



OBSERVATOIRE
FRANÇAIS DES
DROGUES ET DES
TOXICOMANIES

**2004 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA
by the Reitox National Focal Point**

FRANCE
**New Development, Trends and in-depth
information on selected issues**

REITOX

Contributions au rapport :

Coordination et rédaction : Dominique Lopez, OFDT (dolop@ofdt.fr)

En collaboration avec :

section 1 : J-E Adès, I. Obradovic

section 2 : F. Beck

section 3 : C. Mutatayi

section 4 : F. Beck, P-Y Bello, I. Giraudon

section 5 : A. Cadet-Taïrou, C. Palle

section 6 : P-Y Bello, A. Cadet-Taïrou, I. Giraudon

section 7 : P-Y Bello, A. Cadet-Taïrou, I. Giraudon

section 8 : H. Martineau, I. Obradovic

section 9 : H. Martineau, I. Obradovic

section 10 : P-Y Bello, I. Giraudon, H. Martineau

Eclairages spécifiques :

Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription : par Agnès Cadet-Taïrou (agcad@ofdt.fr), Pierre-Yves Bello (pibel@ofdt.fr) de l'OFDT, 3 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex et Serge Escots (escots@club-internet.fr), Association Graphiti et coordinateur TREND Toulouse.

Alternatives à l'incarcération : par Ivana Obradovic (ivobr@ofdt.fr), OFDT, 3 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.

Nuisances publiques liées à l'usage de drogues : par Dominique Lopez (dolop@ofdt.fr), OFDT, 3 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.

Relecture globale :

J-E Adès, F. Beck, P-Y Bello, M. Chalumeau, J-M. Costes, I. Giraudon, A. Toufik.

Membres du Collège Scientifique de l'OFDT : C. Sermet (IRDES) et M-D. Barré (CESDIP)

Président du conseil d'Administration de l'OFDT : Professeur P-J. Parquet

NOTE INTRODUCTIVE :

A compter de cette édition, le mode de présentation de l'information contenue dans ce rapport est modifié. Ce changement de structure a été élaboré conjointement par les points focaux nationaux et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) au cours de l'année 2002-2003.

Ainsi, le présent rapport est allégé et sera progressivement complété par d'autres outils :

- les tableaux épidémiologiques. Certains tableaux seront ajoutés à ceux déjà existants (au nombre de 21 en 2003) et d'autres ajoutés. Le nombre total de tableaux à la fin de processus de réforme (2006) sera de 25.
- les questionnaires structurés. Leur objectif est de consigner des informations qualitatives. Leur introduction se fera progressivement jusqu'en 2006, le nombre total prévu étant de 11.

Rapport, tableaux épidémiologiques et questionnaires sont indépendants les uns des autres mais se complètent mutuellement (se reporter à l'annexe 15.1).

Dans la partie A du rapport ne sont consignés que les nouveaux développements, intervenus entre l'année 2003 et le début de l'année 2004 (jusqu'en juillet 2004 pour la partie « politique nationale et contexte »). Un paragraphe introductif à chaque section (« contexte général ») en résume le contexte général et les principales caractéristiques permettant ainsi de connaître le cadre dans lequel s'inscrivent les nouveaux éléments sur la situation des drogues en France.

La partie B contient, comme dans les rapports nationaux antérieurs, trois articles d'une dizaine de pages chacun permettant un éclairage sur une problématique spécifique liée aux drogues illicites.

Le champ couvert par l'ensemble du rapport ne concerne que les drogues illicites (sauf dans les sections « politique nationale » et « prévention » où l'alcool et le tabac sont pris en considération).

SOMMAIRE

Note introductive :	iii
Sommaire	iv
Résumé	6
PARTIE A : Nouveaux développements et tendances	9
1. <i>Politique nationale et contexte</i>	9
1.1 Cadre légal	9
1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques.....	12
1.3 Budget et dépenses publiques	13
1.4 Contexte social et culturel	14
2. <i>Usage de drogues</i>	16
2.1 Usage de drogues en population générale	17
2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.....	17
2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques.....	20
2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers	21
3. <i>Prévention</i>	22
3.1 Cadre général de la prévention.....	26
3.2 Prévention universelle.....	27
3.3 Prévention sélective	30
3.4 Développements possibles à poursuivre.....	30
4. <i>Usage problématique</i>	32
4.1 Prévalence et incidence estimées	33
4.2 Profil des personnes en traitement (caractéristiques, mode d'usage).....	34
4.3 Principales caractéristiques et mode de consommation issus de sources autres que celle des traitements.....	35
5. <i>Traitements</i>	38
5.1 Dispositif.....	39
5.2 « Drug free treatment »	39
5.3 Traitements médicalisés (sevrage, substitution).....	40
6. <i>Conséquences sanitaires</i>	43
6.1 Mortalité liée à l'usage de drogues.....	44
6.2 Maladies infectieuses liée à l'usage de drogues	48
6.3 Co-morbidités psychiatriques.....	50
6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues	50
7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues	52
7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.....	52
7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques.....	53
7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire conséquent à l'usage.....	53
8. <i>Conséquences sociales</i>	54
8.1 Exclusion sociale.....	55
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues	56
8.3 Usage en prison.....	58
8.4 Coût social.....	58
9. <i>Réponses aux problèmes sociaux</i>	60
9.1 Intégration sociale	61
9.2 Prévention de délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues	62
10. <i>Marché et offre</i>	64
10.1 Disponibilité et approvisionnement.....	65
10.2 Saisies.....	65
10.3 Prix, pureté	66

PARTIE B : ECLAIRAGES SPECIFIQUES.....	68
11. <i>Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription.....</i>	68
Cadre de la prescription.....	68
Les patients traités.....	69
Les impacts positifs des traitements par buprénorphine haut dosage.....	71
Mésusages.....	72
L'auto-substitution.....	73
Usage toxicomane substitutif et non substitutif.....	74
Injection de la BHD et ses conséquences.....	76
Poly consommation chez les sujets sous BHD.....	77
Poly prescription et marché parallèle de BHD.....	78
Conclusion : des constatations qui posent question.....	79
12. <i>Alternatives à l'incarcération.....</i>	81
Politique, organisation, structures.....	81
Interventions.....	88
Assurance qualité.....	95
13. <i>Nuisances publiques : définition, tendances politiques, problèmes légaux et stratégies d'intervention</i>	99
Définition.....	99
Mesures prises.....	99
Résultats / évaluation.....	100
PARTIE C : BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES.....	104
14. <i>Bibliographie.....</i>	104
15. <i>Annexes.....</i>	111
15.1 Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés concernant les différentes sections du rapport.....	111
15.2 Liste des tableaux.....	111
15.3 Liste des graphiques.....	113
15.3 Liste des figures.....	113
15.4 Liste des encadrés.....	113
15.5 Liste des sigles.....	114

RESUME

Contexte politique 2003-2004

L'année 2003-2004 a été principalement marquée par la validation gouvernementale du plan d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) le 29 juillet 2004. La sortie du plan a mis fin au processus de réforme de la loi de 1970, volonté politique affichée quelques mois plus tôt.

Les principaux axes d'intervention du plan quinquennal sont : la prévention (en s'appuyant sur les parents et l'école), la diversification des services et thérapeutiques pour une prise en charge plus adaptée, un rétablissement de la portée de la loi (application de la loi Evin, renforcement de la lutte contre le trafic...). Les objectifs affichés ont été assortis d'indicateurs quantifiables afin d'en faciliter l'évaluation.

Le nouveau plan quinquennal de santé publique, adopté quelques jours après la validation du plan d'action 2004-2008, inscrit pour la première fois la politique de réduction des risques liés aux usages de drogues dans la législation française et la définit comme relevant de la compétence de l'Etat. Le plan de santé publique définit des objectifs chiffrés à atteindre au terme des cinq années de programmation.

2003 – Chiffres clés

Entre 12 et 18 ans, la substance illicite la plus expérimentée reste de loin le cannabis. L'usage régulier de cannabis (consommation au moins 10 fois dans les 30 derniers jours) est aussi fréquent que l'usage régulier d'alcool parmi les jeunes de 17 ans (12,6 % pour l'alcool et 12,3 % pour le cannabis).

11 200 à 16 900 personnes seraient sous substitution à méthadone, 71 800 à 84 500 recevraient de la BHD (Subutex®) mais seuls 52 000 individus seraient réellement insérés dans un processus de traitement.

89 décès par surdose ont été recensés par les services de police et de gendarmerie dans l'année (tendance à la baisse continue depuis 10 ans).

142 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués et 118 décès par sida recensés chez les usagers de drogues par voie injectable.

Parmi les personnes fréquentant les structures de « première ligne » et s'étant injectées dans le mois précédent, 10 % déclarent une positivité au VIH, 58 % au VHC et 9 % au VHB.

108 141 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont été réalisées par les forces de l'ordre (dont 84 % pour usage de stupéfiant)

76 124 saisies de produits stupéfiants illicites ont été opérées en France pendant l'année dont 89 % sont des saisies de cannabis.

La résine de cannabis est vendue en moyenne 6 € le gramme. Le prix de vente de l'héroïne semble diminuer (65 € le gramme d'héroïne blanche, 40 € le gramme d'héroïne brune). Les trois cinquièmes des comprimés d'ecstasy sont vendus à 10 €.

Consommations

Le nouvel exercice du volet français de l'enquête ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs) permet de mettre en relief les évolutions des consommations chez les élèves âgés de 12 à 18 ans sur les 10 dernières années (Choquet *et al.*, 2004). L'expérimentation et la consommation répétée de cannabis ont été au moins multipliés par deux chez les filles comme chez les garçons depuis 1993. En dehors des produits à inhaler et des champignons hallucinogènes, les niveaux d'expérimentation des substances illicites autres que le cannabis sont très faibles.

L'enquête ESCAPAD 2002 (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) auprès de jeunes de 17-19 interrogés lors de la journée d'appel de préparation à la défense montre que le cannabis reste de loin la substance psychoactive illicite la plus fréquemment expérimentée : plus de la moitié des 17-19 ans déclarent en avoir

déjà fumé au cours de leur vie (F. Beck et Legleye, 2003b). La plupart des autres drogues illicites affichent des niveaux d'expérimentation toujours faibles mais en légère augmentation : c'est en particulier le cas des produits à inhaler, des champignons hallucinogènes, du poppers, de l'ecstasy et des amphétamines.

Autre fait marquant mis en avant par cette enquête, l'usage régulier de cannabis chez les jeunes enquêtés est aussi fréquent que celui de l'alcool.

Tendances récentes

Le rajeunissement des populations fréquentant les structures de « première ligne »¹ est observé depuis près de 2 ans par le dispositif TREND (Bello *et al.*, 2004; Bello *et al.*, 2003). Ces jeunes usagers, généralement plus précarisés que ceux qui sont plus âgés, se répartissent principalement en 3 groupes : usagers fortement marqués par la culture techno, usagers en rupture ayant une faible insertion sociale et des personnes issues d'une immigration récente (Europe de l'Est notamment). Les jeunes issus des deux premiers groupes évoluent aux frontières de « l'espace urbain »² et de « l'espace festif »³ favorisant ainsi un certain décloisonnement des pratiques et des consommations.

Une décroissance des pratiques d'injection est constatée sur l'ensemble des sites TREND, tendance qui se confirme au fur et à mesure des années d'observation : la proportion d'injecteurs au cours du mois écoulé dans les structures de « première ligne » décroît de 54 % en 2001 à 44 % en 2002 et 37 % en 2003. Parallèlement, les autres données recueillies vont dans le sens de l'importance du recours au *sniff* comme mode d'administration de nombreux produits (chlorhydrate de cocaïne notamment).

La disponibilité de la cocaïne, déjà en augmentation l'année précédente, semble encore croître en 2003. Deux produits sont également plus présents dans les deux espaces étudiés : l'ecstasy, le produit bénéficiant d'une bonne perception par les usagers se développe dans l'espace urbain et les produits hallucinogènes naturels notamment du fait d'une bonne perception et son accès sans l'intermédiaire de trafiquants... (cueillette, auticulture, achat sur internet).

Indicateurs sanitaires, sociaux et pénaux

Parmi les produits à l'origine de la prise en charge des patients dans les CSST, les opiacés restent majoritaires (57 %) mais leur part décroît depuis le début de la décennie au profit du cannabis (28 %) et des stimulants (10 %).

L'organisation de la conférence de consensus sur les traitements de substitution a permis de dresser un état des lieux de la situation en France et notamment procéder à une nouvelle estimation du nombre de personnes substituées. En 2003, entre 63 000 et 69 000 personnes sont insérées dans un processus de traitement (dont 75 à 82 % avec du Subutex®) (A. Cadet-Taïrou *et al.*, 2004) soit nettement moins de la moitié du nombre estimé de consommateurs d'opiacés (150 000 à 180 000).

L'ensemble des indicateurs disponibles sur la mortalité liée à l'usage de drogues et une enquête récente sur la mortalité des usagers interpellés (Lopez *et al.*, 2004a; Lopez *et al.*, 2004b), convergent et confirment une baisse de la mortalité et plus particulièrement des surdoses liées à l'usage d'opiacés depuis le milieu des années 1990. Cette décroissance coïncide avec l'introduction des traitements de substitution et de la politique de réduction des risques en France.

¹ Les professionnels préfèrent cette dénomination à celle plus connue de structures de « bas seuil » (programmes d'échange de seringues, boutiques...). Les deux termes sont équivalents.

² L'espace urbain se définit comme les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues.

³ L'espace festif désigne les événements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée.

Dans la continuité de la tendance observée en 2002, on constate que les indicateurs pénaux (interpellations, incarcérations) et les saisies sont encore en augmentation.

Résumé des éclairages spécifiques

Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription (par Agnès Cadet-Taïrou, OFDT) : la buprénorphine haut dosage (BHD) est le principal traitement de substitution utilisé en France. Près de huit ans après sa mise sur le marché, le bilan de l'introduction de ce produit de substitution est assez contrasté. Le traitement permet aux personnes dépendantes aux opiacés un meilleur accès aux soins et une amélioration de la situation sociale mais le produit fait l'objet d'un trafic important et croissant, son injection est fréquente et des usages toxicomaniaques et non substitutifs semblent se développer.

Alternatives à l'incarcération (par Ivana Obradovic, OFDT) : une panoplie d'alternatives à la détention sont disponibles en France (peines de substitution, travail d'intérêt général, peines aménagées, surveillance électronique...). Bien que le discours public incite à recourir à ces mesures alternatives, le nombre de mesures prononcées pour les infractions à la législation sur les stupéfiants a baissé de près de 25 % entre 1996 et 2001. L'explication est peut-être à chercher dans la difficulté de mise en œuvre des peines (et plus particulièrement l'articulation entre le système judiciaire et sociosanitaire).

Nuisances publiques liées à l'usage de drogues (par Dominique Lopez, OFDT) : il est difficile de trouver des informations sur les nuisances publiques liées à l'usage de drogues. Quelques cas de syndrome NIMBY (« Not in my back yard » / « pas dans mon jardin ») et des situations de médiation sociale ont été identifiés mais ils restent sporadiques (ou très localisés).

PARTIE A : NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES

1. Politique nationale et contexte

Politique nationale : contexte général

Cadre légal : La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues. Elle assigne 3 objectifs principaux à l'action publique :

- 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.

La liste des produits visés par la loi de 1970 (arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants) évolue et intègre de nouvelles substances reconnues comme dangereuses par arrêté du ministre de la santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)⁴.

Cadre institutionnel : La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est l'instance qui est chargée de préparer la réflexion du « Comité interministériel permanent de lutte contre la drogue et la toxicomanie » et d'assurer la coordination et la mise en œuvre des décisions qui y sont prises.

Le président actuel de la MILDT, Didier Jayle, a été nommé en octobre 2002.

Budget et dépenses publiques : Les principales dépenses en termes de lutte contre les drogues sont réalisées sur les crédits du ministère de la Santé et de la protection sociale et ceux de la MILDT.

Contexte social et culturel : Trois quarts des français ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un « monde sans drogues » (F. Beck *et al.*, 2003b). La grande majorité de la population adhère aux mesures existantes de la politique de réduction des risques (traitement par produits de substitution, distribution libre de seringues) et reste globalement attachée aux mesures prohibitives à l'égard des stupéfiants (contre l'autorisation sous certaines conditions de l'usage de cannabis ou de l'usage d'héroïne, contre la mise en vente libre de cannabis, (F. Beck *et al.*, 2003b)). Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical, 50 % se déclarent favorable à la délivrance d'héroïne et 75 % pour la prescription médicale de cannabis à certains grands malades.

En 2002, les individus favorables à la mise en vente libre du cannabis sont plus nombreux qu'en 1999 mais restent minoritaires (24 % se déclarent d'accord avec cette proposition contre 17 % en 1999).

1.1 Cadre légal

Réflexions autour de la loi de 1970

Une réflexion interministérielle sur une éventuelle révision de la loi de 1970, a été menée en milieu d'année 2003 par la MILDT afin de présenter des scénarios de réforme possible (se reporter au rapport national de l'année précédente, (OFDT, 2003b, p. 4)). En 2003 et 2004,

⁴ Les annexes I et II de la liste des produits classés comme stupéfiants correspondent aux tableaux I et IV de la Convention Internationale sur les stupéfiants de 1961. L'annexe III comprend les substances des Tableaux I et II et certaines substances des tableaux III et IV de la Convention Internationale sur les psychotropes de 1971. L'annexe IV est constituée de produits psychoactifs non classés au plan international et de certains précurseurs.

le gouvernement s'est plusieurs fois prononcé pour une modernisation de la loi, la MILDT élaborant de son côté un document de travail. Fin juillet 2004, le Premier ministre a finalement opté pour l'abandon du projet de révision de la loi. Les arguments avancés par le gouvernement sont que non seulement la réforme « *se heurte à certains obstacles juridiques* » mais également que remplacer la prison par des amendes pourrait « *être interprété comme le signal d'une faible dangerosité des stupéfiants et produire une nouvelle augmentation de la consommation et de sa précocité* » (MILDT, 2004, p. 43).

Une proposition de loi a été déposée simultanément à l'Assemblée Nationale et au Sénat « relative à la lutte contre la toxicomanie, à la prévention et à la répression de l'usage illicite et du trafic des substances vénéneuse » en juin 2004 à l'initiative de plus de 200 députés et sénateurs de l'UMP (Union pour un mouvement populaire, principal parti politique de droite). Appuyant son argumentaire sur le fait que la loi de 1970 est « *obsolète* », le texte veut « *réaffirmer l'interdit* ». La proposition prévoit de supprimer la prison pour simple consommation de stupéfiants mais met en place une échelle progressive de sanctions. Outre une amende de 5^{ème} catégorie (jusqu'à 1 500 € d'amende), les usagers pourraient se voir confisquer leur téléphone portable ou leur véhicule.

Plan quinquennal de santé publique

Le Plan quinquennal de politique de santé publique 2004-2008 a été examiné en première lecture à l'Assemblée nationale le 21 mai 2003. Il a été adopté au début du mois d'août 2004 après plusieurs navettes entre les deux assemblées (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, NOR : SANX0300055L).

Le plan définit des objectifs quantifiables de politique de santé publique à atteindre au terme des cinq années (Tableau 1).

L'article 12 de la loi inscrit la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues dans le code de santé publique, qui devient ainsi du ressort de l'Etat et est officiellement définie comme visant à « *prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

Loi portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

La loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (loi n°2004-204, NOR : JUSX0300028L) a introduit dans le droit pénal deux nouveaux types d'infractions commises en bande organisée dont le trafic de stupéfiants, classés dans la catégorie des crimes et délits commis en bande organisée (au même titre que le proxénétisme).

Cette loi a également étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient en matière de trafic, permet dorénavant l'application de la peine de confiscation aux cas de cession et offre de stupéfiants et a créé une possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » en matière de trafic.

Modification de la liste des produits classés comme stupéfiants

Au cours de l'année 2003, suite à des collectes réalisées dans le cadre du Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES, OFDT), 4 produits ont été ajoutés à l'annexe IV de la liste des substances classées comme stupéfiants. Il s'agit du 2-CT-2 (arrêté du 13/10/2003), du 2-CT-7 (arrêté du 13/10/2003), de la Tilétamine et ses sels à l'exception de leurs préparations injectables (arrêté du 31/07/2003) et le TMA-2 (arrêté du 13/10/2003).

Tableau 1 : Objectifs fixés par la loi de santé publique en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites, 2004-2008

Objectif	Objectif préalable	Indicateur
Alcool		
Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % ; passer de 10,7 litres/an/habitant en 1999 à 8,5 litre/an/habitant d'ici à 2008		Consommation annuelle d'alcool par habitant
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue)	<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen d'initiation à l'alcool. - Prévalence des comportements d'ivresse répétée. - Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse
Tabac		
Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)		<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen d'initiation au tabac. - Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégories socioprofessionnelles. - Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse.
Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.	L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure.	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés. - Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés
Maladies infectieuses		
Infection VIH-sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)		Incidence des cas de sida
Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008		Mortalité attribuable aux hépatites chroniques (cirrhose et ses complications)
Affections neuropsychiatriques		
Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC		<ul style="list-style-type: none"> - Incidence du VIH à partir des déclarations obligatoires de séropositivité mises en place à partir de 2003. - Prévalence biologique du VHC dans les enquêtes sur les populations d'usagers de drogue : première enquête COQUELICOT en 2004
Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs	Estimer le taux de rétention en traitement de substitution	- Taux de rétention en traitement de substitution

Source : Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Légifrance.

Conséquence de la restriction de mise sur le marché du Rohypnol®

L'arrêté du 1^{er} février 2001 (MESP0120352A / MESP0120353A / MESP0120354A) a restreint l'autorisation de mise sur la marché (AMM) du flunitrazepam (Rohypnol®)⁵.

Un étude qualitative a étudié les usages détournés de Rohypnol® chez les consommateurs qui ont été confrontés à la restriction de l'AMM et les stratégies qu'ils ont développés pour faire face à ce nouveau contexte d'accessibilité (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003). Suite à l'arrêté de février 2001 même si une réduction de la consommation de Rohypnol® est apparue, le produit a été principalement remplacé par d'autres benzodiazépines plus facilement accessibles. La restriction de AMM a également eu comme effet direct l'accroissement des ventes de flunitrazepam sur le marché noir (stratégies d'obtentions détournées) ainsi que de son prix. Si l'arrêté est « *un succès en termes de réduction de la consommation, c'est un échec, ou presque, en termes de réduction de la consommation de toutes benzodiazépines et un succès partiel en termes de bénéfices sur la santé* » (Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003, p. 28).

1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques

Le nouveau plan quinquennal d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) a été validé par le gouvernement le 29 juillet 2004.

Le projet de plan fixe plusieurs objectifs prioritaires (MILDT, 2004) :

- empêcher ou retarder l'expérimentation des substances psychoactives par la prévention auprès des jeunes générations pour en y associant étroitement les parents et l'école ;
- lutter contre le tabac (s'inscrit dans la continuité de la volonté présidentielle de combattre le cancer) ;
- « s'attaquer [...] aux nuisances liées à l'alcool » ;
- réduire les inégalités sociales face aux drogues.

En matière de prévention, la politique s'attaque plus particulièrement au cannabis en s'appuyant sur trois formes d'interventions : une large campagne d'information et de communication, la prévention systématique en milieu scolaire et la mise en place d'un nouveau dispositif de consultations spécialisées (au sein des structures existantes) adapté aux jeunes usagers, à leurs parents et aux familles.

La prévention visant le tabac, l'alcool ou encore le cannabis passe également par une meilleure application des lois en vigueur : limiter la consommation de tabac dans les lieux collectifs (loi dite Evin), dissocier la conduite d'un véhicule et la consommation de substances psychoactives (conduite sous l'influence de l'alcool -article R.234-1 du code de la route autorisant un taux d'alcoolémie maximum de 0,5 g/l - et la loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants).

En matière de soin, le plan préconise l'optimisation et la diversification de l'offre de soins. Le développement de l'offre de soins repose sur sa planification au niveau régional, la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, établissement médico-sociaux créés par la loi de rénovation de l'action sociale⁶), l'amélioration de la coordination des soins à travers les réseaux, le renforcement de la formation des médecins généralistes. La diversification de l'offre de soins s'appuie sur deux grands principes :

- le développement des programmes sans substitution et notamment les communautés

⁵ La délivrance médicale du médicament est restreinte à l'hôpital et à la délivrance en pharmacie de ville avec des ordonnances sécurisées pour une durée limitée (7 jours renouvelable une seule fois).

⁶ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (NOR : MESX0000158L).

thérapeutiques ;

- la consolidation du dispositif existant par l'intermédiaire de la poursuite des programmes de réduction des risques, la mise en place de protocoles favorisant la délivrance de méthadone par les médecins généralistes ainsi qu'une diversification de la galénique des médicaments de substitution.

Le plan quinquennal prévoit en outre « *d'expérimenter des méthodes de prise en charge innovantes face au problème du crack en région parisienne et dans les départements français d'Amérique* » (MILDT, 2004, p.31) en utilisant tous les registres d'intervention.

La prise en charge des usagers incarcérés devrait être améliorée en s'appuyant sur les axes suivants :

- renforcement du partenariat des établissements pénitentiaires avec le secteur spécialisé ;
- développement du partenariat avec le secteur de l'hébergement ;
- amélioration de la prise en charge par les traitements de substitution ;
- développement de l'accessibilité aux substituts nicotiques ;
- mise en œuvre des mesures de réduction des risques préconisées à la suite du rapport sur la réduction des risques en milieu carcéral (Stankoff et Dherot, 2000) ;
- formation des intervenants en milieu pénitentiaire ;
- développement des instruments de suivi destinés à avoir une meilleure connaissance des besoins des personnes incarcérées et du taux de couverture de ces besoins.

