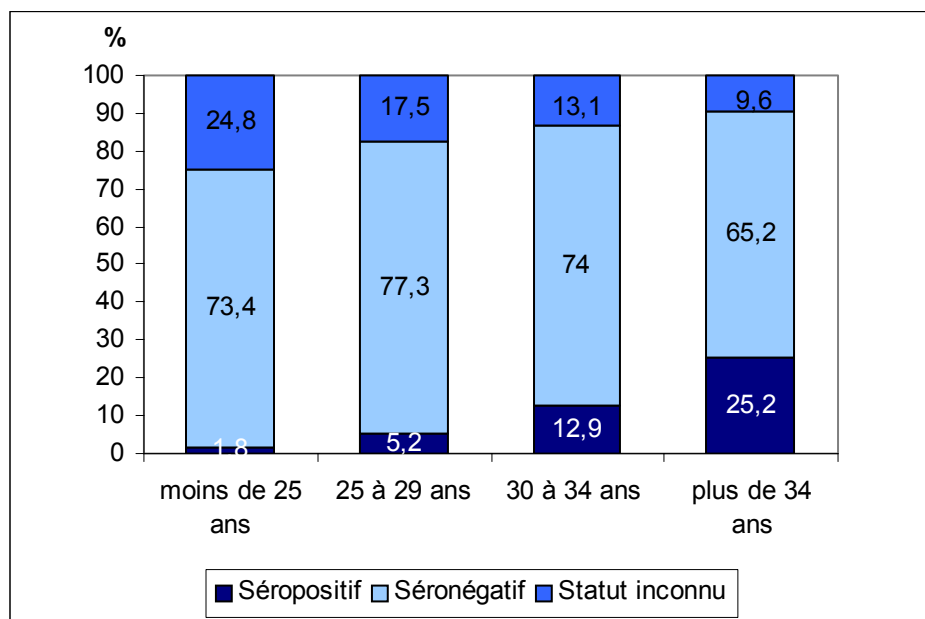
Une autre enquête pérenne a été réalisée par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida (CESES) chaque semestre, entre 1993 et 1998, auprès des usagers pris en charge dans les CSST avec hébergement. Il faut souligner que cette population est incluse dans l'enquête citée précédemment. Les résultats montrent également une tendance marquée à la baisse en début de période (du deuxième semestre 1993 au deuxième semestre 1995), suivi d'un palier (jusqu'au deuxième semestre 1996) et d'une reprise de la tendance à la diminution de la prévalence, à un rythme très faible, jusqu'au premier semestre 1998 (Six *et al.*, 1999). Si les évolutions sont très semblables dans les deux enquêtes, la prévalence dans celle réalisée par le CESES est inférieure de trois à quatre points au résultat de l'enquête effectuée par la DREES/DGS tout au long de la période. Cette différence pourrait s'expliquer par la répartition par âge et par zone géographique des populations des deux enquêtes et éventuellement par un effet de sélection lié au type de structure. À la même date (premier semestre 1998), la prévalence déclarée du VIH parmi des usagers fréquentant des programmes d'échange de seringues est de 19 % (Emmanuelli *et al.*, 1999), chiffres encore plus élevés que ceux de l'enquête

¹⁴ On ne dispose de données sur la prévalence chez les usagers injecteurs qu'à partir de cette date

DREES/DGS. Là aussi, le recrutement lié au type de structure (dédiée spécifiquement aux injecteurs) est sans doute à l'origine de cet écart.

La prévalence du VIH est fortement liée à l'âge, doublant plus ou moins d'une tranche d'âge quinquennale à l'autre, avec cependant une incertitude liée au pourcentage élevé de sérologie inconnue chez les plus jeunes. La prévalence croît avec la durée d'exposition au virus, plus longue chez les gens plus âgés. La plus faible prévalence chez les plus jeunes pourrait aussi s'expliquer par l'effet des politiques de réduction des risques (message de prévention, accès accru aux seringues stériles et aux produits de substitution).

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs vus dans les centres spécialisés par tranche d'âge, en 1999 {2307}



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

Il faut également noter que parmi les injecteurs vus dans les centres spécialisés, les femmes sont plus souvent séropositives que les hommes (18,5 contre 15,1 chez les hommes en novembre 1999).

Pour une analyse des disparités régionales, se reporter à la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Nouveaux cas de Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida est en diminution chez les usagers de drogues [14]. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Entre 1997 et 2000, 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 ont également diminué jusqu'en 1999, 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. Cette diminution des nouveaux cas de Sida chez les hétérosexuels ne se poursuit pas en 2000.

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 s'expliquer par le fait que ceux-ci sont dépistés dans

une proportion plus importante que les autres. 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 chez les usagers de drogues, de 1987 à 2000

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000*
640	905	1 079	1 218	1 342	1 493	1 376	1 317	962	423	346	285	244

* Données redressées

Source : *Système de surveillance du Sida, InVS*

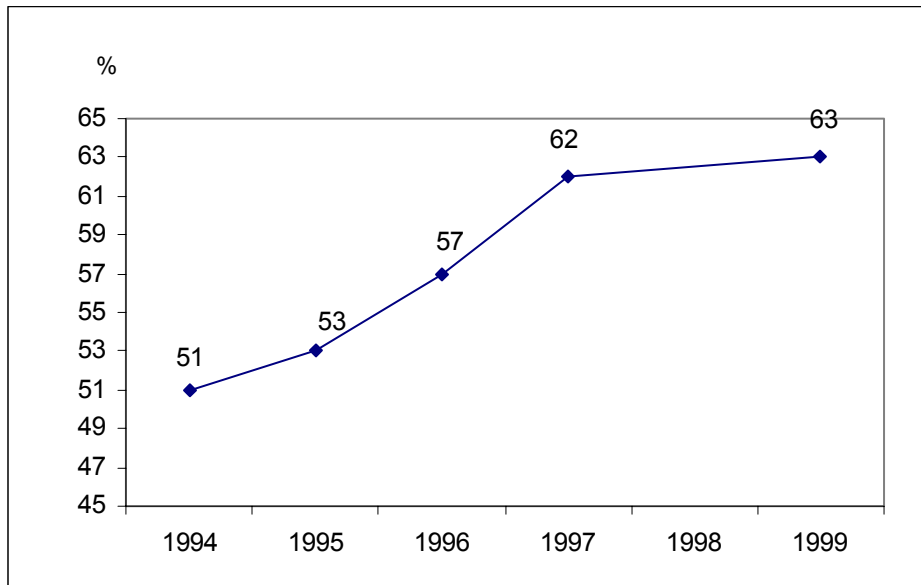
Hépatite C

Comme dans le cas du VIH, la prévalence déclarée du VHC est très fortement liée aux pratiques d'injection. Parmi les personnes vues dans les établissements spécialisés en novembre 1999, la proportion de séropositifs pour le VHC est de 20 % chez les non-injecteurs contre 63 % chez les usagers injecteurs. Tout en gardant à l'esprit que seule un peu plus de la moitié des non-injecteurs connaît son statut sérologique, le haut niveau de prévalence chez ces derniers pose question. Il se peut qu'une partie des « non-injecteurs » ait pu utiliser la voie intraveineuse, même de façon exceptionnelle. Les risques de contracter le virus lors d'une seule injection sont alors beaucoup plus importants dans le cas de l'hépatite C que dans le cas du VIH (voir ci-après).

Le tatouage est également un mode de contamination à prendre en compte. Les rapports sexuels non protégés et le partage des pailles chez les consommateurs par voie nasale sont également évoqués mais font l'objet de discussions. Chez les usagers injecteurs, la connaissance du statut sérologique est meilleure, avec 81 % de statuts connus, et plus élevée qu'en 1997 (environ 75 %). Parmi les premiers recours, la proportion de séropositifs est de 54 %, chiffre resté stable entre 1997 et 1999.

À l'inverse du VIH, la prévalence du VHC a augmenté depuis 1994. La faible variation entre 1997 et 1999 pourrait cependant montrer une tendance au plafonnement, évolution qui demande toutefois à être confirmée. Les facteurs explicatifs de cette tendance à l'augmentation ont souvent été exposés et ne seront que brièvement rappelés ici : prévalence du VHC plus importante, plus forte infectivité et plus grande résistance de ce virus en milieu extérieur. Il en découle une forte probabilité pour tout usager de drogues par voie intraveineuse de se trouver en contact avec le virus de l'hépatite C et, lorsque c'est le cas, d'être infecté. La persistance importante de certains types de pratiques à risques (réutilisation de la seringue et partage du matériel d'injection autre que la seringue) contribuerait également à ce haut niveau de prévalence.

Prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999 {2308}



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS

Dans l'enquête du Centre européen pour la surveillance du Sida (CESES), les questions sur le VHC ont été introduites en 1996. Les données de prévalence chez les usagers injecteurs sont à peu près identiques à celles du graphique ci-dessus (63 % au premier semestre 1998), avec une augmentation jusqu'au premier semestre 1997, puis une tendance à la stabilisation.

Pour les mêmes raisons que le VIH, la prévalence du VHC est liée à l'âge : parmi les moins de 25 ans, les injecteurs fréquentant les centres spécialisés en novembre 1999 (N = 1 121), environ 38 % sont déclarés séropositifs avec 28 % de statut sérologique inconnu alors que chez les 35 ans et plus (N = 3 132), 77 % sont séropositifs avec 16 % de statut sérologique inconnu.

Contrairement à ce qui a été constaté pour le VIH, les femmes pratiquant l'injection ne semblent pas être significativement plus touchées par le VHC que les hommes.

Pour une analyse des disparités régionales, se reporter à la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Coinfection

Sur l'ensemble des usagers injecteurs connaissant leur statut sérologique, 13,3 % sont coinfectés par le VIH et le VHC. En 1997, la proportion était de 14,4 %. Parmi les personnes séropositives pour le VIH, près de 88 % se déclarent également séropositives pour le VHC, contre 83 % en 1997.

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 en 2001 rapportent des cas de maladies sexuellement transmissibles chez 7 % des patients usagers d'opiacés. 9 % d'entre eux ont été hospitalisés en urgence, 1 % ont présenté une surdose et 2 % ont effectué une tentative de suicide. Les septicémies sont mentionnées par 5 % des usagers dans l'enquête déjà ancienne de l'IREP (1996), les

infections veineuses dans 14 % des cas dans l'étude ARES92 (1998) des antécédents d'infection dans 23 % des cas dans l'étude GT69 (1996).

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

Sur la question de la conduite automobile, plusieurs études menées en France et à l'étranger ont permis d'estimer la prévalence de la consommation de drogues chez les conducteurs impliqués dans un accident de la circulation. Les chiffres obtenus se situent entre 6 % et 16 % (Mura *et al.*, 1999, p. 200 sq.). La deuxième valeur provient d'une étude française datant de 1998. Pour cette recherche, la présence de stupéfiants a été systématiquement recherchée dans les échantillons de sang prélevés sur 164 personnes dans le cadre des alcoolémies requises sur des conducteurs ayant causé des accidents corporels graves ou mortels (Mura *et al.*, 1999).

Dans la plupart des études réalisées jusqu'à présent, l'absence de groupe témoin empêchait de déterminer l'accroissement du risque d'accident de la circulation occasionné par la consommation de cannabis. Récemment, une étude a été menée auprès d'environ 800 conducteurs impliqués dans un accident corporel et hospitalisés dans différentes villes et 800 sujets témoins, admis aux urgences pour un autre motif. Tous les sujets inclus ont fait l'objet d'un dépistage portant sur les consommations d'alcool, de différents médicaments psychotropes et de drogues illicites. Les résultats n'étaient pas encore publiés au moment de la sortie de ce rapport. Par ailleurs, d'après la législation en vigueur depuis le 1er juin 2001¹⁵, le cannabis (ainsi que les opiacés, la cocaïne et les amphétamines) fait l'objet d'un dépistage systématique chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. Les données sont collectées pour permettre d'étudier le rôle du cannabis et des autres substances illicites dans les accidents de la route. Les résultats de cette étude sont attendus pour la fin 2004.

4. Social and Legal Correlates and Consequences

4.1 Social problems

a) Social exclusion (e.g. housing, unemployment, minorities, education)

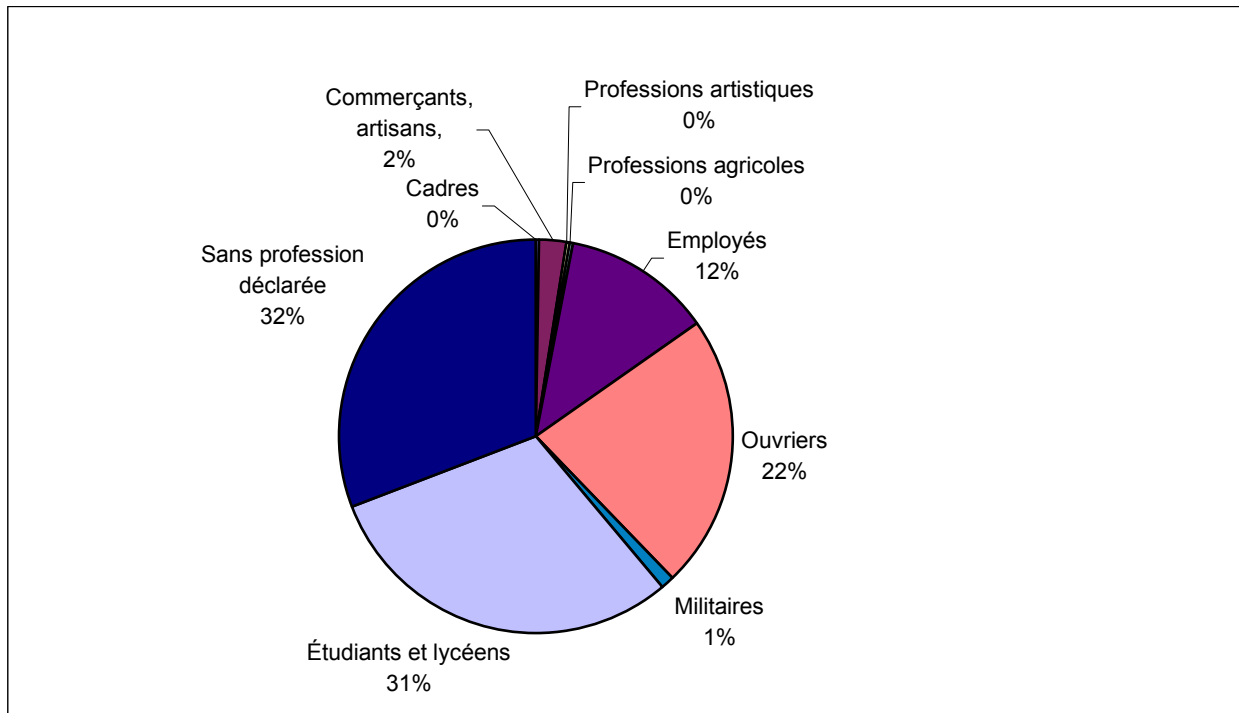
Parmi les usagers pris en charge dans le système sanitaire et social au mois de novembre 1999, 32 % sont recensés comme chômeurs et 27 % comme inactifs, soit au total près de 60 % de sans activités (ni travail rémunéré, ni étudiants). Les usagers interpellés en 2000 sont 32 % à être « sans profession déclarée ». Cet écart s'explique en grande partie par la proportion très importante d'élèves et d'étudiants parmi les usagers interpellés (31 %), cette part étant beaucoup plus faible chez les usagers pris en charge en novembre 1999 (7 %).

Parmi les usagers interpellés, on trouve, en utilisant la même définition que dans l'enquête de novembre, une proportion de 63% « d'inactifs », catégorie composée de 32 % de « sans-profession déclarée » et de 31 % 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

¹⁵ La loi n° 99-505 du 18 juin 1999 relative à la sécurité routière organise le dépistage systématique des stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation. Le décret relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière devrait entrer en application au 1^{er} octobre 2001.

Répartition des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000, par catégorie socioprofessionnelle



Source : FNAILS 2000, OCRTIS

La répartition par catégorie socioprofessionnelle des personnes interpellées pour usage de cannabis ou d'ecstasy est proche de celle décrite précédemment sur l'ensemble de la population. En revanche, celles interpellées pour usage ou usage-revente d'héroïne ou de cocaïne sont plus fréquemment sans profession déclarée (la moitié d'entre elles) et nettement moins souvent étudiantes ou lycéennes (de l'ordre de 5-6 % en 2000).

Sur l'ensemble des interpellations, la tendance constatée depuis le début des années 1990 est une réduction de la part des personnes qui se déclarent sans profession, en faveur d'une augmentation des étudiants-lycéens et des ouvriers. Les autres catégories socioprofessionnelles restent stables ou très faibles.

b) Public nuisance, community problems

L'implantation de nouvelles structures de réduction des risques est souvent mal acceptée par les riverains fréquemment réticents au regroupement de toxicomanes en difficulté et marginalisés en un seul lieu. Les **équipes de proximité** sont des dispositifs pilotes de médiation à l'écoute des habitants, commerçants, pharmaciens ... du quartier. En outre, ces équipes se sont données pour objectif d'améliorer la prise en charge des usagers. Elles jouent un rôle de médiateur entre les riverains, la mairie, les services de police, de justice et de santé. Le travail de rue est essentiellement développé par des éducateurs spécialisés présents sur plusieurs quartiers de l'arrondissement. 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. Des coordinateurs organisent le travail de rue des « première ligne » en fonction des problèmes qui leur sont signalés. Au total, 4 équipes de proximité ont été créées dans les villes de Paris (dans les 10ème, 13ème et 18ème arrondissements) et de Montpellier (une seule équipe). Une expérience similaire financée par la Ville a été lancée également à Marseille.

4.2 Drug offences and drug-related crime

Suivant les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur en France, toute personne qui consomme et/ou trafique ces substances s'expose à des sanctions pénales allant jusqu'à de l'emprisonnement ferme, et peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation et éventuellement d'une incarcération. Cette section s'attache à déterminer le nombre et les caractéristiques des personnes concernées à chacune de ces étapes (interpellations puis condamnations/incarcérations), en distinguant à chaque les usagers des trafiquants mis en cause.

a) 'Arrests' for use/possession/traffic

Interpellations pour usage

Au cours de l'année 2000, environ 94 300 interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants ont été effectuées en France. Elles représentent 95 % de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 5 % restants se rapportent à des cas de trafic.

Interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations		Femmes	Étrangers	Âge moyen
	effectifs	% en colonne	% en ligne	% en ligne	en années
Cannabis	82 349	87,3	6,8	6,6	21,8
Héroïne	5 833	6,2	13,3	11,4	28,3
Cocaïne	2 323	2,5	18,1	12,0	29,6
Crack	869	0,9	14,0	23,2	31,3
Ecstasy	1 921	2,0	13,4	4,9	23,3
Autres*	1 044	1,1	10,6	13,5	-
Total	94 339	100,0	7,7	7,2	22,3

* Médicaments, LSD, champignons hallucinogènes, opium, morphine, etc.

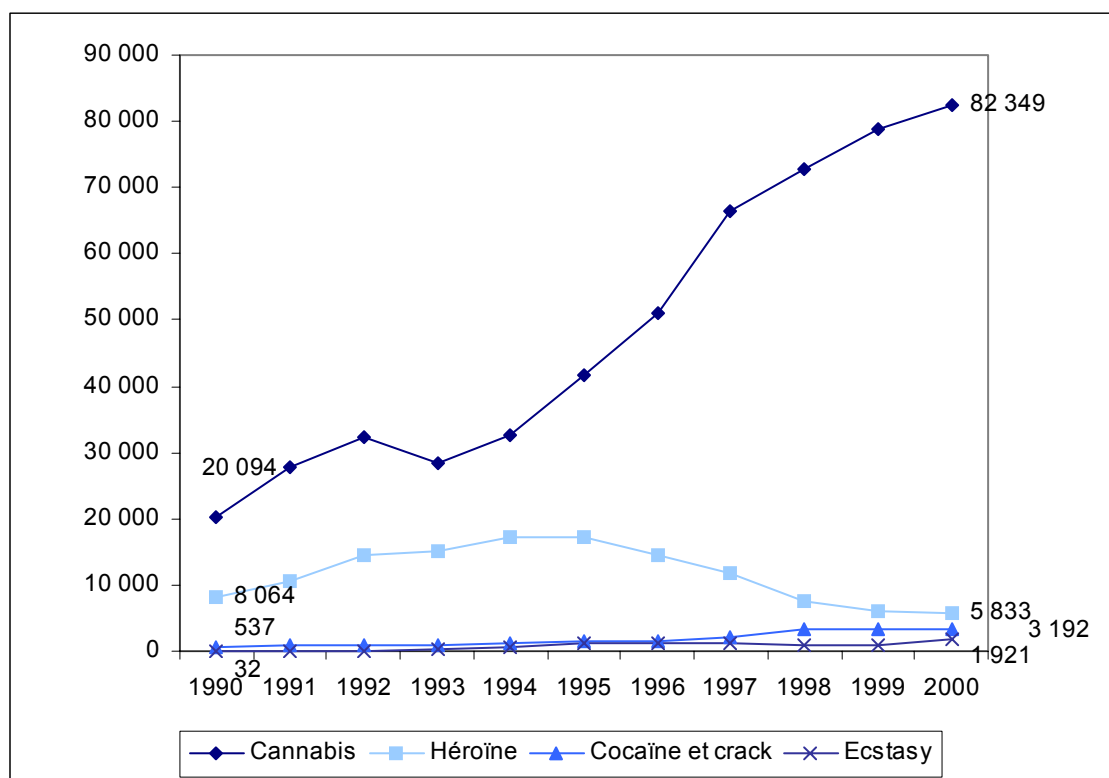
Source : FNAILS 2000, OCRTIS

Dans les interpellations pour usage, le cannabis est la substance en cause dans près de neuf cas sur dix. Loin derrière, avec 6 % des cas, l'héroïne est la seconde substance mentionnée, suivie par la cocaïne et l'ecstasy. La part de ce dernier produit dans les interpellations a fortement augmenté par rapport à 1999.

Évolution entre 1990 et 2000

Au cours de la décennie passée, l'évolution des interpellations a été marquée par quatre grandes tendances : l'explosion des interpellations liées au cannabis, la forte chute de celles pour usage d'héroïne dans la deuxième moitié des années 1990, le développement des interpellations pour usage de cocaïne et de crack, l'apparition et le développement de celles pour usage d'ecstasy.

Interpellations pour usage de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAIS, OCRTIS

Les interpellations pour usage de cannabis ont quadruplé depuis 1990. À cette date, cette substance était en cause dans une interpellation sur deux contre neuf sur dix en 2000. Ces interpellations constituent désormais un des grands contentieux de masse, quasiment au même niveau que celles pour coups et blessures volontaires. L'importance de ce nombre est sans doute la conséquence du caractère massif de l'usage de cannabis, ainsi que le montrent les enquêtes en population générale sur les consommations de substances psychoactives. L'absence de mention du produit en cause dans les statistiques des condamnations et d'incarcérations ne permet malheureusement pas de savoir quelles sont les suites pénales données à ces interpellations. Face à un nombre aussi important d'interpellations, ce qui mobilise des ressources publiques non négligeables, il semblerait pourtant indispensable de disposer des éléments statistiques minimums pour en mesurer les conséquences, au moins sur le plan judiciaire.

La forte décroissance des interpellations pour usage d'héroïne à partir de 1996 constitue la seconde évolution notable intervenue au cours de la décennie. Celles-ci ont chuté de plus de 17 000 en 1995 pour atteindre moins de 6 000 en 2000. Il faut noter que cette diminution s'est affaiblie en 1999 et en 2000 et qu'un palier pourrait donc avoir été atteint. Les années de forte baisse correspondent à la phase d'introduction et de montée en charge des traitements de substitution à la buprénorphine. Le nombre estimé de personnes suivant ces traitements a continué de progresser en 1999 et en 2000, mais à un rythme plus faible. Les deux évolutions (interpellations pour héroïne et traitement de substitution) sont très vraisemblablement liées.

Le troisième fait marquant de la décennie est l'augmentation des interpellations liées à l'usage de crack et de cocaïne. Au début des années 1990, cette croissance était principalement imputable au développement des interpellations liées au crack, probablement associée à une phase de diffusion de ce produit à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Dans la deuxième partie de la décennie, c'est plus largement la cocaïne qui est en cause dans la progression des interpellations. Le graphique ci-dessus permet de

constater la symétrie existante, à partir de 1995, entre les courbes d'interpellations pour usage de cocaïne et celle d'héroïne. La forte chute des interpellations liées à l'héroïne s'est accompagnée d'une progression rapide de celles liées à la cocaïne. Par la suite, et de façon simultanée, les évolutions à la baisse pour l'héroïne et à la hausse pour la cocaïne se ralentissent. Une des hypothèses permettant d'expliquer la liaison apparente entre les deux courbes serait qu'il s'agit pour une part de la même population. Un usager d'héroïne, également consommateur de cocaïne, n'apparaissait auparavant dans les interpellations que comme usager d'héroïne. Si cette même personne interpellée suit un traitement de substitution et consomme de temps en temps de la cocaïne, elle n'apparaîtra que comme usager de cocaïne. Un même phénomène de changement d'étiquette semble également se manifester au niveau des demandes de traitement.

La croissance des interpellations pour usage/usage-revente d'ecstasy est également une des tendances fortes constatée au cours de la dernière décennie, comme le montre le graphique ci-dessus. Cette hausse s'est réalisée en deux temps, avec une première phase d'augmentation entre 1990 et 1995 consécutive à l'introduction de ce nouveau produit en France, puis, après quatre années de stagnation, un doublement du nombre d'interpellations entre 1999 et 2000. D'après les analyses issues du dispositif d'observation des tendances récentes TREND, la disponibilité de l'ecstasy se serait nettement accrue dans les lieux de revente traditionnels entre 1999 et 2000 alors qu'elle est restée stable dans « l'espace festif » (fêtes techno). Cette évolution pourrait expliquer en partie l'augmentation des interpellations, la police et la gendarmerie se retrouvant en terrain plus connu avec la vente de rue qu'avec le négoce au cours des *rave party*.

En 2000, ces différentes évolutions se traduisent par une moins forte concentration des interpellations sur l'héroïne et par une répartition entre produits plus égale. Ceci peut s'expliquer par le développement des traitements de substitution et par la diversification des substances consommées. L'offre de produit s'est elle-même adaptée à ces modifications, les vendeurs étant désormais plus souvent « multiscartes ».

Comme pour les usagers, les statistiques pénales concernant les trafiquants ne permettent pas de réaliser un suivi judiciaire d'une affaire ou d'une personne tout au long de la filière pénale. Le détail par produit n'est disponible que pour les données relatives aux interpellations.

Interpellations pour trafic de stupéfiants

Au cours de l'année 2000, les services de police, de gendarmerie et de douane ont interpellé 6 500 trafiquants, ce qui représente 6,5 % des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS).

Plus de 8 trafiquants interpellés sur 10 sont impliqués dans des activités de trafic local ou de revente et 2 sur 10 dans des trafics à plus grande échelle, d'importation ou d'exportation. La répartition par produit pour l'ensemble des interpellations pour trafic est la suivante :

Interpellations pour trafic de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations pour trafic		Trafic international (= 1 245)	Trafic local et revente (= 5 286)
	effectifs	%	%	%
Cannabis	3 625	55,5	37,1	59,8
Héroïne	1 228	18,8	17,6	19,1
Cocaïne	1 088	16,7	34,0	12,6
Crack	200	3,1	0,7	3,6
Ecstasy	312	4,8	8,9	3,8
Autres*	78	1,2	1,7	1,1
Total	6 531	100,0	100,0	100,0

* Médicaments, amphétamines, LSD, khat, etc.

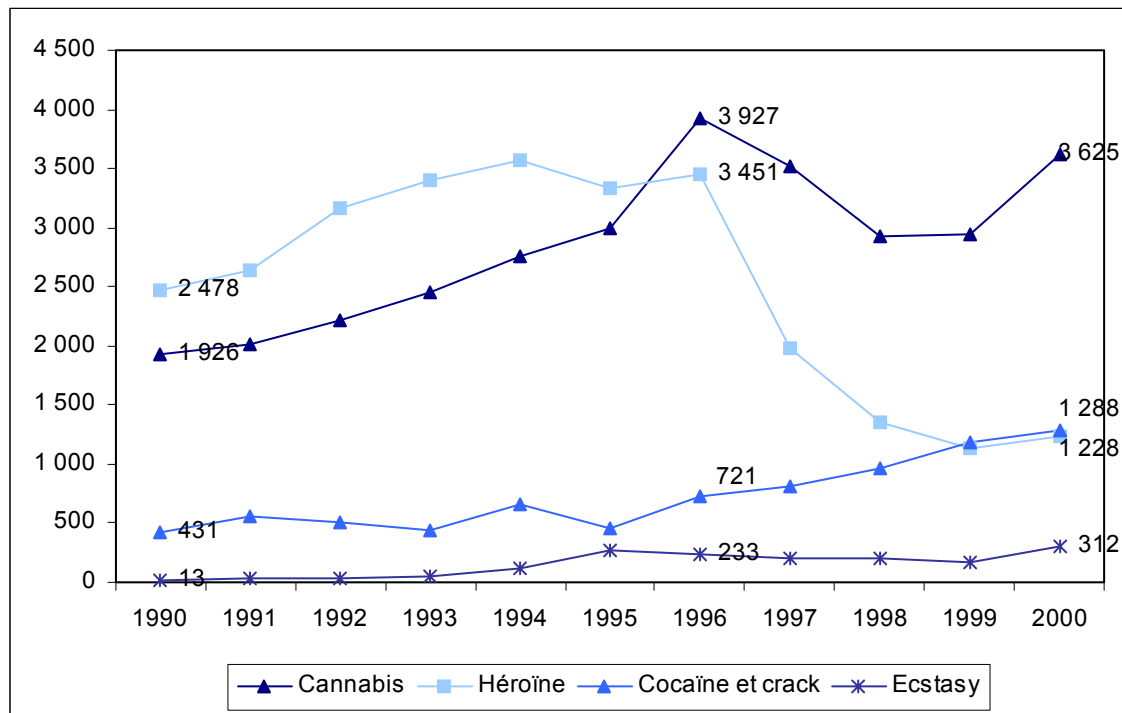
Source : FNAILS 2000, OCRTIS

Les interpellations de trafiquants par produit sont plus diversifiées que pour les usagers. Le cannabis, avec un peu plus de la moitié des affaires, est moins dominant (il représente 87 % des interpellations d'usagers). Avec près d'une interpellation sur cinq, l'héroïne et la cocaïne sont les produits les plus fréquemment en cause après le cannabis dans ce type d'interpellations.