Le plan prévoit également de renforcer l'action extérieure de la France dans la lutte contre la drogue.

Les objectifs du plan seront évalués sur la base d'un ensemble d'indicateurs disponibles à travers les systèmes d'informations en place. Quant aux nouveaux programmes, ils feront l'objet d'une évaluation de processus ou de résultat.

Pour financer l'ensemble des actions, la MILDT disposera de 500 millions d'euros (M€) sur 5 ans. Le budget annuel de la MILDT étant d'environ 38 M€ par an, les 310 M€ restant seront financés par des contributions spécifiques des ministères (santé, intérieur, justice, éducation nationale...) en fonction de leur implication dans les actions établies par le plan.

Fin juin 2004, le ministre de l'Intérieur a fixé la lutte contre le trafic de drogue comme un des six chantiers prioritaires de la lutte contre l'insécurité. Il a annoncé la création d'un comité interministériel de lutte contre la drogue (CILAD), le renforcement des fouilles dans les différents moyens de transport (avions, trains, voitures), l'affectation plus spécifique des groupes d'intervention régionaux (GIR) à la lutte contre l'économie souterraine et l'utilisation plus systématique des « saisies de patrimoine » comme outil de lutte contre le blanchiment. Parallèlement, le ministre demande à ce que des indicateurs de résultats concrets soient mis en place.

1.3 Budget et dépenses publiques

Les crédits spécifiques du ministère de la Santé pour les principales dépenses en matière de lutte contre les drogues étaient jusqu'en 2003 ventilés entre les chapitres 47-15 (« programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives » rattaché à la Direction Générale de la Santé), 47-16 (« actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie » rattaché à la MILDT) et 47-18 (« lutte contre le sida et les maladies infectieuses »).

Lors du vote du budget 2003, les chapitres 47-15 et 47-18 ont été supprimés et les différents articles y afférant ajoutés au chapitre 47-11 (« programme de santé publique, dispositifs de prévention et de promotion de la santé »).

En plus de ces changements de nomenclature, la loi de financement de la sécurité sociale (loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002) a transféré la prise en charge des dépenses des centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) de l'Etat aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie. L'ancien article 10 du chapitre 47-15, maintenant article 40 du chapitre 47-11 n'a donc plus lieu d'être mentionné.

Tableau 2 : Crédits spécifiques liés aux dépenses en matière de lutte contre les drogues votés en loi de finance et exécuté, 2002-2003

Crédits spécifiques votés en loi de finance initiale	2002	2003
Chapitre 47-16 : actions interministérielles de lutte contre la toxicomanies	45,58	40,05
Budget exécuté		
47-16 article 10 (crédits transférés aux ministères)	5,69	6,39
47-16 article 20 (crédits d'intervention déconcentrés)	14,15	15,11
47-16 article 30 (crédits déconcentrés prog. de prévention, CDO, CIRDD)	21,47	16,01
Total ⁽¹⁾	41,31	37,51

(1) la différence entre les crédits alloués et le budget exécuté est principalement due à des gels budgétaires intervenus en cours d'année

Sources : MILDT ; Comptes spéciaux du Trésor (les « verts »), ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie)

1.4 Contexte social et culturel

Médias

Les médias français ont, durant l'année 2003-2004, consacré une large place au débat sur la politique publique dans leur traitement de l'information sur les drogues ; outre l'élaboration du nouveau plan gouvernemental établi par la MILDT, leur attention s'est particulièrement portée sur l'éventualité d'une réforme de la loi de 1970 et la mise en place d'un système de contraventions pour réprimer l'usage de stupéfiants.

Evoquée pendant l'été 2003, cette hypothèse a été étroitement suivie par la presse lors de la remise par la MILDT de son rapport sur la modification de la loi de 1970 sur les stupéfiants au Premier Ministre le 15 septembre 2003 et des déclarations télévisées (sur la chaîne M6 le 21 septembre 2003) de ce dernier se prononçant en faveur d'une réforme de cette loi. Très vite les médias ont également rendu compte des oppositions se faisant jour entre les partisans d'une grande fermeté et les attitudes plus souples avant de relater, début 2004, l'annonce du dépôt (Agence France Presse – AFP- du 23/01/04), puis le dépôt effectif d'une proposition de loi par certains parlementaires de la majorité (AFP du 17/06/04). Les déclarations des nouveaux ministres de la Santé (radio RMC le 25/05/05) et de l'Intérieur (AFP 24/06/04) après le changement de gouvernement du printemps 2004 ont eux aussi été abondamment rapportées.

Ce suivi s'est prolongé jusqu'à l'annonce le 29 juillet 2004, à l'occasion de l'adoption d'un plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 élaboré par la MILDT, du *statu quo* législatif.

Cette longue période avant l'arbitrage final a favorisé la multiplication des prises de position dans le débat, pour une plus grande libéralisation ou au contraire davantage de fermeté, dont les journaux se sont largement fait l'écho. Ils ont parfois été également critiques envers la lenteur du processus ; c'est ainsi que, stigmatisant les atermoiements du gouvernement, le quotidien *Libération* (10 mars 2004) est allé jusqu'à mettre en ligne sur son site une version préliminaire du plan quinquennal. Signe en tout cas de l'attente d'un dénouement, le journal de référence français, *Le Monde*, a placé son article sur le sujet en titre de « une » dans son édition du 30 juillet avant de revenir sur ce thème dix jours plus tard dans une rubrique d'analyse (*Le Monde* du 10/8/04).

Logiquement, compte tenu de la diffusion du cannabis par rapport aux autres substances illicites et de la priorité donnée à ce produit par la MILDT, l'éventualité de la réforme de la loi s'est durant cette période beaucoup focalisée sur ce produit. « Stop à l'hypocrisie » titrait ainsi *France Soir* le 1^{er} juin 2004.

Alors que le niveau plutôt élevé des consommations de cannabis en France comparativement aux autres pays européens, en particulier chez les jeunes, était largement commenté, deux événements ont contribué à renforcer encore cet intérêt médiatique au printemps 2004. Ce fut d'abord au mois d'avril, la publication largement couverte (nombreux articles dans la presse nationale dont la « une » du *Parisien* du 14/04/04 et locale) des résultats du volet français de l'enquête ESPAD ; puis l'ouverture en mai d'une exposition à la cité des sciences et de l'industrie « Le cannabis sous l'œil des scientifiques » réalisée en collaboration avec la MILDT et l'INSERM. A cette occasion, et à la faveur de l'actualisation de l'expertise collective de l'INSERM sur le cannabis, le lien entre cannabis et schizophrénie a été une nouvelle fois matière à controverse.

A des degrés moindres, d'autres produits ont retenu l'intérêt des médias durant cette période. S'ils sont peu revenus sur l'erreur commise lorsqu'un lien entre consommation d'ecstasy et maladie de Parkinson avait été évoqué, les journaux et la télévision se sont à diverses reprises intéressés à la cocaïne et à l'évolution de sa consommation ; par ailleurs des indications relatives à un possible changement d'image de l'héroïne et à de nouveaux modes de consommation ont retenu l'attention de différents journalistes (*Le Monde* du 18-19 avril 2004 notamment). Enfin la presse a, tout au long de cette période, rendu compte des informations concernant le Subutex® et ses mésusages, tout particulièrement à l'occasion de la conférence de consensus sur la substitution en juin 2004 où un bilan des traitements de substitution a été fait.

Au plan international les médias ont surtout suivi l'évolution de la situation de la culture de l'opium en Afghanistan et la reconstruction du pays.

Concernant le cannabis, ils se sont penchés sur sa rétrogradation dans la classe des tranquillisants au Royaume Uni et l'autorisation de sa délivrance pour usage thérapeutique aux Pays-Bas. Un autre volet de la politique néerlandaise a été largement commenté suite à un article de l'hebdomadaire *Le Point* (22 avril 2004) : la décision, après la mise en place d'une politique systématique de fouille à l'aéroport d'Amsterdam, de ne pas arrêter les passeurs en possession de moins de 3 kilos de cocaïne.

2. Usage de drogues

Usage de drogues : contexte général

Quatre niveaux sont généralement retenus pour qualifier l'ampleur des consommations ; ces niveaux ont été établis à partir des indicateurs utilisés au niveau international :

- l'expérimentation : fait d'avoir utilisé au moins une fois le produit au cours de la vie ;
- l'usage occasionnel : consommation au moins une fois dans l'année ;
- l'usage régulier : consommation au moins 10 fois dans les 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien : consommation tous les jours.

Dans certains cas, l'usage récent (consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours) est également utilisé.

Usage en population générale : pour renseigner cet usage, la France dispose de plusieurs enquêtes :

- pour la population adulte : le Baromètre Santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé –INPES-, enquête quadriennale) ; enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP réalisée tous les 3 ans par l'OFDT) [*Tableau épidémiologique n°1*].
- pour la population scolarisée : European School survey project on alcohol and other drugs (ESPAD) réalisée tous les 4 ans (INSERM-OFDT) [*Tableau épidémiologique n°2*].
- pour les jeunes : enquête annuelle sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) réalisée par l'OFDT auprès de jeunes âgés de 17 à 19 ans. Cette enquête permet notamment d'interroger les jeunes qui ont quitté prématurément le système scolaire.

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des 10 dernières années. En 2002, 2 adultes sur 5 ont déjà expérimenté le cannabis et moins d'1 sur 10 en font un usage occasionnel ou régulier (F. Beck *et al.*, 2003b). Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis restent marginales (9,5 millions d'expérimentateurs de cannabis, 850 000 de cocaïne, 350 000 d'ecstasy ou encore 300 000 d'héroïne (F. Beck et Legleye, 2003c)). Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne (3,3 % vs 1,6 %), des hallucinogènes (3,0 % vs 2,4 %), l'ecstasy ou des amphétamines (2,5 % vs 1,2 %) entre 1995 et 2002 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits. Les niveaux d'expérimentation de l'héroïne sont quant à eux stables depuis une dizaine d'années (F. Beck et Legleye, 2003c).

Quel que soit le produit considéré, les hommes habitant des grandes unités urbaines sont davantage expérimentateurs (François Beck *et al.*, 2002). Les expérimentateurs de drogues illicites sont fréquemment au chômage ou vivent avec des ressources matérielles faibles, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis, mieux intégrés socialement.

A 17 ans, après le tabac, l'alcool et le cannabis (54,6 % chez les garçons et 45,7 % chez les filles) et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont les produits à inhaler (5,2 %), les champignons hallucinogènes (4,2 %), les poppers (4,0 %), l'ecstasy (3,9 %) et, dans une moindre mesure, les amphétamines (2,0 %), la cocaïne (1,6 %) et le LSD (1,3 %) (d'après ESCAPAD 2002, (F. Beck et Legleye, 2003b)).

Usage au sein de groupes spécifiques : les dernières investigations menées auprès de personnes se prostituant (hommes et transgenres, femmes) montrent que l'usage récent de drogues illicites, hors cannabis, concerne une minorité (Da Silva, 2003; Cagliero et Lagrange, 2003). Il apparaît cependant plus fréquent chez les hommes et les transgenres (usage récent de poppers 13 %, 11 % pour l'ecstasy, 7 % pour la cocaïne, 2 % pour l'héroïne) que chez les femmes (usage récent d'héroïne 5 %).

Au sein de la population sans-abri, les données sont parcellaires, on sait cependant que tous les produits sont disponibles et consommés. Les usagers qui vivent dans la rue « *ont des pratiques d'intoxication sensiblement différentes des toxicomanes moins désinsérés : faute d'argent, ou de plans, on consomme ce qu'on trouve au jour le jour [...]* » (Solal et Schneider, 1996, p.1857). Les estimations de prévalences de consommations de drogues illicites au cours des derniers mois varient de 10 % à 21 % voire 30 % en fonction de l'âge, du niveau de revenu, de la cause de l'errance et des structures d'aides fréquentées (Kovess et Mangin Lazarus, 1997; Observatoire du Samu social de Paris, 1999; Amosse *et al.*, 2001). Les drogues les plus consommées, en dehors de l'alcool et du tabac, sont le cannabis et la cocaïne.

Bien que la connaissance épidémiologique des toxicomanies en milieu professionnel soit freinée par des obstacles d'ordres divers (éthique, technique, financier, temporel, réglementaire, culturel, pratique), quelques éléments d'appréciation sont disponibles. En 1995, une étude portant sur les urines anonymisées de 1 976 salariés du Nord Pas de Calais détermine que 17,5 % des salariés consommaient au moins une substance psychoactive et aux postes de sécurité/sûreté cela serait 40 % des salariés (B. Fontaine, 2002b). Pour la plupart des usagers intégrés en milieu professionnel, la consommation est cachée à l'entourage professionnel ; les temps de travail et les temps de consommation sont le plus possible dissociés (A. Fontaine, 2002a).

Attitudes face à la drogue et aux usagers de drogues : l'outil utilisé pour évaluer les attitudes des Français face aux drogues et aux usagers de drogues est l'enquête EROPP. Cette enquête permet de mesurer le niveau d'information ressenti sur les drogues, les substances connues comme étant des drogues, et la dangerosité estimée des produits. L'enquête étudie également les représentations du toxicomane existantes au sein de l'opinion publique.

En 2002, 61 % des Français déclarent se sentir bien informés sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999. En réponse à la question : « *Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ?* », les Français citent en moyenne 3,8 produits. Le produit le plus souvent cité est le cannabis, (82,0 %), suivi de la cocaïne (60 %), de l'héroïne (48 %) puis de l'ecstasy (37 %).

Le produit jugé le plus dangereux par les Français est l'héroïne, suivi loin derrière par l'ecstasy et la cocaïne, l'alcool et le tabac et enfin le cannabis (seules 2 % des personnes interrogées jugent que le cannabis est le produit le plus dangereux). Ce classement varie peu selon l'âge, le sexe ou la catégorie socioprofessionnelle. La dangerosité perçue du cannabis varie avec l'âge et le sexe et plus particulièrement en fonction de la proximité établie avec le produit.

2.1 Usage de drogues en population générale

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée

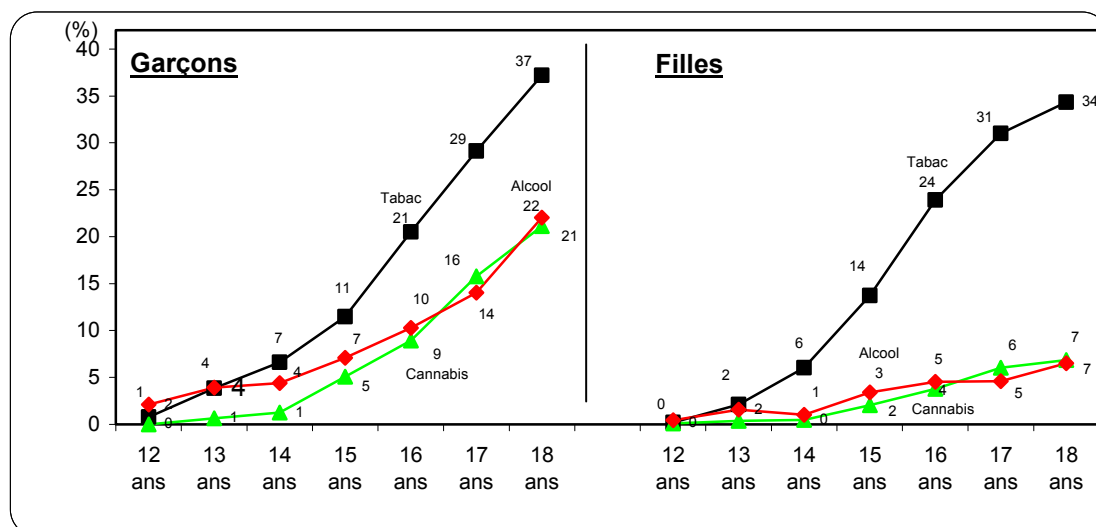
Jeunes scolarisés

L'exercice d'ESPAD en 2003 a interrogé un échantillon d'élèves âgés de 12 à 18 ans et scolarisés au sein de près de 400 établissements (Choquet *et al.*, 2004). Cette nouvelle enquête permet notamment de mettre en perspective les données sur une période de 10 ans (1993-2003).

L'expérimentation du cannabis augmente fortement avec l'âge mais reste toujours inférieure à celles de l'alcool et du tabac et se caractérise par une forte différenciation garçon/fille dès 13 ans, cet écart demeurant par la suite assez marqué.

La consommation régulière de cannabis reste exceptionnelle avant 15 ans (1 % des élèves) ; à partir de 16 ans elle rejoint le niveau de la consommation régulière d'alcool (Graphique 1). À 18 ans il y a 3 fois plus de garçons consommant régulièrement du cannabis que de filles (21 % vs 7 %).

Graphique 1 : Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par âge et par sexe, 2003



Sources : ESPAD 2003 – INSERM- OFDT - MJENR

Depuis 1993, l'expérimentation et la consommation répétée⁷ de cannabis ont été au moins multipliés par deux, chez les filles comme chez les garçons et quel que soit la tranche d'âge considérée (12-13 ; 14-15 ; 16-17 ans). En 1993, la consommation répétée de cannabis chez les garçons de 14-15 ans est de 1,7 %, dix ans plus tard, elle atteint 5,8 % ; pour les garçons de 16-17 ans, la prévalence est passé de 7 % à 21 % sur la même période, chez les filles du même âge, 4 % avaient une consommation répétée en 1993 contre 11 % en 2003.

Les substances illicites autres que le cannabis sont peu consommées. Les niveaux d'expérimentation au cours de la vie sont en général très faibles : les pourcentages sont toujours inférieurs à 5 %, hormis pour les produits à inhaler (colles, solvants) et les champignons hallucinogènes chez les garçons de 16-17 ans. Ces consommations augmentent relativement peu avec l'âge.

Jeunes de 17 à 19 ans

L'enquête ESCAPAD réalisée en 2002 porte sur un échantillon de 16 552 jeunes interrogés lors de la journée nationale d'appel de préparation à la défense (JAPD) (F. Beck et Legleye, 2003a).

Les résultats obtenus en 2002, permettant la comparaison avec ceux de l'année 2000 et 2001, confirment que le cannabis reste la substance illicite la plus couramment utilisée (à 17-19 ans, 5 filles sur 10 et 6 garçons sur 10 l'ont expérimentée, Tableau 3). Son expérimentation se concentre vers 15-16 ans, en moyenne, à 18 ans, les garçons déclarent avoir fumé du cannabis pour la première fois vers 15,2 ans, les filles vers 15,4 ans.

Fait nouveau, en 2002, l'usage régulier de cannabis est aussi fréquent que celui de l'alcool. Parmi les usagers réguliers de cannabis, 97 % déclarent avoir déjà consommé le produit avant midi et 90 % en avoir déjà consommé seul.

Les niveaux d'expérimentations des autres drogues illicites sont toujours faibles mais apparaissent en légère augmentation pour certains produits : colles et solvants, champignons hallucinogènes, poppers, ecstasy. Ces substances sont spécifiques des jeunes. L'expérimentation des amphétamines est également en hausse mais plus tardivement que les produits cités précédemment.

⁷ La notion d'usage répété (au moins 10 usages au cours de l'année) qui a été retenue ici pour permettre une comparaison avec l'enquête de 1993 (santé et les comportements des adolescents, n=12 397, unité 472 de l'INSERM, Choquet, M. et Ledoux, S. (1994) Adolescents, enquête nationale, INSERM, Paris.).

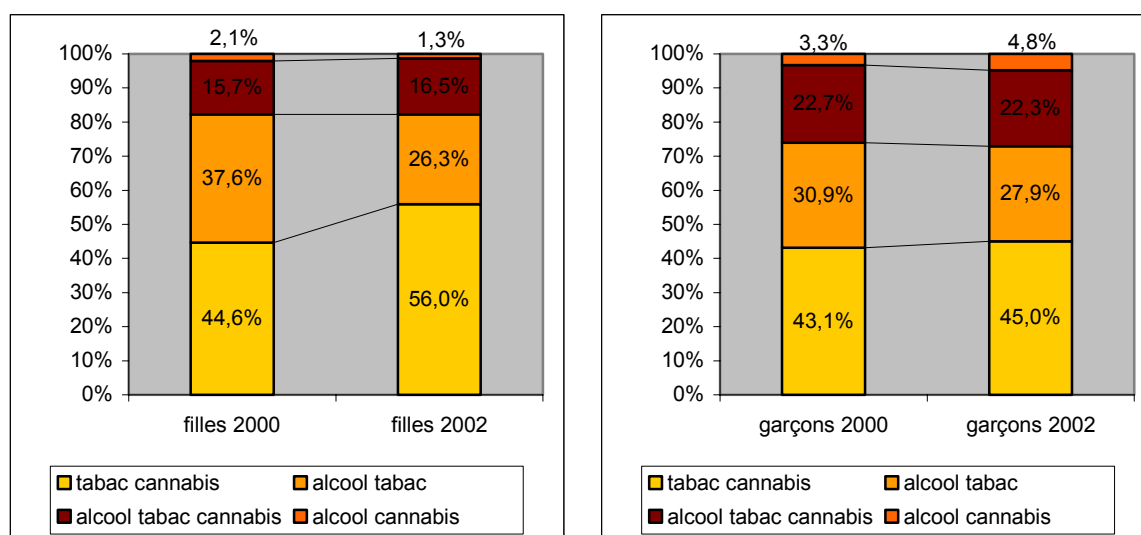
Tableau 3 : Expérimentation et usage récent de produits psychoactifs à 17-19 ans en 2002 (% en ligne)

	Vie (expérimentation)			Au cours des 30 derniers jours (usage récent)		
	filles	garçons	total	filles	garçons	total
Cannabis	48,9	58,3	53,7	27,1	42,1	34,8
Champignons	2,6	6,7	4,7	0,5	1,8	1,2
Poppers	4,1	6,4	5,2	1,0	1,3	1,1
Produits à inhaler	4,6	6,9	5,8	0,6	1,0	0,8
Ecstasy	3,3	6,0	4,7	1,5	2,5	2,0
Amphétamines	1,6	2,9	2,3	0,7	1,1	0,9
LSD	1,0	2,1	1,6	0,3	0,6	0,4
Crack	0,4	1,0	0,7	0,1	0,2	0,2
Cocaïne	1,4	2,7	2,0	0,6	0,9	0,7
Héroïne	0,6	1,4	1,0	0,3	0,3	0,3

Source : ESCAPAD 2002 (F. Beck et Legleye, 2003a)

La polyconsommation apparaît, comme pour le cannabis, en légère progression entre 2000 et 2002, essentiellement chez les garçons (21,5 % de polyconsommateurs réguliers d'au moins 2 produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis vs 8,2 pour les filles). Au cours des 2 dernières années, du fait de l'augmentation de la prévalence d'usage régulier de cannabis, la structure de la polyconsommation s'est modifiée (Graphique 2) : usage cumulés d'alcool et de tabac a diminué au profit des usages impliquant le cannabis, et en particulier ceux de tabac et de cannabis.

Graphique 2 : Evolution de la structure des polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans entre 2000 et 2002



Source : ESCAPAD 2000-2002, OFDT.

Les dernières enquêtes menées auprès de jeunes mettent donc en relief des tendances similaires (F. Beck et Legleye, 2003b; Choquet *et al.*, 2004). L'expérimentation du cannabis a augmenté dans toutes les tranches âges, y compris parmi les plus jeunes. Cependant, les premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2003 (F. Beck *et al.*, 2004) montrent pour la

première fois les signes d'un tassement des niveaux d'expérimentation de cannabis chez les garçons (54,6 % en 2002 vs 53,3 % en 2003). Parmi les autres drogues illicites, les niveaux d'expérimentations restent faibles, bien que l'on note une légère augmentation de la prévalence des champignons, poppers, produits à inhaler et ecstasy chez les 17-18 ans. En dehors des médicaments psychotropes et du tabac, les garçons sont plus souvent expérimentateurs et consommateurs que les filles.

Il existe une grande variété d'usages et de contextes de consommation (festif, détente, gestion du stress...). Les jeunes mettent souvent en avant le caractère transitoire de leurs comportements ; les 17-19 ans par exemple envisagent le plus souvent d'abandonner leur consommation lors du passage à l'âge adulte (F. Beck et Legleye, 2003b).

Les jeunes qui n'ont jamais consommé de tabac, d'alcool, ou de cannabis sont peu nombreux : entre 12 et 18 ans, 12 % des garçons et 15 % des filles. A l'âge de 18 ans, seulement 14 % n'ont consommé aucun de ces 3 produits au cours des 30 derniers jours (F. Beck et Legleye, 2003b).

2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques

Il est particulièrement difficile en France d'aborder le lien entre migration et toxicomanie, tant pour des raisons politiques (crainte de stigmatisation) qu'épidémiologiques. Néanmoins, une revue documentaire a été menée en 2003 et quelques informations issues d'enquêtes sont également disponibles.

Dans une enquête menée auprès de 590 adultes fréquentant des centres de soins gratuits, les troubles d'alcoolisme et de toxicomanie ont été observés plus fréquemment parmi les consultants français que les consultants étrangers (Collet *et al.*, 2003).

Les personnes démunies ou exclues, qui se déplacent dans un des centres de l'organisation Médecins de Monde (MDM) pour y recevoir des soins (en dehors des programmes spécifiques menés auprès d'usagers de drogues) sont majoritairement de nationalité étrangère (85 %). Les français déclarent plus souvent avoir une dépendance à l'alcool, au tabac, au cannabis ou à d'autres produits illicites que les étrangers (Tableau 4). Cette différence a été observée en 2000 et confirmée les 2 années suivantes (Drouot et Simmonot, 2003; Drouot et Simmonot, 2002; Cayla *et al.*, 2004) mais également dans une autre enquête (De la Blanchardière *et al.*, 2004).

Tableau 4 : Proportion de personnes consultant dans un centre de soins MDM et déclarant une dépendance à un produit, 2002-2003

Année	Produit	Nationalité	
		Française	Etrangère
2002	alcool	22,7***	8,1
	cannabis	20,8***	1,6
	autres produits (hors tabac et médicaments)	11,7***	0,8
2003	alcool	25,9***	8,4
	cannabis	20***	2,4
	autres produits (hors tabac et médicaments)	10,2***	1

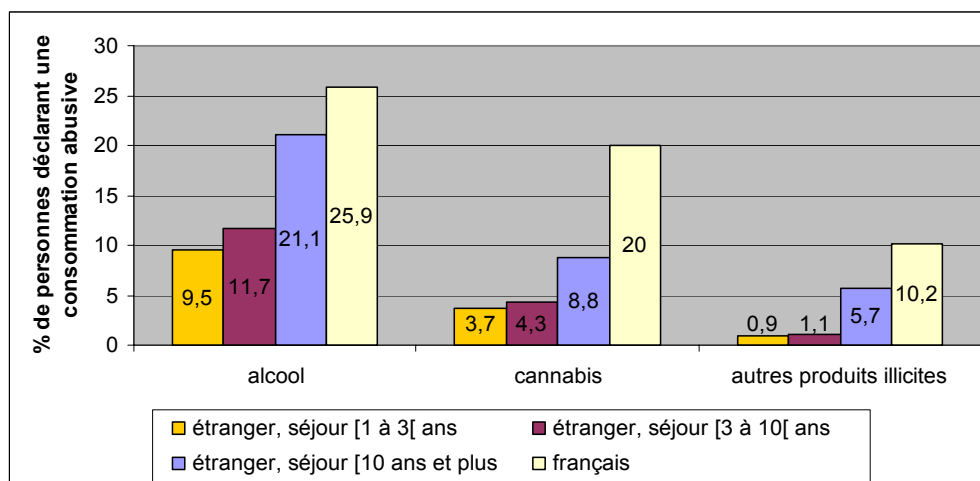
Lecture : 22,7 % des patients de nationalité française qui ont répondu à la question « avez-vous un problème d'abus répété ou d'addiction à ... » ont déclaré avoir une consommation abusive d'alcool ; 8,1 % des patients de nationalité étrangère ont déclaré une dépendance à l'alcool
 *** différence significative entre les 2 nationalités, p<0,001

Source : Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, 2003, MDM.

Il a également été constaté que les consommations abusives des patients étrangers évoluaient en fonction de leur durée de séjour en France : au fur et à mesure que leur présence sur le territoire français s'allonge, leur consommation de substances psychoactives tend à rejoindre celui des personnes de nationalité française. Le rapprochement des comportements à risques des personnes de nationalité étrangère pourrait « s'interpréter en

terme d'acquisition progressive dans le temps des habitudes de vie du pays résident » (Cayla et al., 2004, p.44). Cela étant, les similitudes se vérifient pour l'alcool (Graphique 3), mais les niveaux de consommation abusive de cannabis et d'autres produits illicites des personnes étrangères restent en deçà des niveaux des personnes françaises même après une durée de séjour de plus de 10 ans sur le territoire.

Graphique 3 : Consommation abusive déclarée lors d'une consultation dans un centre de soins de MDM en fonction de la nationalité et de la durée de séjour en France, 2003



Source : Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, MDM.

Les résultats exposés précédemment ne sont pas contradictoires avec la conclusion de C. Junt dans son article « immigration et toxicomanie » (2004) : « il ressort de la plupart des recherches qu'il ne semble pas y avoir davantage de problèmes de toxicomanie et de dépendance chez les migrants que dans la population générale »⁸.

Les populations migrantes, de par leur parcours et trajectoires d'exil, sont confrontées à des difficultés psychologiques et sanitaires spécifiques qui nécessitent d'être repérées et prises en charge. Les migrants, souvent inscrits dans des situations plus ou moins instables, sont plus vulnérables face aux risques sanitaires et éventuellement aux problèmes de dépendance. Dans certaines structures de « première ligne », près de 40 % des consommateurs de crack accueillis sont des migrants (Toussirt, 2004). Approfondir les recherches sur cette population très spécifique paraît indispensable afin de mieux connaître les prévalences de consommation, s'interroger sur leur relation aux produits et ainsi adapter les modes de prises en charge.

2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

⁸ La plupart des travaux réalisés en France concernent les migrants de 2^{ème} génération, souvent d'origine maghrébine Ait Menguellet, A. (1988), Toxicomanie et immigration, In *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 86ème session* Masson, Chambéry (France), Curtet, F. et Le poulichet, S. (1985) La toxicomanie des maghrébins, *Interventions*, (5), 16-18, Gauthier, B. et Peireira-esterela, A. (1995) La famille immigrée maghrébine confrontée à la toxicomanie, *Interventions*, (48), 20-23, Toufik, A. (1997) Pratiques et mobilité des suagers de drogues : de la dynamique du risque à celle de la prévention, *Le journal du sida*, (92-93), 31-36. et les populations nomades Missaoui, L. et Tarrus, A. (1999) *Héroïne et cocaïne de Barcelone à Perpignan : des économies souterraines ethniques de survie à la généralisation des trafics transfrontaliers de proximité*, OFDT, Paris..

3. Prévention

Note au lecteur : L'absence de système d'information a requis la constitution d'un groupe de travail pluri-institutionnel pour la mise à jour des informations relatives à la prévention.

Prévention : contexte général

Cadre législatif :

Le cadre légal fixé par la loi du 31 décembre 1970 n'aborde pas le domaine de la prévention, lequel de fait n'a été que rarement traité par le dispositif législatif et réglementaire français. A ce titre, la loi dite « Évin » du 10 janvier 1991⁹ – régulant l'usage de l'alcool et du tabac dans les lieux publics mais également la propagande et la publicité de ces produits – ainsi que les circulaires du ministère de l'Éducation nationale sur la santé des élèves (de 1990 à 2003) font exception. Bien avant l'inclusion des substances psycho-actives licites dans la problématique des drogues (intervenue en 1999), les textes régulateurs de l'Éducation nationale ont abordé la prévention des drogues comme la composante d'une approche plus globale de prévention des conduites à risques.

Cadre institutionnel et administratif de la prévention des dépendances :

Bien que largement investie par le secteur associatif, la prévention des drogues s'est toujours inscrite dans un principe de droit commun du service public, centré sur les droits du citoyen et répondant à une logique d'extension des droits et des services garantis par l'Etat. Dans ce système, la prise en charge des populations ou problématiques particulières est assurée par des services généraux qui doivent être en mesure de proposer des réponses spécifiques voire individualisées. En plus de la justification éthique – résidant dans l'égalité des traitements et la lutte contre de la discrimination – un argument pratique vient renforcer l'option du droit commun : la concentration de services réservés à des groupes spécifiques pourrait limiter l'identification d'autres groupes vulnérables ne correspondant pas aux critères de sélection prédéfinis et donc compromettre leur accessibilité aux services et à l'aide.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité des réponses publiques requiert la définition de populations prioritaires et un traitement intégré des diverses composantes (sociales, éducatives et sécuritaires) du phénomène « substances psycho-actives », selon une logique de proximité (niveaux décisionnels et intervenants locaux)¹⁰. La définition des groupes prioritaires et la concentration de moyens supplémentaires à leur égard passent par des dispositifs de coordination territorialisés du domaine propre de la lutte contre les drogues ou de ceux de la santé (PRS), de la lutte contre l'exclusion sociale (PRAPS) ou de la politique de la Ville (ex. : CLS, CEL)¹¹. Elles peuvent également s'appuyer sur un zonage du territoire, établi sur des indicateurs socio-économiques et liés à la qualité de l'habitat (ZUS) ou au système éducatif (taux d'élèves en retard scolaire et taux de bourses) dans le cadre des ZEP¹². La logique de ciblage selon des repères géographiques est la forme presque unique de « discrimination positive » appliquée en France. Elle permet de traiter de façon opérationnelle différentes réalités sociales sans recourir à des distinctions culturelles qui de fait ne sont pas admises par la société française de par leur potentiel discriminatoire. L'adaptation des messages et des modes de communication est assurée par les acteurs de terrain dans et/ou avec la communauté.

⁹ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991, p. 4148 (NOR : SPSX9000097L)

¹⁰ Cette approche dite « logique de proximité » correspond en fait au principe de subsidiarité – un des principes organisationnel de l'action publique en France – selon lequel les actions de prévention doivent être conçues au plus près de la population.

¹¹ PRS : Programmes régionaux de santé ; PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (un dans chaque région selon la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 71) ; CLS : Contrats locaux de sécurité ; CEL : Contrats éducatifs locaux.

¹² ZUS : zones urbaines sensibles ; ZEP : Zones d'éducation prioritaires.

Principes fondamentaux :

Depuis 1999, entrée en vigueur du plan gouvernemental de 1999-2002, le champ de la lutte contre les drogues est élargi à l'ensemble des substances psycho-actives, illicites ou licites. Le nouveau plan gouvernemental défini pour la période 2004-2008 réaffirme cet élargissement du champ d'action de la politique de lutte contre les drogues. En matière de prévention, cette approche globale se traduit par la confortation de deux principes :

- la précocité de la prévention auprès des jeunes afin de retarder l'âge de l'initiation des consommations ;
- l'intégration de la prévention de l'abus en plus de l'objectif traditionnel de prévention de l'usage.

Coordination politique, du niveau central au local :

Plus que tout autre domaine, la prévention des dépendances est éminemment plurisectorielle. Instituer une politique de prévention cohérente au plan national implique d'agir auprès d'un ensemble d'acteurs publics et privés qui, pour beaucoup, bénéficient d'une grande autonomie. Le rôle de la MILDT est de veiller à ce que l'action publique en la matière soit le fruit d'une réflexion commune et non la juxtaposition de stratégies individuelles. Les orientations nationales sont définies à travers un plan gouvernemental porté par la MILDT. Pour ce qui est l'action en milieu scolaire, elles sont également reflétées dans les textes réglementaires et programmatiques de l'Éducation nationale.

Chaque ministère concerné dispose d'un service chargé de coordonner les objectifs de prévention entre niveau central et déconcentrés¹³. A ce titre, ces services sont les référents ministériels privilégiés de la MILDT en matière de prévention. La déclinaison des orientations nationales au plan local s'appuie donc sur les services déconcentrés de l'État et les dispositifs de coordination dont ils sont mandataires. Cependant, la politique des « drogues » est dotée de ressources spécifiques, notamment le réseau de chefs de projet « drogues et dépendances » (CPDD) coordonné par la MILDT. Dans chaque département, un chef de projet – fonctionnaire du corps préfectoral ou des services déconcentrés nommé par le préfet – a pour mission d'animer la politique locale dans le domaine. Pour ce faire, le CPDD dispose de deux principaux leviers d'action : d'une part des crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels et d'autre part un comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Cette dernière instance, présidée par le préfet et organisée avec l'assistance du CPDD, rassemble les services de l'État concernés et doit associer les autorités judiciaires, les collectivités territoriales¹⁴ et les associations-clefs afin de coordonner les objectifs des acteurs publics et privés et de déterminer les financements. Elle valide notamment un programme départemental de prévention des dépendances. Au plan local, la jonction entre les objectifs de la politique de lutte contre les dépendances et ceux des programmations politiques connexes est assurée par un réseau de personnes-clefs (dont les CPDD), référentes au sein de leur administration pour participer aux dispositifs de coordination transversaux.

Au sein du ministère de l'Éducation nationale, la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) est chargée de la coordination et de l'évaluation de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. La DESCO anime le réseau des conseillers techniques (médecins et infirmières) des services déconcentrés (rectorats et inspections académiques), qui seront associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositifs régionaux ou départementaux afférant à la santé, l'exclusion sociale et la prévention auprès des populations scolarisées¹⁵. De plus, le contrat cadre de partenariat en santé publique entre les ministères de l'éducation et de la santé définit des objectifs prioritaires et des actions de collaboration dans différents domaines relatifs à la santé, en particulier les consommations de produits psycho-actifs et de tabac.

¹³ Par exemple : la Direction de l'enseignement scolaire ou DESCO (Éducation nationale), le Bureau des pratiques addictives (Santé et protection sociale), la Mission de lutte anti-drogue ou MILAD (Intérieur), etc.

¹⁴ Administrations décentralisées, départementales ou régionales, autonomes et ayant des compétences propres par exemple dans les domaines de la santé, de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection de l'enfance.

¹⁵ Les établissements d'enseignement privé sous contrat avec le Ministère de l'Éducation nationale – au nombre de 3530 en 2003/2004 – sont sujet aux mêmes règles de fonctionnement que dans le public en ce qui concerne les personnels, le respect du programme national.

Dans les établissements publics d'enseignement secondaire, la mise en œuvre d'une stratégie de prévention demeure la prérogative des chefs d'établissements mais est vivement encouragée par l'administration centrale et ses services extérieurs. Cette stratégie est menée selon les initiatives locales des équipes administratives et pédagogiques, décrites dans le « projet d'établissement » annuel en fonction des priorités définies aux échelons académique¹⁶ et départemental. Depuis 1998, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (CESC) initiés en tant que « comités d'environnement social » en 1990, sont les structures privilégiées pour coordonner la prévention au sein des établissements. Ils sont présents aujourd'hui dans la majorité des collèges et lycées. Présidé par le chef d'établissement, le CESC rassemble 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.

Coordination et réseaux professionnels associatifs :

Les professionnels travaillant dans le domaine de la prévention des dépendances disposent de plusieurs structures de soutien parmi lesquels, les CIRDD (voir section suivante) et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). L'INPES placé sous la tutelle du ministère de la Santé et de la protection sociale, a pour mission :

- l'expertise et le conseil en matière de prévention et de promotion de la santé;
- le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique;
- la mise en œuvre des programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé.

Afin d'être représentés dans les débats des pouvoirs publics et de promouvoir l'échange des expériences et le partage de principes directeurs de la profession, les acteurs associatifs impliqués dans la prise en charge des usages de substances psycho-actives se sont constitués en plusieurs grandes organisations fédératives. Celles qui paraissent au devant de la scène en matière de prévention sont :

- la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (FNES, créée en 2002, www.fnes.info) ;
- l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA, structure fondatrice créée en 1872, www.anpaa.asso.fr) ;
- l'Association nationale des intervenants en toxicomanie, (ANIT, créée en 1980, www.anit.asso.fr) ;
- la Fédération française d'addictologie (FFA, créée en 2000, www.addictologie.org) ;
- le réseau des Centres régionaux d'information et de prévention du sida ou CRIPS, (www.lecrips.net/reseau.htm) et notamment le premier centre créé en 1988, le CRIPS de l'Île-de-France (région parisienne), qui organise entre autres des actions à l'échelon national.

Toutes ces associations sont maîtres d'œuvre de formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseau documentaire en lien avec la prévention des substances psycho-actives.

Quelques repères sur les dispositifs de prévention français:

La majorité des actions de prévention des dépendances en France se déroule en milieu scolaire et implique largement la communauté éducative tant pour la coordination que la conduite des actions. Celles qui pourraient être qualifiées de « sélectives » ou « indiquées » – si l'on tente de se référer à la nomenclature nouvellement adoptée par l'OEDT – sont principalement le fait des acteurs associatifs. Toutes souffrent d'une faible visibilité au-delà des réseaux professionnels locaux. Le constat général est celui d'une prévention de multiples formes, aux contours peu connus. Malgré les initiatives institutionnelles ou associatives pour promouvoir une professionnalisation, des lignes directrices déontologiques ou même un partage des connaissances entre différents corps professionnels, aucun modèle particulier ne s'impose aux réseaux de professionnels ni aux institutions (au-delà d'une approche traversant le caractère légal ou illégal des consommations).

Les multiples services et dispositifs programmatiques, liés ou associables à la prévention des dépendances, constituent tout autant de guichets cumulables. Bien que ce morcellement

¹⁶ L'académie est l'échelon administratif permettant de décliner en région la politique éducative définie par le gouvernement.

accorde une certaine marge de manœuvre aux structures subventionnées, la conjugaison des systèmes individuels de suivi de l'utilisation des crédits pèse sur leur gestion financière.

Comme cela a été souligné, les acteurs de prévention sont multiples. Dans le secteur public, en plus des personnels de la communauté éducative, les services chargés de l'application de la loi sont souvent impliqués. En effet, des personnels ayant suivi un stage dans ce domaine – les formateurs relais antidrogue (FRAD), gradés de la gendarmerie nationale et des Policiers formateurs antidrogue (PFAD) de la police nationale – peuvent rencontrer à la demande des établissements scolaires ou d'autres structures des publics jeunes ou adultes (professionnels ou parents) pour traiter des usages de drogues, du cadre législatif et pénal lié aux stupéfiants.

De fait, le secteur associatif est très présent dans le champ de la prévention des dépendances que ce soit dans en dehors du milieu scolaire. Les actions de prévention menées dans les structures d'information et d'accueil dédiées aux jeunes, dans les quartiers, mais également à celles qui se tiennent dans les structures sportives, culturelles ou récréatives (boîte de nuit, bars) voire en milieu festif (techno ou autre) sont menées, pour beaucoup, avec la participation financière des services chargés de la santé, de l'action sociale, de la politique de la Ville¹⁷, de la jeunesse et de l'éducation populaire, ou de la culture et de la communication. Dans les quartiers, ces initiatives sont réalisées principalement par des associations ou des services communaux ou départementaux.

Certaines collectivités territoriales, souvent dans les zones métropolitaines, sont particulièrement impliquées dans le champ, au titre entre autres de leur compétence en matière de l'aide sociale à l'enfance, de la protection de l'enfance.

Les organismes de protection sociale de l'assurance maladie ou de la mutualité initient ou financent également de nombreuses actions.

Les substances psycho-actives sont souvent traitées enfin, à travers les dispositifs préventifs liés à l'exclusion sociale, le sida ou la délinquance mais les actions en question demeurent pour beaucoup difficiles à « comptabiliser ».

Il est important de mentionner quelques dispositifs nationaux pérennes de prévention ou de soutien, directement ou non, dédiés à la problématique des dépendances :

- la ligne nationale d'aide téléphonique « Drogues alcool tabac info service » (DATIS) ;
- la campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies gérée par la Mission de lutte anti-drogue (MILAD, ministère de l'Intérieur), qui visite de nombreux établissements scolaires et les côtes françaises pendant la période estivale ;
- les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), axés sur l'écoute, la sensibilisation, l'orientation et la médiation auprès de jeunes en situation à risques (précarité, errance) et leur entourage, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale ;
- le site Internet « www.drogues.gouv.fr » site d'information gouvernemental sur les substances psycho-actives ;
- les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD), créés dès 2000 au niveau régional ou inférieur, constituent un appui technique aux CPDD et peuvent apporter aide et conseil aux acteurs locaux des domaines de la lutte contre la drogue pour l'élaboration de projets, notamment en matière de prévention ;
- le réseau d'information sur les toxicomanies « Toxibase », gérant une rubrique "nouveaux outils de prévention" sur les outils francophones relatifs à divers thèmes tels que : prévention primaire, alcool, tabac, réduction des risques, autres addictions, dopage, éducation à la santé, suicide, toxicomanies et drogues illicites, médicaments ;
- la Commission de validation des outils de prévention, coordonnée par la MILDT, créée en 2000 (www.drogues.gouv.fr). Composée de représentants institutionnels, d'experts et d'acteurs de terrain, elle porte une appréciation sur les supports de prévention qui lui sont librement soumis, pour favoriser la fiabilité et la cohérence des messages de prévention des différents acteurs de terrain.

¹⁷ Depuis les années 1980, l'Etat français s'emploie à lutter contre la dégradation de quartiers situés en général à la périphérie des grandes villes et contre l'exclusion de leurs habitants. Regroupées sous le vocable « politique de la ville », les actions engagées mettent en oeuvre aujourd'hui des projets de territoire incluant le développement économique, social, urbain, et la prévention de la délinquance dans 750 quartiers – dits zones urbaines sensibles – où vivent 5 millions de personnes.

L'observation de la prévention aujourd'hui :

La prévention souffre de façon générale d'un manque de visibilité et de lisibilité. Celui-ci est accentué par la multiplicité des opérateurs et des bayers de fonds et l'éclatement des systèmes d'informations individuels dont ils disposent. L'origine multifactorielle des pratiques nocives de consommation impose une réflexion plus large sur des phénomènes sociaux inscrits au tableau des préoccupations politiques depuis la fin des années 1990 : les comportements à risque, l'exclusion et la délinquance. Ainsi, toute une partie de la prévention des dépendances se trouve fondue dans des dispositifs transversaux (précédemment mentionnés) et de ce fait demeure difficilement identifiable. Dans ce contexte, l'identification des actions de prévention à travers l'octroi des crédits présente des limites évidentes : le problème des comptages multiples et le fait que l'on ignore quelle est la part des actions ainsi subventionnées par rapport à toutes celles menées en France.

Aujourd'hui l'absence d'un système d'information centralisé sur la prévention freine toute tentative de dresser un tableau national de la prévention en France. Cette situation explique la prédominance des dispositifs de soutien et des services dans le descriptif des stratégies nationales de ce rapport.

3.1 Cadre général de la prévention

Sur la période 2003-2004, la définition et l'organisation de la prévention des dépendances connaissent une actualité politique et programmatique importante, impulsée par l'adoption de quatre documents-cadres :

- le plan cancer 2003-2008, plaçant dès 2003 le tabac au premier plan des préoccupations de santé ;
- le programme quinquennal de prévention et d'éducation élaboré par le ministère de l'Éducation nationale (acté par voie de circulaire en décembre 2003) ;
- le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (adopté en juillet 2004), dont la stratégie en matière de prévention est principalement centrée sur le cannabis, le tabac, l'alcool et les conduites à risques, l'école et le rôle éducatif des parents ;
- la loi de programmation de la politique de santé publique du 9 août 2004, fixant des objectifs chiffrés (ainsi que les objectifs préalables) sur la consommation abusive d'alcool, le tabagisme en général et le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

L'ensemble de ces textes édicte des objectifs quantifiés, approche plutôt nouvelle en France, dans l'organisation de l'action publique. Cependant, étant donné la récence de ces dispositions et les lacunes du système d'information déjà évoquées dans l'encadré général, les informations disponibles au niveau national sur les actions et les progrès réalisés ne sont pas disponibles. Les éléments rapportés ici sont les lignes d'action qui devront se concrétiser sur la période de 2004 à 2008. De plus, les notions de « prévention universelle », « prévention sélective » et « prévention indiquée » n'étant pas usitées en France, l'ensemble des textes de référence ne marquent pas cette distinction et formulent des axes stratégiques communs à la population générale et aux groupes prioritaires.

A travers les textes de référence précités pour 2004-2008, la lutte contre le tabagisme et l'usage de cannabis est centrale. Le plan gouvernemental d'action contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac (2004-2008) prévoit trois grandes lignes d'action pour « *casser l'expansion du cannabis* » : des campagnes d'information et de communications, un programme structuré en milieu scolaire (section 3.2) et enfin des consultations spécifiques sur le cannabis pour les jeunes usagers, leurs parents (section 3.3). Les autres actions de prévention ciblent les produits de synthèse (voir notamment section 3.2 prévention sélective), l'alcool et le tabac.

3.2 Prévention universelle

Se reporter également au [Questionnaire structuré n°22 : prévention universelle en milieu scolaire]

Politique nationale en milieu scolaire

En décembre 2003, le ministère chargé de l'Éducation nationale a adopté un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la période de 2004 à 2008¹⁸ selon lequel la prévention des comportements à risque et des conduites addictives doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège. Afin de décourager l'initiation aux substances psycho-actives et réduire les risques sanitaires et sociaux chez les jeunes consommateurs, les modalités d'interventions suivantes devront être mises en œuvre :

- le rappel de la loi (sur les stupéfiants, sur la régulation du tabagisme dans les lieux publics) et des sanctions disciplinaires et judiciaires encourues.
- l'information systématique sur les dangers des produits psycho-actifs et des polyconsommations ;
- l'information et la sensibilisation des personnels des « écoles » et des parents en début d'année scolaire sur les effets des produits mais aussi sur le développement de l'adolescent ;
- le développement de l'aide aux jeunes consommateurs réguliers et de leur orientation vers les services spécialisés.

Des mesures spécifiques impliquant les infirmières scolaires sont également prises pour améliorer la lutte contre le tabagisme, dont l'orientation vers les services d'aide au sevrage et la délivrance ponctuelle (à titre dérogatoire) de substituts nicotiques. Ces mesures sont renforcées par les dispositions du contrat cadre de partenariat en santé publique signé par les ministères de l'éducation et de la santé, pour l'année scolaire 2003-2004. En effet, celui-ci compte parmi ses objectifs prioritaires la lutte contre le tabagisme et l'expérimentation de dispositifs d'accueil d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique.

Le principal objectif du « plan gouvernemental 2004-2008 » en ce qui concerne la prévention en milieu scolaire est de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité. Ainsi, le plan réaffirme-t-il l'intérêt d'une programmation cohérente d'éducation préventive sur l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse, adaptée à chaque niveau de la scolarité de la fin du primaire à la fin du secondaire, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants. Il soutient également l'accent mis sur la lutte drastique contre le tabagisme en milieu scolaire (objectifs d'une école sans tabac), le développement de l'aide et l'orientation à l'égard des jeunes consommateurs.

D'un point de vue organisationnel, la circulaire instituant le programme quinquennal de prévention et d'éducation et le plan gouvernemental exhorte l'ensemble des établissements publics locaux d'enseignement à se doter d'un CESC (les trois quarts en dispose déjà).