Si l'on considère uniquement les interpellations de petits trafiquants (activités de trafic local ou revente), on s'aperçoit que le cannabis est légèrement plus présent (dans 60 % des cas). Mais la différence tient surtout au fait que les affaires de trafic international apparaissent fortement liées à la cocaïne.

Au cours de la première moitié de la décennie, les interpellations pour trafic étaient à la hausse ou stables pour tous les produits. Alors que les interpellations de trafiquants de cocaïne poursuivent leur progression, celles pour trafic de cannabis et d'héroïne chutent après 1996 et jusqu'en 1999. La baisse constatée pour les cas de trafic d'héroïne est à rapprocher de celle des interpellations d'usagers de ce produit. En 2000, le nombre d'interpellations pour trafic augmente quelque soit le produit, rompant pour le cannabis et l'héroïne la précédente tendance à la baisse.

Interpellations pour trafic de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAILS, OCRTIS

b) Convictions and court sentences for drug offences / Imprisonment for drug law offences

Condamnations pour usage

La statistique des condamnations extraite du *Casier judiciaire national* rend compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions, ce qui est souvent le cas pour les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants. La condamnation peut être envisagée en considérant uniquement l'infraction principale, mode de comptage utilisé dans l'Annuaire statistique de la justice, ou en prenant en compte l'ensemble des infractions associées. La deuxième approche enrichit la première.

Nombre de condamnations en infraction principale

Au cours de l'année 1999, un peu plus de 6 700 condamnations pour usage illicite de stupéfiants en infraction principale ont été prononcées. Ce chiffre est relativement stable depuis plusieurs années (excepté la baisse enregistrée en 1995 à la suite de l'amnistie présidentielle). Après les cas de détention et/ou acquisition (voir ci-après), l'infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) est la plus fréquemment sanctionnée dans les condamnations.

Le nombre de condamnations pour usage évolue de façon parallèle à l'ensemble des condamnations pour ILS et représente au maximum un tiers de celles-ci.

Condammations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage	7 374	8 157	6 201	4 670	6 751	6 640	6 622	6 742
% dans le total des condamnations pour ILS	33,7	25,8	28,3	22,6	28,3	27,6	27,8	28,8

* Données provisoires

Source : C>JN, S)S)ED - ministère de la Justice (données publiées dans : Ministère de la Justice, 2001)

La quasi-stabilité du nombre de condamnations pour usage contraste avec la forte croissance des interpellations pour usage. Tout semble se passer comme si « l'entonnoir » que constitue le système pénal était calibré pour un nombre donné de condamnations, quel que soit le nombre d'interpellations. Comme la croissance de ces interpellations ne concerne que des usagers de cannabis, ces chiffres pourraient montrer que ces derniers font rarement l'objet d'une condamnation. Dans ce cas, il peut paraître étonnant que la forte chute des interpellations pour usage d'héroïne des années 1996 à 1998, faiblement compensée par la croissance des interpellations pour usage de cocaïne et d'ecstasy, ne se soit pas traduite par une baisse des condamnations.

Nombre de condamnations en infraction associée

L'infraction d'usage de stupéfiants se retrouve en fait plus souvent que ne le montre le mode de comptage en infraction principale. En effet, en 1999, une infraction d'usage apparaît dans près de 15 000 condamnations, la plupart du temps en association avec d'autres infractions (78 % des condamnations mentionnant l'usage).

Condammations pour infractions d'usage et infractions associées, de 1991 à 1999

	1991	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage (au moins une infraction d'usage)	11 505	15 493	15 685	15 026	14 864
Dont :	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
usage seul (en %)	36,9	19,5	21,5	23,1	22,1
usage et infraction hors ILS (en %)	19,1	15,4	14,3	14,1	15,1
usage et autre ILS (en %)	44,0	65,1	64,2	62,8	62,8

* Données provisoires ; ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants.

Source : C>JN, S)S)ED - ministère de la Justice

Le plus souvent, l'usage de substances illicites est associé à une autre infraction à la législation sur les stupéfiants. Lorsqu'un autre contentieux est lié à un usage de stupéfiants, il s'agit de vols dans près de la moitié des cas.

Les combinaisons d'infractions les plus fréquentes sont celles associant l'usage et le transport (correspondant probablement aux activités de « fourmis »), l'usage et la détention ou encore l'usage et la cession (usagers-revendeurs dans les deux cas).

La situation a peu évolué entre 1998 et 1999. En revanche, des modifications apparaissent par rapport aux données de 1991 dont notamment :

- l'augmentation des condamnations comportant au moins une infraction d'usage ;
- cette hausse concerne plus particulièrement les condamnations associant l'usage à une autre infraction ; leur poids passe de 44 à 63 % ;
- l'association « usage et autres contentieux » est en baisse.

Ces évolutions traduisent probablement surtout des modifications dans la pratique des magistrats qui, pour la qualification d'un même délit, ont tendance à retenir un plus grand nombre d'infractions qu'auparavant, et notamment, celle d'usage lorsque le délit est lié aux stupéfiants.

En effet, depuis 1994, la révision de la nomenclature des statistiques des condamnations a abouti à l'éclatement de certaines catégories afin d'assurer une meilleure adéquation entre les faits et leur qualification. Pour qualifier la même affaire, les magistrats peuvent désormais utiliser non plus une mais plusieurs infractions. « Cette surqualification est sans doute à l'origine de la baisse de la moitié des condamnations pour infraction unique entre 1991 et 1995 » (Burrinand et al., 1999).

Nature des peines prononcées

Condamnations pour usage de stupéfiants et nature des peines prononcées en 1999

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Usage en infraction principale	6 742	58,4 %	26,9 %	14,6 %	100 %	(37,6 %)
Usage en infraction unique	3 282	46,0 %	37,3 %	16,8 %	100 %	(38,2 %)
Usage associé à d'autres infractions	11 582	78,7 %	11,6 %	9,7 %	100 %	(45,3 %)
Dont :						
usage et trafic	1 119	94,8 %	3,4 %	1,8 %	100 %	(54,9 %)
usage et transport	3 518	85,0 %	7,6 %	7,4 %	100 %	(45,3 %)
usage et cession	2 017	84,1 %	6,0 %	9,9 %	100 %	(40,3 %)
usage et détention-acquisition	2 660	56,5 %	27,6 %	15,9 %	100 %	(31,9 %)
usage et autres contentieux	2 247	82,4 %	8,2 %	9,4 %	100 %	(55,3 %)

⁽¹⁾ Peine de substitution, mesure éducative, dispense de peine

⁽²⁾ Lecture : 38,2 % des peines d'emprisonnement pour usage en infraction unique sont fermes

Source : CJN, SDSED - ministère de la Justice

Les condamnations pour usage seul ou pour usage en infraction principale sont sanctionnées par des peines assez semblables : la moitié ou plus fait l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont deux sur cinq sont fermes) et environ un tiers est condamné à payer une amende.

Des peines similaires sont retenues pour les affaires dans lesquelles l'usage est sanctionné avec la détention-acquisition, ce qui signifierait que les juges utilisent cette double qualification pour finalement sanctionner le simple usage.

Dans tous les autres cas, la nature des peines montre que ce n'est pas l'usage mais l'infraction associée qui constitue le motif des poursuites. Ces affaires font majoritairement l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont près de la moitié est ferme). Les autres peines sont rarement requises. En cas d'emprisonnement ferme, la durée retenue varie de 18,6 mois en cas d'usage et trafic à 6,4 mois en cas d'usage et autre infraction (contre 2,1 mois en cas d'usage unique).

La comparaison avec les peines retenues en cas de trafic (traitées ci-après) indique que l'usage ne semble pas jouer comme une circonstance atténuante du trafic. Il est possible que dans certains cas, l'association d'une infraction d'usage à celle de trafic relève plus d'une multi-qualification systématique que de la certitude ou de la suspicion de la qualité d'usager de la personne interpellée.

Incarcérations pour usage et détenus incarcérés pour usage

Les personnes condamnées pour usage de stupéfiants peuvent faire l'objet d'une peine d'emprisonnement, ferme ou avec sursis (partiel ou total). Le dénombrement des incarcérations suite à une condamnation pour usage simple est difficile. En effet, les données en provenance des établissements pénitentiaires ne font mention que d'une seule infraction, celle figurant en premier dans la condamnation. Il s'agit en général de l'infraction la plus grave mais il arrive qu'il en soit autrement. Tous les cas pour lesquels l'usage est associé à une infraction plus grave n'apparaîtront donc pas dans la statistique d'incarcération au titre de l'usage, sauf si, pour une raison quelconque, ce dernier figure en premier sur la condamnation.

Nombre d'incarcérations en 2000 et évolution

Au cours de l'année 2000, près de 400 personnes ont été incarcérées pour usage de stupéfiants, en métropole (34 dans les départements d'outre-mer). Elles représentent moins de 1 % des entrants de cette année-là et un peu plus de 4 % des incarcérations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Ces dernières correspondent essentiellement à des cas de trafic (voir ci-après).

Les incarcérations pour usage de stupéfiants sont en baisse depuis 1993, aussi bien en valeurs absolues qu'en valeurs relatives :

Incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale) de 1993 à 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre d'incarcérations pour usage	1 213	1 034	892	870	700	468	471	395
% sur total des incarcérations pour ILS	10,2	8,6	7,1	7,3	6,6	5,1	5,2	4,4
% sur total des incarcérations	1,5	1,2	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6

Champ : métropole

Source : FND, DAP/SDESD - ministère de la Justice

Le nombre d'entrants condamnés pour usage de stupéfiants a été divisé par trois au cours des années 1990. La baisse est constante.

Population carcérale à une date donnée

Au début de l'année 2000, l'administration pénitentiaire recense moins de 300 personnes incarcérées pour usage de stupéfiants (en infraction principale), soit 3,4 % des personnes incarcérées pour ILS et 0,6 % de la population carcérale totale.

Une enquête *ad hoc*, effectuée un jour donné dans les établissements pénitentiaires français permet d'affiner l'analyse en infraction principale et révèle qu'au 1^{er} novembre 2000, 197 personnes sont incarcérées au seul titre d'usage de stupéfiants, soit légèrement plus qu'en 1994. Ces détenus représentent une part très faible de la population carcérale.

Détenus incarcérés pour usage de stupéfiants un jour donné en 1994 et 2000

	1 ^{er} avril 1994	1 ^{er} novembre 2000
Pour usage seul	168	197
En % de la population carcérale	0,3	0,4
Pour usage et détention	-	2 692
En % de la population carcérale	-	5,5

Champ : métropole et outre-mer

Source : Relevés manuels des établissements, PMJ1 - DAP - ministère de la Justice

Le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires aux motifs d'usage et de détention est bien plus important : 2 700 personnes au 1^{er} novembre 2000 dont près de la moitié est en attente de jugement.

Condamnations pour trafic

Alors que la statistique policière ne fait référence qu'à trois catégories de trafiquants (trafic international, local et revente), la nomenclature de la statistique judiciaire est plus détaillée, reprenant les infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans le code pénal.

Contrairement aux interpellations, les condamnations pour trafic sont plus nombreuses que celles pour usage de stupéfiants : respectivement 16 700 et 6 700 condamnations en infraction principale.

Les condamnations pour trafic de stupéfiants concernent plus particulièrement quatre types d'infractions : la détention-acquisition ; le commerce, emploi ou transport ; l'exportation ou l'importation ; l'offre ou la cession de stupéfiants. En 1999, on recense également 68 condamnations pour aide à l'usage de stupéfiants, 10 cas de non-justification de revenus (infraction couramment appelée « proxénétisme de la drogue¹⁶ ») et 55 autres ILS.

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) et nature de la peine en 1999 ;, par type d'infraction

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Détention, acquisition	8 945	78,9 %	12,0 %	9,1 %	100,0 %	(49,2 %)
Offre et cession	2 363	86,6 %	5,3 %	8,0 %	100,0 %	(55,5 %)
Commerce, emploi, transport	3 403	87,5 %	7,1 %	5,4 %	100,0 %	(54,7 %)
Trafic (exportation-importation)	1 839	96,3 %	2,6 %	1,1 %	100,0 %	(73,0 %)

⁽¹⁾ « Autres peines » : peine de substitution, mesure éducative et dispense de peine

⁽²⁾ Lecture : 49,2 % des peines d'emprisonnement pour détention/acquisition en infraction principale sont fermes.

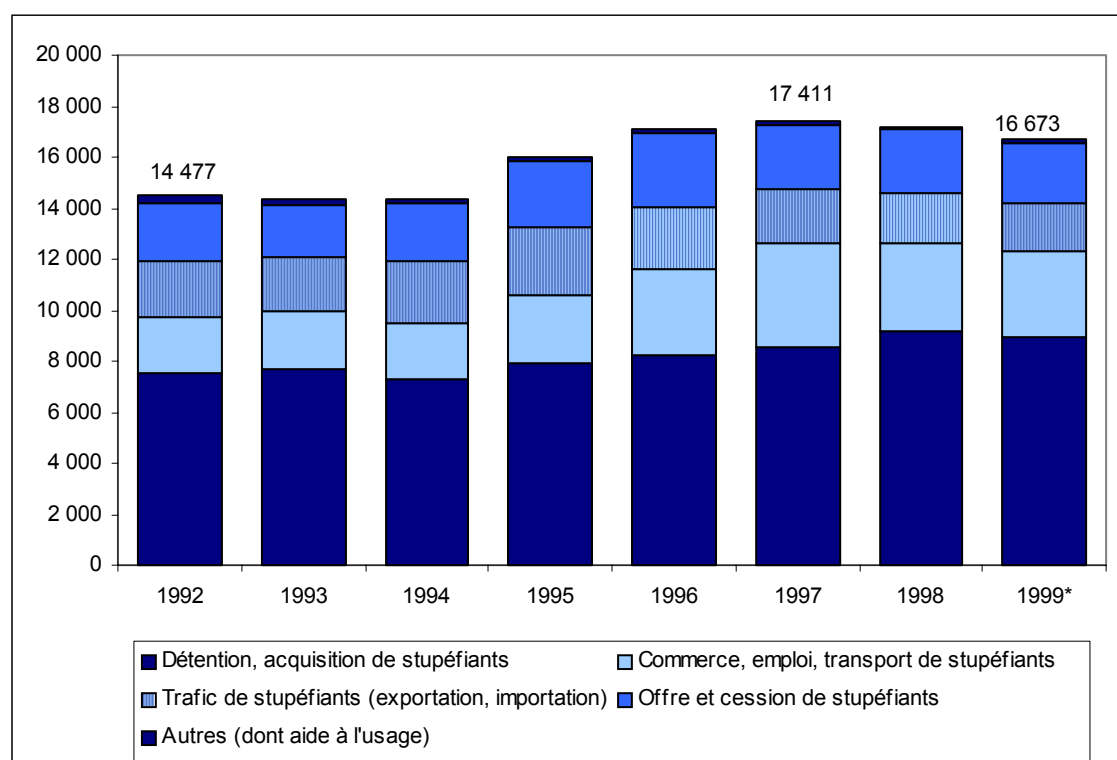
Source : CJN, SDESD - ministère de la Justice

Plus on monte dans l'échelle du trafic, plus les peines d'emprisonnement sont privilégiées. La part et la durée de l'emprisonnement ferme augmentent aussi en conséquence.

Les infractions pour trafic ont plus de chance d'être mentionnées en infraction principale que les cas d'usage. Néanmoins, la multi-qualification des affaires est fréquente. En moyenne, en 1999, pour les infractions du tableau précédent, les magistrats ont retenu 3,6 infractions pour qualifier l'affaire. Près de 23 600 condamnations sanctionnant au moins une infraction de trafic (au sens large, c'est-à-dire hors usage) sont ainsi recensées. Les associations les plus fréquentes sont celles sanctionnant à la fois l'usage et le transport (15 % des condamnations), l'usage et la détention-acquisition (11 %) ou encore, les cas de détention, commerce et cession sans import-export ni usage (15 %).

¹⁶ Le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie pour une personne en relations habituelles avec un trafiquant ou un usager de stupéfiants (voir chapitre « Cadre légal et dispositifs »).

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) de 1992 à 1999



Données provisoires

Source : C>JN, SDES - ministère de la Justice

Après une période de relative stagnation, la hausse des condamnations pour trafic de stupéfiants observée en 1995 a concerné essentiellement les cas de commerce, emploi ou transport de stupéfiants (+ 22 % en 1995), offre ou cession (+ 12 %) et importation-exportation (+ 10 %). Elle s'est poursuivie sur deux années, mais depuis 1997-1998, toutes ces condamnations sont à la baisse.

Par ailleurs, on note l'augmentation en valeurs absolue et relative des condamnations pour ILS de mineurs : 451 cas en 1995 (soit 2,2 % des condamnations pour ILS) contre 1 594 cas en 1999 (soit 6,8 %) (Ministère de la Justice, 2001, p. 231).

Incarcérations pour trafic et détenus incarcérés pour trafic

La statistique pénitentiaire utilise à son tour une nomenclature différente des précédentes. Le niveau de détail est moindre puisque ne sont distingués que les cas de trafic, de cession, d'usage et d'autres ILS. Par ailleurs, les chiffres ne sont fournis qu'en infraction principale.

À ce stade de la filière pénale, il est logique que les infractions les plus sévèrement punies au regard du code pénal soient plus représentées dans les incarcérations. Ainsi, au cours de l'année 2000, les personnes incarcérées pour trafic de stupéfiants représentent 62 % de l'ensemble des incarcérations pour ILS et 8 % de l'ensemble des entrants (contre respectivement 4 et 0,6 % pour l'usage).

Incarcérations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) de 1993 à 2000, par type d'infraction

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Trafic	7 845	7 726	7 991	7 842	6 869	5 720	5 867	5 538
Cession	686	1 140	1 053	987	910	863	491	616
Autres ILS	2 091	2 158	2 653	2 244	2 115	2 074	2 296	2 345
Total ILS	11 835	12 058	12 589	11 943	10 594	9 125	9 125	8 894
Total infractions	82 201	84 684	81 398	78 778	75 098	71 768	72 172	66 862

Champ : métropole

Source : FND, DAP/SDESD - ministère de la Justice

Tout comme l'ensemble des incarcérations pour ILS, celles pour trafic et, dans une moindre mesure, pour cession de stupéfiants sont en baisse depuis 1993. Parallèlement, la catégorie des autres ILS représente de plus en plus d'incarcérations (de 18 % de celles pour ILS en 1993 contre 26 % en 2000).

Notons que la diminution enregistrée du nombre d'incarcérations pour ILS est du même ordre de grandeur que pour l'ensemble des incarcérations, toutes infractions confondues (respectivement - 4 et - 3 % en moyenne chaque année). Au sein des ILS, ce sont celles relatives à l'usage qui baissent le plus.

Le nombre de condamnés (hors prévenus) pour ILS présents dans les prisons à une date donnée est également en baisse, en valeur absolue et relative. Au 1^{er} janvier 2001, l'administration pénitentiaire recense 4 085 condamnés pour ILS, soit 14 % de la population carcérale condamnée. Au 1^{er} janvier 1995, les 6 118 détenus pour ILS représentaient 21 % des condamnés.

c) Drug-related crime (theft, violence, ...)

« NO INFORMATION AVAILABLE »

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 en 2000 par l'OFDT¹⁷ s'est attachée 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.

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 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

17 : 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

francs et, enfin, les pertes de prélèvements obligatoires (6,5 %) pour un montant de 866 millions de Francs.

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. Depuis 1996, les interpellations sont en diminution constante. Entre 1995 (dernière année avant l'extension des programmes de substitution) et 2000, celles-ci baissent de 64 %. 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.
- Après des années de forte augmentation des interpellations pour usage simple, + 8,42 % en 1999 et 49,53 % en 1998, l'année 2000 enregistre une diminution des interpellations de 7,60 %. En volume, la cocaïne saisie enregistre une baisse de 64 % par rapport à 1999. Les observations de terrain aussi bien dans l'espace urbain que l'espace festif rapportent une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité de ce produit par rapport à l'année 1999.
- Les saisies d'ecstasy augmentent, en 2000, de 22,75 % ; celles d'amphétamines diminuent de 1,41 %. Il semble que dans le milieu de la techno la disponibilité du speed soit en légère baisse tandis qu'elle serait en hausse dans les zones urbaines. Il en va de même pour l'ecstasy qui connaît une diffusion de son usage hors du contexte festif.
- Les anesthésiants comme le GHB et la Kétamine semblent connaître une moindre disponibilité par rapport aux années précédentes. Si une consommation de ces produits existe, celle-ci reste cantonnée à la frange marginale des amateurs de free-parties et de teknivals.
- Les hallucinogènes et en particulier le LSD sont de plus en plus disponibles. Le LSD, apparu dans l'espace festif techno au début des années 90, semble même se diffuser de plus en plus dans les zones urbaines extérieures au milieu festif proprement dit.

Sources of supply and trafficking patterns within country

L'année 2000 enregistre une progression des saisies de produits stupéfiants de 13,87 % et une progression des interpellations pour usage et trafic de 5,17 %. Fait notable, la hausse des interpellations pour trafic et usage d'ecstasy (respectivement +114,75 % et + 101,41 %)

Cannabis :

En 2000, 4 865 kg d'herbe de cannabis ont été saisis en France soit une augmentation de 43,86 % par rapport à l'année précédente. 14,6 % des saisies d'herbe de cannabis proviennent de Belgique (476 kg), 12,82 % des Pays-Bas (431 kg) et 11,9 % de France (373 kg). 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.

La France, avec 45 % des saisies destinées au territoire national, est la première zone géographique destinataire des saisies devant la Grande-Bretagne et la Belgique.

S'agissant de la résine de cannabis, les saisies se sont élevées à 48 710 kg soit une diminution de 24 % par rapport à l'année précédente. Le Maroc et l'Espagne constituent les deux pays principaux d'origine de la résine de cannabis saisies. La France et la Grande-Bretagne sont les deux premières destinations avec respectivement 29,84 % et 31,86 % du total des prises identifiées.

Héroïne :

Les saisies d'héroïne ont augmenté de 118,35 % par rapport à l'année 1999 (444 kg contre 203).

Les Pays-Bas, et ce pour la dixième année consécutive, sont le premier pays d'approvisionnement avec près de 46,63 % de l'héroïne saisie dont la provenance a pu être identifiée. Viennent ensuite la Belgique, la Bosnie et la Slovénie. 33,53 % de l'héroïne saisie était destinée au marché français.

Cocaïne :

L'année 2000 a vu une nette diminution du volume des saisies par rapport à 1999 (1 310 kg contre 3 687 kg). L'Amérique du sud demeure la principale région d'origine de la cocaïne saisie (42,93 %). Les principaux pays de transit de la cocaïne vers la France sont par ordre d'importance les pays d'Amérique du Sud, de la zone Caraïbes et d'Amérique centrale. Quant au transit par les pays de l'Union européenne, l'Espagne perd la première place au profit des Pays-Bas qui deviennent en 2000 la première porte d'entrée de la cocaïne en France.

Ecstasy :

Les saisies d'ecstasy ont augmenté de 22,75 % par rapport à l'année 1999. Ce trafic est pour l'essentiel un trafic de transit dont les pays de destination sont la Grande-Bretagne et l'Espagne pour l'Europe, le Canada et les Etats-Unis pour l'Amérique du Nord.

L'ecstasy provient des Pays-Bas à 44,6 % et de la Belgique à hauteur de 40 % environ. Cette dernière apparaît essentiellement comme pays de transit de la drogue fabriquée au Pays-Bas.

Amphétamines :

En 2000, les services répressifs ont saisi 229 kg soit une diminution de 1,41 % par rapport à l'année 1999. A l'instar de l'ecstasy la plupart des amphétamines saisies viennent des Pays-Bas via la Belgique et ne font que transiter sur le territoire, notamment vers la Grande-Bretagne.

5.2 Seizures

a) Trends in quantities and numbers of seizures

Les quantités saisies des différentes substances peuvent difficilement être comparées entre elles. Tout d'abord, la valeur des produits est très différente pour un même poids. Le cannabis, dont le prix au gramme est faible, fait l'objet de trafics par quantités souvent importantes, parfois de plusieurs tonnes, alors que l'héroïne circule en lots nettement plus petits. Ainsi, plusieurs tonnes de cannabis peuvent être saisies lors d'une même opération ce qui n'arrive jamais pour l'héroïne. Par ailleurs, la France étant un pays de transit, une

partie des quantités saisies n'est pas destinée au marché intérieur. Ce sont donc surtout les évolutions des saisies qui sont intéressantes d'observer.

Évolution récente des saisies

Quantité de drogues saisies en 1998, 1999 et 2000, par produit

	1998	1999	2000
Cannabis (herbe, résine, huile) (kg)	55 698	67 480	53 579
Héroïne (kg)	343	203	444
Cocaïne (kg)	1 050	3 687	1 311
Crack (kg)	25	10	22
Amphétamines (kg)	165	232	230
Champignons hallucinogènes (kg)	4,8	5,6	11
Ecstasy (doses)	1 142 226	1 860 402	2 283 620
LSD (doses)	18 680	9 991	20 691

Sources : FNAILS, OCRTIS

Après une année record en 1999, les quantités saisies de cannabis sont revenues à leur niveau de 1997 et 1998. L'évolution est à peu près similaire pour la cocaïne.

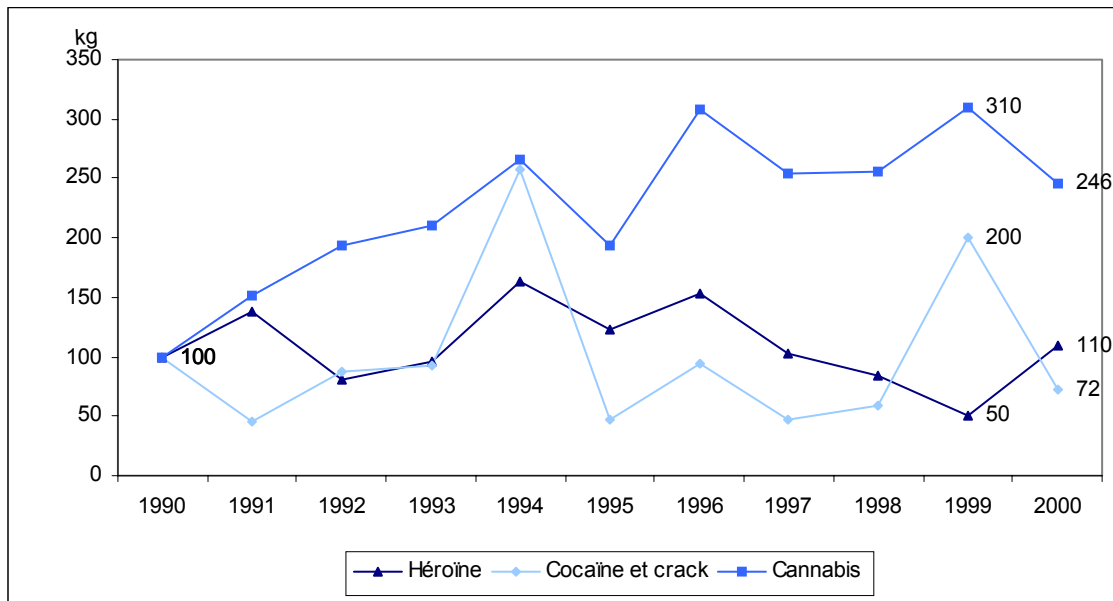
Pour la première fois depuis 1996, les quantités d'héroïne saisies sont en forte progression en 2000. Il est à noter cependant que la baisse en 1999 et la hausse en 2000 sont liées à de faibles variations du nombre des grosses opérations portant sur plus de 5 kg. Le nombre de ces saisies est passé de 11 en 1998 (totalisant 194 kg) à 5 en 1999 (53 kg), pour remonter à 15 en 2000 (273 kg). L'influence de ces quelques grosses affaires, qui représentent plus de 60 % des quantités d'héroïne saisies en 2000, incite à interpréter les chiffres avec prudence. De plus, la variation constatée est pour une bonne part le résultat d'une augmentation des quantités saisies à destination de la Grande-Bretagne et de l'Espagne (environ 270 kg pour ces deux pays). La France était destinataire d'un petit tiers des quantités d'héroïne saisie en 2000.

Après être restées longtemps limitées, les quantités saisies d'ecstasy ont nettement augmenté depuis 1998. Cette évolution est également liée à la croissance des saisies d'ecstasy à destination de la Grande-Bretagne. La France n'est que très marginalement destinataire de l'ecstasy saisie (moins de 10 % en 2000), bien que sa part soit en progression.