Enfin, la nouvelle loi de programmation de la politique de santé publique (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L) prévoit par l'article 312-18 qu'une « *information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. (...)* ». Cette obligation vient en appui aux mesures programmatiques précédemment évoquées, dès lors qu'elle n'est pas interprétée comme une condition suffisante.

¹⁸ Circulaire n°2003-210- du 11 décembre 2003 ; NOR : MENE0302706C.

Assurance qualité

Dans le cadre d'une programmation d'éducation pour la santé au long de la scolarité obligatoire, un programme expérimental d'éducation pour la santé est défini par la DESCO, la MILDT et l'INPES pendant l'automne 2004. Il sera mis en place dans cinq académies à la rentrée 2005, afin de tester une méthodologie d'intervention et d'évaluation aux périodes charnières du CM2-6^{ième} et de la 3^{ième}-2^{nde}¹⁹. Sa généralisation se fera en septembre 2006.

Depuis 2001, des Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS) doivent permettre d'améliorer l'articulation entre les politiques nationales et régionales l'organisation des services et la répartition de l'offre et renforcer ou mettre en place des pôles de compétences dans le domaine. Durant l'été 2004, l'INPES a lancé un appel à projet d'appui à la mise en œuvre des SREPS.

Les projets de soutien devront contribuer à la formation en éducation pour la santé quelle que soit la provenance des acteurs et/ou l'amélioration de la qualité des actions par :

- le conseil méthodologique dont l'évaluation, en soutien aux actions d'éducation pour la santé ;
- la documentation et la mise à disposition d'outils pédagogiques, nécessaires à la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé.

Quelques chiffres sur les actions de prévention

Du fait de leur structure très hiérarchisée, la gendarmerie nationale et la police nationale peuvent assez facilement fournir des éléments chiffrés de leurs interventions en matière de prévention. Ainsi, en 2003, 575 FRAD (Gendarmerie Nationale) sont intervenus auprès d'environ 390 000 personnes à l'occasion de conférences, débats, d'expositions. Les lieux d'intervention sont divers : établissements scolaires, centres de formation, administrations, collectivités, clubs, associations, entreprises, formation d'adultes ou professionnels ayant à connaître les problèmes liés à la drogue, groupe de travail travaillant sur un projet de prévention. Au cours de l'année 2002, les 250 PFAD de la sécurité publique ont rencontré 160 000 personnes (dont une majorité d'élèves) et les 4 fonctionnaires de la MILAD travaillant sur le camion podium de la campagne itinérante de prévention des drogues en ont rencontré 53 000. Enfin, les services spécialisés de la préfecture de police (30 fonctionnaires de la Police urbaine de proximité et de la Police judiciaire) sont intervenus auprès de 28 000 personnes, soit un total d'environ 240 000. Parmi l'ensemble des personnes rencontrées par la Police dans le cadre d'actions de prévention, la proportion des jeunes, scolarisés pour la plupart, est de plus de 75 %. Concernant les adultes, il s'agit surtout de membres de la communauté scolaire, d'acteurs sociosanitaires et de parents d'élèves.

En 2002, l'ensemble des PAEJ a accueilli environ 39 000 jeunes. La moitié des jeunes nouvellement reçus ont bénéficié d'information et de sensibilisation sur les substances psycho-actives (prévention primaire). Les autres situations rencontrées étaient liées à des situations à risque et de ruptures familiales et sociales.

En 2003, plus de 800 000 appels ont été traités par la ligne d'aide téléphonique DATIS, dont 15 % étaient des appels à *contenu*, c'est-à-dire identifiés par le service comme des demandes réelles. Lors de ces appels, les produits licites ont été cités dans 53 % des cas. Parmi les produits illicites (cités dans 47 % des appels), le cannabis est le produit le plus fréquemment abordé lors des échanges (26 % de l'ensemble des appels à *contenu*, proportion équivalente pour l'alcool), loin devant l'héroïne ou la cocaïne (environ 5 % des appels à *contenu*).

Selon une enquête récente de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé auprès des 111 CODES et CRES de son réseau, quelques grandes tendances se dégagent quant aux actions de prévention liées aux drogues. Parmi les 247 actions renseignées, la

¹⁹ C'est-à-dire respectivement aux 6^{ième}-7^{ième} grades et 9^{ième}-10^{ième}, correspondant au changement d'établissements scolaires (de l'école primaire au collège et du collège au lycée).

moitié traite exclusivement de l'alcool et/ou du tabac. L'autre moitié se compose principalement d'actions transversales à l'ensemble des substances psycho-actives licites ou illicites. Les actions propres aux drogues illicites sont marginales. Près de 45 % des interventions réalisées dans le cadre de ces actions étaient dédiées à l'aide aux professionnels (formation, conseil méthodologique), 29 % étaient des interventions d'information, d'accueil et écoute, etc. auprès des publics-cibles. Enfin, 25 % concernaient la conception d'outils. Les trois quarts des actions disposent d'un document d'évaluation.

Budget

Une grande partie des actions de prévention universelle est menée grâce à des possibilités de financement éparpillées autres que les crédits délégués par la MILDT, par exemple les fonds issus des contrats de ville, PRS, PRAPS, du FNPEIS de l'assurance maladie (Fond national de prévention d'éducation, et d'Information Sanitaire) et de fonds privés (par exemple des mutuelles). Le sentiment d'éparpillement souvent évoqué par les associations à propos du financement de la prévention est renforcé par l'annualité des subventionnements. Les fonds disponibles sont globalement jugés insuffisants par les professionnels du secteur associatif. Pour une estimation des dépenses nationales dans le champ de la prévention, il aurait aussi fallu pouvoir évaluer l'ensemble de ces crédits. Les informations disponibles proviennent de la MILDT et de l'INPES. Elles ne permettent pas de distinguer ce qui relève de la prévention universelle ou des autres approches, bien que la première demeure majoritaire parmi les actions financées par ces structures.

Les crédits engagés en 2003 par la MILDT au titre de la prévention sont présentés dans le Tableau 5, ils sont en baisse depuis 2001. A partir de l'année 2003, l'enveloppe des crédits est globalisée (7,11 M€) comprenant l'intégralité des crédits préalablement sous tutelle des ministères (éducation nationale, jeunesse et sport, agriculture). Les dépenses de l'INPES, en matière de la prévention de la toxicomanie s'élèvent en 2003 à un peu plus de 100 000 €.

Tableau 5 : Actions de prévention financées sur les crédits MILDT en 2002-2003 (en milliers d'euros)

Types d'actions	2002	2003
Actions menées dans le cadre des programmes départementaux de prévention (crédits gérés par les chefs de projet « drogues et dépendances »)	6,60	7,11
Actions locales sous la tutelle ou la gestion de :		
<i>Éducation nationale (via les CESC)</i>	1,30	0,00
<i>Jeunesse et sports</i>	1,30	0,00
<i>Agriculture (enseignement agricole)</i>	0,13	0,00
<i>Autres services déconcentrés (PFAD et FRAD etc.)</i>	0,50	Non disponible
<i>Associations tête de réseau</i>	1,00	0,94
Total	10,83	8,05

Source : MILDT, 2003

Prévention universelle dirigées vers les familles

Les mesures dédiées aux familles relèvent de leur information sur les produits, leurs effets, leurs risques, les signes d'abus, les lieux ressources disponibles pour soutenir les parents dans leur rôle préventif et éducatif. Cet objectif implique une plus grande mobilisation des organismes de protection sociale et des acteurs de prévention locaux qui permettraient d'atteindre plus largement et directement les parents et en particulier les familles en difficulté face à l'institution scolaire.

Le plan gouvernemental prévoit également de développer des services d'aides dédiés aux parents. Des lieux d'accueil pour les parents devront être développés au sein de diverses structures intervenant dans le champ, en particulier les points écoute, les consultations « cannabis » (voir section suivante), les centres de consultation en alcoologie et addictions

(CCAA) en complément des services d'écoute téléphonique. Une nouvelle ligne d'aide téléphonique spécifique au cannabis, géré par le service national de téléphonie sur les substances psycho-actives (DATIS) doit être mise en place.

Prévention universelle dirigées vers les communautés

Le plan gouvernemental 2004-2008 prévoit la mise en place de consultations « cannabis », structures d'accueil et de soutien qui devront offrir une approche familiale à travers des entretiens associant parents et enfants. Ces consultations pourront être instaurées dans des structures diverses (CSST, PAEJ, CCAA...) sur la base d'un cahier des charges commun défini par la MILDT et la DGS. Ces consultations devront être facilement accessibles, anonymes, gratuites. Elles seront assurées par des professionnels formés à l'utilisation d'outils d'évaluation et d'interventions brèves dans le domaine des addictions et capables d'identifier le service social, médical, ou psychiatrique adapté pour ceux des consultants qui relèveront d'une prise en charge spécialisée. Ce nouveau service devra faire l'objet d'une information dans les lieux fréquentés par les jeunes.

3.3 Prévention sélective

Milieu récréatif

Concernant le milieu festif, le plan préconise la présence d'acteurs de prévention lors d'événements festifs mais suggère l'abandon du « *testing* » (technique rapide d'identification des composants de comprimés de synthèse) argumentant que cette approche « *qui représentait une accroche avec ces publics [public fréquentant les événements festifs] a été mise en question* ». Les actions de prévention en milieu festif devront se conformer à un référentiel d'intervention en réduction des risques élaboré par la MILDT.

Groupes à risque

Le plan gouvernemental identifie des groupes particuliers qui réclameront des mesures préventives particulières :

- les enfants de parents dépendants qui devront bénéficier d'une prise en charge en lien avec les structures de soins, à la lumière des expériences françaises et étrangères existantes ;
- les sportifs intensifs ne bénéficiant pas d'un encadrement hautement qualifié, chez qui on recense des consommations élevées de substances psycho-actives selon des études récentes ;
- la population des zones urbaines sensibles où il conviendra d'implanter en priorité les services d'écoute et d'aide tels que les points Écoute et les consultations « cannabis » ;
- les personnes détenues ayant des conduites addictives qui devront bénéficier de programmes annuels ou pluriannuels d'éducation pour la santé.

Les services consultations « cannabis » devront pouvoir prendre en charge les usagers plus problématiques.

Familles à risque

Se reporter à la section précédente.

3.4 Développements possibles à poursuivre

Le besoin de structurer d'un système d'information national est de plus en plus prégnant. Des améliorations devraient s'opérer dans les années à venir pour la constitution d'un tel

système. Dans le cadre de la réforme de la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) des indicateurs vont être définis afin de mieux cerner la réalité et l'efficacité des fonds engagés. La LOLF demandera d'investir énormément dans le système d'information.

4. Usage problématique

Usage problématique : contexte général

Prévalence estimée : à partir de la méthode d'estimation démographique et de données de l'enquête dite « de novembre » de l'année 1999 une estimation nationale de la prévalence d'usage problématique d'héroïne et de cocaïne parmi la population de 15-54 ans a été réalisée (Costes, 2003). Le résultat, obtenu est de 4,6 pour mille [*Tableau épidémiologique n° 7*].

En 1999, des estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne (héroïne, Skénan®, Subutex®, méthadone et cocaïne) ont été menées concomitamment dans cinq villes de France par la méthode de capture-recapture et varient de 15,3 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Nice à 6,5 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Toulouse (Chevallier, 2001), [*Tableau épidémiologique n° 8*].

Le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème a été estimé entre 150 000 à 180 000 en 1999.

Il existe à l'heure actuelle plusieurs instruments validés en langue française permettant d'évaluer l'abus ou l'usage nocif de cannabis chez l'adolescent ou le jeune adulte. Il s'agit de deux tests traduits de l'anglais et d'un test spécifique au cannabis conçu à l'OFDT : le CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Dans l'attente d'une définition européenne, la définition de l'usage problématique de cannabis retenue à l'échelle française est la suivante : « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ».

La France ne possède pas encore de système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen (TDI – [*TDI ; Tableau épidémiologique n° 3 et n 4*]). En l'attente des premiers résultats du système de Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) prévu en 2005, les informations sur le profil des personnes en traitement sont issues de :

- l'enquête dite « de novembre » : réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des centres de soins un mois donné.

- des rapports d'activité annuels des centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) qui contiennent un ensemble de questions permettant de décrire de façon sommaire les patients pris en charge au cours de l'année. Les derniers chiffres disponibles datent de l'année 2002

- l'enquête OPPIDUM (Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse) : sur les consommations au cours de la semaine écoulée des usagers pris en charge dans un panel de structures, essentiellement des CSST, au cours d'un mois donné

- l'enquête spécifique auprès des usagers fréquentant les structures de « première ligne »²⁰ (boutiques et programmes d'échange de seringues) dite enquête de « première ligne » menée dans les douze sites intégrés au dispositif français d'observation des tendances récentes (TREND).

Profil des personnes en traitement et fréquentant les structures « première ligne »²⁰ : les personnes vues dans les CSST ou les structures de « première ligne » sont principalement des hommes (environ 80 % du public accueilli). L'âge moyen des personnes prises en charge dans les CSST est en augmentation depuis la fin des années 1980 (augmentation de la part des personnes âgées de plus de 40 ans mais également des mineurs). Selon le produit à l'origine de la prise en charge, les patients sont plus ou moins âgés : les personnes dont la prise en charge est liée à la consommation d'opiacés ont en moyenne 31 ans, alors que celles dont la prise en charge est consécutive à un usage problématique de cannabis ont environ 25 ans.

Chaque année, environ 50 % des personnes prises en charge dans les CSST sont des nouveaux patients. Parmi eux, un tiers des individus consultent d'eux-mêmes (environ 35 %), 18 % viennent suite à une mesure judiciaire, 20 % sont adressés par des institutions sanitaires.

²⁰ Les professionnels préfèrent cette dénomination à celle plus connue de structures de « bas seuil » (programmes d'échange de seringues, boutiques...). Les deux termes sont équivalents.

Entre 1998 et 2002, il a été constaté une augmentation de la part du recrutement judiciaire chez les nouveaux patients (13 % en 1998 à 20 % en 2002). Les principaux produits à l'origine de la prise en charge sont les opiacés. Depuis 1998 on assiste à une montée en charge de la demande de traitement pour une dépendance au cannabis (Delile, 2004 ; Delile, 2003 ; Palle *et al.*, 2003 ; Palle *et al.*, à paraître).

Parmi les usagers de structure de « première ligne », les substances illicites les plus consommées au cours du mois écoulé, mis à part le cannabis, sont, par ordre décroissant, le chlorhydrate de cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne et les amphétamines. La BHD et les benzodiazépines sont consommés par une part importante de personnes, mais les usages thérapeutiques et non thérapeutiques se confondent.

On constate, à partir d'observations menées dans différents groupes sociaux à risque d'usage, qu'en 2003 l'usage de cocaïne poursuit sa diffusion et concerne des profils sociaux de plus en plus diversifiés.

Des mésusages de BHD ont été identifiés, facilités par la disponibilité du produit sur les marchés parallèles urbains (voir également l'article sur la BHD de ce même rapport). Pour ce produit, des pratiques d'injection et de sniff ont été mises en évidence parmi les usagers de structures de « première ligne », ainsi que des usages non substitutifs (primo-usages et primo-dépendance).

La pratique de l'injection est en diminution tandis que celle du sniff semble progresser (Bello *et al.*, 2003 ; Palle *et al.*, 2003).

Parmi les personnes s'étant injectées au cours du mois écoulé, il s'avère qu'en 2003 près de 25 % des injecteurs ont partagé leur matériel. Parmi les sniffeurs, les trois quart ont partagé leur produit et 43 % leur paille (Bello *et al.*, 2003).

Les nouveaux développements en matière de consommation sont consignés dans le *Tableau épidémiologique n°17*.

4.1 Prévalence et incidence estimées

Usage problématique d'opiacés

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

Usage problématique de cannabis

Le questionnaire ESCAPAD 2002 comporte un module expérimental de questions censées contribuer, à terme, à l'estimation du nombre des personnes concernées par un usage problématique de cannabis, ainsi qu'à la description de leurs caractéristiques et des modalités et contextes de cet usage (questionnaire CAST – Cannabis Abuse Screening Test).

Le CAST, encore en cours de test dans le cadre d'une étude menée en partenariat avec le service de psychiatrie de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif, a la particularité de ne contenir que des questions factuelles sur l'usage de cannabis et des problèmes rencontrés conséquents à cette consommation. Les questions sont les suivantes (F. Beck et Legleye, 2003a, p.107) : Au cours de votre vie,

- avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
- des amis ou des membres de la famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
- avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver ?
- avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? Lesquels ?

Une première exploitation des résultats a été réalisée lors du dernier exercice d'ESCAPAD (F. Beck et Legleye, 2003a). Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir vécu au cours de leur vie une des situations décrites dans le CAST. Il apparaît notamment que

presque tous les usagers quotidiens de cannabis déclarent un usage avant midi ou seul au cours de la vie. Parmi les jeunes ayant déjà consommé du cannabis, environ un tiers déclare avoir déjà connu, en général rarement, des problèmes de mémoire durant leurs épisodes de consommation. Les reproches de l'entourage, les tentatives infructueuses d'arrêt de la consommation, ainsi que les autres problèmes imputables à la consommation sont beaucoup plus rares. Parmi ces derniers, les problèmes les plus fréquemment rencontrés lors des épisodes de consommation sont les mauvais résultats scolaires (31 % chez les garçons, 34 % chez les filles), les disputes avec les amis, les bagarres (pour les garçons), des malaises ou « bad trip » chez les filles (13 %).

Tableau 6 : Prévalence (%) au cours de la vie des événements du CAST en fonction du niveau d'usage de cannabis à 17-19 ans, 2002

	Expérimentation ⁽¹⁾ N=950	Usage occasionnel ⁽²⁾ N=3800	Usage répété ⁽³⁾ N=1 500	Usage régulier ⁽⁴⁾ N=2 350	Usage quotidien ⁽⁵⁾ N=1 000
Usage avant midi	25,7	38,0	81,3	97,0	99,6
Usage seul	10,1	17,8	54,5	89,6	97,1
Problèmes de mémoire	9,0	14,6	33,7	59,1	69,3
Reproches de l'entourage	4,2	5,3	17,2	45,8	56,1
Arrêt infructueux	5,0	8,5	11,3	21,4	26,3
Autres Problèmes (dispute...)	7,5	8,2	19,5	40,8	50,1
Prévalence d'usage (17-19 ans)	6,3	23,6	9,2	8,4	6,3

(1) usage au cours de la vie mais pas au cours de l'année ; (2) entre 1 à 10 usages au cours de l'année ; (3) entre 10 usages au cours de l'année et 10 usages au cours du mois ; (4) entre 10 et 29 usages au cours du mois ; (5) usage quotidien au cours des 30 derniers jours.

Ce tableau présente des prévalences par niveau d'usage non redressées par sexe : il y a davantage de garçons à mesure que la fréquence d'usage étudiée augmente.

Source : ESCAPAD 2002, OFDT.

4.2 Profil des personnes en traitement (caractéristiques, mode d'usage)

Une courte majorité (52 %) des patients accueillis en CSST en 2003 ont 30 ans ou plus et 14 % ont 40 ans ou plus ; 28 % des patients ont moins de 25 ans et 5 % sont mineurs. Les nouveaux patients sont notablement plus jeunes : on compte parmi eux 42 % de 30 ans et plus et 38 % de moins de 25 ans.

Les patients des CSST se caractérisent par des niveaux socioéconomiques assez bas : même si 70 % d'entre eux ont un logement stable, 22 % ont un logement précaire et 7 % sont sans logement (qu'ils soient anciens ou nouveaux patients). Seulement 35 % d'entre eux perçoivent des revenus issus de leur travail, les autres vivent avec le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation chômage (ASSEDIC) ou l'allocation adulte handicapé (AAH). Du fait de l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU), 96 % des patients disposent d'une couverture sociale.

Dans la continuité de la tendance observée depuis le début des années 2000, la part des opiacés dans les produits à l'origine de la prise en charge est en baisse au profit du cannabis et des stimulants (cocaïne, crack, ecstasy) (Tableau 7).

Environ 40 % des patients suivis en CSST (anciens comme nouveaux) sont polytoxicomanes. L'utilisation de la voie intraveineuse est en baisse chez les patients suivis,

passant de 30 % des patients ne s'étant jamais injecté à 50 % en 2002 ; parmi les nouveaux patients accueillis en 2002, 60 % n'ont jamais utilisé la voie intraveineuse.

Tableau 7 : Répartition (%) des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge, nouveaux patients, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
	16 682	10 225	15 268	14 542	21 158
	patients	patients	patients	patients	patients
Héroïne	44,9	39,7	39,0	40,8	39,0
Cocaïne	6,2	6,6	6,4	7,5	7,4
<i>dont Crack</i>	2,0	1,7	1,5	2,7	2,7
LSD et autres hallucinogènes	1,1	1,0	1,7	1,3	0,7
Cannabis et dérivés	26,5	29,7	30,8	33,0	35,8
Amphétamines	2,5	1,6	2,7	2,9	2,9
<i>dont Ecstasy</i>	1,0	0,9	1,7	1,6	1,7
Solvants	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1
Dérivés codéine	3,4	2,4	2,2	1,7	1,4
BHD et méthadone	10,1	13,9	12,3	8,9	9,0
Médicaments psychotropes non opiacés	5,3	5,1	4,6	3,7	3,8
Total Produits	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : les données de ce tableau ont été calculées en ne conservant que les structures pour lesquelles la somme des produits est à peu près égale à la file active de façon à ne pas tenir compte des réponses pour lesquelles plusieurs produits sont renseignés pour un même patient.

Source : exploitation des rapports d'activité type CSST, DGS / OFDT (Palle et al., à paraître)

4.3 Principales caractéristiques et mode de consommation issus de sources autres que celle des traitements.

En 2003, 89 % des usagers de structures de « première ligne » ont consommé du cannabis au cours du mois écoulé et les deux tiers en fument quotidiennement (Bello *et al.*, 2004). La cocaïne quelle que soit sa forme reste, après le cannabis, la substance la plus consommée au cours de la vie ou au cours du mois écoulé. Dans le dernier mois, la BHD, puis le chlorhydrate de cocaïne et l'ecstasy sont les produits les plus utilisés (Tableau 8).

En 2003, l'usage de la cocaïne sous sa forme base semble se stabiliser (Bello *et al.*, 2004). Ceci s'expliquerait par les difficultés d'observation du fait de la raréfaction d'évènements festifs techno et par une prise de conscience par certains des usagers des difficultés à gérer ce produit du fait du fort risque de dépendance. Par contre, la cocaïne sous sa forme poudre (chlorhydrate de cocaïne) continue de se diffuser dans des groupes sociaux diversifiés en France métropolitaine. Pour cette dernière substance, il existe une dichotomie entre les consommateurs de l'espace festif²¹ techno qui pratiquent presque exclusivement le sniff et les usagers de rue de l'espace urbain²² qui, s'ils sniffent, pratiquent également l'injection.

Dans la continuité des tendances du début des années 2000, les primo-consommations²³ de BHD sont observées dans tous les sites du dispositif TREND. Généralement, le primo-consommateur de BHD se caractérise par son jeune âge et une situation très précaire mais

²¹ L'espace festif désigne les évènements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée...

²² L'espace urbain se définit comme les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues

²³ Se définit comme le premier usage d'une substance. Dans le cas de la BHD, l'usager consomme du Subutex® sans avoir consommé antérieurement un autre opiacé.

on rencontre également des profils de personnes incarcérées, ou issues de pays de l'Est, des personnes appartenant à l'espace festif ou encore des jeunes personnes faisant appel au Subutex® pour gérer leur consommation de crack. Une étude sur les usages non substitutifs de BHD en France a été récemment publiée (Escots et Fahet, 2003b).

L'ecstasy, produit très souvent observé au sein de l'espace festif techno, est de plus en plus observé dans d'autres espaces sociaux et en particulier parmi les usagers de rue de l'espace urbain. Les comprimés sont avalés, la poudre de MDMA peut être également sniffée ; des cas d'injection ont été relevés dans l'espace urbain.

Par rapport aux tendances rapportées l'année passée (Bello *et al.*, 2003), il semble que les produits hallucinogènes soient, parmi les usagers les plus jeunes, des produits de plus en plus consommés. Les consommations au moins 10 fois au cours de la vie de LSD, champignons hallucinogènes et kétamine sont passés respectivement de 34 %, 23 % et 15 % en 2002 à 40 % ; 40 % et 26 %²⁴ (Tableau 8). L'usage récent d'amphétamine semble également en progression (espace festif et mouvance techno hardcore).

Tableau 8 : Fréquences (%) des consommations, au cours de la vie et au cours du dernier mois, parmi des usagers de structures de « première ligne » en 2003 (n=1082)

	Consommation		Fréquence de consommation ⁽¹⁾		
	Au moins 10 fois dans la vie	Dans les 30 jours	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle
Héroïne	69	25	20	41	39
BHD ⁽²⁾	62	41	79	16	5
Codéine	36	5	25	41	34
Méthadone	27	17	85	6	10
Rachacha	26	5	9	22	69
Sulfates de morphine	21	7	58	21	21
Cocaïne / crack	79	48	---	---	---
Chlorhydrate de cocaïne	---	35	7	48	44
Crack/Free-base	---	18	39	37	25
Ecstasy	60	32	8	52	40
Amphétamine	46	20	8	36	56
LSD	40	11	2	35	63
Champignons hallucinogènes	40	14	1	33	66
Kétamine	26	10	3	20	77

(1) Parmi les personnes ayant consommé au cours des 30 derniers jours

(2) Buprénorphine haut dosage

Source : enquête « première ligne 2003 », TREND / OFDT (Bello *et al.*, 2004)

Une enquête menée en 2002 par Reynaud-Maurupt, C. et Akoka, S. (2004) avait pour but de fournir des informations sur les usages détournés de la kétamine et les profils sociologiques des usagers. Deux profils sociaux types ont été dégagés, tous deux fréquentent l'espace festif techno à des degrés divers :

- homme, jeune, peu diplômé, et vivant dans des conditions précaires ou du moins de faibles ressources. Ses consommations de substances psychoactives (sans même

²⁴ Mais ces modifications sont aussi dues à des changements de population fréquentant les structures de réduction des risques (notamment plus de personnes venant du milieu festif).

compter l'alcool et le cannabis) sont le plus souvent pluri-hebdomadaires ou quotidiennes.