Évolution des saisies entre 1990 et 2000

La dernière décennie a été marquée par la forte augmentation des saisies de cannabis, avec une croissance rapide et continue jusqu'en 1994 (multiplication par 2,5 des quantités saisies), puis une fluctuation autour de ce niveau jusqu'en 2000.

Quantités saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000 (base 100 en 1990)



Source : FNAILS, OCRTIS

Cette tendance sur l'ensemble de la décennie ne se retrouve pas pour l'héroïne et la cocaïne, dont le niveau atteint en 2000 est proche de celui de 1990.

Les quantités saisies d'héroïne plutôt orientées à la hausse entre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990, malgré des fluctuations, ont fortement décliné entre 1997 et 1999 pour se redresser en 2000.

Les quantités de cocaïne saisies fluctuent, quant à elles, un peu en dessous du niveau de 1990, mis à part les années 1994 et 1999 au cours desquelles des saisies exceptionnelles ont été réalisées.

Au-delà des variations annuelles, un tiers environ des quantités de cannabis saisies en France devait être revendu sur le territoire national, contre la moitié pour celles d'héroïne et un cinquième pour celles de cocaïne.

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.

L'étude des résultats des analyses en laboratoire des échantillons saisis par les services de police et des douanes ne montre pas une amélioration du taux de pureté de l'héroïne. Le taux de pureté de l'héroïne chlorhydrate et base, entre 1999 et 2000, est en effet en légère baisse, mais statistiquement non significative. Le pourcentage cumulé des échantillons, ayant le taux de pureté le plus élevé (50 à 100 %), ainsi que ceux ayant un taux de pureté moyen (20 à 50 %) a baissé de 13 %. Pour le taux de pureté le plus bas (0 à 20 %), on observe une augmentation de 6 %.

Le taux de pureté de la cocaïne chlorhydrate et base saisie par les services de police et des douanes enregistre une baisse statistiquement significative entre 1998 et 2000. Entre 1999

et 2000, le pourcentage des échantillons saisis ayant le taux de pureté le plus élevé (50 à 100 %) a baissé de 16 % en l'an 2000.

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 2000, l'analyse des données recueillies dans le cadre de ce dispositif montre que :

- Des molécules de la famille des amphétamines sont présentes dans plus des deux tiers des échantillons collectés en 2000 dont 64 % de MDMA. Parmi les comprimés contenant de la MDMA, le dosage moyen est de 75 mg. Près d'un cinquième des échantillons présente une quantité de MDMA supérieure à 100 mg. Les substances médicamenteuses restent fréquentes (11 %). Par ailleurs, plusieurs produits stimulants ont été identifiés pour la première fois au sein de la base de données SINTES : le cathinone, le 2-CT7, le 4-MTA et la PMA.
- L'absence de principe actif n'est pas rare. En effet, pour plus d'un échantillon sur huit il n'en a pas été retrouvé.

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

Prix en euros pratiqués dans la rue, pour l'année 2000, 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) : 60 euros

Héroïne blanche (1 g) : 97 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 euros.

6. Trends per drug

Cannabis

Consommation

- La consommation du cannabis s'est nettement étendue au cours des dernières années, particulièrement chez les jeunes.
- En 2000, un Français sur cinq a déjà expérimenté le cannabis. Chez les jeunes, à la fin de l'adolescence, ce comportement devient majoritaire.
- Chez les jeunes, la consommation est majoritairement occasionnelle mais devient avec l'âge de plus en plus régulière et intense. Ainsi, parmi les garçons âgés de 19 ans ayant expérimenté le cannabis (60 %), plus d'un sur trois en a une consommation régulière ou intensive.
- La consommation de cannabis se retrouve dans tous les milieux sociaux. Elle est encore très fortement liée à l'âge et, dans une moindre mesure, au sexe : forte consommation chez les adolescents et les jeunes adultes qui décroît ensuite et devient marginale après 50 ans, usage plus important pour les hommes. Toutefois, la différence entre les sexes est moins marquée pour les jeunes générations de consommateurs.
- La consommation de cannabis est très fréquemment associée à celle du tabac et de l'alcool. Dans les contextes festifs, le cannabis est très présent, accompagnant les prises de stimulants et de produits hallucinogènes quand celles-ci sont rencontrées.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cannabis ont notablement augmenté entre 1997 et 1999.
- La consommation de cannabis est à l'origine de la prise en charge pour usage de drogues dans plus de 15 % des cas.
- Le profil des personnes prises en charge par le système sanitaire et social pour leur usage de cannabis est très différent de celui des usagers d'opiacés vus à travers le même dispositif : ils sont moins âgés (25 ans en moyenne), plus fréquemment pris en charge pour la première fois (60 %) et plus souvent adressés par l'institution judiciaire (25 %).
- En l'absence de données sur l'implication du cannabis dans la survenue d'accidents de la route ainsi que dans celle de cancers, on ne relève actuellement pas de conséquences graves (morbidity et mortalité) de la consommation de cannabis.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente de cannabis ont fortement augmenté au cours des années 1990. Il est de loin le produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations d'usagers (79 000 pour 90 000).
- Les usagers de cannabis interpellés sont les plus jeunes des usagers interpellés (22 ans en moyenne). Les mineurs interpellés pour usage de cannabis sont, bien que largement minoritaires, de plus en plus nombreux et de plus en plus jeunes, tendance inverse au vieillissement relevé pour les autres usagers interpellés.

Offre et trafic

- Le nombre de saisies de cannabis et les quantités correspondantes sont à la hausse. Une grande part d'entre elles, réalisées en France, concerne du haschisch en provenance du Maroc.
- Le cannabis est très accessible par des prix modérés et une grande disponibilité. La nature des produits consommés est très variable, notamment en ce qui concerne la teneur

en produit actif (THC). L'analyse d'échantillons saisis montre une présence non négligeable de cannabis à forte concentration (THC > à 8 %), dans 4 cas sur 10 pour la résine.

Synthetic drugs

Consommation

- La consommation d'ecstasy est apparue en France au début des années 1990 et se révèle depuis en progression. Son expérimentation et plus encore son usage actuel restent néanmoins relativement limités. Elle semble circonscrite aux jeunes adultes et à des contextes festifs.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation sont faibles (0,7 % pour les femmes et 2,2 % pour les hommes de 18-44 ans). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 7 % suivant le sexe et l'âge.
- La consommation d'amphétamines est plus ancienne mais, comme l'ecstasy, son expérimentation et son usage actuels restent limités.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation sont faibles chez les 18-44 ans (1,2 % pour les femmes et 2,3 % pour les hommes). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 4 % suivant le sexe et l'âge.
- Les femmes sont moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté l'ecstasy et les amphétamines. Pour les deux sexes, les prévalences augmentent avec l'âge.
- La consommation d'ecstasy et d'amphétamines s'inscrit fréquemment dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les lieux festifs où ces produits sont associés à d'autres stimulants et à des produits hallucinogènes.

Conséquences sanitaires et sociales

- L'ecstasy et les amphétamines sont à l'origine d'un nombre très faible de prises en charge sanitaires ou sociales, qui semble s'être stabilisé au cours des dernières années.
- Les personnes prises en charge pour usage d'ecstasy ont un profil proche de celui des usagers de cannabis. Elles sont également jeunes. En revanche, elles sont plus polyconsommatrices que ces derniers.
- Les personnes prises en charge pour usage d'amphétamines ont des caractéristiques moyennes différentes de celles des usagers d'ecstasy. Elles sont notamment plus âgées et pratiquent plus fréquemment l'injection.
- On ne relève pas à l'heure actuelle de conséquences sanitaires graves de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines, en dehors de leur implication dans quelques cas exceptionnels de décès survenus depuis 1999 et en l'absence de données sur leur éventuelle implication dans les accidents de la route. Les expertises scientifiques disponibles en la matière signalent également des troubles psychiatriques et un potentiel de neurotoxicité à long terme liés à la consommation de l'ecstasy.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy augmentent très fortement au cours de la dernière décennie, à l'exclusion des années 1998 et 1999. Elles restent très minoritaires comparées à l'ensemble des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants (1 900 contre 94 300). Les interpellations liées aux amphétamines restent relativement stables et marginales (une centaine).

- Les usagers d'ecstasy interpellés sont plus proches de ceux de cannabis que de ceux d'héroïne ou cocaïne. Ils sont jeunes, âgés principalement entre 18 et 25 ans.

Offre et trafic

- Après une très forte progression dans la première moitié des années 1990, les saisies d'ecstasy semblent se stabiliser.
- L'ecstasy et les amphétamines sont très accessibles dans l'espace festif. Le prix de ces produits a eu tendance à baisser au cours des dernières années.
- Le terme générique d'ecstasy couvre en fait une très grande diversité de produits. Les pilules vendues sous ce nom ne contiennent pas toujours la substance active recherchée (MDMA), mais souvent plusieurs substances actives dont l'interaction est mal connue, notamment différents médicaments détournés de leur usage normal. Quand la MDMA est présente, les dosages sont très variables.

Heroin/opiates

Consommation

- L'expérimentation, et plus encore l'usage actuel, de l'héroïne et des autres opiacés restent rares, aussi bien en population adulte qu'adolescente.
- Parmi les adultes de 18-44 ans 0,4 % des femmes et 1,7 % des hommes ont expérimenté l'héroïne. Chez les jeunes scolarisés, 0,8 % des filles et 1,4 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris de l'héroïne au cours de leur vie.
- À tous les âges, cette consommation est à prédominance masculine.
- La consommation occasionnelle d'héroïne s'inscrit dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les contextes festifs où l'héroïne est nouvellement associée à des stimulants et à des produits hallucinogènes.
- La consommation problématique d'héroïne est encore bien plus limitée malgré une visibilité sociale plus marquée (estimation de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes », principalement consommateurs d'opiacés).

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge pour usage de drogues illicites sont très majoritairement (70 %) liées à l'abus ou à la dépendance aux opiacés. Entre 1997 et 1999, le nombre de prises en charge liées aux opiacés est resté à peu près stable alors que leur part relative diminue, en raison principalement de la progression des recours liés au cannabis et à la cocaïne.
- La population des usagers d'opiacés pris en charge continue de vieillir. L'âge moyen de ceux-ci augmente à peu près au rythme d'une année tous les deux ans : en novembre 1999, ils ont en moyenne 31 ans et seule une petite minorité d'entre eux (13 %) a moins de 25 ans. Ce sont principalement des hommes (3 cas sur 4), majoritairement sans activités rémunérées (plus de 60 %) mais la proportion de personnes exerçant une activité rémunérée a augmenté au cours des dernières années. La plupart de ces personnes (plus de 70 %) ont déjà eu un contact avec des structures de soins pour leur usage d'opiacés.
- Un produit secondaire apparaît dans 57 % des recours pour usage d'opiacés, la cocaïne étant alors la substance la plus souvent mentionnée (18 % des cas) suivie par le cannabis, l'alcool et les médicaments (7 à 10 % des cas chacun).

- La très grande majorité des usagers d'opiacés pris en charge a déjà utilisé la voie intraveineuse (73 %). L'utilisation de ce mode d'administration est néanmoins en régression.
- La mise en place des traitements de substitution et leur rapide montée en charge, au milieu des années 1990, a profondément modifié la prise en charge des usagers d'opiacés. Aujourd'hui, ceux-ci suivent, pour beaucoup d'entre eux, des traitements de substitution. Début 2001, on estime à 84 000 le nombre d'usagers d'opiacés sous traitement de substitution, la buprénorphine (74 000) étant plus souvent prescrite que la méthadone (11 000).
- En lien avec le développement de la politique de réduction des risques et celui des traitements de substitution, le nombre de surdoses attribuables à l'héroïne est en forte baisse depuis 1994. L'héroïne reste néanmoins le produit le plus fréquemment en cause dans les décès par surdoses (70 sur 119 en 2000).
- La prévalence déclarée du VIH est en nette diminution chez les usagers d'opiacés ayant pratiqué l'injection récemment ou antérieurement (15 % en 1999). Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues poursuit la baisse amorcée en 1994 grâce à l'allongement de l'espérance de vie due aux nouveaux traitements antiviraux (1 037 en 1994, 180 en 2000).
- La prévalence déclarée du VHC est en revanche en augmentation (65 % en 1999).

Conséquences pénales

- L'héroïne est le deuxième produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants (5 800 en 2000), loin après le cannabis (82 300 interpellations) et devant la cocaïne (3 200 interpellations environ).
- Les interpellations d'usagers d'héroïne sont de moins en moins nombreuses depuis 1996. Leur part relative sur l'ensemble des interpellations est également en baisse (6,2 % des interpellations en 2000). Cette tendance semble évoluer vers une stabilisation du nombre de ces interpellations au vu des données les plus récentes.

Offre et trafic

- Les quantités saisies d'héroïne sont très fluctuantes au cours des années 1990. Après trois années successives de baisse sensible après 1996, une forte augmentation est relevée en 2000 (440 kg). Le nombre d'interpellations pour trafic d'héroïne suit la même évolution avec toutefois une augmentation de moindre ampleur sur 2000 (1 200 interpellations).
- L'héroïne est actuellement moins accessible qu'elle ne l'était au cours des années récentes en espace urbain. Cette tendance s'inverse dans l'espace festif. Le taux de pureté et le prix de l'héroïne semblent actuellement diminuer légèrement.

Cocaine/crack

Consommation

- La consommation des stimulants, en général, et de la cocaïne, en particulier, semble avoir été en progression au cours des dernières années, constat plus nettement perceptible sur des populations spécifiques (personnes fréquentant les événements festifs, usagers dépendants d'opiacés).
- L'expérimentation et plus encore l'usage actuel de la cocaïne restent néanmoins relativement limités : en 2000, 1,4% des français de 18 à 75 ans a déjà expérimenté la cocaïne.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation les plus importants sont rencontrés globalement chez les 18-44 ans et plus particulièrement parmi les 35-44 ans

(1,6 % pour les femmes et 4 % pour les hommes). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 3 % suivant le sexe et l'âge.

- Les femmes sont toujours moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté la cocaïne et, quel que soit le sexe, l'expérimentation se rencontre surtout chez les jeunes adultes.
- La consommation de cocaïne s'inscrit fréquemment dans un contexte associant d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les milieux festifs où la cocaïne est associée également à d'autres stimulants et à des produits hallucinogènes.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cocaïne ou de crack ont notablement augmenté entre 1997 et 1999. Cette augmentation concerne majoritairement des usagers déjà suivis, dépendants aux opiacés et souvent sous traitement de substitution.
- L'usage de ces deux produits est à l'origine de la prise en charge dans moins de 5 % des cas en produit primaire et dans 15 % des cas en produit secondaire.
- La cocaïne est particulièrement impliquée dans les polyconsommations de drogues à l'origine d'une prise en charge sanitaire ou sociale ; sa consommation étant très souvent liée à celle des opiacés.
- Ce constat explique que le profil des usagers de cocaïne vus dans le système sociosanitaire est proche de celui des usagers d'opiacés vus à travers le même dispositif.
- Les cas de décès imputables à la cocaïne sont apparemment rares.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne ou de crack ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, notamment depuis 1997. Elles restent très minoritaires comparées aux interpellations pour usage et usage-revente de cannabis (3 200 contre 82 300), mais représentent maintenant la moitié de celles relatives à l'héroïne (5 800).
- Les usagers de cocaïne et de crack interpellés sont de plus en plus âgés. En 1999, ils ont en moyenne respectivement 29 et 31 ans.

Offre et trafic

- Le nombre de saisies et les quantités saisies de cocaïne sont à la hausse, mais les variations sont fortes d'une année à l'autre, sous l'influence de la réalisation ou non d'importantes opérations ponctuelles.
- La cocaïne est de plus en plus facilement accessible. Son prix a notablement baissé dans les années 1990 et semble se stabiliser.
- L'offre de crack apparaît comme un phénomène relativement localisé touchant encore principalement la région parisienne, les Antilles et la Guyane.

Multiple use

See part 4 chapter 11

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 d'une partie des données fournies par le dispositif de surveillance des phénomènes émergents (TREND) mis en place depuis 2 ans. 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 : Le Baromètre Santé 2000 est une enquête téléphonique en population générale reposant sur un échantillon aléatoire, réalisée entre octobre et décembre 1999 et coordonnée par le Comité français d'éducation pour la santé, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

Cette enquête multithématique porte sur les comportements et les opinions des Français en matière de santé. L'échantillon, incluant 13 685 individus de 12 à 75 ans, est représentatif au niveau national.

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.

Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD), OFDT, 2000

L'OFDT a mis en place une enquête annuelle qui se déroule lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD) sur l'ensemble du territoire métropolitain. Une fois par an, un mercredi et un samedi d'une semaine donnée, tous les jeunes Français présents à ces journées (dans les 250 centres répartis sur tout le territoire) répondent une vingtaine de minutes durant à un questionnaire autoadministré portant sur la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives.

Lors du premier exercice de cette enquête, en mai 2000, sur les 14 553 présents seuls 92 ont rendu un questionnaire vierge, et après contrôle de l'âge, du sexe, et de la cohérence des réponses aux principales questions de consommations de substances psychoactives, 13 952 questionnaires ont été exploités. La JAPD est centrée sur les jeunes de 17 ans avec possibilité de rattrapage pour les plus âgés (essentiellement des 18-19 ans). La JAPD ayant démarré plus tardivement pour les filles que pour les garçons, l'échantillon 2000 comprend des filles de 17 ans et des garçons de 17 à 19 ans. Pour l'exercice 2001, cette enquête a été étendue aux Dom.

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, 2000.

Il s'agit d'une enquête téléphonique élaborée par l'OFDT. Les données ont été recueillies du 30 mars au 10 avril 1999 par l'institut de sondage BVA, auprès de 2 002 personnes âgées de 15 à 75 ans. Cet échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession du chef de ménage, la région de résidence et la taille de l'agglomération) est représentatif de la population française. Les enquêtés ont été interrogés sur leurs connaissances relatives aux substances psychoactives, sur leur dangerosité telle qu'ils la perçoivent, sur leurs propres expériences de consommation, sur la présence d'usagers parmi leurs proches, mais aussi sur leurs opinions à l'égard des usagers d'héroïne et des politiques publiques effectivement menées ou envisageables. Cette enquête sera reconduite en 2002.

« 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 FNAIS 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 FNAIS 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

La stratégie nationale définie par l'actuel plan gouvernemental a été largement décrite dans le chapitre 1.2. Le lecteur est prié de se référer à cette partie du rapport où sont développés les grands axes politiques interministériels rappelés ci-dessous :

(Rappel)

Le plan de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances (1999-2000-2001) pose certains constats :

- Les modes de consommation de produits psychoactifs 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. Plusieurs axes prioritaires apparaissent et notamment :

- Le développement de l'observation des phénomènes de consommation de produits psychoactifs licites et illicites en mettant l'accent sur les travaux en sciences sociales (études et recherches) et l'organisation des connaissances pour éclairer les politiques publiques ;
- La diffusion de données fiables, scientifiquement validées, auprès du grand public pour apporter les réponses nécessaires sur l'état du phénomène ;
- L'élargissement de la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs (et non plus uniquement sur les produits) ;
- Le développement, chez tous les professionnels et acteurs de la prévention, d'une culture de référence commune sur les produits psychoactifs pour faire en sorte que les politiques publiques et les orientations nouvelles qui sont adoptées soient comprises et partagées par tous ceux qui sont censés les mettre en œuvre.
- La diffusion de la politique de réduction des risques et des dommages à l'ensemble des comportements de consommation ;
- La mise en place d'une prise en charge sanitaire et sociale précoce (avant que les consommateurs de substances psychoactives ne deviennent dépendants) pour un accompagnement adapté des consommateurs de produits psychoactifs ;

- L'intégration d'une logique de santé publique dans la sécurité publique à partir d'une politique pénale adaptée qu'il s'agisse des usagers interpellés ou ceux placés en détention ;
- Le renforcement de la lutte contre les trafics fondé sur la diversification de ses moyens d'action qu'il s'agisse de la lutte contre le trafic local ou international, du blanchiment (loi de 1996 sur le " proxénétisme de la drogue ") ou de l'approche par les précurseurs chimiques ;
- Le développement d'une action internationale de la France autour d'une approche globale équilibrée entre réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des risques. Cela passe par une redéfinition des priorités géographiques s'attachant aussi au développement d'actions de réduction de la demande et des risques.

9. Intervention Areas

9.1 Primary prevention

L'évolution majeure dans le champs de la prévention est son élargissement à un ensemble de substances psychoactives licites ou illicites, en privilégiant une approche comportementale et en prenant en compte l'usage, l'usage nocif (ou abus) et la dépendance.

Le caractère plurisectoriel de la problématique des drogues est en soi un facteur explicatif de la multiplicité des organismes qui interviennent dans le champ de la prévention. Le fait qu'aucune loi – pas même celle de 1970 – n'aborde directement la question de la prévention, a laissé libres les ministères d'organiser l'action publique à travers de nombreux textes d'applications et a probablement participé à la part large des initiatives privées dans ce domaine.

Si la volonté politique d'une prévention globale¹⁸ n'est affichée que récemment, dans la pratique, les professionnels intervenant en matière de prévention sont depuis longtemps amenés à mettre en perspective les différentes consommations. Pour autant, la définition de la prévention globale et en outre son articulation avec la prévention spécifique¹⁹ – entre approche comportementaliste globalisante et mise en cohérence d'actions sur des thèmes spécifiques pour un effet d'ensemble – ne se fait pas aisément. Par ailleurs, l'origine multifactorielle des comportements de consommation renvoie directement à une réflexion plus large sur des phénomènes sociaux inscrits parmi les préoccupations politiques : les comportements à risque, l'exclusion et la délinquance. Ainsi toute une partie de la prévention des dépendances se trouve fondue dans des programmes généralistes de dispositifs transversaux (contrats de Ville et leurs déclinaisons, PRAPS et PRS). Cette intégration crée un effet de masquage qui complique toute tentative de bilan sur la prévention globale.

Porteurs d'actions

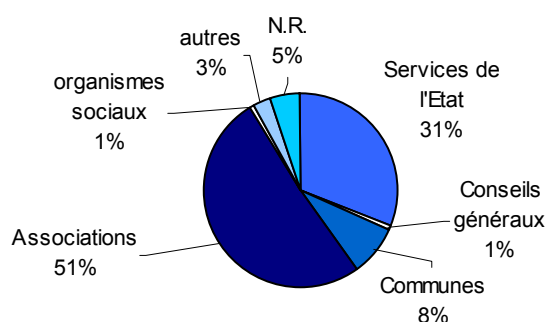
D'après les rapports d'activités des chefs de projet « drogues et dépendances », la grande majorité des actions de prévention se déroulent en milieu scolaire (70%). Très loin derrière, le milieu associatif culturel et le milieu professionnel ressortent (représentant chacun 5% des initiatives). Bien que le plan triennal mette l'accent sur le besoin de développer des mesures de réduction des risques en milieu festif, fort peu d'actions couvrent ce domaine à l'heure actuelle.

¹⁸ Prévention des comportements de consommation et dépendance liés à l'ensemble de substances psychoactives.

¹⁹ Prévention relative spécifiquement à une ou quelques substances psychoactives.

En 1999, la moitié des actions de prévention (52%) est lancée par le secteur associatif, le deuxième grand promoteur étant l'Etat avec environ un tiers des actions réalisées [APPRE]. Quelques 6 fois sur 10, il s'agit de l'Education nationale, du fait de la concentration des actions de prévention en milieu scolaire. En 2000, environ 497 400 élèves de collèges ou lycées publics (près d'un quart des collégiens et lycéens français) ont bénéficié d'une action de prévention liée directement ou indirectement aux substances psychoactives (OFDT, 2001).

Structures à l'initiative des actions de prévention en 1999.



Source : APPRE, 2000, OFDT

Approches

On estime qu'un peu plus des trois quarts des actions de prévention mises en œuvre en 1999 visent l'ensemble des substances psychoactives [APPRE]. Parmi elles, environ une action sur cinq suit un principe de réflexion sur les comportements et les aptitudes des personnes sans qu'aucune substance ne soit traitée en particulier. Les actions axées sur des thématiques de « produit » (environ 20%) abordent en grande majorité le thème de l'alcool (environ 80 %), puis du tabac (20 %) et du cannabis (10 %).

Distribution des actions spécifiques à un produit en fonction des substances visées

	(en %)
Alcool	82
Tabac	20
Cannabis	11
Médicaments	6
Cocaïne Et Dérivés	5
Drogues De Synthèse	4
Héroïne Et Dérivés	2
Produits Dopants	1

Source : APPRE, 2000, OFDT

La stratégie de prévention se base sur les facteurs de vulnérabilité pour une action sur dix, sur les facteurs de protection pour un quart d'entre elles et sur les deux aspects pour les deux tiers.

Financements

Dans le champ de la prévention, les services de l'Etat sont les premiers financiers tant en termes de volume budgétaire alloué (environ 60%) qu'en nombre de financements accordés (43% des différents financements ou cofinancements) [APPRE]. Viennent ensuite les collectivités territoriales (principalement les conseils généraux, puis les communes) qui

fournissent 20% des fonds consacrés à la prévention et représentent 28% des sources budgétaires [APPRE]. La MILDT délègue annuellement une enveloppe budgétaire aux chefs de projet « drogues et dépendances » – dans le cadre de leur programmes départementaux de prévention – et aux ministères concernés par la question, sur la base des propositions qu'ils présentent. En 2000, les crédits interministériels alloués aux chefs de projets « drogues et dépendances » au titre de la prévention s'élèvent à 47 MF. Le total des crédits déconcentrés consacrés à ce champ n'a pas pu être calculé. Cependant l'analyse réalisée sur les rapports d'activité de 70 départements suggère une répartition des sources financières de l'ordre de 60% et 40%, respectivement entre les crédits interministériels et les crédits déconcentrés alloués à la prévention.

Répartition des ressources financières destinées aux actions de prévention

Etat :	
- MILDT	61%
- Autres sources étatiques	
Conseils généraux	13 %
Communes	8 %
Conseils régionaux	1 %
Autres	6 %
Associations	4 %
Fonds privés, sponsors	4 %
Commission Européenne	2 %

Source : APPRE. 2000, OFDT

Partenariats

On constate une forte densité partenariale autour de la prévention. En effet, les deux tiers des actions rassemblent au moins deux partenaires (20% en réunissent au moins 5), avec au premier rang l'Etat et ses services, que ce soit pour le financement (61% des actions), la mise en œuvre des actions (25%) ou à titre d'expertise (32%).

Les associations interviennent aussi souvent que les services d'Etat (25% des actions) dans la mise en œuvre des actions. En effet, les « spécialistes en prévention » et « intervenants en toxicomanie » – appartenant majoritairement au milieu associatif – sont les principaux « corps professionnels » intervenant dans les actions de prévention (dans 30 à 40% des actions) [APPRE]. Les médecins généralistes et les infirmières (personnels scolaires majoritairement), les psychologues, les enseignants et les éducateurs et enfin les gendarmes interviennent tous dans les actions de prévention dans des proportions similaires (20% des actions) [APPRE].

Les organismes sociaux constituent le quatrième acteur clé. Bien qu'ils interviennent relativement peu souvent dans le financement des actions (5% des cas), ils sont plus souvent cités comme participant à leur mise en place (12%).

9.1.1 Infancy and Family

Aucun changement par rapport aux années précédentes ne peut être signalé.

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

Dans les établissements scolaires, la prévention est organisée selon les initiatives locales des équipes administratives et pédagogiques, en fonction des priorités définies aux niveaux académique, départemental et de l'établissement. Outre le dispositif organisationnel, représenté par les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, il n'existe pas de modèle de dispositifs de prévention qui s'impose à l'ensemble des établissements. Cependant, les programmes de l'Éducation nationale doivent désormais s'intégrer dans les programmes départementaux de prévention.

Les actions de l'Éducation nationale en milieu scolaire

Pilotage national et déconcentré de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves

La question de la prévention des dépendances s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves définie par le ministère de l'Éducation nationale et coordonnée et évaluée par la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO). Cette dernière anime le réseau de conseillers techniques (médecins et infirmières) des recteurs et des inspecteurs académiques, en les sensibilisant aux grandes orientations de la politique ministérielle. Elle définit également le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

Les conseillers techniques, académiques ou départementaux sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositifs régionaux ou départementaux afférant à la santé et à la prévention des populations scolarisées : programme d'accès à la prévention et aux soins^(xx), programme de prévention des dépendances, etc.

Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ou CESC, initiés en 1990 en tant que Comités d'environnement social, ont pour objet d'assurer la coordination de la prévention et de l'éducation pour la vie en collectivité, au sein d'établissements publics primaires et secondaires, d'enseignement général ou professionnel. Depuis 1995, ces structures sont cofinancées par la MILDT et l'Éducation nationale. Leur texte constitutif²⁰ entérine l'adoption d'une approche globalisante de la prise en charge des difficultés rencontrées par les jeunes, impliquant la prévention de toute forme de dépendance. Cette approche s'accordera d'ailleurs avec le principe d'approche globale de la prévention porté par le plan triennal de la MILDT. Cette circulaire pose également les principes de la généralisation des CESC sur le territoire national. 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.) afin de créer un lien entre l'école et son environnement. Concrètement, les CESC doivent 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. 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 cycle primaire). Un bilan des différentes actions engagées est retourné aux rectorats respectifs.

Sur l'année scolaire 1999-2000, le nombre de CESC en établissements secondaires publics a augmenté de 35 % par rapport à l'année précédente. En juin 2000, on en décompte 4 530 répartis dans 65% des lycées, 60% des lycées professionnels et 55% des collèges. Etant

20 Circulaire n°98-108 du 01.07.98..

donné les 543 CESC qui fonctionnent en réseau cette même année, six établissements publics sur dix (soit 4 687) ont pu bénéficier d'un tel dispositif (contre cinq sur dix l'année dernière). Parmi eux, 843 sont implantés en zone d'éducation prioritaire (contre 549 l'année précédente) et 135 des classés « établissements sensibles » soit respectivement une couverture de 84% et 77 % des établissements concernés. Par ailleurs, en 2000, 510 écoles primaires, 23 établissements privés (du primaire et du secondaire) et 34 établissements régionaux d'enseignement agricole ont un CESC.