- homme ou femme, dont les consommations de drogues sont régulières mais « contrôlées » (maximum chaque week-end), ou pluri-hebdomadaires. Cette personne se perçoit en meilleure santé que celle qui s'apparente au premier profil.

Avant la première prise de kétamine, les personnes rencontrées ont généralement déjà expérimenté plusieurs substances psychoactives. Ils ont tous en commun des pratiques de polyconsommation importantes, *a minima* dans un cadre festif, ou plus rarement dans le cadre d'une activité de consommation quotidienne. Généralement, la première prise de kétamine s'effectue en groupe dans un contexte festif. La répétition des prises concerne plus aisément les hommes, les personnes peu ou pas diplômées, et les individus en situation précaire. La consommation se fait dans des lieux privés mais peut également se dérouler lors de manifestations festives (free-party, teknival). Des usages abusifs ou quotidiens sont recensés, associés à d'autres produits psychoactifs.

Le produit est consommé « *dans une perspective ludique ou mystique, mais aussi dans le but de se stimuler, de se calmer ou de soigner ses douleurs ; de se détacher, de « fusionner », ou d'apaiser ses angoisses. Il peut aussi être utilisé comme produit secondaire : pour assurer les descentes d'un autre produit, renforcer ses effets ou supporter son sevrage* » (Reynaud-Maurupt et Akoka, 2004, p.118).

Parmi les personnes interrogées au cours de l'enquête « première ligne 2003 », une majorité (62 %) a pratiqué l'injection au cours de la vie. Néanmoins, l'injection récente continue de diminuer, dans la tendance des résultats de l'année 2002 (Bello *et al.*, 2004) : un tiers seulement des personnes interrogées (37 %) s'est injecté au cours du mois écoulé (et 28 % seulement parmi les usagers de moins de 25 ans). Les observations de terrain fournissent des informations divergentes : certains sites rapportent une involution des pratiques d'injection et d'autres constatent un attrait pour la voie injectable de la part de populations plutôt jeunes.

Les pratiques de partage de matériel et de produit, si elles ont évoluées en fréquence, restent courantes particulièrement chez les adeptes du sniff mais également chez les personnes qui s'injectent.

Tableau 9 : Fréquence (%) de la pratique de partage du matériel au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête de TREND « première ligne » en 2003 (n=1082)

	Partage du matériel au cours du mois écoulé		
	Jamais	1 à 5 fois	Plus de 5 fois
Injecteurs récents			
Produits	52	30	18
Cuillère	66	24	10
Coton	71	22	7
Eau de rinçage	75	17	8
Seringue	89	7	4
Sniffeurs récents			
Paille	55	27	18
Produits	26	34	40

Source : TREND / OFDT (Bello *et al.*, 2004)

5. Traitements

Traitements : contexte général

En matière de traitement, la stratégie des pouvoirs publics vise à offrir une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services permettant de proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée à sa trajectoire et de s'attacher à l'amélioration de la qualité des soins. Trois dispositifs concourent à la prise en charge des consommateurs de drogues illicites : le dispositif de soin spécialisé en addictologie (établissements médico-sociaux), le dispositif de soin généraliste (hôpitaux et médecins généralistes) et le dispositif de réduction des risques.

1. Le dispositif spécialisé

La prise en charge des addictions aux drogues illicites repose depuis le début des années 1970 sur des structures spécialisées. Ces structures se sont développées après l'adoption de la loi 1970 qui incluait des dispositions garantissant une prise en charge anonyme et gratuite à tous les consommateurs de drogues illicites qui souhaitent se faire traiter. La quasi-totalité des départements français est aujourd'hui dotée d'au moins un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST).

Financées à l'origine par l'Etat, et depuis le 1^{er} janvier 2003 par les assurances sociales en tant qu'établissements médico-sociaux, ces structures ont pour mission d'assurer conjointement une prise en charge médicale, sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Trois types de CSST peuvent être distingués :

- les centres de soins en ambulatoire (au nombre de 201 en 2003)
- les centres de soins avec hébergement collectif (au nombre de 42 en 2003)
- les centres de soins en milieu pénitentiaire (au nombre de 16 en 2003)

Les CSST en ambulatoire répondent aux demandes de sevrage en ambulatoire des patients. Ils peuvent également organiser et accompagner les patients qui souhaitent tenter un sevrage en milieu hospitalier. En ce qui concerne la substitution, les CSST étaient depuis 1993/1994 et jusqu'à une date récente (2002) les seules structures dans lesquelles un patient pouvait débiter un traitement à la méthadone. Cette prescription peut ensuite être relayée en médecine de ville. Les patients peuvent également se faire prescrire de la BHD par un CSST, qui n'a dans ce cas pas l'exclusivité de l'initiation du traitement. Les patients peuvent également rechercher au sein du dispositif un soutien et un accompagnement de type psycho-thérapeutique et une aide à l'insertion sociale.

2. Le dispositif généraliste

Le développement du système de soins spécialisés ne permet pas de faire face à l'ensemble des besoins en traitement des consommateurs de drogues illicites. L'accent a été mis au cours des années 1990 sur l'amélioration de l'accueil des patients présentant des problèmes d'addictions dans le système généraliste de soins (hôpitaux et médecins généralistes).

2.1 Les hôpitaux

Au sein des hôpitaux (établissements de santé), la prise en charge des addictions s'appuie sur les équipes de liaison et de soins en addictologie, les réseaux ville-hôpital, et sur la mise à disposition de lits d'hospitalisation pour les sevrages et la réalisation de bilans médico-psycho-sociaux.

Créées par la circulaire du 3 avril 1996, les équipes de liaison et de soin en addictologie, composées en principe de trois personnes, dont un médecin hospitalier, ont pour mission de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Ces équipes doivent aussi développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients. Elles mènent des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement. Une centaine d'établissements de santé étaient en 2003 dotés d'équipes de liaison actives. L'activité de ces équipes est cependant en grande partie consacrée aux problèmes d'addictions à l'alcool et au tabac.

Les réseaux ville-hôpital (créés également par la circulaire du 3 avril 1996). En 1998, 67 réseaux ont été recensés, répartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et des crédits État.

Il faut enfin noter que depuis 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à prescrire de la méthadone.

2.2 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes occupent aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire de la BHD aux patients dépendants aux opiacés. Ils peuvent également prescrire de la méthadone après initiation du traitement dans un CSST.

Les médecins généralistes sont en outre les premiers à pouvoir intervenir auprès de patients qui débutent leur consommation de drogues illicites. Les pouvoirs publics prévoient donc de mettre en place des formations destinées aux médecins généralistes pour promouvoir le repérage de ces consommations et des modalités d'interventions thérapeutiques adaptées.

3. Dispositif de réduction des risques (voir encadré 7 « réponse aux problèmes sanitaires)

Le [Tableau épidémiologique n° 21] renseigne sur différents traitements pratiqués en France et leur disponibilité.

La prise en charge s'appuyant sur des traitements de substitution aux opiacés est relativement récente en France (1996) et a été motivée par la nécessité de faire face à l'épidémie liée au VIH.

En 1995, les traitements de substitution par méthadone sont mis en place, encadrés par des règles de prescription strictes. En début de traitement la délivrance du produit est obligatoirement quotidienne, sous contrôle médical et des analyses urinaires sont réalisées pour vérifier le bon déroulement du traitement.

Faisant le constat que l'accès aux traitements de substitution dans les centres spécialisés est insuffisant par rapport aux besoins, une offre thérapeutique parallèle à la méthadone s'appuyant sur la BHD est instaurée à partir de 1996. Les modalités d'initiation et de prescription sont plus souples que celles de la méthadone : autorisée à la prescription par tout médecin, sans condition particulière d'exercice, l'ordonnance maximale est de 28 jours, fractionnée en délivrance de 7 jours sauf mention contraire expresse. Le nombre des patients recevant du Subutex® s'élève très rapidement et se situe entre 71 800 et 84 500 alors que le nombre de patients sous BHD réellement insérés dans un processus de traitement ne dépasserait pas 52 000 à la fin de l'année 2002.

En parallèle des effets bénéfiques constatés depuis l'introduction des traitements de substitution (impact positif au niveau sanitaire et social), des conséquences indésirables presque exclusivement rapportés pour la BHD ont également été observées. Ces mésusages sont essentiellement liés au cadre de prescription souple du produit : il s'agit de l'injection de BHD y compris pour des patients sous contrôle médical, un usage hors protocole médical (usage non substitutif), utilisation en association avec d'autres produits (benzodiazépines, alcool...).

5.1 Dispositif

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

5.2 « Drug free treatment »

En France le concept de « Drug free treatment » n'est pas véritablement utilisé et il est difficile de le faire correspondre à un type d'institution ou de traitements.

Le nouveau plan quinquennal 2004-2008 préconise le développement des programmes sans substitution et notamment des communautés thérapeutiques. Le développement de ces communautés devrait être piloté conjointement par la MILDT et le ministère de la Santé. Le

principe adopté est que les communautés aient une capacité moyenne de 30 places et s'appuient sur un code éthique et professionnel de prise en charge (taux et type d'encadrement, activités occupationnelles et thérapeutiques à promouvoir, critères de suivi et d'évaluation...) pour fonctionner.

5.3 Traitements médicalisés (sevrage, substitution)

Sevrage

Avec le développement des traitements de substitution, les sevrages sont devenus moins fréquents dans le milieu des années 1990. La moitié des CSST ne déclaraient aucun sevrage en 2002. Au cours de cette année, on peut évaluer à environ 2 200 le nombre de patients ayant fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire dans le cadre des CSST. Il semble cependant que le nombre de patients bénéficiant d'un sevrage en ambulatoire soit en augmentation depuis 1999. Le nombre de sevrages effectués avec hospitalisation complète ou partielle n'est pas connu.

Tableau 10 : Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par structure, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST (par structure)	6,8	5,7	6,2	8,4	10,6
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage par dose dégressive de traitements de substitution	5,7	4,6	5,9	7,0	11,1

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 10,6 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 2002.

Le calcul a été effectué en excluant les structures ayant réalisé plus de 150 sevrages ou n'ayant pas répondu aux questions sur l'activité.

Source : exploitation des rapports d'activité type CSST, DGS/ OFDT (Palle et al., à paraître)

Substitution

Les dernières estimations du nombre de personnes sous traitement de substitution sont les suivantes :

- en 2003, l'estimation du nombre de personnes insérées dans un processus de traitement se situe entre 63 000 et 69 000 (A. Cadet-Taïrou *et al.*, 2004) soit moins de la moitié du nombre estimé de consommateurs d'opiacés en France.
- en 2002 entre 71 800 et 84 500 personnes ont reçu du Subutex®. « Parmi eux, 52 000 au maximum étaient en processus de traitement au moins pour 6 mois, au moins 22 000 débutaient un traitement ou étaient des « intermittents de la substitution » et 6 % (5 000 personnes) avaient une activité de « revente » importante » (A. Cadet-Taïrou *et al.*, 2004).
- le nombre de personnes substituées à la méthadone a été estimé entre 11 200 et 16 900 en 2003 à partir des données de vente (SIAMOIS / OFDT).

Patients suivis en CSST

Depuis 1998, le nombre de patients ayant fait l'objet d'une prescription de méthadone ou de BHD dans un CSST en ambulatoire est en forte augmentation. La croissance est particulièrement forte pour la méthadone. Depuis 2001, la méthadone est prescrite dans les CSST à un plus grand nombre de patients que la BHD. On observe cependant un tassement de l'augmentation du nombre de patients substitués par BHD.

Par extrapolation à l'ensemble des CSST en ambulatoire des données du Tableau 11, le nombre total de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution par un CSST

en 2002 peut être estimé à environ 28 000 (15 000 pour la méthadone, et 13 000 pour la BHD).

Tableau 11 : Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution méthadone	35,1	46,9	50,0	59,3	69,1
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution BHD	41,4	48,5	50,4	51,9	57,2
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution autre ⁽¹⁾	2,9	2,5	3,4	1,9	1,7

(1) Principalement sulfate de morphine

Source : exploitation des rapports d'activité type CSST, DGS/ OFDT (Palle et al., à paraître)

Pratiques en médecine de ville

L'exploitation des données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) grâce aux remboursements assurés par la sécurité sociale a permis de mettre en relief les tendances de consommation des médicaments de substitution de dépendance aux opiacés sur la période 2001-2002 et éventuellement 1999-2002 pour les médicaments acquis en ville (dans certaines villes de France -13 sites différents) (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

Sur la période étudiée, il a été observé une stagnation du nombre de patient sous BHD (tassement voire décroissance dans les sites français où la pratique de substitution est déjà ancienne) et une augmentation de la pratique de prescription de la méthadone en ville bien qu'elle reste très inégale selon les villes. Il s'avère que la proportion de patients traités par méthadone est liée à l'ancienneté et à l'intensité de l'activité de prescription de traitement de substitution.

Parmi les médecins, les pratiques de substitution de la BHD se développent de plus en plus alors la prescription de méthadone est encore le fait d'une minorité de praticiens. Sur l'ensemble des sites étudiés, 35 % des médecins généralistes ont prescrit un traitement de substitution à la BHD au cours de la seconde moitié de l'année 2002. Cependant, l'activité de prescription de la BHD comme de la méthadone est souvent fortement concentrée sur un nombre restreint de médecins : les 20 % des médecins les plus prescripteurs de BHD réalisent 73 % des prises en charge et les 20 % des médecins les plus prescripteurs de méthadone réalisent 90 % des prises en charge.

La « dose standard » moyenne reçue par un patient substitué au Subutex® est de 9,6 mg (recommandation maximum de 16 mg/jour), elle est de 98,4 mg pour un patient sous méthadone (recommandation maximum de 100 mg/jour) mais les doses de méthadone reçues par les patients sont beaucoup moins disparates que les doses de BHD.

Les benzodiazépines et apparentés sont largement prescrits en complément aux patients sous traitement de substitution (47 % des patients sous BHD et 49 % des patients sous méthadone).

Pour les détournements de traitement de substitution et plus particulièrement du Subutex®, se reporter à l'article « Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription », la section 4 « usage problématique » ou encore à la section 10 « marché et offre ».

Conférence de consensus

Une conférence de consensus²⁵ sur les traitements de substitution « *stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution* » a été organisée fin juin 2004. La tenue de cet événement a permis de faire un état des lieux de la substitution en France.

Les recommandations de la conférence ont été rendues publiques début septembre 2004²⁶. Selon le jury, la substitution a eu un impact clairement positif (nombre de personnes substituées, réduction des risques sanitaires et sociaux) mais des points sont encore à améliorer :

- accès aux soins hétérogènes selon les zones géographiques ;
- accès aux soins des sujets en situation précaire faible ;
- mauvaise utilisation des médicaments de substitution aux opiacés (injection et sniff de BHD, primo dépendance de BHD, décès par surdose de méthadone) ;
- maintien ou renforcement des consommations parallèles ;
- peu d'impact sur la contamination par le virus de l'hépatite C ;
- persistance de la stigmatisation de la dépendance et de la souffrance psychologique.

Des propositions ont été faites pour adapter et améliorer le dispositif actuel de prise en charge et le cadre de prescription (primo-prescription de méthadone en ville par exemple). Des recommandations ont été formulées lors de l'initialisation, l'adaptation et la stabilisation des traitements avec l'un ou l'autre des médicaments (modalités de prise en charge, posologie...). Le jury a également rendu des propositions concrètes pour améliorer les pratiques professionnelles.

²⁵ Une Conférence de Consensus est une méthode d'élaboration de recommandations médicales et professionnelles visant à définir une position consensuelle dans une controverse portant sur une procédure médicale, dans le but d'améliorer la qualité des soins.

²⁶ Pour plus de détail se reporter à : <http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/anaesparametrage.nsf/accueilagenda?readform&Default=y&>

6. Conséquences sanitaires

Conséquences sanitaires : contexte général

Mortalité liée à l'usage de drogues :

Le système d'information disponible en France s'appuie sur plusieurs dispositifs recouvrant chacun une partie des causes de décès liés à l'usage de drogue. Il s'agit des décès :

- par surdose lorsque le décès fait l'objet d'une procédure judiciaire (OCRTIS) [*Tableau épidémiologique n° 5 et n° 6*]. Cette source statistique ne couvre que les décès qui sont portés à la connaissance des services de Police ou de gendarmerie nationale, elle ne comprend pas les décès par surdose des ressortissants français constatés à l'étranger et les décès intervenus en milieu hospitalier.

Depuis 1995, le nombre de décès par surdose constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue (-79 % entre 1995 et 2002). Cette tendance est vraisemblablement due à la conjonction de l'introduction des traitements de substitution, l'existence de structures et dispositifs de réduction des risques, la modification des produits consommés et de leurs modalités de consommation parmi les usagers. La majorité des décès par surdose constatés par les forces de l'ordre sont liés à l'héroïne mais depuis maintenant deux ans la cocaïne et les médicaments (dont le Subutex® et la méthadone) occupent une place de plus en plus importante.

- par pharmacodépendance (CepiDc-INSERM) [*Tableau épidémiologique n° 5*]. Cette catégorie rend compte de l'ensemble des décès pour lesquels le certificat de décès mentionne une pharmacodépendance. Pour des raisons liées au circuit de l'information, elle recense mal les surdoses qui rejoignent souvent le groupe des décès de cause mal définie. Le nombre des décès par pharmacodépendance n'a cessé de décroître de 1995 à 2000.

- avec présence sanguine de substances psychotropes : le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances - AFSSAPS) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et permet donc d'identifier les décès non déclarés à l'OCRTIS ou l'INSERM. Encore très limitée dans l'espace, et en cours d'installation ce dispositif permet surtout pour l'instant de montrer la non exhaustivité des deux précédents.

- liés au SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (InVS). Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en baisse entre 1994 et 1999 est depuis en stabilisation.

Faute d'une enquête de cohorte répondant aux critères fixés par l'OEDT (recrutement d'usagers en centre de traitement), l'OFDT a réalisé une étude de cohorte à partir de personnes interpellées pour usage de stupéfiants dont certains résultats sont détaillés ci-après.

Morbidité liée à l'usage de drogues

1. Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité observée. Les estimations de prévalences parmi les usagers de drogues reposent sur :

- des prévalences déclarées du VIH, VHB et VHC : enquête dite « de novembre » à partir des patients fréquentant les CSST (Tellier, 2001) et l'enquête auprès des usagers de structures de « première ligne » (Bello *et al.*, 2003 ; Bello *et al.*, 2004) [*Tableau épidémiologique n° 9*]

Les prévalences déclarées du VIH, VHC et VHB varient selon les études et les modes de consommation adoptés par les usagers (injection, sniff). Il existe un défaut de dépistage chez les personnes les plus jeunes et chez les personnes ne s'injectant pas. La positivité au VIH déclarée par les personnes s'étant injectées au cours de leur vie est d'environ 14 % contre environ 4 % chez les personnes ne s'étant jamais injectées. Pour le VHC la prévalence déclarée chez les personnes s'étant injectées au cours de leur vie est de 55 %.

- des prévalences biologiques du VIH et VHC auprès d'usagers de la ville de Marseille : l'enquête Coquelicot (Emmanuelli *et al.*, 2003). Cette étude, destinée à évoluer vers un système d'information national met en évidence l'écart existant entre prévalence déclarée et mesurée de l'hépatite C, notamment parmi les plus jeunes.

- Les estimations d'incidence s'appliquent aux cas de SIDA et d'infection par le VIH. La notification des cas de sida (InVS) existe depuis le début des années 1980 et est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisé a été mis en place en 2003 par la

circulaire de la direction générale de la santé –DGS- (n°2003/60 du 10 février 2003), rendant obligatoire également la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH.

Le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est en baisse constante depuis 1994 (1 377 en 1994 contre 196 en 2002), tout comme sa part dans l'ensemble des cas de sida déclarés (36 % en 1991, 19 % en 1997 et 12 % en 2002). Le nombre de cas de sida diagnostiqués chez les UDVI, montre une évolution similaire quel que soit le sexe, avec un nombre de cas masculins toujours plus élevé que le nombre de cas féminins (environ 3 hommes pour une femme).

2. Co-morbidités psychiatriques : les quelques travaux existants en France ne permettent pas de tirer des conclusions consistantes sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues (Wieviorka, 2003).

3. Autres pathologies liées à l'usage de drogues : Il n'existe pas de recueil d'information systématisé concernant les autres pathologies qui peuvent accompagner ou découler de l'usage de drogues (autres complications infectieuses, complications cardiovasculaires, traumatismes...). L'enquête menée dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures de « première ligne », fournit des indications sur leur perception de leur état de santé ainsi que l'apparition de certaines pathologies (Bello *et al.*, 2003 ; Bello *et al.*, 2004). Les manifestations pathologiques sont plus fréquentes chez les personnes en plus grande précarité. Un tiers des personnes enquêtées déclarent s'être senties en mauvais ou très mauvais état de santé physique. Près de 70 % déclarent avoir souffert de fatigue au cours de mois écoulés, 44 % d'une perte de poids, 4 % d'une surdose, 2 % d'ictère. La fréquence des complications déclarées liées à l'injection a également été estimée.

6.1 Mortalité liée à l'usage de drogues

Décès par surdose (OCRTIS)

En 2003, 89 décès par surdose ont été identifiés par les forces de l'ordre, chiffre encore en baisse par rapport à l'année 2002 (97 décès).

Parmi ces décès, 35 sont dus à l'héroïne (dont 11 où l'héroïne est associée à d'autres produits), 10 sont dus à la cocaïne (dont un décès seulement où la cocaïne est associée à une autre substance à savoir un médicament).

28 décès sont des surdoses de médicaments : 8 liés au Subutex® (seul et associé), 8 liés à la méthadone (seule et associée), 8 liés à des médicaments divers (seuls ou associés) et dans 6 cas le médicament n'a pas pu être identifié.

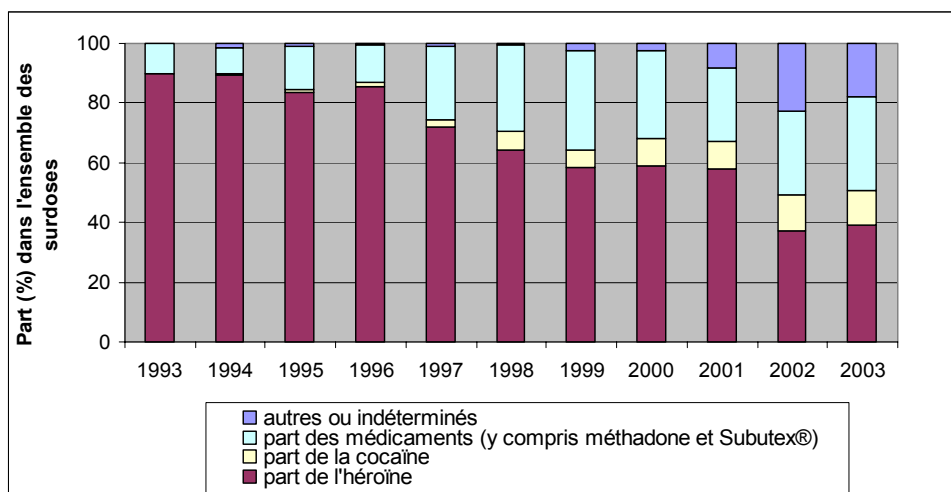
Alors qu'en 2002, seulement 2 décès étaient rattachés à la consommation d'ecstasy, le chiffre de 2003 (8 cas) est similaire à celui de l'année 2001. Un décès par surdose lié à la consommation d'amphétamines a également été notifié.

Dans 4 cas, l'OCRTIS mentionne que le cannabis était présent en association avec l'alcool et/ou des médicaments.

Enfin, dans 3 situations les produits à l'origine du décès sont restés indéterminés.

Dans la continuité des tendances observées depuis la fin des années 1990, la part des décès mettant en cause l'héroïne est en décroissance alors que celles liées à la cocaïne ou aux médicaments sont en augmentation.

Graphique 4 : Evolution de la part de certaines substances psychoactives dans l'ensemble des décès surdoses constatés par les forces de l'ordre, 1993-2003

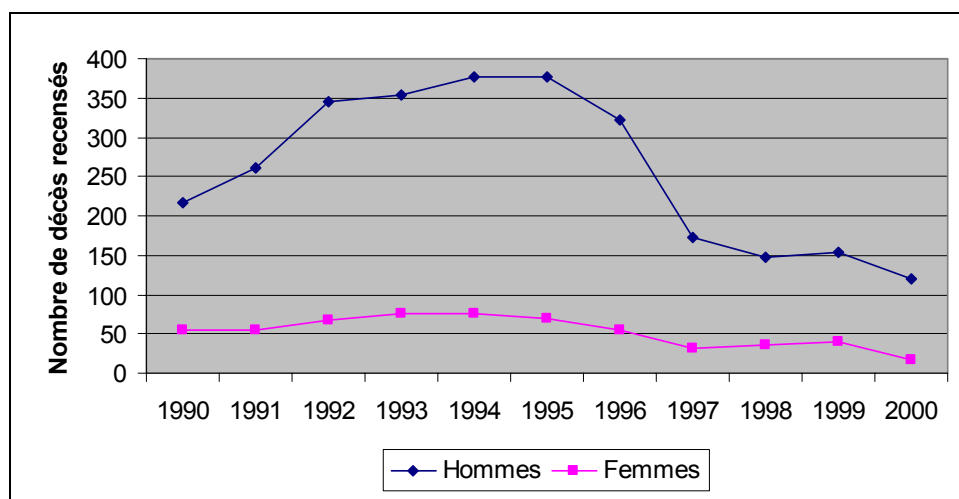


Source : OCRTIS, exploitation OFDT.

Registre national des causes de décès (INSERM)

Les décès liés à l'usage de substances psychoactives issus du registre national des causes de décès sont codés avec la Classification internationale des maladies n°10 (CIM10) depuis l'année 2000 (antérieurement codés en CIM9) et est à l'heure actuelle la dernière année disponible. L'indicateur de mortalité établi par l'OEDT permet une continuité dans le temps des séries (notamment lors du passage d'un codage à un autre comme dans le cas Français), c'est celui qui est utilisé ci-après²⁷.

Graphique 5 : Evolution de la mortalité liée à l'usage de drogues selon la définition adoptée par l'OEDT, par sexe, en France de 1990 à 2000



Source : INSERM, Cépi-DC.

En 2000, 138 décès liés à l'usage de substances psychoactives illicites ont été enregistrés par l'INSERM (121 hommes et 17 femmes). Pour les hommes les décès se concentrent entre les âges de 30-39 ans alors que chez les femmes c'est entre 15 et 34 ans.

²⁷ Pour plus de détail se reporter à la page : <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>. L'indicateur présenté est la sélection B du protocole établi pour les registres nationaux de mortalité : il correspond à la sélection de certaines causes de décès liés à l'usage de substances psychoactives (Drug related deaths – DRD) codés en CIM9 ou en CIM10.

Décès par sida des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)

Depuis 1998, la part des UDVI parmi l'ensemble des personnes décédées par sida est relativement stable, entre 20 et 27 %.

Tableau 12 : Décès par sida chez les UDVI, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002 ⁽¹⁾	2003 ⁽¹⁾
Nombre de décès chez les UDVI	204	195	135	119	181	118
Ensemble des décès par sida	769	707	618	581	669	493
Part UDVI (%)	26,5%	27,6%	21,8%	20,5%	27,1%	23,9%

(1) données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

Présence sanguine de substances psychotropes (DRAMES)

Dans l'étude 2003, 64 cas de décès liés à un usage abusif de substances ou de pharmacodépendance de substances psychoactives ont été recensés par les laboratoires participant au recueil.

Dans 73 % des cas, les personnes décédées avaient un antécédent d'abus ou de pharmacodépendance ; les sujets sont des hommes dans 52 % des cas âgés en moyenne de 31 ans (pour les femmes l'âge moyen au décès est de 35 ans).

Tableau 13 : Cas de décès liés à un usage abusif de substances ou de pharmacodépendance, en fonction de la substance en cause, 1998-2003

	1998	2000	2002	2003 ⁽³⁾
Nombre de cas recensés	123	154	131	64
Stupéfiants (% dans l'ensemble des cas)	78 %	66 %	69 %	72 %
Opiacés illicites (héroïne)	76	80	54	31
Cocaïne	28	25	21	15
Stimulants ⁽¹⁾	1	4	4	4
Opiacés licites ⁽²⁾	0	7	16	1
Traitement de substitution de la dépendance aux opiacés (% dans l'ensemble des cas)	22 %	31 %	31 %	28 %
BHD	16	25	23	8
Méthadone	9	23	17	9
BHD + méthadone	2	5	0	1

(1) peuvent être : MDMA-MDA, amphétamine.

(2) peuvent être : codéine, morphine, pholcodine, fentanyl, alfentanyl, propoxyphène, dextromoramide

(3) Pour 2003, les laboratoires de Strasbourg et Lille n'ont transmis aucun cas (pour exemple en 2000, ils en avaient transmis 40 sur 154 décès). Cela peut expliquer certainement une partie de la baisse du nombre de cas recensés. Mais il est difficile d'avancer des explications, DRAMES n'étant pas une source exhaustive de données

Source : DRAMES, AFSSAPS

Enquête sur la mortalité des personnes interpellées

Une enquête sur **la mortalité des personnes interpellées pour usage de stupéfiants** a été réalisée par l'OFDT (Lopez *et al.*, 2004b; Lopez *et al.*, 2004a). Une partie du fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) détenu par l'OCRTIS a été recoupée avec le registre national des personnes physiques (RNIPP) pour déterminer à une date donnée (2002) le statut vital des personnes et avec le registre national des causes de décès (CepiDC-INSEERM) pour connaître les causes de mortalité des

personnes décédées. Le fichier compilé contient plus de 42 000 enregistrements de personnes nées en France et interpellées en 1992, 1993, 1996 et 1997 pour usage simple ou usage-revente d'héroïne, de cocaïne, de crack, d'ecstasy ou de cannabis.

Les valeurs des ratios standardisés de mortalité (RSM²⁸) montrent que les hommes interpellés pour usage d'héroïne/cocaïne/crack ont globalement un risque 5 fois plus élevé de décéder que l'ensemble des Français de sexe masculin ; ce risque est 9,5 fois plus élevé pour les femmes.

Les informations disponibles indiquent que la mortalité des interpellés d'héroïne/cocaïne/crack est plus faible que celles des toxicomanes ou usagers en centre de traitement (Bargagli *et al.*, 2001; EMCDDA, 2002; Warner-Smith *et al.*, 2001 ; Quaglio *et al.*, 2001). De même, les RSM calculés uniquement pour les personnes interpellées pour usage d'héroïne (respectivement 5,3 [4,9 ; 5,6] pour les hommes et 9,7 [8,0 ; 11,6] pour les femmes) indiquent une surmortalité par rapport à la population générale inférieure à celles qui peuvent être relatées dans les études auprès d'usagers problématiques (Bargagli *et al.*, 2001; EMCDDA, 2002).

L'étude montre une baisse significative de la mortalité parmi les personnes interpellées pour héroïne/cocaïne/crack entre les deux périodes d'inclusion (1992/93 et 1996/97), les taux de mortalité calculés sur les 4 années qui suivent l'interpellation passant de 10,3 à 6,2 pour mille personne années (PA²⁹); $p=0,01$, Graphique 6). Cette chute coïncide avec l'introduction des trithérapies antivirales, le développement d'une politique de réduction des risques en France et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. Ces mouvements sont similaires à ceux des décès par surdose et par sida généralement utilisés comme indicateurs de la mortalité liée à l'usage de drogues illicites (OCRTIS, InVS, INSERM).

Les données sur les causes de décès permettent d'apporter des éléments d'explication supplémentaires. Ce mouvement de baisse de la mortalité parmi les personnes interpellées est en effet principalement lié à la chute des taux bruts de mortalité par sida et par surdose, respectivement divisé par 6 et 4 entre le milieu et la fin des années 1990. Pour les décès par lésions traumatiques et empoisonnements, les taux, plus fluctuants, sont également orientés à la baisse mais de façon beaucoup plus modeste. La mortalité classée en causes inconnues, dont une partie pourrait être des décès par surdoses, est également en diminution.

Enquête sur les sortants de prison

Selon les estimations, 40 à 60 % des usagers de drogues auraient vécu au moins un épisode d'incarcération au cours de leur vie (Cavailler *et al.*, 1997 ; Rotily *et al.*, 1994). Dans le cadre de l'évaluation du dispositif des UPS (unités de soins pour sortants) le taux de mortalité des détenus l'année suivant leur libération a été calculé (Prudhomme *et al.*, 2003). L'étude effectuée auprès des détenus libérés au cours de l'année 1997 (1 439 sortants mais le statut vital a été renseigné pour 1 245) porte uniquement sur 21 décès intervenus chez les hommes dans les 12 mois suivant leur libération (taux brut de mortalité de 1,8 % [1,1 ; 2,7]). Les morts violentes et les surdoses (pharmacodépendances) sont les causes de décès les plus fréquentes (respectivement 19 % et 24 % de l'ensemble des causes de décès).

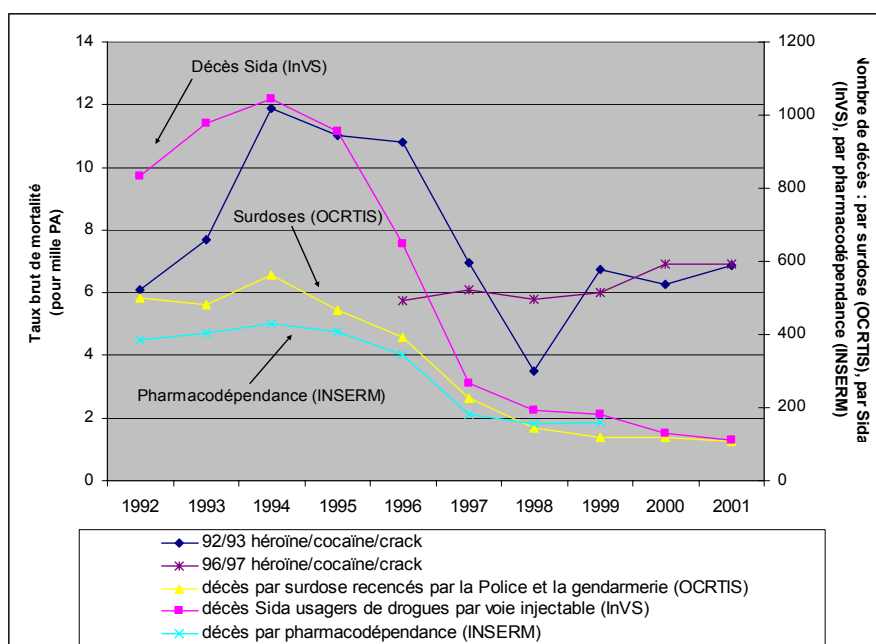
²⁸ Le RSM a été calculé en rapportant le taux de mortalité observé chez les personnes interpellées au taux de mortalité attendu dans cette population. Ce dernier taux est obtenu en appliquant aux cohortes étudiées la mortalité spécifique par tranche d'âge et par sexe observée dans l'ensemble de la population française en 1997. Un RSM supérieur à 1 signifie que la mortalité de la cohorte étudiée est plus élevée que la mortalité attendue et l'on peut, dans ce cas, parler d'excès de mortalité ou de surmortalité par rapport à la population de référence.

²⁹ Les populations dont on cherche ici à comparer la mortalité ont été incluses dans cette étude à différentes dates (1992, 1993, 1996, 1997). Ce calcul n'a de sens que s'il est effectué à durée d'exposition égale. Il est donc nécessaire dans ce type d'étude de raisonner en termes de personnes années (les années d'exposition, comptabilisées en PA, sont équivalentes : 10 PA = 1 personne suivie pendant 10 ans ou 10 personnes suivies pendant 1 an).

La mortalité des sortants de prison a été comparée à celle de la population générale française et à celle des ouvriers-employés. Tous âges et toutes causes confondues, une surmortalité a été observée chez les ex-prisonniers par rapport à la population générale (RSM = 321,3 [199 ; 491]) et les ouvriers-employés. Des RSM très significativement supérieures ont été observés pour les décès par pharmacodépendance (surdose) mais également pour les morts violentes (hors suicide chez les 35-54 ans), les maladies du système circulatoire (15-34 ans) et les cirrhoses (35-54 ans).

Aucune surdose n'a néanmoins été observée dans les deux semaines suivant la sortie de prison, période au cours de laquelle, il a été montré que le risque de décès par surdoses est le plus élevé.

Graphique 6 : Evolution de la mortalité des personnes interpellées pour héroïne, cocaïne ou crack, 1992-2001



Graphique à deux axes permettant de mettre en perspective les taux annuels de mortalité dans la cohorte des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack (axe de gauche) et les principaux indicateurs de la mortalité des usagers de drogues (à droite – décès par surdoses, par sida, par pharmacodépendance).

Sources : cohorte de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT (données OCRTIS, INSEE et INSERM) ; fichier des surdoses (OCRTIS), décès par sida (InVS), décès par pharmacodépendance (CépiDc- INSERM).

6.2 Maladies infectieuses liée à l'usage de drogues

Dispositif de surveillance de l'infection à VIH

Au 30 septembre 2003, 1 843 notifications de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH ont été enregistrées, 1 301 notifications ont pu être analysées (InVS et Centre national de référence pour le VIH, 2004).

La contamination par usage de drogues injectable est peu fréquente et ne représente que 3 % des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (5 % si on exclut les inconnus) alors que les rapports hétérosexuels en concernent plus de la moitié (53 %).

Selon l'InVS, « la diminution du nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues et leur faible proportion parmi les nouveaux diagnostics (3 %) confirme la réduction de la transmission du VIH dans cette population » (Tableau 14).

Une large proportion d'usagers de drogues ont découvert leur séropositivité pour le VIH avant d'atteindre le stade sida (86 % vs 60 % chez les homosexuels et 40% chez les hétérosexuels).

Tableau 14 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002 ⁽¹⁾	2003 ⁽¹⁾
Nombre de nouveaux cas chez les UDVI	353	302	244	253	197	142
Ensemble des nouveaux cas de Sida	1 936	1 820	1 712	1 641	1 539	934
Part UDVI (%)	18,2	16,6	14,3	15,4	12,8	15,2

(1) données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

Motifs d'hospitalisation et mortalité dans une cohorte de sujets contaminés par le VIH par injection de drogues intraveineuse

Les causes d'hospitalisation et de décès ainsi que leur évolution au cours du temps ont été étudiées au sein d'une cohorte de 467 sujets infectés par le VIH par injection de drogues par voie intraveineuse (Marimoutou *et al.*, 2003). Les personnes ont été incluses indépendamment du fait qu'elles poursuivent ou non l'injection de drogues.

Le taux brut de mortalité est de 19 pour mille PA [12 ; 29] soit une probabilité de survie à un an après l'inclusion dans la cohorte de 98 % et de 97,7 % à 2 ans. Rapporté à la population générale de la région PACA, le taux de mortalité des patients infectés est 13 fois celui des 25-34 ans et 10 fois celui des 35-44 ans.

L'incidence des hospitalisations reste stable à partir du 6^{ème} mois de suivi. Les patients hospitalisés sur la période, étaient à un stade plus avancé de l'infection par VIH à l'inclusion et étaient plus fréquemment encore usagers de drogues actifs à l'inclusion. « *Les motifs d'hospitalisation et les décès sont rarement liés à la progression de l'infection par VIH : il existe chez les sujets plus de problèmes liés à l'usage de drogues et aux conditions de vie qui y sont associées que des problèmes liés à l'infection du VIH : grande fréquence des intoxications volontaires ou des cures de désintoxication, problèmes hépatiques (90 % des patients sont co-infectés par le virus de l'hépatite C, 80 % par celui de l'hépatite B), problèmes psychiatriques, traumatismes et accidents* ».

L'étude conclut qu'il est nécessaire de porter une attention particulière au dépistage et à la surveillance des différentes co-morbidités de ces patients, en particulier, les co-infections VHB et VHC et les manifestations psychiatriques.

Prévalence VIH, VHC et VHB parmi les usagers problématiques

Dans l'enquête « première ligne 2003 » du dispositif TREND, les taux de positivité parmi les personnes déclarant connaître le résultat de leurs sérologies (77 % des usagers enquêtés pour le VIH, 70 % pour le VHC et 64 % pour le VHB) montrent un taux global de 11 % pour le VIH (10 % en 2002), de 43 % pour le VHC (49 % en 2002) et de 7 % pour le VHB (14 % en 2002) (Bello *et al.*, 2004).

Parmi les injecteurs récents, le VIH toucherait encore au moins une personne sur dix (10 %) et l'hépatite C au moins six personnes sur dix (58 %). L'étude coquelicot montre que les patients ont une bonne connaissance de leur statut sérologique pour le VIH, mais montre également que les prévalences déclarées sous-estiment la réalité pour le VHC : 51 % déclarent une sérologie positive pour le VHC alors que l'examen biologique en révèle 73 %. L'écart est maximal pour les moins de 30 ans (24,2 % vs 46,4 %).

Tableau 15 : Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH et VHC selon les modes de consommation au sein des participants à l'enquête TREND « première ligne », 2003

	Injecteurs/vie	Injecteurs/mois	Sniffeurs mois	Sniffeurs exclusifs ⁽¹⁾	Total
Positivité VIH	77 (14%)	35 (10%)	22 (8%)	4 (2%)	86 (11%)
Positivité VHC	301 (55%)	191 (58%)	86 (34%)	7 (5%)	310 (43%)

(1) personnes ne s'étant jamais injectées et pratiquant uniquement le sniff

Source : Données et exploitation TREND / OFDT

En l'absence d'examens biologiques systématiques, la situation des usagers de drogues vis-à-vis de l'hépatite B (vaccinés, guéris, porteurs d'une hépatite aiguë ou chronique, ou n'ayant jamais eu de contact avec le virus) reste très imprécise.

6.3 Co-morbidités psychiatriques

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues

La fréquence des phénomènes pathologiques directement liés à l'injection, déclarés par les usagers des structures de « première ligne » en 2003, apparaît accrue en cas d'injection de Subutex® (Bello *et al.*, 2004).

Tableau 16 : Fréquences et odd ratio (OR) de problèmes liés à l'injection chez des injecteurs au cours du mois écoulé selon l'injection ou non de BHD – enquête de « première ligne » du dispositif TREND, 2003

	Injecteurs de BHD	Injecteurs autre(s) produit(s)	OR et intervalle de confiance à 95 %	
Abcès	31 %	19 %	1,9	[1,2 - 3,1]
Difficultés à l'injection	68 %	55 %	1,7	[1,1 - 2,6]
Veine bouchée, thrombose, phlébite	42 %	30 %	1,7	[1,1 - 2,5]
Gonflement mains ou avant-bras	44 %	26 %	2,3	[1,5 - 3,5]
« Poussière » (pic hyperthermique)	27 %	22 %	1,4	[0,9 - 2,1]
Hématome	44 %	36 %	1,4	[0,9 - 2,1]

Source : Données et exploitation TREND / OFDT

Réponses aux problèmes sanitaires : contexte général

Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues : il n'existe pas en France de politique nationale ou d'interventions spécifiques à la réduction des surdoses. L'accès aux traitements de substitution ainsi que le dispositif de réduction des risques sont, de fait, des moyens indirects de prévenir la mortalité liée à l'usage d'opiacés.

Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues :

La politique de réduction des risques se définit comme l'ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par les virus du SIDA et des hépatites mais également les problèmes et complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues. Principalement, il s'agit de prévenir les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse et à l'injection de produits réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, surdoses, septicémies).

En France, le dispositif repose sur des actions de prévention visant à faciliter l'accès au matériel d'injection stérile et à la diffusion de messages préventifs ainsi qu'à l'accès au dépistage parmi une population à haut risque.

Les actions sont en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé bénéficiant souvent du soutien de l'Etat ou des collectivités locales.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- la vente libre de seringues en pharmacies (vendues sans prescription depuis 1987) ;
- les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® (225 au total en 2002) ou récupérant des seringues usagées (153 en 2002) ;
- les programmes associatifs d'échange de seringues (PES) au nombre de 118 en 2001 ;
- les « boutiques » ou lieux de contact pour usagers de drogues (40 en 2001) ;

Globalement, le dispositif de réduction des risques couvre la majeure partie du territoire français (87 départements couverts)

Le dépistage est théoriquement facilité par l'existence de centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), au nombre de 386 hors prison et 109 en prison (en 2002). Il existe un plan de lutte contre les hépatites B et C (2002-2005) dont les principaux objectifs sont : la baisse des transmissions, l'amélioration du dépistage et du système de soins ainsi que l'accès au traitement, le renforcement de la recherche clinique, de la surveillance et de l'évaluation. La prévention des contaminations par la voie sniffée, controversée en France, mais dans laquelle certaines associations sont impliquées, mais est peu soutenue par l'état.

Le questionnaire structuré n°23 [*mesures de réduction des risques pour la prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues*] permet d'avoir une vision globale des axes politiques choisis, des interventions qui en découlent et qui sont effectivement mises en place en France.

Les lieux où des seringues sont disponibles ainsi que l'estimation des quantités distribuées sont consignés dans le Tableau épidémiologique n°10.

Interventions liées aux comorbidités psychiatriques : il n'existe pas de service strictement spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues présentant des pathologies psychiatriques associées ; certains hôpitaux psychiatriques ont développé depuis quelques années une activité de prise en charge des toxicomanes mais ils restent rares. Depuis 1998, trois différentes circulaires émanant de la Direction générale de la santé (DGS) ont eu pour objet d'améliorer la prise en charge, en préconisant une coopération accrue entre les services concernés (CSST, service psychiatrique hospitalier...) mais les collaborations restent ponctuelles (Wieviorka, 2003).

7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

Nouvelles dispositions planifiées

Le plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites 2004-2008 prévoit de consolider et d'adapter le dispositif de réduction des risques face notamment aux nouvelles formes de précarité des usagers et au niveau toujours élevé de la prévalence du VHC. Un « référentiel » devrait être élaboré à destination des structures de « première ligne » afin de « définir le cadre de leurs actions de terrain et clarifier leur positionnement par rapport au champ répressif » (MILDT, 2004, p.36).

Disponibilité des seringues

Alors qu'entre 1995 et 1999, l'accès des usagers de drogue aux seringues (pharmacie, milieu associatif *via* les PES) n'a cessé d'augmenter, un recul de l'utilisation des seringues «BD 1 ml » (de la firme Becton-Dickinson) semble apparaître depuis l'année 2000. Celui-ci ne peut toutefois être précisément quantifié et pourrait être significativement moins élevé que la baisse d'un tiers des ventes en officine entre 1999 et 2001. En effet, des erreurs d'estimation de la part des seringues de 1 ml vendue aux UDVI ne sont pas à exclure car les personnes diabétiques sont également acheteurs de ce type. Parallèlement un doublement de la distribution des seringues a été observé dans le secteur associatif (PES), mais il n'a vraisemblablement pas pu compenser entièrement cette baisse des ventes en officine.

Les ventes de Stéribox®, après une montée en puissance entre les années 1996 et 1999 semblent depuis peu se stabiliser autour de 5 300 000.

Depuis l'année 2000, la firme BD observe un accroissement notable de la consommation de seringues de 0,5 ml. Sur les deux millions de seringues de ce type annuellement vendues, la moitié serait à des usagers de drogues (Emmanuelli, 2003).

**Tableau 17 : Evolution des ventes et de la distribution de seringues (en milliers)
1998-2003**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Steribox® (en seringues)	5 440	5 759	5 262	5 304	5 207	5 300
<i>Steribox® (évolution annuelle)</i>	17,9%	5,9%	-8,6%	0,8%	-1,8%	1,8%
<i>Steribox® (évolution 1996-2003)</i>						38,3%
Seringues BD (volume total) ⁽¹⁾	7 151	8 627	6 466	3 808	2 684	3 001
Seringues : autres marques	1 788	2 157	1 367	702	537	620
Seringues PES ⁽²⁾	1 500	1 500	1 500	3 000	3 000	3 000
Total seringues UDVI	15 880	18 043	14 595	12 814	11 428	11 921
<i>Seringues UDVI (évolution annuelle)</i>	2,7%	13,6%	-19,1%	-12,2%	-10,8%	4,3%
<i>Seringues UDVI (évolution 1996-2003)</i>						-19,4%

(1) Ensemble des seringues de la firme Becton-Dickinson vendues en pharmacies aux usagers de drogues (1 ml en lots de 30 seringues, 2 ml en lots de 20, 1 ml à l'unité, 0,5 ml à l'unité). Cette estimation est faite par la firme elle-même.

(2) jusqu'en 2000 estimation du volume de seringues distribuées parallèlement par le secteur associatif. Estimation de 1996 réalisée dans le cadre de l'enquête PES « Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les PES en France » (Emmanuelli *et al.*, 1999). Après 2000, estimations réalisées par la DGS.

Source : SIAMOIS, InVs ; DGS.

Quelle que soit son ampleur, cette baisse de consommation de seringues des usagers de drogues peut être mise en parallèle avec la baisse de la pratique de l'injection observée au cours de ces dernières années chez les usagers des structures de « première ligne » (Bello *et al.*, 2004; Bello *et al.*, 2003) comme chez ceux fréquentant les structures de soins spécialisés (Palle *et al.*, à paraître; Palle *et al.*, 2003). Chez les plus jeunes notamment, le sniff tend à remplacer l'injection.

7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire conséquent à l'usage

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

8. Conséquences sociales

Conséquences sociales : contexte général

Exclusion sociale : la situation sociale et économique des usagers de drogues peut être appréhendée à travers les caractéristiques socioéconomiques relevées lors de leur passage dans des structures d'accueil (CSST ou structures de « première ligne »). Leur niveau de précarité est variable suivant le type de structures fréquentées. Les usagers se rendant les structures de « première ligne » se caractérisent par une désinsertion sociale plus grande que ceux rencontrés dans les CSST : plus de chômeurs (50 % vivent des aides sociales parmi les consultants en structure « première ligne », contre environ 30 % en CSST), mode d'hébergement plus précaire (40 % en « première ligne » vs 30 % en CSST), plus de célibataires et moins de parents ayant des enfants à charge...

La reconstitution des trajectoires, du système de vie et du rapport aux risques des usagers (en particulier d'héroïne) permet de comprendre les contextes et les processus de précarisation à l'œuvre (fragilité économique et sociale, déscolarisation, affaiblissement des solidarités), concomitants de l'installation d'une problématique de toxicomanie dans la vie des individus. Pour Bouhnik et Touzé (1996), la précarisation des conditions de vie des usagers associée à la répression et aux incarcérations réitérées contribuent à l'amplification des conduites à risques. Selon, Jamouille (2001), les usagers doivent affronter plusieurs formes de précarité : économique, sociale et citoyenne, sanitaire et psychologique.