Le programme expérimental « Elèves, acteurs de prévention »

De 1997 à 1999, le ministère de l'Education nationale a engagé une action expérimentale dans le champ de la prévention des conduites à risques intitulée : « Elèves, acteurs de prévention ». Cette phase expérimentale a abouti à la publication d'une plaquette d'information et de préconisations en direction des équipes qui souhaiteraient s'engager dans cette démarche. Le but de ce programme est d'engager des élèves-relais dans la cogestion des actions de prévention et de les former en conséquence. Ces élèves sont formés à un rôle d'animateurs et de messagers de prévention qui puissent se positionner en pair-entraînant et établir une relation d'écoute et de relais. Ils interviennent sous la tutelle d'adultes référents qui veillent à ce qu'ils ne se substituent pas aux professionnels compétents, en prenant en charge les problèmes lourds de leurs camarades.

Selon les conclusions de l'évaluation réalisée en 1999 (Ballion, 2000) (consultables sur www.eduscol.education.fr), ce programme devrait plutôt se décliner dans des établissements investis dans une politique globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté et engagés dans une démarche d'implication des élèves dans la vie de l'établissement.

La collection « Repères »

En Novembre 1999, la Direction des lycées et collèges (ministère de l'Education nationale) en collaboration avec la MILDT a édité une nouvelle collection les « Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires » et les « Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire ». Au total, 800 000 exemplaires ont été diffusés en 2000.

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) :

La Mission de lutte antidrogue (MILAD), chargée de coordonner la politique des directions et des services de la police nationale en matière de lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants, organise et anime également le dispositif national de prévention. Les actions qu'elle mène ont pour objectif d'initier une dynamique locale de prévention dans laquelle peuvent s'inscrire les policiers locaux. Elle est aussi chargée d'unifier le discours du ministère de l'Intérieur, en conformité avec le Plan triennal.

Campagne itinérante de la MILAD

La MILAD gère directement une campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies, qui concerne plus spécialement la communauté scolaire. Elle utilise pour cela un ensemble routier à forte visibilité (plusieurs véhicules dont un camion 38 tonnes), aménagé pour l'accueil du public (30 à 40 personnes) et animé par des officiers de la MILAD, assistés des policiers formateurs antidrogue locaux. En 2000, 34 000 élèves ont ainsi été rencontrés à l'intérieur des établissements. Des entretiens avec les équipes pédagogiques ont été menés au préalable.

Policiers formateurs antidrogue

La Direction centrale de la sécurité publique (463 commissariats de police) gère le plus grand nombre de policiers spécialisés dits « policiers formateurs antidrogue » (270 PFAD). Les PFAD avaient initialement pour mission d'assurer la formation continue de leurs collègues mais, depuis 1998, la MILAD a réorienté leur action en privilégiant les établissements scolaires, notamment dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté. Dans une perspective d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ils informent sur les produits licites et illicites, les comportements de consommation liés à ces produits, leurs conséquences individuelles et sociales, les dispositions de la loi dans le domaine du trafic et dans celui de l'usage ainsi que sur les divers dispositifs de prise en charge. En 2000, les PFAD ont réalisé environ 5 000 actions de prévention et rencontré près 177 000 élèves.

Formateurs relais antidrogues de la gendarmerie nationale

Les Formateurs relais antidrogues (FRAD), créés en 1990, sont des gradés officiers de police judiciaire qui assurent une mission de prévention parallèlement à leur service normal. L'approche est orientée vers la responsabilisation des publics et la volonté de démystifier le phénomène de la drogue en dénonçant les incidences sociales du trafic et le rôle des trafiquants et des dealers. Leur action vise prioritairement les jeunes des collèges et des lycées, mais aussi leurs parents, ainsi que les responsables sociaux et les militaires. Outre les drogues illicites, les FRAD sont amenés à aborder le sujet des substances psychoactives licites, principalement l'alcool et les médicaments. En 2000, 450 FRAD sont recensés, en général quatre à cinq par département. Ils ont réalisé quelque 20 000 interventions qui ont concerné près de 480 000 personnes dont 310 000 « jeunes » scolarisés (du collège à l'université). Les FRAD sont associés aux comités de pilotage de nombreux CESC (environ la moitié).

Cependant, la fonction première des FRAD est de former les enquêteurs de gendarmerie en matière de prévention et de répression, plus particulièrement sur des méthodes de communication, sur le cheminement de l'usage au trafic et les techniques d'usages afin de mieux les déceler. L'organisation d'un réseau et le fonctionnement des filières sont également étudiés.

9.1.3 Youth programmes outside schools

Les actions sous le tutelle du ministère de la jeunesse et des sports

Pilotage national et déconcentré

Les actions de prévention des dépendances menées par le ministère de la Jeunesse et des sports sont coordonnées par la direction de la Jeunesse et de l'éducation populaire. Elles ont comme relais institutionnels opérationnels :

- Les directions régionales (DRJS) et départementales (DDJS) de la Jeunesse et des sports où une personne-ressource est en charge des questions de prévention des dépendances ;
- Les conseils départementaux de la jeunesse (19 en 1999, 27 en 2000), instances où les jeunes peuvent faire valoir leurs propositions vis-à-vis des pouvoirs publics quant aux actions à mettre en œuvre dans l'ensemble des domaines qui les concernent (formation, emploi, santé, etc.) ;
- Les établissements nationaux de formation ;
- Les antennes du réseau information jeunesse (1500 structures d'accueil du public pour information dans tous les domaines de la vie quotidienne).

Le budget délégué par la MILDT est déconcentré à 80% aux directions départementales qui sont étroitement associées à l'élaboration des programmes départementaux de prévention et inscrivent leur action dans ce cadre.

- 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.

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).

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 ...).

Vingt pour-cent des crédits interministériels (MILDT) servent à la mise en place d'actions de dimension nationale, notamment dans le champs de la formation.

Les actions de la Police Nationale hors milieu scolaire

Depuis 1995, pendant la période estivale, l'ensemble routier de la MILAD (cf. actions de prévention en milieu scolaire) se rend sur des sites touristiques. Les policiers y rencontrent surtout des jeunes mais aussi leurs parents, qui expriment généralement une forte demande d'information. Pour ces campagnes, la MILAD associe différents partenaires : en 1999, le ministère de la Jeunesse et des Sports, sur le thème du dopage, en 2000, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA). Au cours de cette dernière campagne, les animateurs ont rencontré environ 20 000 personnes durant les mois de juillet et août. Afin de répondre aux demandes, émanant notamment de l'Éducation nationale, un second ensemble routier sera mis en service fin 2001.

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 CRIPS²¹ 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.

« Prévention à la carte »

21 Centre régional d'information et de prévention du sida.

Le ministère de la Jeunesse et des sports a également soutenu le développement du dispositif « prévention à la carte » conçu et géré par l'association AREMEDIA. Ce dispositif s'articule autour d'un programme interactif (diffusé par une borne télématique) qui permet de s'interroger sur ses propres prises de risques. Il fournit des éléments de diagnostic et des informations pratiques. Anonyme, ce système permet de recueillir des données quantitatives et qualitatives susceptibles d'être utilisées pour des analyses épidémiologiques ou des stratégies de prévention adaptées. Dans le cadre d'un projet pilote, ce dispositif est implanté dans une quinzaine d'antennes du réseau information jeunesse, depuis le début 2001.

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.

Points « Ecoute », dispositifs d'accueil et d'écoute dans les quartiers

Le Plan triennal 1999-2001 préconise l'extension des Points écoute, lieux d'accueil, d'écoute et de paroles, en améliorant surtout leur accessibilité, c'est-à-dire leur diffusion géographique et leurs modes de fonctionnement (élargissement des heures d'ouverture, par exemple).

Les Points écoute sont financés par le Bureau des pratiques addictives de la Direction générale de la santé (SD6B). Cependant, de nombreux Points accueil et Points écoute sont financés dans d'autres cadres, notamment celui de la politique de la Ville. Ils fondent leur action sur un principe de prévention globale de la toxicomanie et de la marginalisation, où les problèmes de drogues sont appréhendés dans une logique de développement social urbain^(xxi). Localement, les équipes des Points écoute travaillent en partenariat étroit avec les communes afin de négocier l'implantation de leurs structures au plus près des besoins et de mobiliser les acteurs relais au niveau des quartiers.

Les Points écoute jeunes ont comme objectif particulier de capter des publics jeunes, de 18 à 25 ans, éloignés des institutions, plus particulièrement ceux démunis sur le plan social et familial, et risquant de basculer dans la marginalité et la délinquance. Ils visent à fournir une réponse aux situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales, et d'aider l'accession des jeunes à un service social. Les Points écoute « parents » accueillent des familles et animent des entretiens afin de prévenir ou arrêter la détérioration de la relation parents-enfants et éventuellement de prendre contact avec le système de soins.

Dans le cadre de la loi et des textes d'application de 1998 et 1999 sur l'exclusion sociale, des 12,5 MF supplémentaires sont débloqués – soit un total de 43,8 MF – en pour renforcer les structures existantes ou en créer dans les départements qui n'en avaient pas. On compte 26 Points Ecoute jeunes en 1995, 62 fin 1997 et 75 en fin 1999. En 1999, on compte 16 Points Ecoute « parents ».

La souplesse du texte constitutif a engendré des approches et des modalités d'action diversifiées. Une évaluation (Jacob et al., 1999), 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 : une approche à tendance « communautaire » (associant le public dans l'identification des besoins et renforçant les solidarités locales) ; une à tendance « psychoclinique » (approche individuelle autour de la « problématique du sujet ») ; une « sociale et éducative » (accompagnement, accès aux droits, travail sur les compétences des personnes) ; une à tendance « médiation ».

Des Points accueil jeunes, créés à la même époque que les Point Ecoute, travaillent sur la problématique de l'urgence sociale (errance et exclusion) parmi les jeunes et sont aussi amenés à traiter des problèmes de dépendances. La Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'action sociale travaillent actuellement sur les possibilités de créer un type de structure unique à partir de ces Points accueil et Points Ecoute Jeunes.

9.1.5 Telephone help lines

Drogues alcool tabac info service, ligne nationale d'aide téléphonique

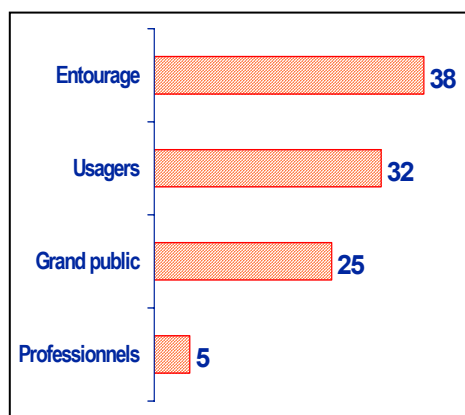
Le service national de téléphonie sociale, Drogues alcool tabac info service ou DATIS (anciennement Drogues info service) existe en France depuis 1990. Il est maintenant accessible avec un numéro court : le 113. Financé par la MILDT, le service est constitué en groupement d'intérêt public. DATIS est ouvert au grand public et aux professionnels, accessible 24h/ 24, gratuit, anonyme et confidentiel. Le rôle du service est de faciliter la demande d'aide, l'accès à l'information et aux soins en garantissant :

- l'écoute, le soutien et le conseil pour les problèmes liés à l'usage ;
- l'information sur les produits, les effets, les risques liés à l'usage, la loi, le dispositif de soins ;
- l'orientation vers les organismes compétents dans le domaine de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Depuis décembre 1999, DATIS anime deux rubriques sur le site Internet de référence sur les drogues et les dépendances (www.drogues.gouv.fr) : « *Vos Questions/ Nos Réponses* », espace de dialogue, et « *Adresses utiles* » pour une consultation du répertoire national des structures spécialisées. Le service est réparti sur six sites : un pôle national à Paris (24h/ 24) et cinq pôles régionaux (Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille et Toulouse).

En 2000, le service a reçu près de 60 000 demandes d'aide et d'information. Une forte proportion des appels (40%) sont des demandes d'informations, le plus souvent relatives aux produits (DATIS, 1999). Le service répond aussi à des demandes de soutien (20%) et de conseil (18%). Près de 15% des appels consistent à de l'orientation vers des services de prise en charge.

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.



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 cinq produits les plus souvent évoqués par les appelants sont : le cannabis (57 %), l'héroïne (20 %), l'alcool (12 %), la cocaïne (7 %) et les médicaments (8 %) (DIS, 1999). Principale évolution en 2000, la cocaïne devance les médicaments dans l'ordre des préoccupations des appelants. Le plus souvent, l'alcool et le tabac sont dits être combinés à d'autres produits.

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.

Autres lignes d'aide téléphonique

DATIS coexiste avec d'autres services d'aide téléphonique qui s'étaient investis dans le champ des substances psychoactives licites avant l'élargissement du champ de compétence de DATIS (tels que Écoute dopage et Tabac infos service). Il s'agit aussi de services qui intègrent la problématique des « substances psychoactives » de leur champ d'action (tels *Fil santé jeunes*, 0 800 235 236 ou *Sida info service*, 0 800 840 800). On note aussi des initiatives locales, par exemple de services déconcentrés ou d'associations comme les *Narcotiques anonymes*.

Des services d'aide téléphonique ont été également développés pour traiter des champs particuliers du dopage ou du tabac.

9.1.6 Mass media campaigns

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

En effet, dans son plan triennal, la MILDT annonce une politique volontariste de mise à niveau des connaissances de l'ensemble de la population (grand public et professionnels) concernant l'usage, l'usage nocif et la dépendance liés à toutes les substances psychoactives. Elle prévoit donc de développer la diffusion de messages clairs et crédibles sur ces thèmes, à partir de connaissances scientifiquement validées.

Le plan de communication de la MILDT, mis en œuvre en partenariat avec le Comité français pour l'éducation à la santé (CFES), a été établi pour une durée de trois ans, dès 1999. Il est également coordonné avec les actions engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les questions de l'alcool et du tabac. Concrètement, cette stratégie s'est traduite par :

- la création et la mise en ligne, fin 1999, d'un site internet d'information « drogues.gouv.fr », en partenariat avec le CFES, DATIS, l'OFDT et Toxibase ;
- les « Premières rencontres interministérielles », colloque du 10 décembre 1999, regroupant des institutionnels et des professionnels, notamment sur le thème des préalables nécessaires à la transmission des connaissances ;
- le lancement d'une collection de quatre livrets de connaissances « Drogues : Savoir plus », diffusés à 70 000 exemplaires, à l'adresse des professionnels ;
- la diffusion, en début 2000, du livre d'information grand public « Drogues : savoir plus, risquer moins », vendu par les marchands de journaux (un million d'exemplaires) et distribué gratuitement (trois millions d'exemplaires) dans les pharmacies, certains cabinets médicaux, différentes associations et services d'État (par exemple, 360 000 exemplaires diffusés aux personnels pédagogique, d'encadrement et de santé, des lycées et des collèges et dans les centres de documentation et les bibliothèques). La diffusion nationale a été appuyée par une campagne publicitaire télévisée sur l'ensemble des chaînes nationales (avril-mai et octobre-novembre 2000) sur le thème : « une société sans drogue, ça n'existe pas ». La campagne distingue trois comportements : usage, usage nocif et dépendance. Toutes les substances psychoactives sont évoquées, y compris les produits licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes). Le livre est aujourd'hui vendu en librairie. Au total, jusqu'au premier semestre 2001, quelque 4 millions d'exemplaires ont été distribués ou vendus ;
- le lancement, fin 2000, de cinq séries de brochures (flyers) sur l'alcool, le cannabis, l'ecstasy, le tabac et la cocaïne, à destination des jeunes et créés en partenariat avec des associations d'usagers de réduction des risques. Deux autres documents sont en cours de rédaction : un sur les drogues et la conduite automobile et l'autre, relatifs aux amphétamines.

Pour 1999 et 2000, le budget de cette action s'élève à 26 millions de francs. Le travail engagé en 2001 va dans le sens d'une consolidation de cette approche de mise à niveau des connaissances de tous les publics. Il s'agira aussi pour la MILDT d'initier des stratégies de communication plus ciblées. Deux campagnes publicitaires doivent être développées en ce sens : l'une réaffirmant le rôle éducatif des adultes, l'autre portant sur les comportements à risques en particulier en milieu festif.

9.1.7 Internet

Le site internet de service public d'information sur les drogues www.drogues.gouv.fr est piloté 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-alcool-tabac-info service (DATIS) et Toxibase. Chacun est producteur d'informations des rubriques dont il a la responsabilité éditoriale.

Le site fait partie de la stratégie de mise à niveau des connaissances poursuivie par la MILDT. Il rend ainsi accessible les connaissances scientifiques validées et régulièrement actualisées (dans les domaines épidémiologiques, neurobiologiques, sociologiques) sur

l'ensemble des substances psychoactives licites ou illicites, à la fois pour les chercheurs, les décideurs, les professionnels spécialisés ou non et le grand public

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 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) externes ;

Le site connaît depuis son lancement en décembre 1999 une évolution régulière de ses consultations.

De 19 700 consultations (soit **9188 internautes**) en janvier 2000, on est passé à un pic à 65 220 consultations (**20 130 internautes**) en mars 2001.

Le nombre des consultations se réduit traditionnellement durant les périodes estivales : sur les mois de juillet et août 2000 et 2001, on comptait environ **35 000 consultations** correspondant à environ **13 000 internautes**.

9.2 Reduction of drug related harm

Le dispositif de réduction des risques

La politique de réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des comportements de consommation est un axe d'orientation clairement prioritaire du plan de 1999. Avec la **circulaire du 13 mars 2000**^(xxii), l'objectif des pouvoirs publics est de soutenir les actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Elles ne sont pas suffisantes en nombre et ne semblent pas être bien réparties sur le territoire français. De nouveaux crédits ont été proposés par les autorités, soit pour contribuer au renforcement des programmes « bas seuil » existants (Programmes d'échanges de seringues, Boutiques, *Sleep'in*) soit pour promouvoir l'implantation de nouveaux programmes ou de nouvelles structures, notamment dans les zones urbaines non encore équipées ou encore, la mise en place de distributeurs de seringues dans les lieux publics.

9.2.1 Outreach work

Des **équipes de proximité** se sont données pour objectif d'améliorer la prise en charge des usagers, en jouant un rôle de médiateur entre les riverains (habitants, commerçants, pharmaciens), la mairie, les services de police, de justice et de santé. Le travail de rue est essentiellement développé par des éducateurs spécialisés présents sur plusieurs quartiers

de l'arrondissement. Ils sont chargés d'aller à la rencontre des usagers de drogues afin de les informer et de favoriser le lien avec le dispositif sanitaire et social. Des coordinateurs organisent le travail de rue de « première ligne » en fonction des problèmes qui leur sont signalés. Au total, quatre équipes de proximité ont été créées dans les villes de Paris (dans les 10^e, 13^e et 18^e arrondissements) et de Montpellier (une seule équipe). Une expérience similaire financée par la ville a été lancée également à Marseille.

Dispositif toxicomanie du 18^{ème} arrondissement de Paris :

Depuis octobre 1999, un dispositif expérimental de lutte contre la toxicomanie a été mis en place dans le 18^{ème} 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.

Une évaluation a été programmée. Le prestataire (ACT Consultants) chargé de la réaliser a été sélectionné à l'issue d'une phase de consultation de deux mois. Les travaux ont démarré en juillet 2000, et un premier rapport a été remis en novembre 2000. Prévu pour s'achever en mai-juin 2001 (résultats fin 2001), l'évaluation devait permettre d'apprécier l'effectivité du programme par rapport à ses objectifs initiaux et le degré d'efficacité du dispositif eu égard aux usagers et aux riverains (réalisation d'entretiens et d'une enquête d'opinion). L'une des finalités de cette évaluation consistera à définir les principales recommandations pour améliorer le fonctionnement et éventuellement généraliser ce type de dispositif dans d'autres agglomérations.

9.2.2 Low threshold services

L'objectif prioritaire des programmes ou dispositifs de « bas seuil » ou de « bas niveau d'exigences » 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.

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.

Les **programmes d'échange de seringues** distribuent des seringues à l'unité ou des trousse de prévention (Kit + ® ou Kap®). 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. Depuis, son nombre n'a cessé d'augmenter : il existait moins d'une

dizaine de programmes d'échange de seringues en 1993, 16 programmes ont été financés en 1994, 61 en 1996 et 86 à la fin 1997 jusqu'à atteindre presque la centaine en 2001. Ces programmes peuvent fonctionner dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). En 2001, on compte 15 programmes fonctionnant dans des pharmacies, 40 dans des structures mobiles et 41 dans des structures spécialisées fixes (dans des boutiques, par exemple). La distribution du matériel d'injection et des préservatifs sert de support à la création de liens, favorise la diminution des comportements à risques et offre la possibilité d'orientation vers des services sociaux ou des soins.

Les « lieux de contact », ou **boutiques**, créés à la fin de l'année 1993, sont des lieux de premier accueil pour les usagers de drogues les plus précarisés. Ces services offrent, outre les services de programmes d'échange de seringues, une assistance matérielle (douche, aide alimentaire, machine à laver, etc.), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. Les formes que peut prendre cette activité sont variées : mise à disposition de seringues, distribution de jetons ou de bons à échanger en pharmacie. Deux boutiques, du nom du premier lieu d'accueil, ont été créées en 1993. Leur nombre va rapidement augmenter, atteignant 34 à la fin 1999 et 42 en 2001. Elles sont animées par des équipes pluridisciplinaires de quatre à cinq personnes, financées par l'Etat, en général dans des villes de plus de 100 000 habitants.

Les « **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. Le premier « **sleep'in** » a ouvert officiellement ses portes en 1995. En 2001, on compte deux **sleep'in** de 30 places (Paris et Marseille). Deux autres **sleep'in** sont en cours d'installation à Paris et à Lille.

Le **bus méthadone** est un dispositif de « seuil à exigence adaptée » servant à faciliter l'accès à la méthadone dans le cadre d'une démarche de substitution et la prise en compte de problèmes sociaux. C'est une structure mobile et itinérante qui vise à susciter la demande (aller au devant de l'utilisateur), afin de faciliter l'accès aux circuits thérapeutiques et sociaux d'un public fortement marginalisé n'ayant que peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge. Le bus doit également assurer le relais vers les structures sociosanitaires de droit commun. À ce jour, deux bus méthadone ont été mis en fonctionnement : la première expérience entreprise à Paris date de 1998. Les patients restent en moyenne trois mois dans le bus. En 2000, approximativement entre 100 et 120 usagers de drogues y ont eu recours chaque jour. Cette même année, une nouvelle structure a été mise en place à Marseille.

Toujours en 2000, le dispositif de réduction des risques – bâti sur la participation des usagers (connaissance des besoins, contacts avec les usagers, éducation par les pairs) – a été renforcé par l'ouverture de six nouvelles boutiques, quatre programmes d'échange de seringues et un bus méthadone. Le soutien à des associations et le rôle actif des usagers ou ex-usagers au sein des équipes de première ligne sont primordiaux. Ces acteurs de terrain sont en mesure de créer un lien avec les usagers de drogues actifs les plus réfractaires aux institutions. Ce sont des agents d'accueil ou de prévention, des personnes-relais qui connaissent particulièrement bien leur ville ou leur quartier et ses habitants. Ils connaissent aussi le fonctionnement du marché, les lieux et modes de consommation ainsi que les habitudes de vie, les codes de communication, les liens de sociabilité et les rapports de force entre usagers de drogues. Ils apportent un savoir-faire à l'équipe de professionnels sociosanitaires (éducateurs spécialisés, assistants sociaux, médecins ou infirmiers) travaillant dans les structures.

9.2.3 Prevention of infectious diseases

Le dispositif de prévention des maladies infectieuses repose sur des actions visant à faciliter l'accès au matériel d'injection et à la diffusion de messages préventifs parmi une population

à haut risque. Depuis 1987, les seringues sont vendues en pharmacie sans prescription. L'offre en officine est complétée par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques. Les trousse de prévention complètent l'accès aux seringues à l'unité.

Les actions de réduction des risques sont en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé, bénéficiant souvent du soutien financier de l'État ou des collectivités locales. L'ensemble de ce dispositif est financé majoritairement par l'État, mais également par l'assurance maladie sur le fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire dans le cadre des déclinaisons locales des thématiques nationales.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- La vente libre de seringues en officine ;
- Les automates délivrant de trousse de prévention ;
- Les programmes associatifs d'échanges de seringues ;
- Les lieux de contacts pour usagers de drogues ou boutiques.

Le Kit + ® et le Kap® sont des trousse de prévention associatives destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Ces **trousse** « **modèle de rue** » sont distribuées gratuitement par des associations soutenues par des crédits publics dans le cadre de leur action de prévention du Sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues. Elles contiennent deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux doses d'eau stérile pour l'injection, un préservatif, deux récipients de chauffe et de dilution, deux tampons secs et deux filtres stériles, un message officiel rappelant la légalité de la vente des seringues dans le contexte de la prévention, les numéros verts de *Sida info service* et de *Drogues info service*, des conseils d'utilisation et une plaquette d'information sur les relais locaux d'aide au quotidien.

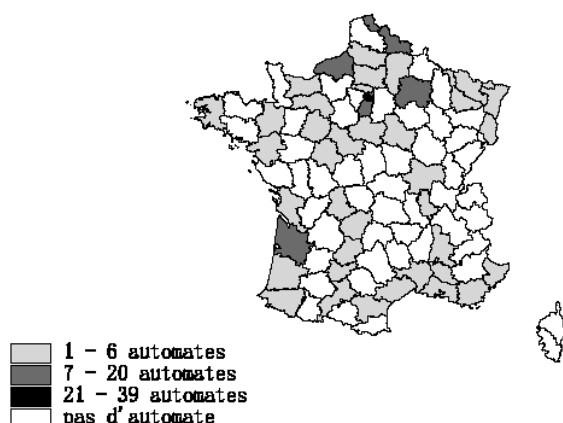
Le **Stéribox2® pharmaceutique**, au contenu identique au Kit + ® est vendu dans le réseau officiel depuis octobre 1999. Sa distribution est favorisée par une subvention de l'État (2 F par trousse) qui permet sa mise à distribution au prix conseillé de 7 F. Le Stéribox2® est également destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette trousse, qui remplace le Stéribox®, (déjà en vente depuis 1994) contient deux cupules et deux cotons stériles en plus de l'ancien modèle. Le Stéribox2® permet non seulement d'éviter le risque lié au partage de matériel d'injection de contamination par les virus du Sida et des hépatites mais aussi les abcès. En 1999, le taux annuel de Stéribox® vendus par 1 000 habitants de 20 à 39 ans en France est de 168, soit une augmentation de 6 % par rapport à 1998. De 1996 à 1999, les ventes de Stéribox® ont régulièrement augmenté jusqu'à atteindre les 2,8 millions de ventes en 1999.

Les trousse de prévention sont également mises à disposition grâce à des **automates** sur la voie publique. Au nombre de 277 en 2001 installés sur le territoire français et accessibles 24 h/24, ils comprennent :

- les distributeurs automatiques de trousse de prévention (Kit + ® ou Kap® en boîte carton) ;
- les récupérateurs électroniques ou mécaniques (contre une seringue, un jeton) ;
- les récupérateurs simples (poubelles à seringues) et les distributeurs mécaniques (contre une seringue, un jeton) ;
- les échangeurs électroniques (contre une seringue, un Kit + ® ou un Kap®) ;
- les bornes de prévention ou Totem® (meublier urbain modulable pouvant contenir un récupérateur mécanique, un distributeur mécanique de Kit, un distributeur de préservatifs, un panneau d'information).

Répartition des automates sur le territoire français en juin 2001 (410c)

Nombre d'automates implantés en France (juin 2001)



Source : DGS/SD6A

L'implantation des automates installés sur la voie publique, encouragée 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.

Nombre et types de dispositifs de réduction des risques en 2001

Nombre de programmes d'échange de seringues fonctionnant :

dans des pharmacies	15
dans des structures mobiles	40
dans des structures spécialisées fixes	41
Nombre de « lieux de contact » ou boutiques	42
Nombre de « <i>sleep'in</i> »	2
Nombre de bus méthadone	2
Nombre d'équipes de proximité	4

Source : DGS/SD6A

9.3 Treatments

9.3.1 Treatments and health care at National level

Ce dispositif comprend les structures financées par la Direction générale de la santé (DGS) au titre de la lutte contre l'usage de drogues. Les autorités concernées, dans l'objectif final d'améliorer la prise en charge, souhaitent rapprocher à terme les structures et les équipes travaillant dans les domaines de la toxicomanie, de l'alcoologie et de la tabacologie.

Centres spécialisés de soins aux usagers de drogues illicites : CSST

Depuis le décret du 29 juin 1992^(xxiii), toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites financées par l'État sont désignées par le nom générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) avec ou sans hébergement.

Leur mission est d'assurer conjointement, depuis le décret de 1992, une prise en charge médico-sociale et une prise en charge sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Plus particulièrement, ces centres doivent garantir :

- l'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leur famille ;
- le sevrage ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;
- le soutien à l'environnement familial.

Pour mener à bien ces missions, les centres de soins doivent élaborer un projet thérapeutique pour une durée de cinq ans qui fixe les objectifs thérapeutiques et socio-éducatifs et établir les modalités de réalisation et d'évaluation de ces objectifs.

La Note d'orientation du 5 novembre 1998^(xxiv) de la Direction générale de la santé prévoit les évolutions à prendre en compte pour réviser les projets des CSST. Cette orientation devant mener à :

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

Les CSST peuvent être gérés par des associations ou par des établissements publics de santé.

En 2001, le nombre de CSST s'élève à 263, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans 90 départements français.

On peut faire une distinction entre trois grands types de structures :

- les centres de soins en ambulatoire, au nombre de 201 ;
- les centres de soins avec hébergement collectif, au nombre de 46 ;
- les centres de soins en milieu pénitentiaire, au nombre de 16.

Nombre et type de structures spécialisées en toxicomanie en 2001

Centres spécialisés de soins en ambulatoire	201
Permanences d'accueil rattachées aux centres	85
Centres spécialisés de soins avec hébergement collectif (ex post-cures)	46
	(569 places financées)
Centres spécialisés en milieu pénitentiaire	16
Les CSST en ambulatoire ou avec hébergement peuvent gérer :	
Des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais	86
	(422 places environ)
Des structures d'hébergements de transition ou d'urgence (collectif ou individuel)	18
	(134 places environ)
Des réseaux de familles d'accueil	20
	(116 places environ)

Source : DGS/SD6B

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, les soins infirmiers, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils peuvent proposer un soutien à l'environnement familial et à l'entourage des personnes

concernées par l'usage des drogues. Ils prennent en charge également le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution.

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 deux tiers des centres de soins en ambulatoire sont gérés par des associations ; les autres étant en gestion hospitalière. Leur nombre a augmenté en passant de 183 centres en 1998 à 201 en 2001. Ces centres gèrent des permanences d'accueil en ambulatoire : il s'agit de structures gérées par les centres spécialisés mais situées dans un lieu géographique différent. Leur nombre est passé de 56 permanences en 1998 à 85 en 2001.

Cette extension a été possible grâce à un travail de réorganisation de l'offre réalisé par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales avec l'appui de la Direction générale de la santé. Ainsi, la révision des projets thérapeutiques, dont certains n'ont pas été reconventionnés en l'état, a permis des redéploiements départementaux, régionaux et nationaux.

Dans les **centres avec hébergement collectif** (appelés aussi centres thérapeutiques résidentiels), les usagers de drogues sont pris en charge sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif par une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux). 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.

En 2001, on dénombre 46 centres. Quatre centres ont été déconventionnés entre 1999 et 2000. La capacité d'accueil de ces centres a donc été réduite de 19 % en passant de 679 places en 1998 à 569 en 2001. Parallèlement, l'offre d'hébergement a été diversifiée.

Ces centres organisent également des activités collectives à l'extérieur du centre et d'accompagnement pour des démarches extérieures. La prise en charge sociale comporte aussi une implication forte de la famille ou de l'entourage des résidents.

Le passage par ces centres thérapeutiques 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 et l'intensification des problèmes d'ordre sociaux. Les centres thérapeutiques ont été incités, conformément au décret de juin 1992^(xxv) et à la note d'orientation de novembre 1998^(xxvi), à revoir leur projet thérapeutique et à recadrer leur activité : assouplissement de leurs conditions d'accueil et de séjour, collaboration avec l'équipe médicale locale pour la prise en charge des patients, meilleure prise en compte des besoins sociaux et professionnels des patients.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire ou avec hébergement peuvent gérer des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais, des structures d'hébergements de transition ou d'urgence ou des réseaux de familles d'accueil.

Les **réseaux d'appartements thérapeutiques** au nombre de 86 en 2001 visent 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 aussi les usagers de drogues sortant de prison ou bénéficiant d'une mesure

d'alternative à l'incarcération. Les réseaux d'appartements thérapeutiques disposent d'environ 422 places d'hébergement.

Les **structures d'hébergements de transition ou d'urgence** proposent des séjours courts d'une à quatre semaines modulables en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Un accompagnement socio-éducatif et/ou sanitaire est également prévu. Ce type d'hébergement est spécialement réservé aux personnes souffrant d'une importante désocialisation ainsi qu'à celles sortant de prison ou dans le cadre d'une mesure d'alternative à l'incarcération. En 2001, 147 places sont proposées par les 18 structures existantes.

Les **réseaux de familles d'accueil** ont été institués à la fin des années 1970. Le séjour en famille d'accueil répond à des situations diverses et intervient à différents moments du parcours de la personne toxicomane. En 2001, on recense 20 réseaux de familles d'accueil. En 1999, ils représentent une ressource de 215 familles et 348 usagers ont été ainsi accueillis. Le type de bénéficiaires (seul, avec enfant, sevré, sous substitution, sous main de justice, etc.) et les durées de séjour (du week-end à 9 mois) sont variés. L'accueil en famille est orienté vers le regain d'autonomie et il peut constituer une étape vers la réinsertion professionnelle des toxicomanes. Il leur permet de renouer avec un rythme de vie « normal » en confrontant les personnes accueillies à des tâches et à des horaires et des prises de position dans un cadre non institutionnel. Parallèlement, le suivi thérapeutique de la personne toxicomane est assuré par le CSST de rattachement de la famille d'accueil.

Au total, selon les chiffres de la Direction générale de la santé, la capacité du dispositif spécialisé d'hébergement collectif est d'environ 1 250 places en 2001.

Les **centres de soins en milieu pénitentiaire**, ex-« antennes toxicomanie », interviennent en milieu carcéral et sont au nombre de 16. Les CSST en prison sont directement concernés par les nouvelles orientations prévues par la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Direction de l'administration pénitentiaire et la MILDT dans le cadre de la note interministérielle de 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive^(xxvii). Cette lettre prévoit la mise en place de nouveaux protocoles de prise en charge des personnes dépendantes au sein de chaque établissement pénitentiaire. La démarche retenue repose sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les CSST²². Par ailleurs, un certain nombre de CSST extérieurs à l'établissement sont signataires d'une convention de prestation dans le cadre du programme des conventions départementales d'objectifs. Ce programme organise sur le plan sanitaire la prise en charge des usagers incarcérés, la préparation de leur sortie et leur suivi après la libération.

9.3.2 Substitution and maintenance programmes

Le plan interministériel de 1999 renouvelle son soutien au développement de la politique de substitution en ce qui concerne les personnes dépendantes aux opiacés. Les nouvelles dispositions, qui visent à réduire les disparités entre la méthadone et la buprénorphine en termes de durée et de modalités de prescription, de suivi et de délivrance, ont amené les autorités concernées à réexaminer les protocoles d'application respectifs pour définir des orientations plus adaptées. Ci-après sont présentées les évolutions réglementaires pour les deux traitements disponibles, méthadone et buprénorphine.

²² Pour en savoir plus, se reporter au chapitre sur les évolutions récentes de la politique sanitaire.

Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 2000

Modalités	Buprénorphine	Méthadone
Date d'entrée en vigueur effective	Début 1996	1994
Critères d'inclusion	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien + contrôle urinaire (recherche d'opiacés, hors méthadone)
Prescription	Initiation et suivi en médecine de ville ou en CSST Primo-prescription et poursuite du traitement en cours possibles en milieu carcéral	Initiation en CSST puis possibilité de suivi en médecine de ville Primo-prescription possible en milieu carcéral si CSST interne ou externe. Poursuite du traitement en milieu carcéral. (initiation du traitement en milieu hospitalier envisagée)
Durée maximum de la prescription	28 jours	14 jours
Posologie	Recommandation maximum de 16 mg/jour mais pas de contraintes	Recommandation maximum de 100 mg/jour mais pas de contraintes
Délivrance	Délivrance en pharmacie dans tous les cas Délivrance fractionnée par période maximale 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	Administration supervisée en CSST ou remise du médicament jusqu'à 14 jours Fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours
Contrôles urinaires	Non prévus	1 ou 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois puis 2 fois par mois. À l'appréciation du médecin si suivi en ville. Toujours réalisé au CSST
Paiement des soins	Droit commun si suivi en ville	Gratuité puis droit commun si relais en ville

Source : DGS

Depuis l'**arrêté du 20 septembre 1999**, relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine^(xxviii), la délivrance maximale de la buprénorphine a été fractionnée par périodes maximales 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, et ceci pour des raisons particulières tenant à la situation du patient.

L'**arrêté du 8 février 2000**, relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de méthadone^(xxix), fixe l'extension de la durée de prescription de ce médicament de 7 à 14 jours, mais avec un fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours.

Un projet en cours d'élaboration envisage l'extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour permettre la primo-prescription par les médecins exerçant en établissements de santé.

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.

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 également une conduite à risque nécessitant une prise en compte sanitaire et sociale, voire éducative pour les mineurs (cf. 1.2). En conséquence, ce texte invite les tribunaux à avoir recours plus souvent aux mesures alternatives aux poursuites judiciaires et à l'incarcération. Deux lignes forces 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 ceux représentant un danger pour eux ou autrui.

Les magistrats du parquet (procureurs et substituts) décident de la suite à donner aux infractions constatées par la police et la gendarmerie dont ils dirigent l'action de police judiciaire. Les faits les plus graves donnent lieu à l'ouverture d'une information, l'enquête étant alors dirigée par un juge d'instruction avant que le tribunal, ou parfois la cour d'assises pour les trafics en bande organisée, ne soit appelé à se prononcer sur la culpabilité et les sanctions. Les peines sont exécutées par l'administration pénitentiaire, en milieu fermé ou ouvert (sursis avec mise à l'épreuve notamment) ; les mineurs sont suivis par des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse.

Au ministère de la Justice, le bureau de la lutte contre la criminalité organisée, le trafic de stupéfiants et le blanchiment assure l'animation et la coordination de l'action publique.

Depuis quelques années, des magistrats de liaison sont en poste dans des ambassades de France dans des pays européens et aux États-Unis. Avec leurs collègues étrangers affectés à Paris ils facilitent la coopération judiciaire internationale, notamment dans le domaine de la lutte contre les stupéfiants.

Dans le cadre des procédures impliquant des usagers de stupéfiants, les magistrats du parquet sont en rapports étroits avec les autorités sanitaires ou sociales adaptées, notamment par la mise en œuvre d'injonctions thérapeutiques, en alternative aux poursuites. Lorsque des poursuites sont engagées, les peines prononcées par le tribunal visent le plus souvent à permettre des soins lorsque cela s'avère nécessaire, à assurer la réinsertion sociale et à diminuer les risques de récidive. L'exécution des peines est suivie et aménagée par les juges d'application des peines en relation avec les services d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire.

Lorsque l'utilisateur est un mineur, c'est le juge des enfants qui décide des mesures d'assistance éducative ou pénale qui sont appliquées. Les éducateurs de la Protection

judiciaire de la jeunesse prennent en charge ces mesures éducatives à l'égard des mineurs consommateurs de produits psychoactifs.

À l'exception de quelques substituts, il n'existe pas de structures spécialisées dans la lutte contre les infractions à la législation des stupéfiants parmi les services de la justice. En équivalent temps plein, le nombre de magistrats qui consacrent leur activité à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants a été estimé à 200 en 1995, auxquels s'ajoutent 400 fonctionnaires de justice. Ils seraient 3 400 fonctionnaires et personnels socio-éducatif de l'administration pénitentiaire à consacrer leur temps à cette même activité.

Les Conventions départementales d'objectifs Santé-Justice définissent localement les priorités de la politique judiciaire à l'égard des usagers de drogues illicites.

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 Direction départementale d'action sanitaire et sociale (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 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'usager 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'usager 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)

Se référer à la partie « *Bilan de la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs* » dans « *Penal policy implementation* » du chapitre 1.2.

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.

Depuis 1997, le dispositif de prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral est complété par les Unités pour sortants (UPS), dispositif de préparation à la sortie collective destiné aux personnes incarcérées libérables présentant un problème de dépendance. Initiée en 1992 à travers le « quartier intermédiaire sortants » de la maison d'arrêt de Fresnes, sept autres UPS ont été créées depuis dans des centres pénitentiaires à Lille, Lyon, Strasbourg, Marseille, Metz, Nice et à la maison d'arrêt pour femmes de Fresnes. Concrètement, les UPS sont des unités particulières en détention où sont affectés, en

général un mois avant leur sortie, des détenus présentant des problèmes de dépendances. Ils bénéficient des activités de groupe (sports, théâtre, autres), des stages d'aide à l'emploi et des démarches administratives (hébergement, autres). Ces unités s'appuient sur la dynamique de groupe pour faire travailler « les stagiaires » sur l'estime de soi, le rapport au corps et à autrui. La direction et l'animation des UPS sont assurées par un CSST en milieu pénitentiaire.

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 pour an, à raison de 4-6 prisonniers par stage.

A la suite des difficultés organisationnelles mises en évidence par l'évaluation sur le processus engagée en 1999, notamment au niveau du « recrutement » des détenus bénéficiaires, les administrations centrales de tutelle redéfinissent en fin 2001 un cadre de mise en œuvre plus souple de ce dispositifs UPS.

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

En ce qui concerne les alternatives aux poursuites et à l'emprisonnement voir section précédente.

Pas d'autres informations disponibles.

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'Évaluation :

- 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 quant à ses conditions de réalisation, ses positionnements par rapport à des travaux similaires et ses 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 évaluables, 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.

Méthode pour la conduite d'un projet d'évaluation

Dans le cadre de ses missions, l'OFDT développe un partenariat avec les différents ministères et/ou corps professionnels concernés pour définir les cahiers des charges relatifs aux projets d'évaluation. Ce travail, préalable au lancement des évaluations, permet de mieux définir la commande ; il comporte trois parties :

- la réalisation d'un état des connaissances et des informations disponibles sur le champ évalué ;
- la définition des questions d'évaluation ;
- la définition des orientations méthodologiques préconisées pour la réalisation des investigations.

Par ailleurs, l'Observatoire organise l'appel à projets et la sélection des prestataires externes pour la réalisation de ces évaluations. Ceux-ci sont sélectionnés à partir d'une mise en concurrence d'organismes publics ou privés issus d'une consultation restreinte. Les chargés d'études veillent au respect de la démarche qualité des travaux d'évaluation, en animant les comités de pilotage. Tout au long de la démarche, et en particulier lors de la procédure de validation de l'étude, ils s'appuient également sur les compétences et les qualifications du Collège scientifique de l'OFDT et, notamment, de la commission Évaluation.

La démarche qualité adoptée s'articule autour des différents documents que les équipes d'évaluation sont amenées à présenter aux comités de pilotage : le protocole d'étude et les outils de collecte, le(s) rapport(s) intermédiaire(s), le projet de rapport final.

Les méthodes et les outils de l'étude sont examinés en comité de pilotage afin d'assurer leur adéquation la meilleure possible au champ évalué.

La remise d'un rapport intermédiaire aux étapes clés de l'évaluation permet, au regard des résultats et des conditions de travail rencontrées par l'évaluateur, de :

- recadrer les attentes des commanditaires ;
- réorienter le protocole d'étude (à l'expérience, certains axes de recherches peuvent apparaître comme peu faisables) ;
- établir ou consolider les conditions de travail les meilleures possibles pour l'équipe d'évaluation.

Le projet de rapport final est rédigé quand des résultats et des conclusions peuvent être produits. Il fait l'objet d'une validation par au moins deux experts du Collège scientifique, spécialistes dans le domaine visé ou la méthodologie employée. Si le sujet l'exige, l'OFDT peut faire appel à des rapporteurs externes.

Cette procédure permet d'évaluer la qualité scientifique des travaux, leur conformité au cahier des charges de l'évaluation ainsi que la diffusion du document. Un certain nombre de rectifications peuvent être demandées aux auteurs du rapport à la suite de cette relecture. En cas d'avis opposé des rapporteurs sur ces différents points de jugement, la question de la diffusion est tranchée par la Commission Évaluation.

Le programme des évaluations prévues en 2001 :

- l'évaluation des conventions départementales d'objectifs justice-santé ;
- l'évaluation du volet « formation interministérielle » ;
- l'évaluation des expériences de prise en charge globale et rapprochement des structures de prise en charge spécialisées dans les conduites addictives (CSST/CCAA) ;
- l'évaluation des programmes départementaux de prévention.

Le travail de définition de la commande a été engagé pour l'évaluation des conventions départementales d'objectifs justice-santé et l'évaluation du volet « formation interministérielle ». Concernant l'évaluation des expériences de prise en charge globale et de rapprochement des structures de prise en charge spécialisées dans les conduites addictives (CSST/CCAA), le partenariat développé avec la Direction générale de la santé, en tant que principal commanditaire de cette évaluation, a consisté à définir conjointement une grille descriptive à l'attention des DDASS pour dresser un état des lieux des projets ou des actions de rapprochement des structures existantes dans chaque département français. Enfin, s'agissant de l'évaluation des programmes départementaux de prévention, l'étape préparatoire de rédaction du cahier des charges n'a pas démarré en 2000. Ce projet d'évaluation pourra s'appuyer sur les informations et les résultats apportés par le programme APPRE (1999 et 2000) et par les rapports d'activités annuels des chefs de projets « drogues et dépendances ».

10.3 Research

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) fait de la progression et de la diffusion des connaissances disponibles dans ces domaines un objectif prioritaire. Au-delà du soutien apporté à des recherches thématiques, un des principaux objectifs 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 du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche est provisoirement mis en œuvre (structuration, programmation et financement) et coordonné par la MILDT afin d'assurer la transition avec l'OFDT . Ce dernier devrait en effet assurer à terme ces missions selon des modalités en cours de définition. Le dispositif actuel est constitué d'un comité de pilotage comprenant les principales institutions concernées par ce champ : le Ministère de la Recherche, la Direction générale de la santé, les principaux Etablissements Publics Scientifiques et Techniques (CNRS, INSERM, INRA, INRETS, IHESI, GIP-Justice).

Un conseil scientifique composé de 22 membres a été désigné pour une durée de deux ans environ afin d'assurer l'animation et la programmation de la recherche pendant cette période. Ces avis sont ensuite entérinés par les autorités de tutelle du comité de pilotage.

La MILDT assure la programmation, la structuration et le financement de la recherche. Cette tâche se traduit par un appel d'offres annuel soutenant des projets soumis par les laboratoires, des organismes de recherche et des chercheurs indépendants.

En 2000, la MILDT a lancé 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). Au terme de la consultation, 22 projets ont été retenus.

L'appel d'offres s'est adressé à toutes les disciplines scientifiques et les projets proposant une approche inter ou multi-disciplinaire des thèmes traités ont été particulièrement encouragés. Celui de 2001 conjoint avec l'INSERM est actuellement en cours de consultation.

En 1999, un appel d'offres conjoint MILDT/INSERM/CNRS avait été lancé pour lequel 28 projets de recherche avaient été retenus. Enfin, un appel d'offres MILDT/INSERM/NWO (France-Pays-Bas) s'est déroulé en 2000 et a permis de sélectionner 5 recherches émanant d'équipes constitués de laboratoires néerlandais et français.

Par ailleurs, la MILDT en collaboration avec les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche soutient la recherche doctorale à travers le financement d'une dizaine d'allocations de recherche fléchée « drogues – comportements de dépendance ». Il s'agit de travaux de thèse portant sur l'usage et / ou la dépendance aux substances psychoactives licites ou illicites incluant l'alcool et le tabac, les médicaments psychotropes et les produits utilisés dans un usage visant une amélioration des performances individuelles (produits psychoactifs, produits dopants, produits de synthèse). La sélection des allocataires et le suivi des projets de recherche est assurée par le Conseil scientifique de la MILDT en relation avec les directeurs de thèse.

Les financements sont aujourd'hui dispersés entre les différents départements ministériels mobilisés sur la question des drogues et des dépendances. Le niveau des dépenses consacrées à la recherche est donc encore difficile à identifier. Néanmoins le budget de recherche de la MILDT s'élevaient à 5 MF pour l'année 2000.

Expertises collectives

L'INSERM a mis en place une procédure qui lui permet de fournir des réponses, une synthèse des dernières connaissances scientifiques, aux questions posées par les responsables de l'action publique.

Ainsi deux expertises collectives sont en cours. Celle sur l'alcool se déroule en deux temps : le premier volet en association avec le CFES portent sur les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool. Le second volet concerne de façon plus large l'ensemble des risques sociaux liés à la consommation d'alcool (démarrage en Septembre 2001).

L'expertise collective concernant le cannabis portera sur les contextes d'usage, les mécanismes d'action du produit et les effets sur la santé. Les résultats seront publiés en Septembre 2001. La prochaine expertise collective prévue portera sur le tabac et débutera en 2002.

L'INSERM a déjà conduit une expertise collective sur l'ecstasy. Un groupe pluridisciplinaire ad hoc constitué de chercheurs et de cliniciens 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.

Autres dispositifs de recherche

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. 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.

Créé en 1993, le PHRC contribue à la recherche médicale dans le domaine de la santé publique et 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). Le PHRC 2000 prévoit une enveloppe budgétaire nationale permettant de mieux structurer les DRC. Cette enveloppe permet le recrutement de techniciens de recherche clinique et favorise - en partenariat avec l'INSERM - la mise en place de nouveaux Centres d'Investigations cliniques.

Plus récemment, une unité de recherche mixte a été créée (CNRS/Université) en sciences humaines et sociales, sur la question des drogues et des dépendances.

10.4 Training for professionals

En matière de drogues et de prévention des dépendances, les acteurs peuvent être issus d'organismes institutionnels divers : services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, etc. Ils peuvent être également issus du secteur associatif, éducatif, social ou spécialisé dans l'accueil des usagers de drogues, d'alcool ou de tabac.

Pour contribuer à créer, à partir de savoirs validés, une culture commune à tous ces acteurs, professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression, des actions de formation sont organisées en fonction de trois axes principaux :

Favoriser l'intégration par divers ministères de la problématique toxicomanie en formation initiale et continue :

Un diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie a été créé en 1999 afin de permettre aux compétences acquises en toxicomanie et en alcoologie d'avoir une reconnaissance universitaire. Des stages de formation continue ont été organisés en 2000 par le ministère de l'Agriculture pour les maîtres d'internat, et pour les enseignants en formation initiale. Cinq réunions interacadémiques ont été initiées par le ministère de l'Éducation nationale en collaboration avec la MILDT pour accompagner notamment le développement des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Former les policiers, gendarmes, personnels pénitentiaires et douaniers, susceptibles de côtoyer les usagers de drogues :

Les ministères de l'Intérieur, de la Défense, de la Justice (Administration pénitentiaire) et de l'Économie et des Finances (Direction générale des douanes et droits indirects) ont donné leur accord sur les modalités d'intégration, dans les formations initiales et/ou continues, d'une formation minimale sur les enjeux de santé publique. Le contenu du module finalisé a été adressé aux ministères en février 2001. Une expérimentation est également en cours sur quatre sites du module afin de délivrer une formation spécifique aux professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse confrontés aux problèmes des jeunes consommateurs.

Le contenu de la formation initiale des Policiers formateurs antidrogue (PFAD) et des gendarmes Formateurs relais antidrogue (FRAD) a été refondu en 2000 (voir ci-après). Par ailleurs, des douaniers correspondants « drogues et toxicomanie » dans chaque direction régionale ont été désignés.

Assurer une formation commune à tous les acteurs de prévention :

Un inventaire des principales formations initiales et continues des personnels de l'État a été réalisé et a notamment permis d'élaborer un socle commun de connaissances à destination des personnels de l'État. Une expérimentation de ce socle a été menée lors d'une session de formation interministérielle. Avec la circulaire adressée aux chefs de projet départementaux en décembre 2000, l'organisation de formations à caractère interministériel au niveau des régions ou des départements dispose désormais d'un cadre commun.

PART 4 KEY ISSUES

11 Poldrug use : drug set and setting

11.1 Patterns and users groups

11.1.a Combinations and effects sought

Les données de 11.1.a proviennent du dispositif TREND qui observe l'émergence de phénomènes nouveaux de consommations dans les milieux festifs : il y est essentiellement question ici d'usages à visée de régulation des effets.

La polyconsommation des substances psychoactives est un phénomène constaté au sein des espaces étudiés par le dispositif d'observation des tendances récentes (Bello et al, 2000), aussi bien en milieu urbain que festif.

Cette confirmation d'un phénomène largement connu doit être interprétée en prenant en compte la rationalité des comportements. Dans ce cadre interprétatif, à la notion de polyconsommation il est préféré celle de « régulation des consommations » définie comme l'usage combiné de produits, pratiqué dans le but de modifier les effets d'autres substances déjà consommées, cet usage pouvant être concomitant ou différé dans le temps.

Dans le domaine des drogues illicites, il arrive que les usagers consomment à leur insu plusieurs produits en même temps. Ceci est particulièrement fréquent dans le cas spécifique de l'ecstasy, comme le montre l'analyse de la composition des échantillons recueillis en France.

Effets recherchés et régulation de la consommation

Une quarantaine d'associations différentes de substances psychoactives, s'inscrivant dans le cadre d'une régulation des consommations, ont été recensées par les observateurs du dispositif.

Fonctions et finalités de l'usage concomitant ou différé des substances psychoactives

Fonctions de régulation	Finalités	Usage concomitant ou différé de deux substances psychoactives
Maximalisation des effets	Accélérer et amplifier la montée	1) Gaz hilarant pour le LSD ; 2) Gaz hilarant pour l'ecstasy ; 3) Cannabis pour l'ecstasy
	Potentialiser les effets	1) Benzodiazépines pour les opiacés ; 2) GHB pour l'ecstasy ; 3) Cannabis pour les opiacés ; 4) Kétamine pour le LSD
	Prolonger les effets	1) Ecstasy pour la Kétamine ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy ; 3) Alcool/cannabis pour le LSD
	Relancer les effets	1) Speed pour le LSD ; 2) Speed pour l'ecstasy ; 3) Speed pour le LSD ; 4) GHB pour l'ecstasy ; 5) Gaz hilarant pour l'ecstasy
Équilibrage des effets	Ajouter une composante	1) Ecstasy pour le LSD (composante <i>love</i>) ; 2) Speed pour l'ecstasy (effet <i>speed</i>)
	Masquer une composante	1) LSD pour l'ecstasy ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy
	Contrebalancer les effets	1) Cocaïne pour la kétamine ; 2) Cocaïne pour l'alcool (et réciproquement) ; 3) Speed pour l'alcool (réciproquement)
Contrôle des effets négatifs	Atténuer une forte montée	1) Opiacés pour les stimulants ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy ou le LSD ; 3) Cannabis pour les stimulants ; 4) Alcool pour le LSD ; 5) cannabis pour le LSD
	Adoucir la descente	1) Benzodiazépines pour les stimulants ; 2) <i>Rachacha</i> pour les hallucinogènes ; 3) Cocaïne pour le LSD ; 4) Cannabis pour le crack et le speed ; 5) GHB pour l'ecstasy ; 6) Alcool pour le LSD ; 7) Ecstasy pour le LSD ; 8) Cannabis pour le LSD ; 9) Opiacés pour les stimulants
	Annuler et neutraliser des effets	1) Cocaïne/speed pour le LSD (neutraliser l'effet « pensée dispersée ») ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy.
Rechange	Gérer la pénurie	1) Entre opiacés (Néocodion® pour l'héroïne)
	Substituer les effets	1) Cannabis avec le speed pour éviter de prendre du LSD ou de l'ecstasy

Source : TREND 1999, OFDT

Les associations de produits peuvent être classées selon leur finalité respective et regroupées en quatre fonctions :

- la fonction de maximalisation des effets, qui consiste à tirer le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances. Il ne s'agit donc pas d'un simple cumul quantitatif mais d'une modification qualitative des effets ;
- la fonction d'équilibrage des effets, quand les effets se corrigent mutuellement de façon à permettre au consommateur d'adapter à tout moment les effets ressentis aux fluctuations des contextes ou à son désir d'expérimenter des états différents ;
- la fonction de maîtrise des effets « négatifs » d'une ou plusieurs substances psychoactives, dont l'objectif est de ne conserver que leurs effets « positifs ». Cette fonction concerne notamment la phase dite de « descente » durant laquelle les effets « positifs » de la substance disparaissent pour laisser la place à des effets négatifs (sensation de malaise, manque) ;
- la fonction de « rechange », qui répond soit à la nécessité de remplacer un produit, tout en en conservant l'effet, pour des raisons liées soit à la moindre disponibilité du produit remplacé ou d'une modification de sa perception.

Polyconsommation involontaire : le cas de l'ecstasy

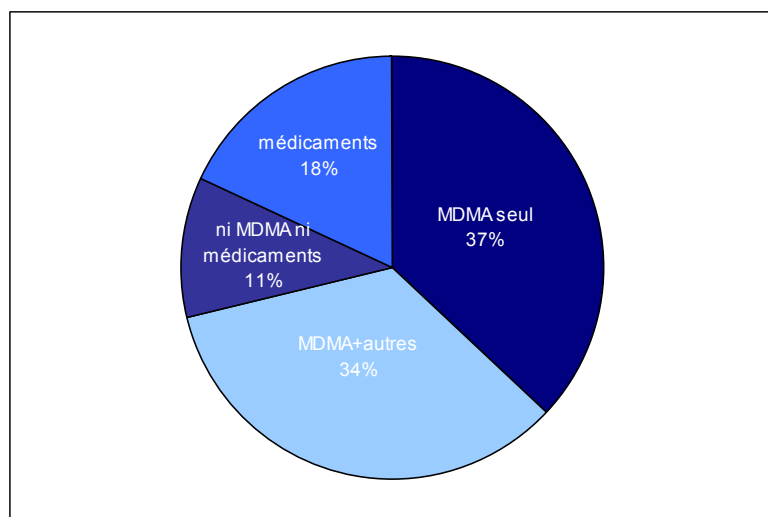
La base SINTES permet de procéder à une analyse particulière sur le problème des substances vendues comme « ecstasy » et ne contenant pas toujours de la MDMA. Cette

analyse est rendue possible grâce à la collecte d'éléments de contexte effectuée par les partenaires socio-sanitaires, notamment les appellations, les contenus supposés et les effets recherchés.