Parmi les sans-abri, la toxicomanie est généralement antérieure à la désocialisation de l'individu (Dabit et Ducrot, 1999; Declerck et Henry, 1996; La Rosa, 1998). Inversement, l'exclusion engendre un vif sentiment de déclassement qui est susceptible de pousser un individu vers la toxicomanie dès lors qu'il n'a pas choisi délibérément la marginalité. Mais les substances peuvent également être un moyen de supporter la violence générée par la vie dans la rue : *« le recours aux produits psychoactifs apparaît comme un moyen de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce »* (Joubert, 2003).

Délits et criminalité liés à l'usage de drogues : 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 pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. L'utilisateur peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération.

Les données pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et facilement accessibles. En revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vision complète du traitement des infractions, en particulier pour ce qui concerne le détail des alternatives aux poursuites (entre l'interpellation et l'éventuelle condamnation).

Les interpellations pour ILS sont classées en deux grandes catégories : usage simple et trafic (décomposé en usage-revente, trafic local et trafic international) [Tableau épidémiologique n°11].

Les condamnations enregistrées par le Casier Judiciaire national (CNJ) rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions mais par convention, les condamnations sont présentées selon l'infraction principale. Les catégories statistiques utilisées sont les suivantes : usage illicite de stupéfiants, aide à l'usage par autrui, détention/acquisition, fabrication/emploi/transport, offre et cession, détention/acquisition, importation/exportation, autres ILS.

Depuis 2003, la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est un délit (loi n° 2003-87 du 3 février 2003, NOR: JUSX0205970L). Le délit est passible de 2 ans d'emprisonnement et 5 000 € d'amende pour seul usage de stupéfiants et la peine est aggravée lorsqu'une consommation d'alcool concomitante est constatée. Le dépistage est obligatoire pour tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel et systématique, si suspicion de consommation, dans le cas d'accidents corporels. Les contrôles peuvent également être pratiqués de manière aléatoire.

Usage en prison [Tableau épidémiologique n°12] : Une étude menée en 1997 montre que 32 % des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues (drogues illicites et médicaments détournés de leur usage) au cours de l'année précédant l'incarcération (Mouquet *et al.*, 1999) ; en population générale, les consommations régulières de drogues illicites représentent 6 % des 18/25 ans et 2 % des 26/44 ans (François Beck *et al.*, 2002). Ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'usagers de drogues comparativement à la population générale.

Les études existantes montrent que l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions moindres, pendant l'incarcération (Rotily, 2000). En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se sont développées en milieu pénitentiaire. D'une façon générale, on assiste à un transfert de consommation des drogues illicites et rares vers les médicaments (Stankoff et Dherot, 2000).

Ces consommations de stupéfiants, qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, risques d'accidents en cas d'association des médicaments à d'autres produits, états de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques. De surcroît, les personnes détenues constituent une population qui, du point de vue des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, cumule les facteurs de risque. Le faible accès aux soins de cette population et plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a souvent été confrontée avant l'incarcération (absence de domicile stable, de régime de sécurité sociale) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection apparaît importante au sein de cette population précarisée, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclarent une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération (Mouquet *et al.*, 1999). Selon les études, 60 à 80 % de ce public cesse de s'injecter en détention. Toutefois, ceux qui poursuivent, même s'ils réduisent la fréquence des injections, tendent à présenter de plus hauts risques (plus gros injecteurs, ils sont aussi plus souvent infectés), si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants.

Enfin, les détenus semblent plus touchés par les maladies infectieuses qu'en population générale. Les données les plus récentes permettent d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. Comme à l'extérieur toutefois, la prévalence du VIH en prison a reculé alors que celle de l'hépatite C connaît une forte progression.

Coût social des drogues : la dernière estimation disponible date de 2000 et est basée sur des chiffres de 1995 (Kopp et Fenoglio, 2000). Ce coût s'élèverait, hors coût de consommation et en considérant les drogues illicites seulement, à 2 0352 millions d'euros, ce qui équivaut à 0,16 % du PIB national.

Le coût social des drogues se répartit entre : les pertes de revenus et de production (45,7 %), les dépenses des administrations publiques (36,3 %), les dépenses de santé (11,4 % ; principalement le coût conséquent à la prise en charge du Sida et les coûts entraînés par le Subutex®), les pertes de prélèvements obligatoires et les autres coûts supportés par les agents privés.

8.1 Exclusion sociale

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues

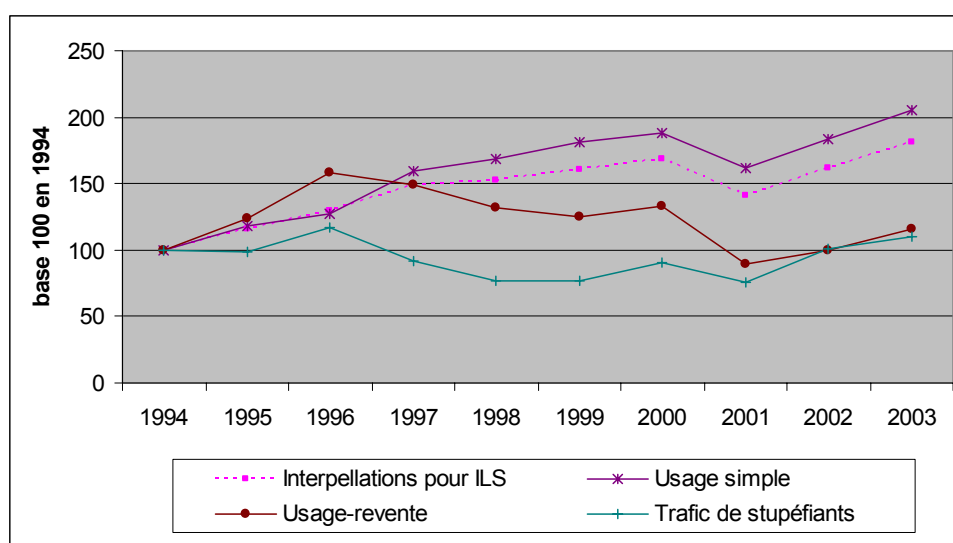
Infractions directes associées à l'usage de stupéfiants

Interpellations

En 2003, les services de police, de gendarmerie et des douanes ont réalisé 108 141 interpellations pour ILS, soit 12 % de plus qu'en 2002. Parmi les différentes catégories d'interpellation, toutes sont en augmentation par rapport à l'année précédente, et en particulier les interpellations pour trafic international (+26,5 % entre 2002 et 2003) (Graphique 7).

L'**usage** de drogues reste le motif d'interpellation principal : **100 219 interpellations**, soit 84 % des interpellations pour ILS en 2003, proportion équivalente à celle des trois dernières années.

Graphique 7 : Evolution des catégories d'interpellation, 1994-2003



Lecture : l'évolution des catégories d'interpellation est montrée ici en prenant comme année de référence 1994 (base 100) ; les évolutions annuelles des catégories d'interpellation sont donc calculées sur la base d'un indice 100 en 1994 : un chiffre inférieur à 100 indique une baisse par rapport à l'année de référence alors qu'un chiffre supérieur à 100 indique une hausse.

Source : FNAILS, OCRTIS.

On recense **9 589 interpellations pour usage-revente**, deuxième motif d'interpellation, dont la part est constante dans l'ensemble des interpellations depuis 2001. Les **interpellations pour trafic** se décomposent en : 1 299 interpellations pour trafic international et 6 623 pour trafic local (soit 7,3 % de l'ensemble des interpellations pour ILS). Alors que les interpellations concernent majoritairement le cannabis, le poids de ce produit est moins marqué dans les interpellations pour usage-revente et pour trafic (Tableau 18).

En ce qui concerne les produits, les évolutions notables de l'année 2003 par rapport à l'année précédente sont les suivantes :

- augmentation des interpellations pour usage et trafic de cocaïne et de crack ;
- augmentation des interpellations pour usage d'amphétamines (176 contre 95 en 2002) ;
- augmentation des interpellations pour usage de champignons hallucinogènes.

Tableau 18 : Interpellations pour ILS par produit, 2003

	Usage	% en colonne	Usage revente	% en colonne	Trafic	% en colonne	Total
Cannabis	82 143	90,6	7 617	79,4	4 508	56,9	94 268
Héroïne	3 258	3,6	778	8,1	966	12,2	5 002
Cocaïne	2 104	2,3	464	4,8	1 570	19,8	4 138
Crack	897	1,0	164	1,7	373	4,7	897
Ecstasy	1 548	1,7	414	4,3	384	4,8	2 346
Médicaments ⁽¹⁾	197	0,2	79	0,8	39	0,5	197
Autres	483	0,5	73	0,8	82	1,0	483
Total	90 630	100,0	9 589	100,0	7 922	100,0	108 141

(1) méthadone, Subutex®, autres

Source : FNAIS, OCRTIS

Condamnations

En 2002, 21 629 condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) en infraction principale ont été prononcées (mais au total, une ILS apparaît dans 25 662 condamnations).

Après la baisse de 2001, constatée pour l'ensemble des données pénales (interpellations et incarcérations), le nombre de condamnations pour ILS augmente à nouveau mais le niveau de 2000 n'est toujours pas atteint (22 831 condamnations en 2000).

La principale explication pouvant être avancée pour éclaircir l'augmentation des condamnations pour ILS alors que l'ensemble des condamnations pour délits baisse est l'amnistie de juillet 2002. En effet, l'amnistie présidentielle touche essentiellement les faits les moins graves et on peut supposer qu'une partie des condamnations pour usage prononcées en 2002 ont été annulées alors que tous les faits concernant le commerce, qu'il s'agisse de l'usage revente ou du trafic en ont été exclus.

Tableau 19 : Condamnations pour ILS (en infraction principale) suivant la nature de l'infraction, 2001-2002

	2001 (révisé)	2002 (provisoire)	Répartition en 2002 (%)	Évolution 2001-2002 (%)
Ensemble des délits	417 289	387 741		-7,1
Ensemble des ILS	21 203	21 629	100,0	2,0
usage illicite de stupéfiants	5 689	4 658	21,5	-18,1
détention, acquisition	8 293	8 877	41,0	7,0
offre et cession	2 357	2 225	10,3	-5,6
commerce, emploi, transport	3 377	4 257	19,7	26,1
trafic (exportation - importation)	1 373	1 509	7,0	9,9
aide à l'usage par autrui	52	53	0,2	1,9
autres ILS ⁽¹⁾	62	50	0,2	-19,4

(1) Dont 16 condamnations pour blanchiment et 16 pour non justification de ressources par une personne en relation avec quelqu'un se livrant à une activité illicite en matière de stupéfiants

Les chiffres sont révisés d'une année à l'autre et ils restent provisoires pour l'année en cours (d'où des écarts avec les extractions demandées au service statistique du ministère)

Source : Casier Judiciaire national (SDSED- ministère de la Justice).

Les trois quarts des condamnations pour ILS sont sanctionnées par une **peine d'emprisonnement** (16 406), la moitié d'entre elles bénéficiant d'un sursis total (les autres comportent au moins une partie de la peine d'emprisonnement ferme, c'est-à-dire faisant

l'objet d'une mise en détention effective). Logiquement, plus l'infraction est jugée grave, plus l'emprisonnement a des chances d'être requis. Ainsi, 94 % des condamnations pour import-export aboutissent à une peine d'emprisonnement contre 75 % pour les cas de détention-acquisition et 58 % pour les cas de simple usage de stupéfiants.

La durée moyenne prononcée pour l'emprisonnement ferme (la totalité de la peine ne sera peut-être pas exécutée) est importante pour les infractions les plus graves (excepté pour l'offre et la cession) : de 6,2 mois en moyenne pour l'usage contre 31,3 mois pour l'import-export de stupéfiants.

Incarcérations

Au 31 décembre 2003, on comptait 5 197 condamnés incarcérés pour une ILS, en infraction principale. C'est 26 % de plus qu'en 2002. Pour la deuxième année consécutive, le nombre de personnes incarcérées pour ILS est en hausse, alors que ce chiffre était à la baisse depuis 1995. La hausse de 2002 était plus modeste (+5 %).

La nouvelle version du fichier national des détenus est entrée en vigueur en 2003. Les chiffres de 2003 ne sont donc pas comparables à ceux des années précédentes. En 2003, 13 142 personnes ont été incarcérées pour une ILS, qu'elle soit seule ou en association, sur un total de près de 90 000 incarcérations. L'infraction la plus fréquemment retenue est celle de la détention de stupéfiants (présente dans 9 282 incarcérations, soit 70 % des incarcérations pour ILS), suivie par l'usage de stupéfiants (retenue pour 1 977 personnes incarcérées au cours de l'année, soit 15 % des incarcérations pour ILS).

Autres délits

Délits sur la route

Les premiers chiffres du nombre d'infractions pour « conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants » sont partiels puisque la mise en place des contrôles n'a été effective qu'à partir du second semestre 2003 et qu'ils ne concernent ici que la Police nationale.

Sur l'ensemble des 2 138 contrôles réalisés quel qu'en soit le motif (accident, infraction, soupçon d'usage de stupéfiant), 344 se sont révélés positifs aux stupéfiants (soit 16 %). En cas d'accidents ou d'infractions (2079 contrôles), les tests se révèlent positifs dans 15,3 % des cas. En cas de soupçon d'usage de stupéfiants (59 contrôles), cette proportion s'élève à 44,1 %.

8.3 Usage en prison

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

8.4 Coût social

Kopp et Fenoglio (2004) ont retracé l'ensemble des coûts et bénéfices économiques des drogues illicites en France (Tableau 20). Les économies publiques augmentées du poids économique des drogues illicites s'élèveraient à 1 385 millions d'euros (M€) dont la majeure partie (99 %) serait générée par le chiffre d'affaire des trafiquants (sphère privée). Comparativement à la richesse créée au niveau national, le montant de 1 385 M€ représente 0,11 % du PIB.

Tableau 20 : Economies publiques et poids économique générés par les drogues illicites (en millions d'euros), 1997

	poids	part (%)
sphère publique	12,56	0,91
<i>dont :</i>		
<i>retraites non versés</i>	9,38	0,68
<i>médecine de ville</i>	1,26	0,09
<i>soins hospitaliers</i>	1,91	0,14
<i>fiscalité</i>	0,0	0,0
sphère privée	1 372,04	99,09
dont trafiquants	1 372,04	99,09
<i>dont :</i>		
<i>cannabis</i>	670,78	48,45
<i>héroïne</i>	701,27	50,65
<i>cocaïne</i>	na	
<i>produits de synthèse</i>	na	
balance commerciale	na	
Total	1 384,60	100

Sources : Kopp et Fenoglio (Kopp et Fenoglio, 2004). Année de référence 1997.

9. Réponses aux problèmes sociaux

Réponses aux problèmes sociaux : contexte général

Intégration sociale : la politique de réduction des risques vise, en plus des problèmes sanitaires, à réduire les problèmes sociaux qui caractérisent le parcours de l'usager de drogues : isolement, errance, ruptures affectives, familiales et professionnelles. Parmi les structures de réduction des risques, les « boutiques » sont des lieux de contact pour les usagers, les « sleep-in » offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers de drogues en situation de grande précarité (4 en 2002). Les équipes de proximité ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues en plus d'être des médiateurs de quartiers (4 en 2001). Les usagers de drogues peuvent également bénéficier d'un accueil dans des structures du dispositif de lutte contre l'exclusion : lits d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), lieux d'accueil de jour, équipes d'assistance mobiles.

Au sein des différentes structures, assistantes sociales, éducateurs spécialisés interviennent auprès des usagers pour faciliter le processus d'insertion.

Un des objectifs fixés par **les traitements de substitution**, en plus de rapprocher les usagers dépendants du système de soin, est de **contribuer à leur insertion sociale**. Plusieurs études ont démontré le bénéfice positif après 6 mois à 2 ans de traitement de l'individu : amélioration de l'inscription administrative, meilleure insertion professionnelle, amélioration des conditions de logement (Bilal *et al.*, 2003; Batel *et al.*, 2001; AIDES, 2002; Duburcq *et al.*, 2000 ; J. Reynaud *et al.*, 1997 ; Fhima *et al.*, 2001a; Lavignasse *et al.*, 2002).

Certaines études ont également mis en avant que les traitements **éloignent les usagers de la criminalité et des délits** quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et économiques de ces usagers (Facy, 1999; Calderon *et al.*, 2001; Henrion, 1995).

Assistance aux usagers en prison :

- prévention des maladies infectieuses : 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 VIH et, plus récemment de l'hépatite C, ainsi qu'une vaccination contre l'hépatite B. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 établissements pénitentiaires (généralement de taille importante) tandis que les UCSA prennent en charge les soins somatiques.

Cependant, dans un rapport établi pour le ministère de la justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, « *les actions de prévention de l'infection du VIH, du sida et des hépatites ne sont pas effectives dans tous les établissements* » (Rotily, 2000, p. 46). Pour l'auteur, trois axes de la politique de réduction des risques doivent être améliorés : l'information et la formation des détenus, l'offre de dépistage (VIH, VHC) et de vaccinations, et la réduction de la surpopulation et de la promiscuité en milieu carcéral.

- réduction des risques : la mise à disposition du matériel d'injection dans les prisons n'est pas retenue 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.

Aucun texte de loi n'interdit de façon explicite la pratique du tatouage. De même, réglementairement, des préservatifs doivent être mis à disposition, notamment dans les UCSA des établissements.

- prise en charge et traitement des dépendances : parmi les 186 établissements pénitentiaires présents en France, peu développent un dispositif de soins spécifique pour les toxicomanes. Des antennes toxicomanie existent dans 16 grandes maisons d'arrêt ; des Unités de soins pour sortants (UPS) ont été mises en œuvre dans 7 établissements pénitentiaires à titre expérimental en 1997 (2 ont fermé en 2003); des centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) ont été ouverts dans seulement 3 établissements pénitentiaires. Les 102

services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) contribuent à l'objectif de suivi social des détenus et à leur insertion à la sortie de prison ; ils assurent la réintégration sociale des toxicomanes (dont une part ont initié un traitement en milieu carcéral) en les orientant vers des partenaires publics ou associatifs.

La prescription de médicaments de substitution est théoriquement possible en détention dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement à la méthadone ou au Subutex®. Tous les établissements pénitentiaires sont tenus de proposer à l'entrée un traitement de substitution ou une méthode de sevrage aux personnes qui en exprimeraient le besoin (circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996). Le Ministère de la Santé a mené successivement trois enquêtes sur les traitements de substitution (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001) qui font apparaître que l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus réduit qu'en milieu libre : la proportion d'usagers de drogues substitués en prison s'élevait à 18 % en 2001 (6 % en 1998). Le taux d'interruption de traitements de substitution à l'entrée en prison a notablement baissé, passant de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001.

Il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution (Rotily *et al.*, 2000 ; Levasseur *et al.*, 2002).

Alternative aux poursuites et peines de substitution

La priorité conférée au volet médico-social dans la lutte contre les drogues suppose que les politiques donnent une impulsion aux réponses judiciaires alternatives : l'intervention judiciaire en matière de stupéfiants s'est donc faite plus libérale pour les usagers au cours de la dernière décennie. En 1993 le recours à l'injonction thérapeutique (IT) a été relancé en renforçant les relations entre les magistrats et le dispositif médico-social par la mise en place des conventions départementales d'objectifs (CDO).

En 1999, les réponses judiciaires sont diversifiées par la circulaire du 17 juin 1999 (NOR : JUSA9900148C) dans laquelle le ministre de la Justice invite les procureurs de la République à privilégier, dans le traitement pénal des usagers interpellés, la lutte contre le trafic local plutôt que la lutte contre l'usage simple. Les enquêtes sociales et de personnalité (sur les individus interpellés) doivent permettre une individualisation de la décision judiciaire et le choix de la mesure la plus appropriée. La diversification des réponses pénales est mise en avant : IT, classement avec orientation, classement sous condition pour les alternatives aux poursuites ; contrôles judiciaires socio-éducatifs avec obligation de soins, liberté surveillée, pour les mesures présentencielles.

Le suivi des peines alternatives à l'incarcération relève du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (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 de soins prononcées.

S'agissant des injonctions thérapeutiques, mesure alternative applicable par excellence aux personnes interpellées présentant un problème de dépendance, la tendance nationale est plutôt à la stagnation, malgré de nombreux efforts de relance par voie de circulaire (circulaire Guigou du 17 juin 1999 notamment).

Plus tard dans le processus pénal, les auteurs d'ILS peuvent bénéficier d'une peine de substitution à la place d'une peine d'emprisonnement ou d'amende : ces peines de substitution peuvent prendre la forme d'un travail d'intérêt général, de jours-amende, ou d'autres types de mesures. Les données nationales sont parcellaires sur ce point, en ce sens qu'elles ne permettent pas de distinguer la part de ces mesures attribuable aux seuls usagers, par exemple. Par ailleurs, le suivi de ces mesures est mis en œuvre établissement par établissement, sans qu'il existe une synthèse nationale des évolutions observées dans la réalisation de ces mesures.

9.1 Intégration sociale

PAS DE NOUVELLE INFORMATION DISPONIBLE

9.2 Prévention de délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues

Assistance aux usagers en prison

Traitements de substitution

La dernière enquête menée en 2003 par le ministère de la Santé sur les traitements de substitution en prison montre que le nombre de personnes détenues ayant accès à un traitement de substitution aux opiacés est en forte augmentation depuis 1999 (+55 % entre 1999 et 2001, +49 % entre 2001 et 2003).

80 % des détenus substitués reçoivent du Subutex® mais le nombre de détenus sous méthadone a fortement cru entre 2001 et 2003.

Tableau 21 : Détenus recevant un traitement de substitution, 1999-2003

	1999	2001	2003 ⁽¹⁾
Nombre d'établissements pénitentiaires total	168	168	163
Nombre d'établissement ne détenant aucune personne substituée	43	21	6
Détenus sous Subutex®	1 375	2 182	3 023
Détenus sous méthadone	270	366	768
Total	1 645	2 548	3 791
<i>Part des détenus sous substitution dans la population carcérale</i>	3,3 %	5,5 %	----

(1) en 2003, une prison a fermé et lors de l'exercice 2003, 4 prisons n'ont pas répondu au questionnaire ce qui explique le nombre différent entre 1999, 2001 et 2003

Source : enquête sur les traitements de substitution en prison, DGS.

Organisation des soins

Un rapport récent sur l'organisation des soins pour les détenus bénéficiant d'un traitement de substitution ou présentant une dépendance aux opiacés pointe les lacunes importantes dans la prise en charge sanitaire des détenus (Michel et Maguet, avril 2003). Se basant sur une enquête auprès de différents établissements pénitentiaires, de personnel pénitentiaire et de détenus, le rapport fait le constat que « *l'amélioration de l'organisation des soins aux patients bénéficiant d'un traitement de substitution n'est qu'une des facettes nécessaires dans la prise en considération globale du dispositif sanitaire en milieu carcéral* » et que « *la politique de substitution en milieu carcéral ne peut pas être décontextualisée de la politique pénale globale* ».

La recommandation essentielle faite par les experts est que le traitement de substitution doit être considéré comme une partie intégrante d'un projet thérapeutique d'ensemble centré sur le patient. Il s'avère en effet que même si tous les établissements enquêtés permettent aux détenus de maintenir un traitement préexistant, la prise en charge se cantonne souvent à la délivrance du produit.

Parmi les autres recommandations du rapport figurent :

- que l'initiation des traitements et les modalités de prescription doivent se faire sur la base de ce qui est pratiqué à l'extérieur ;
- que les modalités de délivrance doivent être décidées en fonction des produits (méthadone ou Subutex®) et des types d'établissement ;
- que les co-prescriptions de psychotropes et plus particulièrement les benzodiazépines doivent être limitées ;
- qu'il faut s'assurer du mieux possible de la confidentialité des soins ;
- qu'il faut dispenser de la formation au personnel pénitentiaire et sanitaire ;
- qu'il est nécessaire d'accentuer la prévention auprès des détenus.

Alternatives aux poursuites

En 2002, 4 068 injonctions thérapeutiques (IT) terminées et réussies ont donné lieu à un classement sans suite de l'affaire (chiffre équivalent à celui de 2001).

Peines de substitution

En 2002, une peine de substitution a été retenue dans 1 642 condamnations pour une ILS en infraction principale, soit dans 8 % des cas. Plus l'infraction est grave, moins ce type de peine est retenue (12 % des condamnations pour usage de stupéfiants bénéficient d'une peine de substitution contre 3 % pour les cas d'importation-exportation). Cette proportion est de 14 % en cas de condamnations pour usage seul.

Le recours aux peines de substitution pour les ILS est relativement rare (11,6 % des condamnations pour délits en bénéficient). Il s'agit le plus souvent de jours-amende (65 % des peines de substitution prononcées pour ILS), voire des travaux d'intérêt général (31 %). Les mesures éducatives et les dispenses de peine sont rares.

10. Marché et offre

Marché et offre : contexte général

Le dispositif TREND se concentre sur 2 espaces d'observation. L'espace urbain se définit comme les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues (squats, rue...). L'espace festif désigne les événements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée.

Disponibilité et approvisionnement : grâce aux sites d'observation de TREND, l'évolution des petits trafics (au niveau urbain et festif) tout comme l'accessibilité et la disponibilité des produits, peuvent être appréhendés.

- Le cannabis est le produit illicite le plus facilement disponible et accessible en France.
- L'héroïne est un produit peu disponible et peu visible, cette situation s'est accentuée avec la disparition des scènes ouvertes et la reconversion des petits trafiquants dans la vente de cocaïne, plus rentable.
- La cocaïne sous sa forme « base » est disponible aussi bien dans l'espace festif techno que dans l'espace urbain ; le crack est essentiellement disponible en Guyane, dans les Antilles et dans Paris intra-muros.
- On assiste depuis le début 2000 à une disponibilité accrue de la BHD (Subutex®) sur le marché parallèle.