Au cours de l'année 2000, 442 échantillons considérés par les usagers comme étant de l'ecstasy ou de la MDMA ont été collectés. Après analyse, il apparaît que ces échantillons contenaient effectivement de la MDMA dans 78 % des cas, alors que dans 15 % des cas il s'agissait de substances médicamenteuses, de MDA (dans 6 % des cas), de caféine (5 %), d'amphétamines (5 %), de MDEA (2 %) et enfin, 8 % des échantillons ne renfermaient aucun principe actif.

Une analyse spécifique portant sur 262 échantillons collectés au cours du premier semestre 2000 et vendus comme de l'ecstasy a révélé que seulement un tiers de ces échantillons contenait de la MDMA comme seul principe actif. Dans les deux tiers des cas, d'autres principes actifs, notamment des médicaments, ont été retrouvés.

Répartition des échantillons vendus comme ecstasy en fonction de leur composition en 2000 {302a}



N = 262

Source : SINTES 2000, OFDT

11.1.b Patterns ans users groups : historical perspective and new patterns

Les données de 11.1.b proviennent d'enquêtes en population générale. Dans les enquêtes en population générale, la **polyexpérimentation** désigne le fait d'avoir expérimenté plusieurs produits psychoactifs. La plupart du temps, l'étude se limite aux trois substances les plus courantes : tabac, alcool et cannabis. En ce sens, une personne qui déclare avoir fumé une cigarette et bu un verre d'alcool au cours de sa vie est un polyexpérimentateur. La **polyconsommation** désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives ; et la plupart du temps, ce sont encore les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis qui sont étudiées.

Cette analyse, fondée sur une interrogation classique à partir de questions disjointes, sans relation entre elles (« Avez-vous déjà pris du cannabis ? », puis « Avez-vous déjà bu de l'alcool ? »), ignore la consécution ou la concomitance des usages, qui sont la plupart du temps successifs. D'autres questions visent au contraire à repérer précisément la prise simultanée ou concomitante de produits (désignée ici par le terme « mélange »). La façon la plus efficace d'obtenir des informations sur ce thème consiste à poser une question ouverte et à recueillir les noms des substances consommées en de telles occasions. La question a été ainsi formulée dans deux enquêtes récentes, l'une auprès de la population française

adulte (Beck et al, 2001), l'autre auprès de jeunes à la fin de l'adolescence (Beck et al, 2000). Dans l'enquête européenne auprès des jeunes scolarisés (Choquet et al, 2001), une question fermée leur était proposée où ils devaient cocher combien de fois, au cours de leur vie, ils avaient pris de l'alcool avec du cannabis d'une part et de l'alcool avec des médicaments d'autre part. Les seuils utilisés pour la définition des indicateurs d'usage répété seront précisés dans chaque partie.

Il s'agit donc d'observations très différentes de celles présentées précédemment à partir des données d'observation des tendances récentes en milieu urbain et festif (Bello et al, 2000).

Les données historiques reposent surtout sur des travaux qualitatifs menés depuis les années 80, notamment par l'IREP (Ingold). Celui-ci souligne l'importance d'associations telles que les médicaments et l'alcool, et ce depuis les années 70, ainsi que le développement d'une pratique de consommation associée à l'arrivée de la substitution (Indicaterus et tendances, 1999).

Polyconsommations en population générale adulte

Polyexpérimentation

L'alcool et le tabac étant très largement expérimentés par les plus de 18 ans, la **polyexpérimentation** sera essentiellement abordée ici du point de vue des substances illicites. De plus, les prévalences d'expérimentation de ces substances étant très faibles passé 44 ans, seule la tranche d'âge 18-44 est étudiée ici. Deux indicateurs complémentaires sont présentés.

Le premier est le nombre moyen de substances essayées par les expérimentateurs d'un produit donné. Ceux de cannabis déclarent en moyenne avoir expérimenté 1,4 substance parmi les huit retenues (cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy, médicaments « pour se droguer » et produits à inhaler), ce qui est relativement faible par rapport à l'ensemble. De ce point de vue, ils sont proches des expérimentateurs de produits à inhaler, mais, à l'opposé, ceux d'héroïne et d'ecstasy ont goûté à plus de la moitié des substances illicites étudiées (respectivement 4,7 et 4,2) (Beck et al, 2001).

Le second indicateur est la part d'expérimentateurs d'une substance donnée, qui en ont testé une autre, qui permet de mettre en évidence les polyexpérimentations les plus fréquentes. Ainsi, près des trois quarts (72 %) de ceux qui ont essayés l'héroïne ont déjà pris de la cocaïne, et près de quatre expérimentateurs d'ecstasy sur dix le sont également d'amphétamines, et vice-versa. L'expérimentation des médicaments « pour se droguer » est très proche de celle des « drogues dures » (héroïne, ecstasy, cocaïne, etc.).

Structure de la polyexpérimentation de substances illicites en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000, par produit

(% en ligne et nombre moyen)

Expérimentation de...	Cannabis	Amphétamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ⁽¹⁾	Produits à inhaler	Nombre de produits pris ⁽²⁾
Cannabis	n = 2 099	4,4	7,1	7,4	3,4	4,3	2,7	9,7	1,4
Amphétamines	82,3	n = 113	45,1	53,1	25,7	36,6	18,6	25,7	3,9
Cocaïne	94,1	32,3	n = 159	48,4	34,0	30,8	16,4	26,4	3,8
LSD	96,9	37,3	47,8	n = 161	29,8	30,9	21,0	29,6	3,9
Héroïne	95	39	72	64	n = 75	35	23	41	4,7
Ecstasy	96	45	52	53	28	n = 94	18	26	4,2
Médicaments ⁽¹⁾	86	32	39	52	26	26	n = 66	36	3,9
Produits à inhaler	70,5	10,1	14,5	16,6	10,7	8,3	8,3	n = 289	2,4
Ensemble des 18-44 ans	32,1	1,7	2,4	2,5	1,2	1,4	1,0	4,4	0,47

⁽¹⁾ L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

⁽²⁾ En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau

Lecture du tableau (ligne héroïne) : l'échantillon compte 75 expérimentateurs d'héroïne (n=75). Parmi eux, 95 % ont également consommé du cannabis, 39 % des amphétamines, etc. En moyenne, ces personnes ont déjà essayé 4,7 drogues illicites différentes (y compris l'héroïne).

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Si presque tous les expérimentateurs de substances illicites ont déjà fumé du cannabis, seul un petit groupe d'usagers de produits relativement rares, parmi lesquels les « traditionnelles drogues dures », sont particulièrement concernés par la polyexpérimentation. À l'inverse, les expérimentateurs de substances relativement fréquentes, comme les produits à inhaler et surtout le cannabis, semblent essayer assez rarement d'autres produits.

Polyconsommation

En population adulte, deux raisons imposent de se limiter à l'étude de la **polyconsommation** d'alcool, de tabac et de cannabis sur une tranche d'âge restreinte : d'une part le fait qu'il s'agit des produits les plus fréquemment consommés, les autres substances illicites étant très rares ; d'autre part, le fait que l'expérimentation de cannabis devient quasi nulle au-delà de 45 ans. Le type de polyconsommation retenu est donc la consommation répétée d'au moins deux des trois produits, soit au minimum : une cigarette par jour, trois consommations d'alcool au cours de la dernière semaine, dix consommations de cannabis au cours des douze derniers mois.

La polyconsommation répétée concerne 15 % de la population âgée de 18 à 44 ans. L'association « alcool-tabac » est la plus fréquente, puis viennent « tabac-cannabis », « alcool-tabac-cannabis » et « alcool-cannabis ». Les usagers de cannabis sont plus jeunes que la moyenne, au contraire des autres : en effet, la consommation répétée d'alcool augmente avec l'âge. Tous sont majoritairement des hommes, surtout lorsque les deux substances les plus consommées par les hommes, l'alcool et le cannabis, sont présentes ensemble.

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000

Polyconsommation répétée de...	En % des 18-44 ans % en ligne (effectifs)	% d'hommes % en ligne	Âge moyen en années
Alcool-tabac	9,6 % (627)	70,0 %	33,5
Tabac-cannabis	3,4 % (222)	67,1 %	24,5
Alcool-tabac-cannabis	1,7 % (109)	82,6 %	27,1
Alcool-cannabis	0,4 % (27)	80,8 %	25,4
Ensemble des 18-44 ans	100,0 % (6 535)	48,5 %	31,4

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

C'est parmi les consommateurs de cannabis que l'on trouve la plus grande proportion d'expérimentateurs de substances illicites : les consommateurs de tabac et d'alcool en ont essayé 0,7 en moyenne, tandis que les autres près de deux (1,8 à 2,3 pour les polyconsommateurs des trois produits). Ces résultats reflètent en grande partie la diffusion du cannabis et de ces autres substances dans la population. Le LSD et la cocaïne sont le plus fréquemment expérimentés par les polyconsommateurs répétés de tabac, d'alcool et de cannabis.

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000

(% en ligne et nombre moyen)

Polyconsommation répétée de...	Expérimentation de...								Nombre de produits pris ⁽²⁾
	Cannabis	Amphés	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ⁽¹⁾	Produits à inhaler	
Alcool-tabac	49,8	1,9	3,7	3,7	1,9	1,3	1,4	6,4	0,7
Tabac-cannabis	100,0	11,7	16,7	18,6	10,4	16,2	7,2	18,9	2,0
Alcool-tabac-cannabis	100,0	12,8	26,6	25,7	13,8	18,3	9,2	20,2	2,3
Alcool-cannabis	100	11	22	19	7	15	0	7	1,8
Ensemble des 18-44 ans	32,2	1,7	2,4	2,5	1,1	1,4	1,0	4,4	0,5

⁽¹⁾ L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

⁽²⁾ En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Prise simultanée de plusieurs produits

Parmi les 18-44 ans, 19,2 % déclarent avoir pris en une même occasion au moins deux substances psychoactives (« mélanges »). Il s'agit dans 90 % des cas d'alcool et de cannabis ; et dans les autres cas, la plupart du temps, de mélanges ayant pour base l'alcool et (ou) le cannabis additionné(s) de cocaïne, de médicaments ou de LSD.

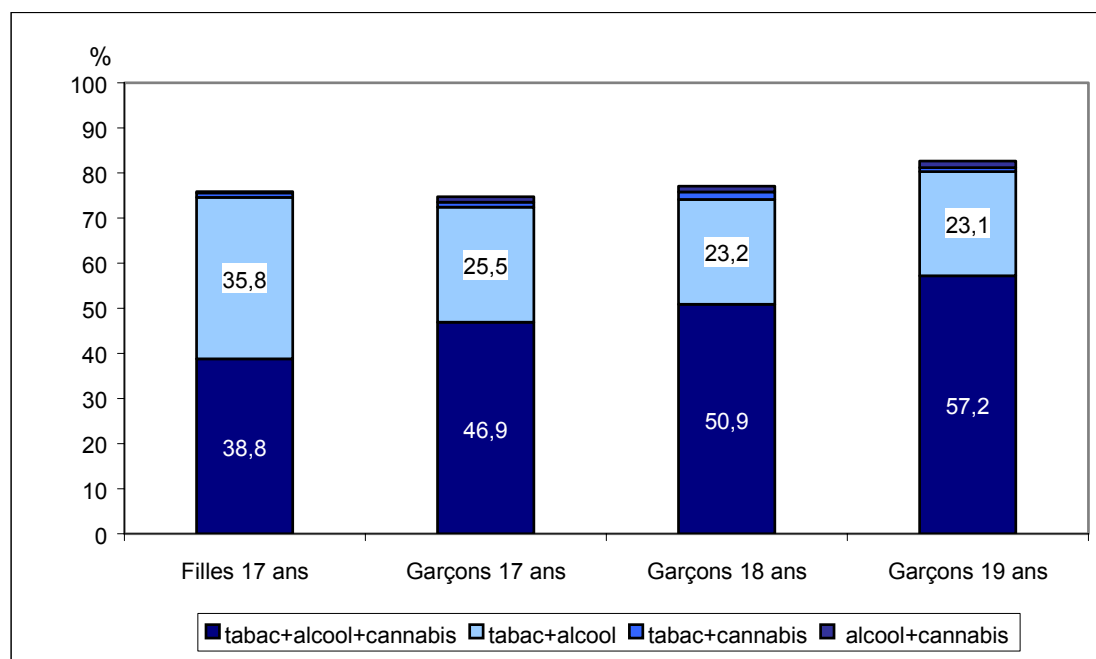
Près des trois quarts des **polyconsommateurs répétés** déclarent avoir déjà fait de tels « mélanges », surtout ceux qui consomment du cannabis (plus des quatre cinquièmes, contre un peu plus de la moitié pour les autres). La composition de ces mélanges varie peu : il s'agit encore dans 90 % des cas d'alcool et de cannabis, et d'alcool et (ou) de cannabis avec un autre produit, le plus souvent de la cocaïne ou de l'ecstasy. Les médicaments entrent rarement dans la composition de ces consommations (moins de 2 % des cas, principalement avec de l'alcool ou du cannabis), et les autres drogues illicites sont très peu citées (Beck et al, 2001).

Polyconsommations à l'adolescence

Polyexpérimentation

À la fin de l'adolescence, près de 80 % des jeunes ont expérimenté plusieurs substances psychoactives. Il s'agit dans la majeure partie des cas d'alcool, de tabac et de cannabis. L'expérimentation de ce dernier est très rarement isolée, même si, parmi ceux qui n'ont jamais fumé de tabac, se trouve une poignée de jeunes, presque exclusivement des garçons. Ceci confirme que les usagers de cannabis font une distinction nette entre les deux produits, bien que le cannabis se consomme quasi exclusivement avec du tabac, mais laisse également entendre qu'une fraction de ses utilisateurs pourrait effectivement le consommer sans tabac.

Fréquence de la polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge {301a}



Source :

ESCAPAD 2000, OFDT

La principale différence entre les garçons et les filles de 17 ans provient d'une sous-représentation de ces dernières dans la catégorie des expérimentateurs des trois substances : cela illustre le fait que les filles sont moins consommatrices de cannabis. Chez les garçons, ceux qui n'ont consommé ni alcool, ni tabac, ni cannabis se retrouvent dans des proportions assez proches, et seule la catégorie regroupant les trois produits augmente avec l'âge, montrant que leur expérimentation à l'adolescence est très banale.

L'expérimentation de cannabis, plus que celle du tabac, est liée à celle de l'ivresse et des substances psychoactives autres que les médicaments, les plus fortes prévalences au cours de la vie se trouvant chez les expérimentateurs des trois produits. À l'inverse, presque tous les adolescents (93,4 %) ayant expérimenté au moins un stimulant (ecstasy, cocaïne, amphétamines et LSD) ont consommé l'alcool, le tabac et le cannabis.

Comme en population adulte, une étude plus détaillée, restreinte aux expérimentations de substances illicites et aux jeunes de 17 ans, permet de distinguer trois groupes d'expérimentateurs différents du point de vue du nombre d'expérimentations de : cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy, médicaments « pour les nerfs » champignons hallucinogènes et *poppers* (ce dernier étant en fait un produit dont la vente est réglementée).

Le premier groupe est celui des expérimentateurs de médicaments « pour les nerfs » et surtout de cannabis, qui sont à la fois les plus nombreux et ceux qui ont goûté le moins de produits différents (respectivement 1,7 et 1,4 en moyenne) ; ensuite vient le groupe des expérimentateurs d'ecstasy, de champignons hallucinogènes ou de *poppers*, qui ont essayé un peu moins de la moitié des neuf produits retenus ici ; enfin le groupe des expérimentateurs d'amphétamines, de LSD, de cocaïne ou d'héroïne, qui sont à la fois les moins nombreux et ceux qui ont testé le plus de substances (en moyenne plus de 5). Dans ce dernier groupe, les expérimentations sont particulièrement intriquées. En effet, dans près de la moitié des cas, un expérimentateur d'une de ces substances l'est des trois autres.

Structure de la polyexpérimentation de substances illicites à 17 ans en 2000, par produit

(% en ligne et nombre moyen)

Expérimentation de...	Cannabis	Amphétamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ⁽¹⁾	Champignons ⁽²⁾	<i>Poppers</i>	Nombre de produits pris ⁽²⁾
Cannabis	<i>n</i> = 4 518	1,9	2,0	2,6	1,4	4,5	23,0	6,9	5,0	1,4
Amphétamines	86	<i>n</i> = 92	50	49	38	66	55	63	43	5,3
Cocaïne	94	54	<i>n</i> = 88	57	42	68	55	57	38	5,3
LSD	95,2	36,7	41,1	<i>N</i> = 115	28,4	69,4	49,1	57,9	42,0	5,0
Héroïne	96	57	61	56	<i>n</i> = 61	69	55	68	45	5,8
Ecstasy	94,7	31,6	31,0	43,4	21,8	<i>n</i> = 199	43,3	48,5	29,4	4,2
Médicaments ⁽¹⁾	51,5	2,6	2,4	3,0	1,8	4,2	<i>n</i> = 1 925	4,7	4,1	1,7
Champ.	98,5	20,5	17,4	23,2	14,3	32,4	31,7	<i>n</i> = 295	27,2	3,5
<i>Poppers</i>	93,4	16,9	14,1	21,4	11,7	24,5	34,6	33,9	<i>N</i> = 227	3,4
Ensemble des 17 ans	45,5	1,0	0,9	1,2	0,6	2,1	19,9	3,1	2,4	1,4

(1) L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

(2) En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau.

Lecture du tableau (ligne héroïne) : l'échantillon compte 61 expérimentateurs d'héroïne (*n*=61). Parmi eux, 96 % ont également consommé du cannabis, 57 % des amphétamines, etc. En moyenne, ces personnes ont déjà essayé 5,8 drogues illicites différentes (y compris l'héroïne).

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

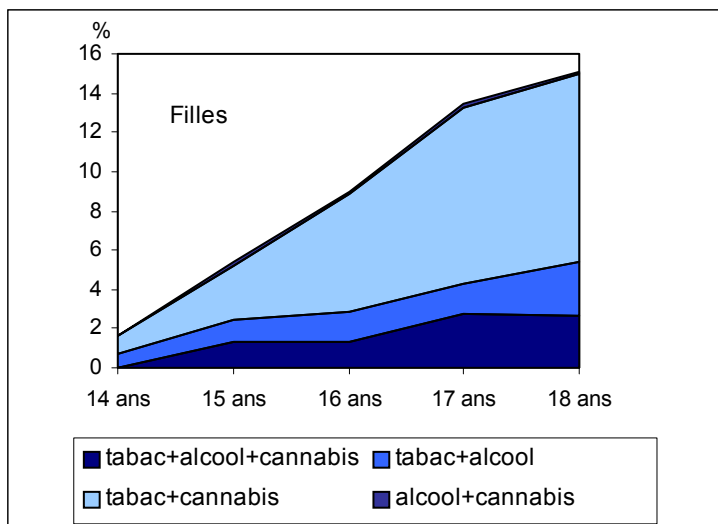
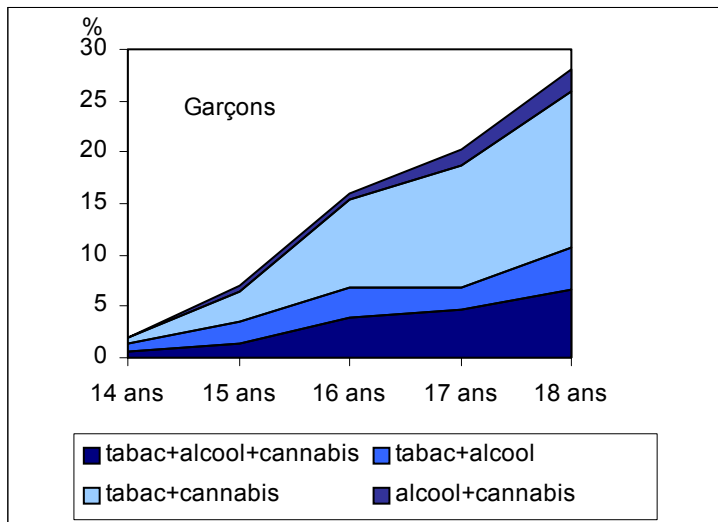
Comme chez les adultes, il existe donc un petit groupe d'expérimentateurs d'un relativement grand nombre de substances illicites, et le cannabis apparaît encore comme la substance presque universellement expérimentée par les usagers de produits illicites (Beck et al, 2000).

La polyconsommation répétée

La **polyconsommation répétée** est ici définie comme le cumul des consommations répétées d'alcool (plus de dix fois par mois), de tabac (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) et de cannabis (plus de dix consommations au cours de l'année). Comme chez les adultes, quatre types sont envisageables (à deux ou trois de ces produits).

En milieu scolaire, à 14 ans, 2 % des garçons déclarent consommer de façon répétée au moins deux produits, contre 28 % à 18 ans. Pour les filles, ces pourcentages passent de 2 % à 15 % (Choquet et al, 2001).

Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes scolarisés en 1999, par sexe et âge {301b}

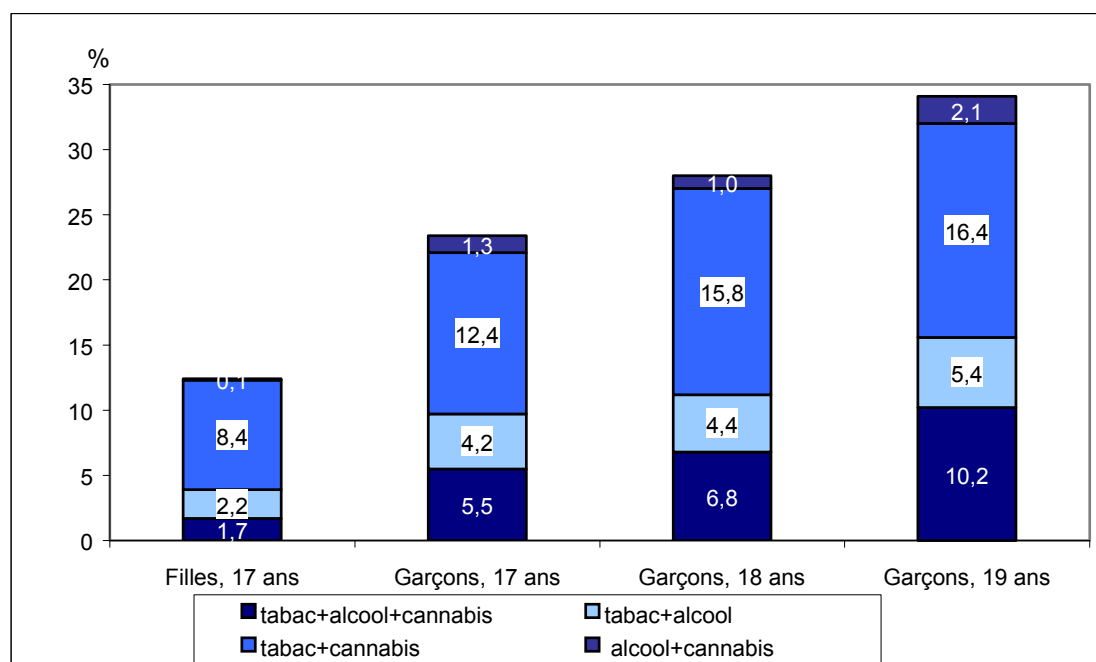


Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT

Pour les garçons, entre 14 et 18 ans, la combinaison tabac-alcool évolue peu, passant de 1 % à 4 %. Les trois autres augmentent plus nettement, en particulier la combinaison tabac-cannabis qui devient avec l'âge la plus courante et concerne 15 % des garçons de 18 ans.

Pour les filles, les différents types de polyconsommations augmentent également avec l'âge, mais sont toujours moins fréquents que pour les garçons. Comme chez les garçons, on observe une prépondérance de la combinaison tabac-cannabis qui passe de 1 % à 14 ans à 10 % à 18 ans (Choquet et al, 2001).

Fréquence de la *polyconsommation répétée* chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge {301c}



Source :

ESCAPAD 2000, OFDT

À 17 ans, l'écart entre les sexes est essentiellement dû à la prépondérance de l'usage répété du tabac seul parmi les filles (28,0 % de l'ensemble). La seule *polyconsommation répétée* dépassant 3 % chez les filles de 17 ans est la combinaison tabac-cannabis. Avec l'âge, c'est surtout l'association des trois produits qui augmente chez les garçons. À 19 ans, un garçon sur dix a ainsi un usage répété des trois produits.

Le lien entre ivresse et *polyconsommation* est très fort, y compris pour les combinaisons n'engageant pas l'usage répété d'alcool. Les écarts sont moins forts pour l'expérimentation des médicaments psychotropes, même s'ils restent significatifs : plus les adolescents ont expérimenté ces médicaments, plus ils sont polyconsommateurs répétés. À l'inverse, l'expérimentation des stimulants, des champignons hallucinogènes ou des inhalants (*poppers* et produits à inhaler) est surtout élevée dans les combinaisons faisant intervenir l'usage répété de cannabis (Beck et al, 2000).

Prise simultanée de plusieurs produits (« mélanges »)

Interrogés à l'école, moins d'un jeune de 14 à 18 ans sur dix (8,4 %) déclare avoir déjà pris au cours de sa vie de l'alcool avec des médicaments (« mélange »), et un quart de l'alcool avec du cannabis. Le nombre de prises déclarées du mélange alcool-médicaments est relativement faible (moins de 1 % de ceux qui en ont déjà pris déclare plus de dix prises), au contraire de celui du mélange alcool-cannabis (76 % des expérimentateurs de cannabis en ont déjà pris, 9 % en ont pris plus de 10 fois) (Choquet et al, 2001).

À la fin de l'adolescence, 5,8 % des jeunes ont cité au moins une prise simultanée de produits psychoactifs. Les « mélanges » à deux composants sont les plus nombreux (80 %), devant les mélanges de trois substances (17 %), les mélanges à quatre et cinq composants étant beaucoup plus rares. La substance la plus citée est le cannabis, qui est présent dans 99 % des cas, devant l'alcool (43 %). La question (« Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de prendre ensemble plusieurs de ces produits ? ») excluait pourtant *a priori* les « mélanges » contenant l'alcool, en faisant implicitement référence à un tableau listant d'autres substances psychoactives que l'alcool et le tabac : cela suggère que l'interaction entre l'alcool et les autres produits est particulièrement courante. Viennent ensuite l'ecstasy

(présente dans 16 % des mélanges cités), les champignons, le LSD, les *poppers*, la cocaïne, et les produits à inhaler (5 %). Toutefois, au total, 28 % contiennent des stimulants (ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD). Comme chez les adultes, les médicaments sont très rarement cités (un seul « mélange » déclaré) (Beck et al, 2000).

Mélanges les plus fréquemment cités par les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000

Composition exacte du mélange	Nb de citations	En % des mélanges cités
Cannabis-alcool	261	31 %
Cannabis-champignons	98	12 %
Cannabis-autres drogues	60	7 %
Cannabis- <i>poppers</i>	55	7 %
Cannabis-ecstasy	54	6 %
Cannabis-LSD	38	5 %
Cannabis-produits à inhaler	27	3 %
Cannabis-cocaïne	20	2 %

Source : ESCAPAD 2000, OFDT

11.2 Health consequences and negative effects

La dépendance à plusieurs produits et leurs associations dans les consommations rendent les prises en charge plus complexes. Le sevrage, en particulier aux opiacés, est plus difficile lorsque plusieurs substances sont consommées de façon régulière par une même personne. Le phénomène de la polyconsommation, décrit par les professionnels de la prise en charge des usagers de drogues, est cependant difficile à mesurer dans les enquêtes. Si le terme est souvent employé, sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus. Aussi, les approches proposées ci-après doivent être considérées comme une contribution au débat.

Demandes de traitement

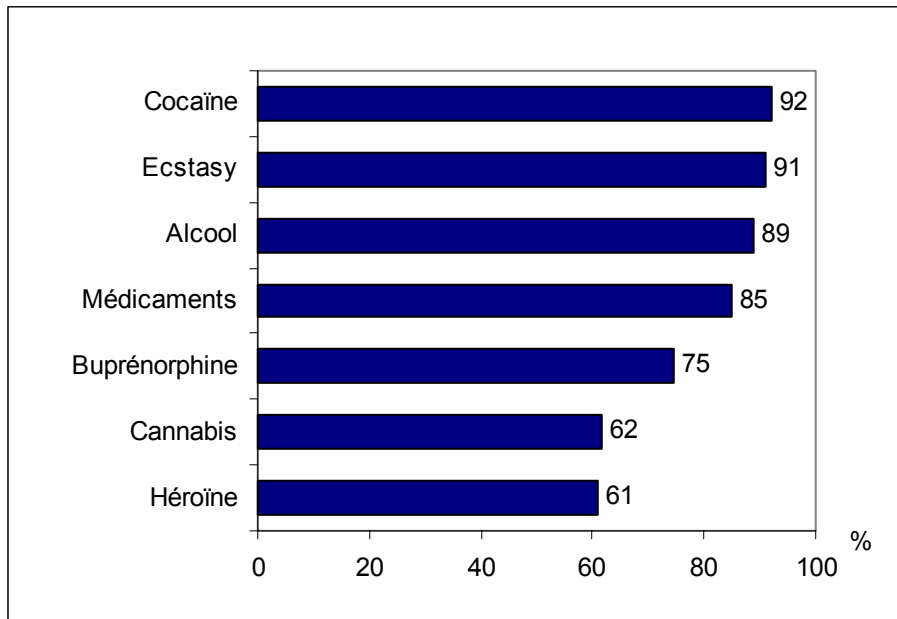
Compte tenu des données disponibles dans les enquêtes auprès des usagers fréquentant les structures de soins, la polyconsommation peut-être ici abordée de deux façons : à partir des produits à l'origine de la prise en charge, ou des produits consommés dans la période récente (mois ou semaine selon les enquêtes). Pour différencier ces deux approches on parlera dans le premier cas de polydépendances, et dans le deuxième de polyconsommation. La polydépendance caractérise la situation des usagers ayant plus d'un produit à l'origine de la prise en charge et la polyconsommation celle des usagers ayant déclaré avoir consommé récemment plus d'un produit.

Polydépendance

D'après les résultats de l'enquête menée en novembre 1999 (Tellier, 2001), la polydépendance apparaît dans un peu plus d'un recours sur deux (56 %). Ce pourcentage a légèrement augmenté par rapport à l'enquête de novembre 1997 (54 %).

La part de la polydépendance est variable selon les substances. La cocaïne, l'ecstasy et l'alcool sont associés à un autre produit dans les prises en charge dans environ 90 % des cas. Pour le cannabis et les opiacés, ce pourcentage est de 60 %. Les médicaments, principalement les benzodiazépines et la buprénorphine hors prescription médicale, occupent une situation intermédiaire.

Fréquence de la polydépendance chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge {303a}



Lecture du graphique : lorsqu'elle apparaît comme produit à l'origine de la prise en charge (primaire ou secondaire), la cocaïne est associée à un autre produit dans 92 % des cas, l'ecstasy dans 91 % des cas, etc.

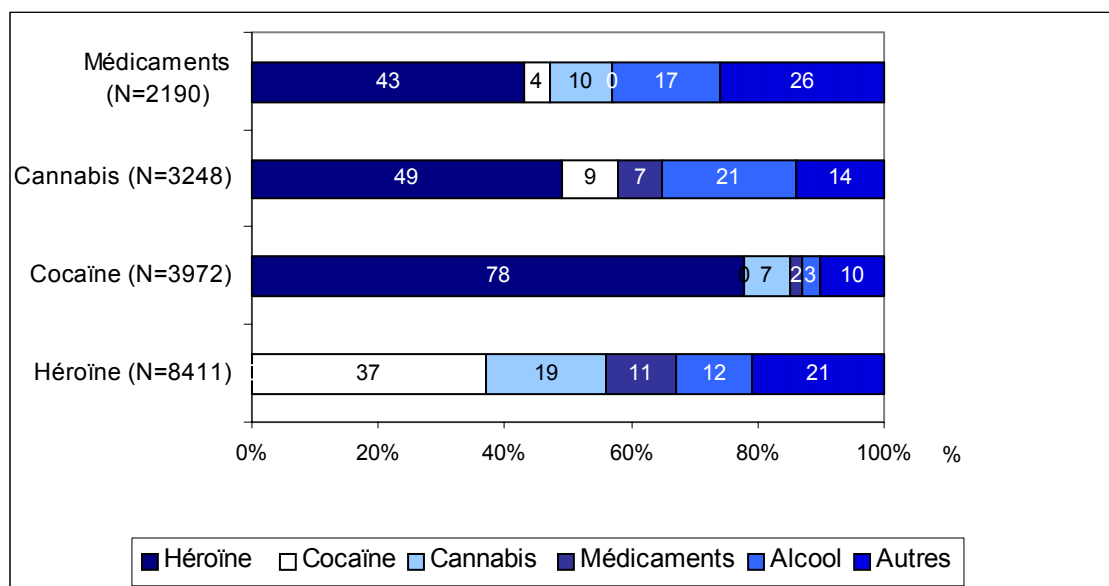
Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

La proportion relativement faible de polydépendances pour le cannabis s'explique par la présence de jeunes usagers de ce produit et qui ont beaucoup moins souvent un problème avec un second produit que les usagers plus âgés.

En ce qui concerne l'héroïne, ce produit est souvent cité comme étant à l'origine de la prise en charge pour des usagers sous traitement de substitution qui, pour une bonne part, ne sont pas en difficulté avec d'autres produits.

Compte tenu du poids global considérable des opiacés et en particulier de l'héroïne dans les produits à l'origine de la prise en charge, cette dernière substance est fortement associée à toutes les autres. Cette association est cependant très intense lorsque la cocaïne est mentionnée. Il faut également noter l'importance de la liaison entre le cannabis et l'alcool et entre les médicaments et l'alcool.

Associations de substances psychoactives dans les polydépendances chez les usagers de drogues selon le produit à l'origine de la prise en charge en 1999 {303b}



Lecture du graphique : comme produit 1 ou 2 à l'origine de la prise en charge, les médicaments sont associés à un autre produit dans 2 190 recours ; dans 43 % des cas il s'agit d'héroïne, dans 4 % de cocaïne, dans 10 % de cannabis, dans 17 % d'alcool, dans 26 % d'autres produits

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

Dans l'enquête dont les résultats sont ici utilisés, seuls deux produits à l'origine de la prise en charge pouvaient être mentionnés, ce qui a sans doute pour effet de minimiser le poids de certaines associations. Par ailleurs, il apparaît également intéressant de connaître les substances effectivement consommées dans une période récente. L'approche par les polydépendances demande donc à être complétée par une approche en termes de produits consommés.

Polyconsommations

Sur l'ensemble des prises en charge dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, une consommation au cours des trente derniers jours est citée dans environ 60 % des cas²³. La mention de deux produits n'apparaît que dans 30 % des cas et de trois produits dans 12 % des cas. Parmi les personnes ayant consommé au moins une substance au cours des trente derniers jours, le nombre moyen de produits consommés s'établit à 1,7. Dans les polyconsommations (au moins deux produits consommés), les substances qui sont le plus souvent impliquées sont le cannabis (53 %), l'alcool (40 %), l'héroïne (33 %), les benzodiazépines (27 %) et la cocaïne (22 %). Ce classement se retrouve en grande partie dans la fréquence des associations entre produits dans lesquelles cannabis, alcool et héroïne sont le plus souvent cités.

²³ Des usagers sous traitement de substitution ou récemment sevrés peuvent n'avoir eu aucune consommation dans le mois passé.

Associations de substances psychoactives consommées au cours des 30 derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999

(en %)

Alcool et cannabis	21
Héroïne et cannabis	13
Héroïne et cocaïne	12
Benzodiazépines et alcool	10
Benzodiazépines et cannabis	10
Cocaïne et cannabis	7
Héroïne et alcool	7
Héroïne et benzodiazépines	5
Héroïne et buprénorphine	5

Lecture du tableau : sur 6 823 recours avec mention d'au moins deux produits consommés au cours des 30 derniers jours, l'association alcool et cannabis apparaît dans 21 % des cas, héroïne et cannabis dans 13 %, etc. Seules les associations les plus fréquentes sont mentionnées. Les pourcentages en colonne ne peuvent être additionnés.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

La fréquence des associations varie selon le produit considéré. Le cannabis, en raison de son poids global dans les consommations, apparaît largement lié à toutes les substances. Cette association est cependant particulièrement forte pour l'ecstasy : lorsque ce produit est cité, le cannabis est associé dans 51 % des cas. L'usage de cocaïne est, quant à lui, très fortement associé à celui d'héroïne (dans 44 % des cas) et celui d'alcool à celui de cannabis (40 % des cas).

Associations de substances psychoactives consommées au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999

(en %)

	Héroïne N = 3 273	Cocaïne N = 1 875	Benzodiazé pines N = 2 404	Cannabis N = 6 718	Ecstasy N = 335	Alcool N = 3 688
Héroïne	-	44	15	13	21	13
Buprénorphine hors prescription	10	9	11	5	5	6
Cocaïne	25	-	8	7	24	7
Benzodiazépines	11	11	-	10	4	18
Cannabis	27	27	27	-	51	40
LSD et autres dysléptiques	1	2	1	1	11	1
Ecstasy	2	4	1	2	-	2
Amphétamines	1	2	1	1	4	1
Alcool	14	13	28	22	16	-

Lecture du tableau : sur les 3 723 recours avec mention d'une consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, la buprénorphine hors prescription médicale est également consommée dans 10 % des cas, la cocaïne dans 25 % des cas, les benzodiazépines dans 11 % des cas, etc. Une substance pouvant être associée à deux autres, les chiffres en colonne ne peuvent être additionnés. Pour ne pas trop alourdir le tableau, celui-ci ne reprend pas l'ensemble des substances possibles.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

L'enquête OPPIDUM, menée à la même époque (octobre 1999) auprès d'un échantillon d'environ 2 000 usagers vus dans des structures de prises en charge, fournit des résultats proches sur la fréquence de l'association cocaïne et héroïne. Des écarts non négligeables apparaissent en revanche pour les associations avec les benzodiazépines, l'alcool et le cannabis. Il se peut que dans l'enquête menée au mois de novembre, l'attention portée au recueil des consommations licites ou banalisées soit moindre et que ce dernier porte

davantage sur les consommations les plus visibles et les plus facilement détectables. Le poids des benzodiazépines et des médicaments y est probablement sous-estimé.

Associations de substances psychoactives consommées au cours des sept derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999

(en %)

	Cocaïne N = 239	Benzodiazépines N = 511	Héroïne N = 261	Cannabis N = 657
Benzodiazépines	28	-	17	25
Cocaïne	-	13	34	15
Héroïne	37	9	-	15
Alcool	26	27	21	25

Lecture du tableau : sur les 239 recours avec mention d'une consommation de cocaïne au cours des sept derniers jours, les benzodiazépines sont également consommées dans 28 % des cas, l'héroïne dans 37 % des cas, l'alcool dans 26 % des cas, etc. Une substance mentionnée en colonnes peut-être associée simultanément avec plusieurs substances ; la somme des pourcentages en colonnes peut donc être supérieure à 100 %. Par ailleurs, pour ne pas charger le tableau, seules les substances avec des effectifs importants sont mentionnées

Source : d'après OPPIDUM 1999, CEIP

11.2.b Specific social consequences for polydrug use

Morbidité et mortalité

Au cours de l'année 2000, sur les 119 décès par surdoses constatés par les services de police, 38 ont révélé la présence de plusieurs substances (un tiers d'entre eux environ) (OCRTIS, 2001). L'héroïne étant la plus fréquemment détectée comme à l'origine des surdoses, on la retrouve également dans 18 des 38 décès pour lesquels plusieurs produits ont pu être décelés. Les autres mélanges généralement repérés concernent des associations de médicaments souvent consommés par des héroïnomanes : méthadone, Subutex®, Skenan®, Tranxène®, etc.

Les décès par surdose pour lesquels plusieurs produits sont détectés représentent une part de plus en plus importante des morts par surdose en France.

11.3 Risk assessment and local market

11.3.a Products and physical description

11.3.b Combination of different substances on the local market

Les principales associations associent les produits les plus courants à savoir l'alcool, le tabac le cannabis. Les médicaments psychotropes sont également très impliqués notamment dans leurs interactions avec l'alcool. Parmi les mélanges plus rares en quantités, on observe les produits de substitution avec l'alcool, le LSD avec les drogues de synthèse, la cocaïne avec l'héroïne (Fontaine et al, 2001).

Combinaison : AWARE.

11.4 Specific approaches to the interventions

11.4.a Approaches to polydrug use

Il n'y a pas de programme spécifique tourné vers les polyconsommateurs. Cependant le plan triennal de la MILDT a souligné la nécessité de considérer de façon globale l'interaction entre l'utilisateur et le ou les produits qu'il consomme.

La dernière campagne de communication de la MILDT, reposant sur 4 affiches et tournée vers les jeunes, traitait en particulier de la polyconsommation (les autres étaient sur l'alcool, le cannabis et l'ecstasy).

11.4.b Evaluation results

Il n'y a pas eu d'évaluation spécifique menée sur cette question particulière.

11.5 Methodological issues

11.5.a Limitations in data availability

La collecte de données sur la polyconsommation se heurte aux écueils classiques de recueil d'information sur les substances psychoactives. Ces difficultés sont toutefois amplifiées par la précision qu'exige ce recueil, notamment dans les enquêtes en population générale. Les données provenant du dispositif d'observation des phénomènes émergents (TREND) sont très réactives et permettent d'obtenir de nombreuses informations qualitatives et quantitatives sur les prises de produits mais ne permettent à l'inverse aucun chiffrage représentatif de ces usages dans la population.

11.5.b Future needs

Il n'y a pas de gros besoin dans le sens où TREND apportera de l'information qualitative de façon récurrente et que l'enquête en population générale ne permet pas, de toute façon, d'explorer trop finement ces questions.

11.5.c Methodological proposal

Pas de proposition particulière.

12. Successful treatment : the effectiveness of the intervention

12.1 The approaches to treatments and the related concepts of success

12.2 Evaluation of the treatments

12.3 Methodological issues

Cet article sera disponible et transmis à l'OEDT à la fin du mois de janvier 2002.

13 Drug users in prison

13.1 Epidemiological situation

Plusieurs enquêtes ont été réalisées en vue d'estimer la proportion de toxicomanes en détention. L'enquête la plus ancienne remonte à 1986 et a été réalisée par le service des études de l'Administration pénitentiaire (Kensey et Cirba, 1989). Cette enquête a estimé la proportion de toxicomanes parmi les entrants en prison à 10,7 %. Ceux-ci étaient définis comme des personnes se déclarant comme tels ou rapportant un usage de drogues au cours des trois mois précédant l'incarcération à raison d'au moins deux fois par semaine. Ces toxicomanes étaient majoritairement des hommes (91 %), de nationalité étrangère dans 25 % des cas ; 70 % d'entre eux consommaient de l'héroïne seule ou associée. Il faut cependant souligner que 22 % des détenus interrogés étaient des consommateurs de cannabis. Cette enquête signalait que 30 % des toxicomanes incarcérés avaient déclaré avoir commencé à recourir à des drogues après à une incarcération. La moitié des toxicomanes incarcérés avaient été placés en détention pour une autre infraction qu'à la législation des stupéfiants (ILS). La part des ILS était plus élevée chez les usagers de cannabis que chez ceux d'héroïne. Enfin cette enquête montrait que la moitié des toxicomanes interrogés avaient été incarcérés une nouvelle fois dans un délai inférieur à un an. Ces éléments signalaient donc déjà l'insuffisance de la prise en charge de la toxicomanie tant en détention qu'en milieu libre.

La description des toxicomanes vus dans les CSST en 1994 confirme plusieurs des observations antérieures, à savoir la prédominance masculine (90 %) et l'importance de l'héroïne parmi les détenus considérés comme toxicomanes (78 %) (Facy, 1997). La part des condamnés parmi les toxicomanes de l'échantillon (52 %) était en augmentation ; 68 % étaient récidivistes et avaient été en moyenne incarcérés à quatre reprises. Françoise Facy souligne également que 37 % des incarcérations avaient eu lieu avant l'usage de drogues, ce qui souligne le besoin de prévention primaire de la toxicomanie chez l'ensemble des détenus. La proportion de détenus se déclarant séropositifs pour le VIH était en 1994 de 18 % ; la prévalence de l'infection à VIH se situait entre 35 et 40 % chez les toxicomanes bénéficiant d'une prescription de méthadone. Un quart des toxicomanes rapportaient au moins un épisode d'overdose d'héroïne et 22 % une tentative de suicide. Un tiers d'entre eux avaient déjà eu contact avec un CSST.

L'enquête réalisée en 1997, auprès de 75 825 entrants, est celle qui estime probablement le mieux – en terme de représentativité – la fréquence de l'usage de drogues chez les détenus (DREES, 1999). Trente-deux pour cent déclaraient avoir eu une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération (en dehors de l'alcool) ; 25,6 % pour le cannabis, 14,4 % pour l'héroïne, 8,9 % pour la cocaïne ou le crack, 9,1 % pour des médicaments utilisés de façon toxicomaniaque, 14,6 % pour une polytoxicomanie. L'utilisation de la voie intraveineuse au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois a été rapportée respectivement par 11,8 et 6,2 % des détenus. Chez les mineurs, la situation est également préoccupante puisqu'un quart déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération et 1,4 % un usage par voie intraveineuse.

En dehors de ces enquêtes d'envergure nationale, d'autres enquêtes ont été réalisées et ont montré que la prévalence pouvait atteindre des proportions plus élevées dans certains établissements situés dans des régions fortement touchées par la toxicomanie. Ainsi, deux

enquêtes réalisées dans le centre pénitentiaire de Marseille ont estimé la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse entre 20 et 23 %. Ces enquêtes faisaient la distinction entre ceux qui avaient arrêté de s'injecter des drogues plus de 12 mois avant l'incarcération, et les injecteurs actifs au moment de leur incarcération (la moitié des usagers) (Rotily, 1994 ; Rotily, 1997).

L'enquête européenne de 1997/98 a montré que parmi les 1 212 détenus interrogés dans les établissements français, 43 % avaient déclaré avoir consommé des substances illicites – par voie non injectable – au cours des 12 mois précédant l'incarcération (cocaïne, cannabis / haschich, benzodiazépines, etc.) ; 12 % avaient déclaré s'être injecté des drogues par voie intraveineuse (UDVI) au cours de la vie, dont 9 % au cours des 12 mois précédant l'incarcération. Parmi ces derniers, 45 % déclaraient s'être injecté plus de 10 fois durant les quatre semaines précédant l'incarcération et 34 % avoir partagé leur matériel lors de leur dernière injection. Les produits majoritairement déclarés par ces UDVI étaient l'héroïne (62 %), la cocaïne (42 %) et les benzodiazépines (37 %) (ORS, 1999).

En ce qui concerne l'alcool, l'enquête nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rapporte que 10,3 % des détenus avaient une consommation régulière d'alcool (≥ 5 verres par jour), 16,9 % une consommation discontinue (≥ 5 verres consécutifs au moins une fois par mois) et 6 % à la fois régulière et discontinue, soit au total un tiers des détenus ayant une consommation excessive (DREES, 1999). Chez les entrants de moins de 18 ans, ce problème d'alcool est également aigu puisque 16,1 % déclaraient une consommation régulière et/ou discontinue.

13.2 Availability and supply

Le tabac est légalement disponible au sein des établissements. Deux études sur la santé des détenus, l'une réalisée au plan national, l'autre en région PACA ont rapporté des prévalences similaires du tabagisme : 80 % (DREES, 1999). L'introduction de boissons alcoolisées est interdite en détention. Cependant, dans une enquête réalisée dans quatre établissements de l'Ouest et du Sud-Est, 61 % des détenus UDVI déclaraient consommer des boissons alcoolisées au cours de leur incarcération (ORS, 1999).

Un groupe de réflexion a été mandaté en 1996 par le Garde des Sceaux sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et l'entrée de drogues en détention. Le rapport du groupe mentionne que des saisies ont été effectuées par les agents de l'administration pénitentiaires dans trois quart des établissements. Pour 80 %, il s'agissait de saisies de cannabis. Les saisies d'héroïne ont concerné près de 30 établissements, mais les quantités saisies étaient minimes. Une trentaine de seringues sont saisies chaque année. Entre trois et huit overdoses sont rapportées chaque année, dont la moitié surviennent au cours de permissions. Les médicaments représentaient 6 % des incidents (Jean, 1997).

Les enquêtes sur l'usage de drogues en détention ne sont pas représentatives de la situation nationale. Leur réalisation dans plusieurs sites sont cependant un indicateur de l'étendue du phénomène. Une enquête réalisée en 1996 a révélé que 13 % des UDVI actifs au cours des 12 mois précédant l'incarcération (9/68) déclaraient s'être injecté des drogues durant les trois premiers mois de l'incarcération (quatre fois sur neuf en partageant le matériel) (Rotily, 1998). L'enquête européenne réalisée dans quatre autres sites français a montré que 32 % déclaraient avoir déjà consommé en prison des produits illicites par voie non injectable (ORS, 1999). De plus, 35 % des UDVI déclaraient s'être déjà injecté de la drogue en prison et 6 % avoir commencé à s'injecter en prison. Parmi les UDVI encore actifs juste avant l'incarcération, 26 % déclaraient s'être injecté des drogues au cours du dernier mois de leur

incarcération (dont 43 % plus de 20 fois), la moitié n'ayant pas utilisé d'eau de Javel pour désinfecter leur matériel.

L'étude de 1996 a également révélé que 3 % des détenus UDVI actifs déclaraient des rapports sexuels durant les trois premiers mois de l'incarcération (rapports essentiellement hétérosexuels au parloir et sans préservatif) (ORS PACA, 1999). Par ailleurs, 16 % des UDVI actifs déclaraient s'être tatoués durant cette période. Le tableau suivant donne les résultats de l'enquête européenne sur la déclaration de ces pratiques en prison. On constate que les usagers de drogues (UD) déclaraient plus fréquemment des pratiques à risque en prison (hormis les rapports homosexuels) ; ils étaient par ailleurs plus nombreux à avoir déjà eu recours à des tests de dépistage VIH ou VHC mais la couverture vaccinale contre l'hépatite B ne différait pas selon l'usage de drogues et était tout à fait insuffisante (ORS PACA, 1999).

Tableau : Pratiques à risque en détention (ORS PACA, 1999)

	Non UD (56%)	UD non injecteurs (43%)	UDVI (12%)	UDVI actifs (9%)
Hétérosexualité	4,7%	11,6%	15,3%	13,6%
Homosexualité	1,3%	0,8%	1,3%	1%
Tatouage	10%	31%	39%	43%
Dépistage VIH	59%	78%	76%	76%
Dépistage VHC*	20%	37%	58%	59%
Vaccination VHB	24%	34%	27%	24%

13.3 Contextual information

Au 1^{er} janvier 2001, la France comptait 187 établissements pénitentiaires qui accueillait 47 837 personnes. La croissance de la population carcérale a été de 39 % au cours des 15 dernières années, ce qui situait la France dans les pays à forte inflation. A titre de comparaison, des pays comme le Portugal, l'Espagne et les Pays-Bas ont connu des taux allant de 140 à 240 %. A l'inverse, des pays comme le Danemark et la Suède ont connu des taux de 6 et 18 %. En France, l'inflation de la population carcérale a été principalement liée à celle de la durée des peines qui est passée de 4 à 7 mois en moyenne entre 1975 et 1996. Encore celle-ci a-t-elle été contenue par le système des grâces présidentielles qui constitue un véritable mécanisme de régulation dans notre pays. Depuis 1996, on a assisté à une décroissance du nombre de détenus (-13 %) et de la proportion de prévenus (33,7 % en 2001 versus 39,8 % en 1996). L'augmentation du taux d'incarcération et l'allongement de la durée des peines ont été à l'origine d'une surpopulation dans les établissements qui se trouvent ainsi confrontés à une charge de travail importante tant au niveau des services administratifs et de surveillance que des services d'insertion sociale et de santé. La densité carcérale dans les maisons d'arrêt françaises se situait en 1996 entre 100 et 120 % dans 22 % des établissements et supérieures à 120 % dans 45 % des établissements (Tournier, 2000). Il faut en dernier lieu souligner la part croissante des femmes en détention qui est passée de 2,5 % en 1975 à 4,5 % en 1995, tendance également observée dans d'autres pays européens (Tournier, 1998). Cette dernière tendance semble cependant s'être récemment inversée, la part des femmes étant revenu à 3,6 % en 2001.

* Virus de l'hépatite virale C

Une des caractéristiques de l'évolution de l'organisation du système pénitentiaire est d'une part l'arrivée dans les établissements de nombreux professionnels externes à l'administration pénitentiaire et d'organisations non gouvernementales, d'autre part la réforme du système de soins qui est confiée depuis 1994 au service public hospitalier. L'organisation des soins réalisée selon la loi du 18 janvier 1994 garantit aux détenus une qualité de soins égale à celle dont bénéficie la population générale et leur inscription au régime général maladie-maternité de la Sécurité Sociale. On assiste donc à un fort courant visant à faire entrer le droit commun à l'intérieur des établissements. Il faut également signaler que pour environ 13 000 places (21 établissements pénitentiaires), les fonctions de maintenance, d'hôtellerie, de travail et de formation professionnelle sont gérées par des sociétés privées. Jusqu'en 2001, la charge de l'organisation des soins dans ces établissements leur était également confiée. Cette responsabilité vient d'être transférée au service public hospitalier.

L'usage de drogues en France est réglementé par la loi du 31 décembre 1970 qui condamne à des peines d'emprisonnement les usagers de substances illicites. Dans le cadre de cette loi, les tribunaux peuvent proposer aux usagers une alternative sanitaire aux poursuites judiciaires. Cette politique d'injonction thérapeutique serait caractérisée par un faible taux d'effectivité et une hétérogénéité importante selon les lieux d'inculpation, et n'aurait guère d'effets positifs sur le problème de l'usage de drogues en France (Setbon, 1998). Récemment, le Conseil national du Sida s'est déclaré en faveur d'une dépénalisation, mais il n'existe pas actuellement de débat parlementaire sur cette question. La France compterait environ entre 100 et 150 000 héroïnomanes. En 1999, 74 651 personnes recevaient un traitement de substitution des opiacés. La très grande majorité d'entre elles (88 %) bénéficiaient d'un traitement par buprénorphine (Subutex®), médicament disponible depuis 1996 par le biais des médecins généralistes habilités à la prescrire en médecine de ville, les autres étant traitées avec la méthadone dans les Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). On a observé depuis 1996 une augmentation continue et importante des ventes de buprénorphine, une diminution des décès par surdosage et des infractions à la législation des stupéfiants à l'héroïne (Emmanuelli, 2000).

Tous les détenus se voient proposer à leur arrivée en milieu carcéral une consultation médicale dans les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec en particulier un dépistage de la tuberculose, un dépistage volontaire et confidentiel de l'infection à VIH et, plus récemment de l'hépatite C, ainsi qu'une vaccination contre l'hépatite B. Des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychologiques et psychiatriques dans 26 établissements pénitentiaires tandis que les UCSA ont la responsabilité des soins somatiques. On compte 16 CSST qui relèvent du Ministère délégué à la Santé et ont pour mission de dépister la dépendance à l'égard des drogues et d'accompagner les toxicomanes durant leur incarcération. Les textes réglementaires confient la coordination de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives aux psychiatres (prises en charge médico-psychologique et socio-éducative, coordination de l'ensemble des équipes spécialisées intervenant en détention, instauration de liaisons avec les structures extérieures dans la perspective d'assurer un relais et d'aider à la réinsertion lors de la libération, recueil épidémiologique). Il faut remarquer que les responsabilités sur le dépistage de la dépendance aux drogues et la prise en charge des toxicomanes sont partagées, que la notion de réduction des risques n'est pas inscrite dans les missions des SMPR et des CSST, et qu'une minorité d'établissements disposent de CSST. Le personnel des CSST est constitué pour la majorité de psychologues et d'éducateurs spécialisés, exceptionnellement d'infirmiers mais jamais de médecins. Par ailleurs, il n'existe pas de liens institutionnels et organisationnels formalisés entre les SMPR-CSST et les UCSA pour définir une politique de prise en charge de la toxicomanie. Les relations entre les deux entités

semblent plutôt s'établir sur la base de relations confraternelles essentiellement centrées sur le suivi individuel des détenus toxicomanes. Ces relations s'avérant parfois conflictuelles et rendant insatisfaisante la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives, des recommandations interministérielles ont été adressées, en août 2001, aux différents services concernés pour qu'ils mettent en place une organisation plus coordonnée et améliorent ainsi la prise en charge des personnes détenues présentant une dépendance aux substances psychoactives licites ou illicites, ou abusant de ces substances.

13.4 Demand reduction policy in prison

La prévention contre l'usage de drogues en prison est axée en premier lieu sur le contrôle de l'entrée de drogues dans les établissements. Une note du Ministère de la Justice du 18/02/1997 relative aux contrôles de police judiciaire lors des visites au parloir dans le cadre de la lutte contre l'entrée de produits stupéfiants dans les établissements pénitentiaires incite à informer les visiteurs et les détenus de ces mesures. Des sanctions disciplinaires peuvent être prises et des poursuites judiciaires engagées à l'encontre de détenus surpris en flagrant délit d'usage de substances illicites. Le dépistage urinaire n'a été utilisé qu'à titre expérimental auprès de détenus permissionnaires (Jean, 1997).

La prise en charge des toxicomanes est régie par la circulaire DGS/DM n° 96-259 du 03/04/1996. Les SMPR et le personnel de santé doivent réglementairement diffuser l'information sur les méfaits de l'usage de drogue et sur la nécessité d'utiliser du matériel d'injection propre. L'offre de soins en direction des toxicomanes réalisée par les secteurs de psychiatrie devrait être diversifiée et équivalente à celle de l'extérieur, c'est-à-dire une prise en charge intégrant l'ensemble des phénomènes de dépendance et la poursuite des traitements de substitution initiés avant l'incarcération. La prescription de buprénorphine (Subutex®) ou de méthadone peut être poursuivie ou initiée en détention, depuis les circulaires de 1996. La méthadone ne peut être initiée que dans les établissements disposant d'un CSST.

La mise à disposition du matériel d'injection n'est pas réalisée en France. Elle entre en contradiction avec l'article D-273 du code de procédure pénale qui prévoit que les détenus ne peuvent garder à leur disposition aucun objet, médicament ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion. Une circulaire de l'Administration pénitentiaire prévoit depuis 1996 la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenus. Cependant, cette dernière ne spécifie pas que l'eau de Javel est un outil de réduction des risques lié à l'usage de drogues. Par conséquent, il est très probable que l'eau de Javel soit perçue seulement comme une mesure de propreté et d'hygiène.

Aucun texte de loi n'interdit de façon explicite la pratique du tatouage. Le chef d'établissement peut cependant fonder son refus sur l'interdiction disciplinaire de porter atteinte à la sécurité d'autrui, de posséder des objets dangereux, et l'obligation de respecter les règles d'hygiène pour ne pas favoriser la transmission des maladies. L'interdiction d'avoir des relations sexuelles en prison résulte des contraintes de décence et non d'une privation pénale imposée par la peine et la privation de liberté. Aucun texte n'oblige cependant l'Administration Pénitentiaire à permettre la réalisation de ces visites conjugales. Réglementairement des préservatifs doivent être mis à disposition, notamment dans les UCSA des établissements.

13.5 Evaluation of drug users treatments in prison

La culture de l'évaluation médicale s'installe progressivement en France parmi les professionnels de santé, sous l'impulsion notamment de l'Agence nationale d'accréditation des établissements de soins (ANAES), de la formation initiale et continue. La réforme du système de soins en milieu carcéral de 1994 contribue aussi à permettre une mise en œuvre plus importante de l'évaluation médicale en milieu carcéral. Du côté des acteurs sociaux et administratifs, il est difficile de dresser un état de l'évaluation dans les pratiques quotidiennes. L'expérience de terrain semble cependant montrer une faible pratique de l'évaluation médicale et sociale dans les établissements pénitentiaires pour ce qui concerne la toxicomanie.

L'application de la loi Evin réglementant l'usage du tabac dans les espaces publics n'a pas fait à notre connaissance l'objet d'une évaluation en milieu carcéral, de même que la mise en œuvre des traitements de sevrage tabagique en milieu carcéral. En ce qui concerne l'alcoolisme, nous n'avons pas non plus identifié d'évaluations quant à sa prévention et à sa prise en charge.

A notre connaissance, aucune évaluation de l'impact de la prise en charge de la toxicomanie et des traitements apportés aux usagers de drogues en prison n'a eu lieu à ce jour.

Une enquête a été réalisée en 1997 auprès des responsables médicaux et administratifs de l'ensemble des établissements pénitentiaires dans deux régions françaises (Ouest et Sud-Est) (ORS PACA, 1999). Le premier constat est que les actions de prévention de l'infection à VIH, du Sida et des hépatites, ne sont pas effectives dans tous les établissements. A titre d'exemple, seuls 9 établissements sur 24 ont mis en place une coordination sur les actions de prévention de l'infection à VIH et des hépatites C. Lorsque l'on interroge les médecins quant aux obstacles rencontrés par la politique actuelle de réduction des risques, la plupart mettent l'accent sur l'information et l'effort à produire en matière de thérapie pour les sujets toxicomanes. Il est notamment fait allusion à un meilleur suivi des usagers de drogue ayant un traitement de substitution et à un meilleur accès à ces traitements. Une meilleure gestion des prescriptions médicamenteuses est aussi préconisée, notamment pour éviter le trafic, ainsi qu'un contrôle plus rigoureux des détenus, des cellules et des parloirs. Pour améliorer la politique de réduction des risques, les directeurs d'établissements suggèrent plusieurs axes de réflexion : information et formation auprès des détenus et du personnel notamment par le biais du service médical ou de structures associatives, proposition plus large de la vaccination contre l'hépatite B et du dépistage du VIH et de l'hépatite C. La surpopulation et la promiscuité, ainsi que le manque de communication entre les instances médicales et administratives sont deux difficultés mises en avant. Les arguments les plus fréquemment utilisés par les directeurs d'établissement pour exprimer une opinion défavorable en matière de mesures de réduction des risques comme l'échange de seringues ou la disponibilité de buprénorphine, reposent sur des arguments juridiques ou de sécurité. De leur côté, les médecins interrogés soulignent l'inadéquation du milieu carcéral pour assurer la prise en charge des usagers de drogues (ORS, 1999).

Une enquête menée par le Ministère de la Santé en 1998 a permis d'estimer le nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution et les modalités d'organisation des soins en direction de ces personnes (Tortay *et al.*, 1998). Respectivement 1,7 et 0,3 % des détenus bénéficieraient d'une prescription du buprénorphine et de méthadone. Près de 80 % de ces prescriptions se font dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur. Il faut souligner l'existence d'une grande disparité, 44/168 établissements ne comptant aucun détenu bénéficiant d'un traitement de substitution. Un

établissement à lui seul représente plus du quart des personnes détenus sous substitution. Sur les 597 traitements de substitution par buprénorphine recensés, 22 % ont été interrompus (11 % pour la méthadone). La dispensation des traitements de substitution est essentiellement réalisée par les UCSA et non par les SMPR pourtant chargés de prendre en charge les problèmes de toxicomanie. Les proportions de détenus sous substitution dans les établissements pénitentiaires sont similaires, qu'ils soient ou non dotés d'un CSST. Une deuxième enquête, selon la même procédure, a été réalisée en novembre 1999. Elle faisait état d'une légère augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution en détention, mais le pourcentage global restait bien inférieur à 5 %. Une 3^{ème} enquête sera menée en novembre 2001. Au total, ces études soulignent bien la faible place occupée par les traitements de substitution en détention.

Nous soulignerons enfin l'existence des unités pour sortants (UPS) chargées, en théorie, de prendre en charge les usagers les plus lourds et les plus précaires qui font l'objet d'une évaluation (ORS, 2001). Les premiers résultats semblent montrer un grand nombre de difficultés opérationnelles mais également conceptuelles quant au rôle des UPS et aux modalités d'interventions. On peut noter d'une part que le nombre de personnes prises en charge par ce dispositif est extrêmement restreint par rapport à la taille de la population des toxicomanes, et d'autre part que la réduction des risques n'est pas un objectif des UPS. Les programmes sont essentiellement centrés sur la réinsertion sociale des personnes détenues mais peuvent concerner aussi des personnes alcooliques. En outre, il semble que ces programmes entrent en concurrence avec les objectifs d'une politique plus globale de réinsertion des détenus à leur sortie de détention. Au niveau des résultats, l'impact des UPS semble limité et l'absence de suivi après la libération ne permet pas d'évaluer les effets sur la population pénale. Un nouveau cahier des charges, destiné à rendre plus pertinent ce dispositif est actuellement en cours d'élaboration par les administrations centrales concernées.

La Direction de l'Administration pénitentiaire et la Direction générale de la santé viennent de remettre leurs conclusions sur la question de la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral (DAP/DGS, 1999). Ce rapport souligne les insuffisances actuelles dans la mise en œuvre des mesures réglementaires de réduction des risques et le défaut de mobilisation et d'adhésion des acteurs à la politique de réduction des risques. Le rapport propose une série de mesures comme la sensibilisation des relais existants, la formation des agents de l'administration pénitentiaire et des personnels sanitaires, l'impulsion de dynamiques locales, l'amélioration de l'accueil à l'entrée en détention, et globalement le renforcement de la politique de réduction des risques.

Il faut signaler qu'une évaluation sur la réorganisation de la prise en charge de personnes détenues présentant ou ayant des conduites addictives en milieu carcéral a été planifiée pour 2002.

13.6 Methodological issues

Comme nous l'avons vu plus haut, les données épidémiologiques sont parcellaires. Le seul recueil épidémiologique continu auprès des détenus toxicomanes était celui organisé par l'unité d'épidémiologie en santé mentale 303 de l'INSERM. Ce dispositif avait plutôt vocation de décrire la file active des toxicomanes suivis par les antennes toxicomanie (ex-CSST). En premier lieu, le recueil n'était pas exhaustif ; il ne couvrait que 16 établissements sur les 187 que comptait la France. L'échantillon décrit pour l'année 1994 comportait 2175 personnes, soit entre 3 et 4 % de l'ensemble des détenus à un jour donné, c'est à dire une proportion

très inférieure à la proportion des détenus ayant des conduites addictives, et une sous-représentation de l'Île de France où, selon des sources extérieures à la détention, la prévalence de la toxicomanie est particulièrement élevée. En outre, les modes de recueil d'information étaient hétérogènes (modes différents de sélection des toxicomanes, questionnements non systématiques) et rencontraient des difficultés opérationnelles (formation des équipes au recueil des données, réticences de certains professionnels) (Facy, 1997). Au total, le suivi des toxicomanes au travers des antennes toxicomanie apportaient des informations utiles pour le suivi de cette population mais ne fournissait pas de vision claire de la toxicomanie et de son évolution dans le système pénitentiaire français.

Les travaux mentionnés, ainsi que la réflexion menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, la Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère délégué à la Santé l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies et le réseau européen sur l'infection à VIH et les hépatites virales, constituent des bases solides pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique de la toxicomanie dans les établissements français. Un dispositif d'enquêtes à un jour donné sur l'ensemble des établissements ou sur un échantillon aléatoire d'entre eux, basé sur un recueil strictement anonyme et représentatif des détenus par auto-questionnaire ou par des enquêteurs indépendants permettrait de mieux connaître la situation épidémiologique et de suivre les grandes tendances. Des études prospectives pourraient également être réalisées pour estimer le risque de séroconversion pour le virus de l'hépatite C en détention et l'impact des stratégies de réduction des risques et des traitements proposés aux toxicomanes au cours de la détention.

En conclusion, la situation des usagers de drogues dans les prisons françaises est tout à fait préoccupante. Le nombre élevé de détenus usagers de drogues et toxicomanes, la gravité des problèmes de santé rencontrés par ce public, l'insuffisante insertion sociale des détenus après leur libération font de la surveillance épidémiologique, du mode de prise en charge sanitaire et sociale, de la politique de réduction des risques et de l'évaluation de ces mesures des priorités de santé publique. Il est urgent de reconnaître l'échec de l'emprisonnement en tant que réponse sociale à la toxicomanie, et de mettre en œuvre une politique plus volontariste, plus pragmatique et plus innovante à l'intérieur comme à l'extérieur du système pénitentiaire à l'égard des usagers de drogues.

Bibliographie chapitre 13

- DAP/DGS (Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé). *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral*, 2000, 85 p.
- DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), *La santé des entrants en prison en 1997 : Fiche santé entrant de l'état de liberté*, Paris, 1999, 258 p. (Collection Études et Statistiques n°4)
- Emmanuelli J. , *Contribution à l'évaluation de la réduction de la politique de réduction des risques. Institut de la Veille Sanitaire – Tome 1 Les grandes tendances*, Paris, 2000, 55 p.
- Facy F., *Étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Sèvres, Éditions EDK, 1997, 107 p.
- Jean JP., L'usage de drogues en prison. Entre logique de contrôle et logique sanitaire. *Psychotropes*. Vol 4, 1997, p. 93-106.
- ORS PACA (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur). *Évaluation du dispositif des Unités Pour Sortants*, Paris, OFDT (sous presse).
- ORS PACA. *Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Marseille, 1999, 214 p.
- Kensey A, Cirba L., *Les toxicomanes incarcérés*, Paris, Ministère de la Justice-Direction de l'Administration Pénitentiaire, Service des Etudes et de l'Organisation. 1989, 178 p. (Travaux et Documents n° 38).

- Rotily M, Galinier-Pujol A, Obadia Y, Moatti JP, Toubiana P, Vernay-Vaisse C, Gastaut JA. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons. *AIDS* 1994 ;8(9) :1341-1344..
- Rotily M, Vernay-Vaisse C, Bourlière M, Galinier-Pujol A, Rousseau S, Obadia Y, HBV and HIV Screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. *Int J STD & AIDS*, 8, 1997, p. 753-759.
- Rotily M, Galinier-Pujol A, Escaffre N, Delorme C, Obadia Y. Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. *Brit Med J*, 316(7133),1998 p.777.
- Setbon M., De Calan J. *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellé*, Paris, CNRS-GAPP / OFDT, 2000, 159 p.
- Tortay I, Morfini H, Parpillon C, Bourdillon F. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Milan, 3^e Séminaire Européen du Réseau sur l'infection à VIH et les hépatites virales en prison, 1999.
- Tournier P. Les composantes de l'inflation carcérale. *Cah Sécu Int.* 31, 1998, p.35-51.
- Tournier P. *Prisons d'Europe, inflation carcérale et surpeuplement*, Paris, CESDIP, 2000, 82 p.

References

Bibliography

Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 1998, 345 p. (Coll. Expertise collective).

Essais sur la santé de la consommation de cannabis, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, (Coll. Expertise collective), (à paraître).

ANGEL (P.), RICHARD (D.), VALLEUR (M.) (dir.), *Toxicomanies*, Paris, Masson, 2000, 276 p.

BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001 (à paraître).

BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2001, 220 p.

BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILLON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.

BERGERON (H.), *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, 370 p. (Coll. Sociologies).

CABALLERO F., BISIYOU Y., *Droit de la drogue. 2^e édition*, Paris, Dalloz, 2000, 827 p.

CFES, CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie), *Baromètre Santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans*, Vanves/Paris, CFES, 2000, 17 brochures thématiques.

CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), *Les mondes de la drogue : usages et trafics dans les quartiers*, Paris, Odile Jacob, 2000, 393 p.

FAUGERON (C.) (dir.), *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*, Genève, Georg, 1999, 279 p.

KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Paris, Documentation française, 2000, 226 p.

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Savoir plus. Risquer moins. Drogues et dépendances, le livre d'information*, Paris, MILDT, 2000, 146 p.

OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001 (à paraître).

OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, à paraître

OGD (Observatoire géopolitique des drogues), *La géopolitique mondiale des drogues 1998/1999*, Paris, OGD, 2000, 262 p. (www.ogd.org).

PARQUET (P.-J.), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.

REYNAUD (M.), PARQUET (P.-J.), LAGRUE (G.), *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la Santé*, Paris, Odile Jacob, 2000, 273 p. (Alcoologie).

ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/Documentation française, 1999, 318 p.

TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales — novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. 5Document de travail n°19).

Data bases

APPRE : base de données sur les actions de prévention, disponible sur CD-Rom (OFDT)

SINTES : base de données sur la composition des échantillons de drogues de synthèse recueillis dans le cadre du système d'observation TREND, disponible sur CD Rom (OFDT)

Annex

Drug monitoring system and sources of information

Dispositif d'observation

L'ensemble des sources d'information utilisées dans le rapport peuvent être regroupées en grandes catégories, dont il est possible de décrire les caractéristiques principales et les limites quant à leur capacité à décrire le phénomène. Auparavant, deux remarques à caractère général sont à faire.

La mobilisation des sources d'information disponibles offre une photographie d'ensemble du phénomène des drogues et des dépendances. La représentation ainsi obtenue d'une réalité est largement dépendante des sources d'information, de ce qu'elles cherchent et arrivent à observer. L'ambivalence des sources (indicateur d'évolution du phénomène et/ou de l'évolution de l'action d'une institution) et le manque de données dans certains domaines sont les principales limites à souligner. Ne délivrant parfois que des éléments partiels d'observation, elles restreignent la portée de la mise en perspective souhaitée. Par exemple, il est difficile de traiter sur le même plan les conséquences sanitaires de l'usage des grandes catégories de drogues.

La focalisation sur les populations d'usagers de drogues, inhérente à ce type d'exercice, ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes de la population générale et que certaines tendances dégagées peuvent n'être que le simple reflet de tendances plus générales relevées sur l'ensemble de la population.

Enquêtes en population générale

Ces enquêtes reposent sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, dans l'ensemble de la population, ainsi qu'une mesure assez fiable de son évolution. Il est cependant parfois difficile de déceler à travers elles des comportements relativement rares. Les résultats fournissent une image de la consommation déclarée qui n'est pas forcément identique à la consommation réelle.

Registres

Les statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (décès, Sida, etc.) permettent également d'estimer une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains des dommages induits.

Statistiques administratives

Les statistiques administratives et certaines études ciblant une population particulière, définie par l'institution qui intervient dans le champ (par exemple : santé/personnes ayant recours aux soins, justice/personnes incarcérées), offrent une vision partielle du phénomène d'usage de drogues, appréhendé sous un angle particulier. La population cachée, non vue par l'institution, échappe, par définition, à ces statistiques.

Ces sources d'informations sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances lourdes, grâce à leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. Leur utilisation est néanmoins délicate, et il est important de bien prendre en compte leurs limites. Les

indicateurs produits sont des « indicateurs indirects », dont l'inertie inhérente à leur processus de production ne permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. De plus, ces sources d'informations posent des problèmes spécifiques : limitation de leur champ théorique, fiabilité, doubles comptes...

Études qualitatives

Des études particulières s'intéressent à des sous-groupes de population directement touchés par l'usage de produits, mais non sélectionnés de manière institutionnelle. Les travaux à caractère ethnographique en sont un exemple. Outre la qualité de description des usages et des comportements, ce type d'approche permet d'aborder la partie « cachée » du phénomène : les individus qui ne sont vus par aucune institution. Ces études particulières décrivent des comportements de façon qualitative, mais ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur.

Dispositif de surveillance des phénomènes émergents

Depuis 1999, l'OFDT a mis en place un dispositif spécifique de surveillance des phénomènes émergents (TREND). Il s'agit, d'une part, d'un réseau d'observateurs « sentinelles » centré sur « l'espace urbain » (consommateurs problématiques de drogues marginalisés) et « l'espace festif » (consommateurs de drogues fréquentant les établissements de nuit ou les rassemblements « techno ») et, d'autre part, d'un système de recueil et d'analyse des drogues de synthèse. Ce dispositif, à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment, se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les enquêtes et les statistiques pérennes.

Dispositif d'information et de documentation

Toxibase, réseau national de documentation sur les drogues

Toxibase (association « loi 1901 », financée essentiellement par l'État) est un réseau national animé par des professionnels de terrain qui travaillent dans le secteur de la toxicomanie et ont constitué, pour certains depuis 1986, des fonds documentaires sur le sujet.

Les neuf centres de documentation Toxibase sont ouverts à un public large : décideurs, professionnels et particuliers. Leur activité au niveau local ou régional en fait des lieux-ressources d'information sur les conduites addictives. Leur domaine de compétence s'étend à l'ensemble des addictions – liées aux substances psychoactives et autres (jeu, Internet, etc.) – et à la polyconsommation.

La base de données bibliographiques de Toxibase recense aujourd'hui quelque 25 000 références d'ouvrages, articles, rapports, thèses, actes de congrès ou brochures, en français et en anglais. Toxibase édite une revue documentaire trimestrielle – entièrement refondue en 2001 – comprenant notamment des dossiers thématiques rédigés par des spécialistes et des rubriques documentaires. Le réseau tient également une base de données d'articles (avec références bibliographiques) traitant du domaine dans la presse quotidienne et hebdomadaire, nationale et régionale. De plus, afin de répondre aux demandes les plus courantes, Toxibase publie une série de fiches pratiques.

Enfin, depuis plusieurs années, Toxibase recense les outils de prévention spécialisés liés aux substances psychoactives et à la prévention primaire. La base de données décrit environ 300 outils francophones, en fournissant une indexation et un résumé signalétique.

Centres d'information sur les drogues et les dépendances

En 1999, les sept premiers centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD) sont créés dans le cadre du Plan triennal. En 2000, on en compte 28, dont une dizaine d'envergure régionale ou interdépartementale. Créés le plus souvent à partir de ressources déjà existantes, la plupart des CIRDD sont portés par des Comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé ; quatre sont des centres Toxibase. En 2000, 31 départements ont bénéficié du soutien d'un CIRDD. Le nombre de ces structures devrait encore augmenter en 2001, l'objectif du Plan triennal étant la mise en place de 40 CIRDD couvrant l'ensemble du territoire national.

Leur vocation est de fournir un appui technique aux acteurs institutionnels et aux professionnels dans les départements pour la mise en œuvre d'actions locales notamment de prévention, de formation ou de soins. À l'heure actuelle, les CIRDD s'investissent avant tout dans leur mission de documentation et d'information et dans le soutien aux chefs de projet « drogues et dépendances », en particulier pour l'élaboration du programme départemental de prévention. Quelques CIRDD assurent d'ores et déjà une fonction d'observation des dispositifs et des actions mis en œuvre localement ou une fonction de conseil pour l'élaboration de projet.

Liste des tableaux, graphiques et cartes

Intégration de la question « drogues et dépendances » dans les contrats de la politique de la Ville en 2000	9
Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 2000	13
Crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs de 1998 à 2001 {124a}	16
Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue, votés en loi de finance initiale, de 1990 à 2001	21
Utilisation des crédits « santé » consacrés à la toxicomanie* de 1998 à 2000	21
Crédits interministériels de 1992 à 2000	22
Crédits interministériels et déconcentrés de la MILDT de 1998 à 2000	23
Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999	26
Prévalence déclarée de la consommation de drogues illicites parmi les adultes âgés de 18 à 75 ans	27
Expérimentation de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge	28
Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge	29
Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	30
Usages de drogues illicites au cours de la vie chez les 14-18 ans, 1993-1999	32
Cannabis et inhalants : usage au cours de la vie par sexe et par âge, 1993-1999	32
Prévalences déclarées chez les hommes de 18-23 ans convoqués en centre de sélection du service national en 1996	33
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France, en 1999	34
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne en 1999 dans cinq villes de France	34
Pourcentage des pratiques d'injection suivant les produits primaires à l'origine de la prise en charge en novembre 1999 (2305)	35
Répartition des usagers de drogues pris en charge durant le mois de novembre 1999 selon la catégorie d'établissement	37
Répartition des recours des usagers de drogues dans les centres spécialisés	38
Evolution des recours des usagers de drogues aux centres spécialisés selon le produit à l'origine de la prise en charge (1989 – 1999)	39
Fréquence de la consommation de drogues au cours de la semaine passée parmi les usagers de drogues ayant recours aux soins, par produit {2304}	40
Age des usagers selon les produits à l'origine de la prise en charge dans les centres spécialisés en 1999	41
Evolution de l'âge des usagers pris en charge dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires	42
Décès par surdose constatés par la police, de 1990 à 2000	44
Décès par pharmacodépendance inscrits dans les certificats de décès, de 1990 à 1997	45
Décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, de 1990 à 2000	46
Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999 {2306}	47

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs vus dans les centres spécialisés par tranche d'âge, en 1999 {2307}	48
Nouveaux cas de Sida déclarés chez les usagers de drogues, de 1987 à 2000	49
Prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999 {2308}	50
Répartition des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000, par catégorie socioprofessionnelle	52
Interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge	53
Interpellations pour usage de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit	54
Interpellations pour trafic de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge	56
Interpellations pour trafic de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit	57
Condamnations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999	58
Condamnations pour infractions d'usage et infractions associées, de 1991 à 1999	58
Condamnations pour usage de stupéfiants et nature des peines prononcées en 1999	59
Incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale) de 1993 à 2000	60
Détenus incarcérés pour usage de stupéfiants un jour donné en 1994 et 2000	60
Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) et nature de la peine en 1999 ;, par type d'infraction	61
Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) de 1992 à 1999	62
Incarcérations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) de 1993 à 2000, par type d'infraction	63
Coûts sociaux des drogues en France, 1997 (millions de francs)	64
Calcul du montant estimé des ventes de cannabis en France	64
Quantité de drogues saisies en 1998, 1999 et 2000, par produit	66
Quantités saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000 (base 100 en 1990)	67
Structures à l'initiative des actions de prévention en 1999.	81
Distribution des actions spécifiques à un produit en fonction des substances visées	81
Répartition des ressources financières destinées aux actions de prévention	82
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...	89
Fonctions et finalités de l'usage concomitant ou différé des substances psychoactives	112
Répartition des échantillons vendus comme ecstasy en fonction de leur composition en 2000 {302a}	113
Structure de la polyexpérimentation de substances illicites en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000, par produit	115
Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000	116
Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000	116
Fréquence de la polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge {301a}	117
Structure de la polyexpérimentation de substances illicites à 17 ans en 2000, par produit	118

Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes scolarisés en 1999, par sexe et âge {301b}	119
Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge {301c}	120
Mélanges les plus fréquemment cités par les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000	121
Fréquence de la polydépendance chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge {303a}	122
Associations de substances psychoactives dans les polydépendances chez les usagers de drogues selon le produit à l'origine de la prise en charge en 1999 {303b}	123
Associations de substances psychoactives consommées au cours des 30 derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999	124
Associations de substances psychoactives consommées au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999	124
Associations de substances psychoactives consommées au cours des sept derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge en 1999	125
Tableau : Pratiques à risque en détention (ORS PACA, 1999)	130

Liste des sigles

ACSF	Analyse du comportement sexuel des français
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ex-Agence du médicament)
AHI	Schéma accueil hébergement insertion
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le Sida
APPRE	Actions et programmes de prévention – recensement
CADIS	Centre d'analyse et d'intervention sociologique
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDIT	Centre de documentation et d'information sur le tabac
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CDPA	Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrat éducatif local
CESAME	Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français pour l'éducation à la santé
CHAA	Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CHG	Centre hospitalier général
CIM 10	Classification internationale des médicaments de l'organisation mondiale de la santé en 10 ^e révision
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CLS	Contrat local de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention sur le sida
CRPS	Comités régionaux des politiques de santé
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DATIS	Drogues alcool tabac info service
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DCSSA	Direction centrale du service de santé des armées

DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DH	Direction des hôpitaux
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
EPCV	Enquête permanente de condition de vie des ménages
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
FRAD	Formateurs relais antidrogues
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IHESI	Institut des hautes études de la sécurité intérieure
INRA	Institut national de recherche agronomique
INRETS	Institut national de recherche et d'étude sur les transports et la sécurité
INRP	Institut national de recherche pédagogique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTERPOL	International criminal police organization
IREB	Institut de recherches scientifiques sur les boissons
MDMA	Méthylènedioxyamphétamine
MENRT	Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie
MILAD	Mission de lutte antidrogue
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
OCRGDF	Office central pour la répression de la grande délinquance financière
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONISR	Observatoire national interministériel de sécurité routière

ORS	Observatoire régional de santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDI	Programmes départementaux d'insertion
PFAD	Policier formateur antidrogue
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
PRS	Programmes régionaux de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
SINTES	Système d'identification nationale des toxiques et des substances
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
TIG	Travail d'intérêt général
TRAFICIN	Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UNODCCP	United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention
VHC	Virus de l'hépatite C

ⁱ DGLDT (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Programme gouvernemental du 14 septembre 1995*, 1995 (rapport interne)

ⁱⁱ Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, non publiée au *JO* (NOR : JUSA9900148C)

ⁱⁱⁱ Circulaire Premier Ministre n°14-153 du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006, *JO* du 15 janvier 1999 (NOR : PRMX9903379C)

^{iv} Circulaire du 28 octobre 1997 relative à la mise en œuvre des contrats locaux de sécurité, *JO* du 30 octobre 1997 (NOR : INTK9700174C)

^v Circulaire SCOB9801882C, RLR : 514-3 ; 524-0, MEN (DESCO)-MCC-MJS n°98-144 du 9 juillet 1998 relative à l'aménagement des temps et des activités de l'enfant : mise en place du contrat éducatif local et des rythmes périscolaires, *BOEN* du 16 juillet 1998, n°29, p.1602

^{vi} Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 71, *JO* du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L)

^{vii} DGLDT (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993*, 1993 (rapport interne)

^{viii} Circulaire DGS-SP3/DH-EO2 n° 346-99 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes, *BO santé* n°99-33 du 4 septembre 1999 (NOR : MESH9930358C)

^{ix} Circulaire DGS/DH/MTAS n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes en 1996, *BO* n°96-16 du 25 mai 1996 (NOR TASP9630145C)

^x Circulaire DHOS-O2/DGS-SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, *BO santé* n°2000/38 du 18 septembre 2000 (NOR : MESH0030387C)

^{xi} Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2002 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

^{xii} Circulaire DGS-SD6A n°2000-158 du 13 mars 2000 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues pour 2000

^{xiii} Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 20 septembre 1999 relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine, *JO* du 24 septembre 1999 (NOR : MESP9922898A)

^{xiv} Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 8 février 2000 relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base méthadone, *JO* du 16 février 2000, *BO* santé n°2000/7 du 4 mars 2000 (NOR : MESP0020467A)

^{xv} Circulaire DACG n°CRIM-99.7/G1 170699 du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants (NOR : JUSD9930090C)

^{xvi} Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime, article 222-39-1 du code pénal (NOR : JUSX9400059L)

^{xvii} Circulaire du 11 octobre 1999 relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants (NOR : INTC9900206C)

^{xviii} Ordonnance 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante

^{xix} Lettre interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie (voir également : Circulaire du 22 janvier 1993 pour la mise en œuvre de conventions d'objectifs et de prestations)

^{xx} Circulaire DGS-SP2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des de programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (NOR : MESP9930076C)

^{xxi} Circulaire DAS-DSF1 n°97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place des points écoute pour les jeunes et/ou parents financés par le chapitre 47-15, *BO* Travail n° 97/17

^{xxii} Circulaire DGS-SD6A n°2000-158 du 13 mars 2000 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues pour 2000

^{xxiii} Décret n°92-590 du 29 juin 1992 portant sur les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, *JO* du 2 juillet 1992, pp. 8752 *sq.* (NOR : SANP9201106D)

^{xxiv} Note d'orientation DGS-SP3 n°98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, *BOMES* n°47 du 5 novembre 1998 (NOR : MESP9830471N)

^{xxv} Décret n°92-590 du 29 juin 1992 portant sur les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, *JO* du 2 juillet 1992, pp. 8752 *sq.* (NOR : SANP9201106D)

^{xxvi} Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *JO* du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L)

^{xxvii} Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2002 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. xx

^{xxviii} Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 20 septembre 1999 relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine, *JO* du 24 septembre 1999 (NOR : MESP9922898A)

^{xxix} Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 8 février 2000 relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base méthadone, *JO* du 16 février 2000, *BO* santé n°2000/7 du 4 mars 2000 (NOR : MESP0020467A)