Au sein de l'espace urbain, depuis 2002, les trafics ont tendance à se déplacer vers des lieux et espaces moins visibles.

Dans l'espace festif techno, les nouvelles réglementations encadrant l'organisation d'événements introduites début 2002 ont contribué à la raréfaction des événements non autorisés type « free-party » au profit de soirées techno commerciales. Ceci a contribué à un certain déplacement du trafic vers le milieu urbain ; les clubs et discothèques, l'espace privé (soirées en appartement), et hors des frontières (Espagne, Belgique).

Saisies : La France est un pays de transit pour des substances destinées notamment aux Pays-Bas, à la Belgique, au Royaume-Uni, à l'Italie et au-delà, et où il est donc difficile de séparer les quantités de drogues destinées au marché intérieur de celles qui ne font que transiter. L'aspect du trafic en France doit donc être abordé en fonction des produits du fait que les pays d'acquisition et de destination varient selon la substance considérée.

Les saisies recensées par les services répressifs (police, douanes, gendarmerie) en France ne constituent qu'un indicateur partiel de l'offre de drogues illicites, parce qu'elles sont directement liées à l'activité des services concernés et parce que le hasard joue un rôle non négligeable dans leurs variations annuelles. Il est donc indispensable d'étudier les évolutions sur de longues périodes.

Le nombre ainsi que les quantités saisies sur le territoire français sont issus du fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) géré par l'OCRTIS. Les tendances observées par produit sont les suivantes :

- depuis la fin des années 1980, une forte croissance des saisies de cocaïne et de crack, l'augmentation du nombre et des quantités saisies se prolonge dans les années 1990 et 2000.
- après une augmentation des quantités d'héroïne saisies dans les années 1980 et jusqu'en 1994, la tendance est depuis orientée à la baisse.
- depuis le début des années 1990, le nombre et les quantités saisies d'ecstasy ont cru très fortement alors que l'augmentation des saisies d'amphétamines a été plus modérée.
- quantité et nombre de saisies de LSD sont à la baisse sur la période 1990-2002 après un pic en 1992 et 1993.

Pour connaître les quantités saisies et le nombre de saisies opérées sur les quatre dernières années se reporter au *Tableau épidémiologique n°13*.

Prix, pureté : les informations sur les prix et la pureté des produits psychoactifs sont disponibles en France depuis l'année 2000. Ils proviennent du dispositif d'observation TREND de l'OFDT.

Dans le *Tableau épidémiologique n°14* sont consignés la pureté des produits sur les trois dernières années. La composition et les prix des principaux produits illicites sont dans les *Tableaux épidémiologiques n°15 et n°16*.

En 2002, l'herbe de cannabis est vendue moins de 5 € le gramme, deux tiers des échantillons analysés contiennent moins de 5 % de tétrahydrocannabinol (THC). La résine de cannabis, environ 7 € le gramme sur le marché, contient entre 5 à 10 % de THC (42 % des échantillons analysés) ou 10 à 15 % (28 % des échantillons analysés).

Le prix médian de l'héroïne brune en France métropolitaine semble diminuer depuis 2001 mais il existe de fortes disparités locales. Le taux de pureté se situe principalement entre 0 à 20 %. Le prix médian d'un comprimé de 8 mg de Subutex® (BHD) au marché noir est de 3 € depuis 2002 alors qu'il était de 6 € en 2000.

Les prix du chlorhydrate de cocaïne et de la cocaïne basée (crack) sont divers selon les sites et les espaces sociaux d'observation. En France métropolitaine, le prix médian du gramme de chlorhydrate de cocaïne est de 63 € et semble stable depuis 4 ans. Le taux de pureté de la cocaïne saisie est le plus souvent compris entre 60 et 100 %. Les produits de coupe les plus utilisés sont la lidocaïne, la phénacétine et la procaïne.

Les « prix ronds » restent la règle pour les comprimés d'ecstasy puisque trois cinquièmes des comprimés sont vendus 10 € à l'unité. L'achat en lot semble devenir plus courant. Le prix du comprimé descend alors facilement en dessous de 5 ou 3 €. En 2003, parmi les comprimés collectés par SINTES, 89 % contiennent de la MDMA et 93 % au moins un amphétaminique. La moyenne est de 54 mg de MDMA par comprimé (vs 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000). Près de 4% des comprimés sont fortement dosés (>100 mg). Le dosage des poudres et gélules contenant de la MDMA est en moyenne le double de celui des comprimés (51 % de MDMA pour les poudres, (33 dosages) ; 53 % pour les gélules (34 dosages) et 24 % pour les comprimés.

10.1 Disponibilité et approvisionnement

L'année 2003 s'inscrit dans la continuité de l'année précédente avec une activité policière importante autour des lieux fréquentés par les usagers de rue et autour d'établissements festifs commerciaux (clubs, discothèques...) (Bello *et al.*, 2004).

Cannabis : il semble que la disponibilité de l'herbe de cannabis soit en hausse du fait du développement de la culture du chanvre par les usagers eux-mêmes (autoproduction).

Héroïne : la disponibilité et l'accessibilité de ce produit restent marginales mais semblent se développer en milieu festif underground. Au sein de l'espace urbain, la situation est hétérogène selon les sites étudiés.

Cocaïne : la disponibilité de la forme poudre de la cocaïne s'est encore accrue par rapport à 2002 dans les deux espaces observés par TREND.

Ecstasy : le produit est très disponible dans les technivals, événements festifs commerciaux, ainsi que dans les clubs et discothèques.

Champignons hallucinogènes : en 2003, il a été constaté la recrudescence des achats réalisés *via* Internet, de variétés de champignons considérées comme mieux dosées en principe actif (variétés hawaïenne et mexicaine, environ 10 € le gramme) ainsi que de l'autoculture domestique en se procurant les spores et les kits prêts à l'emploi.

LSD : alors qu'il semblait avoir disparu en France en 2002, le LSD a fait sa réapparition dans les événements festifs type technival, soirées commerciales, free party.

10.2 Saisies

Le nombre de saisies réalisées par année est en hausse constante depuis 1998 (+60 % entre 1998 et 2003), tout comme les volumes saisis (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants, 2004).

Tableau 22 : Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites, 2001-2003

	2001		2002		2003	
	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾
Cannabis (kg)	46 666	62 174	57 794	57 115	67 443	82 515
Héroïne (kg)	2 650	351	2 633	476	2 560	545
Cocaïne (kg)	1 650	2 096	2 048	3 651	2 636	4 172
Ecstasy (comprimés)	1 589	1 503 773	1 782	2 156 937	1 864	2 211 727
Amphétamines (kg)	111	57	149	152	181	275
	Nb ⁽¹⁾		Nb ⁽¹⁾		Nb ⁽¹⁾	
Ensemble des produits	53 534		65 907		76 124	
Evolution base 100 en 1998	112,4		138,3		159,8	

(1) nombre de saisies effectuées au cours de l'année

(2) quantités saisis au cours de l'année

Source : FNAILS, OCRTIS

Globalement en 2003, les saisies de cannabis, héroïne, cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines sont en hausse comparativement à 2002. Les saisies de méthamphétamines, LSD et Khat sont plus marginales et décroissent.

Les saisies de cannabis sont en forte augmentation pour la résine (58 tonnes en 2002 à 78 tonnes en 2003) alors que les saisies d'herbe sont en baisse et que celles d'huile restent marginales.

L'entrée de la cocaïne en France se fait principalement par deux modes : la voie maritime (40 à 50 % des saisies) et la voie aérienne grâce à des passeurs transportant à corps ou dans leurs bagages le produit. Les saisies opérées en France restent minoritaires comparées à celles réalisées en Espagne (46 tonnes en 2003).

Les 545 kg d'héroïne saisis en 2003 représentent le plus gros volume saisi au cours des cinq dernières années. Les quantités saisis proviennent principalement des Pays-Bas et étaient à destination de la France, du Royaume-Uni et de l'Espagne. Une importante saisie de 67 kg réalisée en mars 2003 dans le Loiret contribue à porter le niveau des saisies d'héroïne à un seuil élevé. Il faut savoir que la majorité des prises portent sur des quantités inférieures à 5 grammes.

Le volume des saisies d'ecstasy est encore en hausse par rapport à l'année précédente. La majorité des ecstasy et amphétamines saisis provenaient des Pays-Bas. 65 % des saisies effectuées portent sur des petites quantités (1 à 20 comprimés) mais l'on recense néanmoins 31 saisies (soit 1,7 % des saisies) supérieures à 10 000 doses.

10.3 Prix, pureté

Cannabis : le prix moyen de la résine atteint en 2003 6 € le gramme (en baisse par rapport à 2002) avec des amplitudes variant dans une fourchette comprise entre 3 et 7,5 €. Le prix moyen de l'herbe reste stable par rapport aux années précédentes à 5 € le gramme environ, mais il peut tripler selon les qualités supposées.

L'analyse des saisies de résines de cannabis par les laboratoires des douanes en 2003 (environ 650 échantillons analysés) montre que la part des échantillons dosés à moins de 5 % de THC diminue depuis 2001, au profit des échantillons dosés entre 5 et 10 %, et surtout, des échantillons dosés à plus de 10 % de THC. Ces résines à plus de 10 % de THC représentent en 2003 40 %, contre seulement 27 % des résines en 2001. Les concentrations des résines varient de 0,4 % à 40 % avec une moyenne de 10 % ; celles des herbes varient de 0,3 % à 22 % avec une moyenne de 4 %. Selon les analyses réalisées par les services de police (sur 465 résines), la majorité des échantillons (43 % des échantillons analysés) sont dosés de 5 à 10 % de THC, ou de 10 à 15 % de THC (35 % des échantillons analysés).

Héroïne : les prix médians en France métropolitaine semblent diminuer, tant pour l'héroïne blanche (65 € le gramme) que pour l'héroïne brune (40 € le gramme). La disparité des prix selon les sites est importante. La proportion des échantillons saisis contenant plus de 20 % d'héroïne est en augmentation (57 % dosés de 0 à 20 % d'héroïne, 28 % dosés de 20 à 50 % et 15 % dosés de 50 à 100 % d'héroïne).

Crack : en Guyane le prix varie de 3 à 5 € la dose (« *caillou* »), en Martinique le prix médian est de 10 € la dose, à Paris la dose coûte entre 15 et 30 € et il faut compter entre 20 et 30 € pour une « *galette* » (2 ou 3 prises).

Ecstasy : les comprimés collectés en 2003 auprès des usagers contiennent de la MDMA (89 % des comprimés), de l'amphétamine (9 % des comprimés) et au moins un amphétaminique (93 % des comprimés). En 2003, la moyenne était de 54 mg de MDMA par comprimés (vs 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000) ; ce qui correspond en moyenne à une concentration de 24 %. Près de 4 % des comprimés collectés contiennent plus de 100 mg de MDMA (fort dosage), soit une légère augmentation par rapport aux trois années précédentes.

Les poudres contenant de la MDMA sont plus concentrées en principe actif que les comprimés avec en moyenne 51 % de MDMA (33 dosages disponibles) ; de même que les gélules (53 % en moyenne, 34 dosages disponibles). C'est le double du dosage moyen des comprimés.

Le prix moyen d'un comprimé à l'unité est légèrement en baisse par rapport à l'année 2002 (9,7 €). Les prix « ronds » restent la règle puisque trois cinquièmes des comprimés d'ecstasy sont vendus 10 € (contre presque la moitié en 2002), un sixième est vendu 15 euros et un sur 8 est vendu 5 €. Acheté en lot, le prix du comprimé descend facilement en dessous de 5 € ou 3 €. Le prix moyen varie également selon les lieux de vente, il est plus cher en discothèque ou dans les bars que dans la rue ou en tecknival.

PARTIE B : ECLAIRAGES SPECIFIQUES

11. Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription

Au cours des années 1970, la politique de lutte contre la toxicomanie n'envisageait d'autre objectif thérapeutique que le sevrage. Avec le développement de l'épidémie de VIH/sida chez les usagers de drogue par voie injectable dans les années 80, des dispositifs de réduction des risques (vente libre des seringues en 1987, développement de programmes d'échange de seringues) ont été progressivement développés. Les prises en charge ayant recours aux traitements de substitution aux opiacés ne se sont développées en France de manière significative que depuis 1996, s'appuyant en grande partie sur la prescription de buprénorphine haut dosage (BHD) et dans une moindre mesure sur celle de méthadone.

A partir de 1993, les traitements par méthadone sortent de leur statut expérimental, mais restent encadrés par des règles de prescription stricte : ils ne peuvent être initialisés que par des médecins exerçant dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes³⁰ (CSST). Le relais par un médecin de ville ne pourra être réalisé qu'une fois le patient stabilisé (Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, 1995). En début de traitement, la délivrance du produit est obligatoirement quotidienne, sous contrôle médical, et des analyses urinaires sont réalisées pour vérifier le bon déroulement du traitement. La prescription peut ensuite être effectuée pour une période de 14 jours, fractionnée en deux délivrances de 7 jours³¹. Les conditions d'accès aux programmes « méthadone » et de maintien dans ces programmes sont plus ou moins strictes selon les centres. Ils sont parfois très sélectifs.

Du fait des conditions d'accès, du trop faible nombre de places et de l'inégale répartition des centres sur le territoire national, l'offre de soins est apparue nettement insuffisante par rapport aux besoins. Par ailleurs, certains professionnels, plutôt acquis aux abords psychothérapeutiques de la dépendance, apparaissaient réticents à l'égard des traitements médicamenteux de la dépendance aux opiacés.

En conséquence, s'est mise en place en France au début de 1996, une offre thérapeutique complémentaire s'appuyant sur la buprénorphine haut dosage et sur une prescription initiale pouvant être réalisée par tout médecin. Le choix de la BHD par les autorités sanitaires s'est appuyé d'une part sur l'expérience préalable de médecins militants ayant eu recours à une présentation antalgique de buprénorphine (Temgesic®) pour substituer des personnes dépendantes aux opiacés et d'autre part sur l'absence de risque de surdose³² (contrairement à la méthadone) en cas d'usage de BHD sans autre molécule psychotrope.

Cadre de la prescription

Le texte légal (Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, 1996) précise que la prescription s'insère dans une prise en charge globale, psychologique et sociale, sans toutefois en présenter les modalités. De même, le travail en réseau réunissant centres spécialisés, médecins et pharmaciens de ville est préconisé mais ne constitue pas une obligation. Les modalités de prescription, précisées dans l'AMM (Autorisation de mise sur le marché), sont également plus souples que celles de la méthadone : la prescription est établie sur une ordonnance sécurisée pour une période maximale de 28 jours, fractionnée en

³⁰ Et depuis 2002 par les médecins des établissements de santé.

³¹ Arrêté du 8 février 2000, relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de méthadone.

³² La buprénorphine haut dosage est un agoniste-antagoniste morphinique. L'activité agoniste partielle limite les effets déprimeurs, notamment cardio-respiratoire.

délivrances de 7 jours sauf mention contraire expresse du prescripteur³³. Il est précisé que le traitement est réservé aux personnes volontaires de plus de 15 ans. L'unique critère de sélection des patients est l'existence d'une pharmacodépendance avérée aux opiacés.

Dans les années qui suivent l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) de la BHD, un effort important de formation des médecins est fourni. Il est principalement assuré par le laboratoire producteur, sur la base de documents rédigés par des professionnels du secteur. Une formation est également délivrée au sein des réseaux, et au sein des organismes de formation continue, soutenue par des subventions publiques. Enfin, les formations universitaires en toxicomanie intègrent ces nouvelles possibilités de traitement.

La pratique de prescription de la BHD connaît une diffusion assez large auprès des médecins généralistes qui en sont les principaux prescripteurs. Les médecins libéraux ont prescrit 93,2 % de la BHD délivrée en 2002 (Assurance Maladie, 2003).

Sur la base d'une étude portant sur treize agglomérations de France métropolitaine, on peut estimer qu'en 2002, 35 % des médecins généralistes ont prescrit un traitement par buprénorphine haut dosage. Toutefois, on note des variations importantes d'une agglomération à l'autre (de 23 % à 60 %). Le nombre de médecins généralistes prescripteurs continue à progresser. Il s'est accru de 11 % entre le premier semestre 2001 et le deuxième semestre 2002 (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

Cependant, l'activité de prescription est fréquemment concentrée sur un nombre restreint de médecins. Au cours du deuxième semestre 2002, les 20 % de médecins les plus prescripteurs de traitements substitutifs réalisent 73 % des prises en charge. En 2001, seuls 10 % des médecins généralistes appartiennent à un réseau « toxicomanie » et ceux-ci suivraient en moyenne 32 patients toxicomanes par an, contre 6 pour les médecins hors réseau (Coulomb *et al.*, 2002). La proportion de praticiens ayant prescrit un traitement substitutif à un ou deux patients seulement en 6 mois s'élève à 59 % des prescripteurs. Si la prescription d'un traitement de substitution par BHD semble une pratique répandue, une part importante des médecins ne dispose que d'une faible pratique de ces traitements. Ceci peut-être en lien avec un manque de formation puisque 81 % de ceux qui voient moins de 10 patients par an s'estiment insuffisamment ou non formés (Coulomb *et al.*, 2002).

Dans ce cadre de prescription, il est difficile d'estimer la part des patients qui bénéficient d'un traitement complémentaire au traitement médicamenteux. Soixante douze pour cent des médecins généralistes disent proposer un soutien psychologique en accompagnement du traitement (Coulomb *et al.*, 2002). Toutefois beaucoup éprouvent des difficultés à faire prendre en charge leur patient sur le plan psychologique ou psychiatrique dans les centres spécialisés ou à l'hôpital.

Les patients traités

Combien sont-ils ?

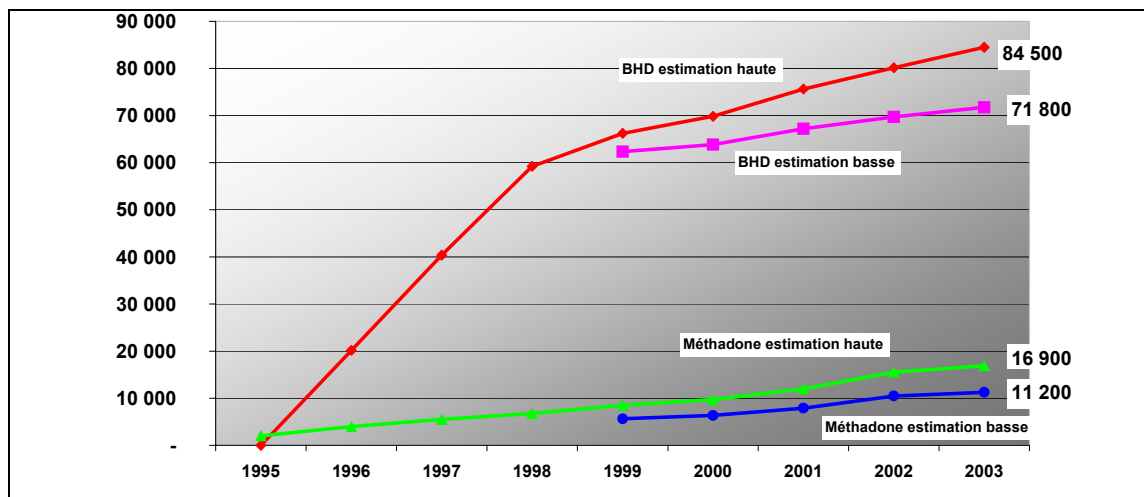
L'évolution de la diffusion du Subutex parmi les personnes dépendantes aux opiacés est habituellement suivie en divisant les quantités vendues par des estimations de doses thérapeutiques moyennes. Ce nombre théorique de patients traités se situe entre **71 600 et 84 500** personnes, en 2003³⁴, soit un peu moins de la moitié du nombre de consommateurs

³³ Arrêté du 20 septembre 1999 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de buprénorphine.

³⁴ Estimations OFDT à partir des données SIAMOIS / InVS et CNAMTS. La valeur haute tient compte d'une dose moyenne théorique de 8 mg, la valeur basse tient compte de la projection d'une série de doses médianes délivrées aux patients et observées sur 13 agglomérations.

problématiques d'opiacés en France (Graphique 8). Après une croissance importante, la tendance est maintenant à la stagnation du nombre de patients recevant de la BHD et même à la décroissance sur les zones où la pratique de la substitution a été massive et ancienne (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

Graphique 8 : Estimation du nombre de consommateurs de traitement de substitution



Sources : Données SIAMOIS / InVS et estimations OFDT

Cependant, après sa mise sur le marché en 1996, la BHD devient rapidement, en termes quantitatifs, le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France.

Le cadre peu restrictif de la prescription de la BHD adopté en France a eu pour conséquence de rendre ce produit très disponible, que ce soit par le biais de prescriptions médicales ou sur le marché parallèle. En marge de patients intégrés à moyen ou long terme dans un protocole thérapeutique, sont donc identifiées des personnes qui reçoivent des prescriptions de manière plus ou moins épisodique, une ou deux fois dans un semestre ou qui présentent de multiples interruptions de traitement (**au moins 22 000 personnes** fin 2002, selon les estimations OFD³⁵). Il faut ajouter à ces consommateurs, un peu moins de 5000 personnes qui multiplieraient les consultations dans un objectif de trafic.

A ces usagers « sous prescription totale ou partielle » s'ajoutent des consommateurs « hors prescription » difficilement dénombrables (Figure 1). Dans l'enquête « Première ligne 2003 » du dispositif TREND³⁶, 24 % des usagers de Subutex® au cours du mois écoulé, l'acquiert exclusivement au marché noir et 25 % l'y acquièrent partiellement (Bello *et al.*, à paraître).

Ainsi, le nombre de **patients sous BHD réellement insérés dans un processus de traitement** ne dépasserait pas **52 000** en 2002. Pour comparaison, l'effectif des patients traités par méthadone en juin 2003 concernerait à peu près 11 000 personnes.

Qui sont-ils ?

La plupart (76 % à 79 %) des consommateurs de BHD sont des hommes. Selon les sources, l'âge moyen des consommateurs se situe entre 30 ans et demi (2003) et 34 ans et 5 mois (2002) (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004; Bello *et al.*, à paraître; Claroux-Bellocq *et al.*, 2003; Thirion, 2003). La tendance est à l'élévation de l'âge, probablement liée à un effet cohorte : les patients vieillissent avec leur traitement.

³⁵ Estimations OFDT à partir de données de remboursement de l'Assurance Maladie : Elles ont permis d'estimer un effectif national de personnes ayant bénéficié de remboursement sur 3 mois (2000 avec projection en 2002) puis d'étudier les doses délivrées et les comportements de consultation des patients (polyprescription, prescriptions irrégulières), pour chaque semestre entre 1999 et 2002, sur 13 agglomérations françaises

³⁶ Le système d'information du réseau TREND s'intéresse aux usagers fréquentant les structures de premières lignes (programmes d'échange de seringues, boutiques...). Beaucoup sont des usagers encore actifs. Certains consomment le Subutex® dans le cadre d'un suivi médical (protocole) d'autres, non.

On observe des variations importantes de l'âge moyen des patients qui s'expliquent en partie par les écarts d'ancienneté des pratiques de substitution au sein des différentes agglomérations étudiées (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004). Ces différences sont également le reflet des variations de l'âge selon les groupes de population. Les patients consommant de la buprénorphine dans le cadre d'un suivi médical sont plus âgés que les patients consommant le Subutex® hors protocole (31,7 vs 29,2) (CEIP de Marseille, 2003).

Les femmes sont en moyenne plus jeunes que les hommes (0,7 ans d'écart entre hommes et femmes pour l'ensemble des patients ayant reçu une prescription de Subutex® (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004), 1,8 ans dans les structures de première ligne) (Bello *et al.*, à paraître). Ceci est peut être lié à une entrée des femmes dans un processus thérapeutique plus précoce que les hommes.

Les patients sous Subutex® sont fréquemment dans des situations précaires : 56 % des patients ayant reçu une prescription au 2^{ème} semestre 2002 bénéficient de la CMU (couverture maladie universelle³⁷) contre 7 % de la population française (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004; Claroux-Bellocq *et al.*, 2003). Parmi les usagers des structures de première ligne, les plus jeunes [15-24 ans] ont plus souvent un logement précaire (64 %) que les plus âgés (45 %) et une absence totale de couverture sociale (17 %) (Bello *et al.*, à paraître).

Les patients recevant de la méthadone, qui représentent entre 12 % et 18 % des patients sous traitement de substitution sont plus âgés de deux ans en moyenne et un peu plus souvent des femmes que les patients sous Subutex® (24 % vs 21 % parmi les patients sous protocole thérapeutique fréquentant les CSST) (CEIP de Marseille, 2003). Cependant, des données locales montrent que les écarts de sex-ratios entre les deux populations sont inconstants (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004). Les différences de structures d'âge ne sont pas non plus systématiques. La tendance est à une homogénéisation des populations sous buprénorphine et sous méthadone (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

Les impacts positifs des traitements par buprénorphine haut dosage

L'ensemble des informations disponibles, bien que parcellaires, relevées à un niveau individuel ou collectif, permet de dresser un bilan positif des stratégies thérapeutiques incluant le recours à un médicament de substitution aux opiacés. Quelques études, produites surtout au début de la diffusion des traitements substitutifs en France, ont permis de disposer d'un suivi individuel longitudinal des patients, par des médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des toxicomanes, exerçant en secteur libéral ou en CSST : SPESUB (1996) (Duburcq *et al.*, 2000), ARES 92 (1996) (Barbier et Lert, 2001), ANISSE (2000) (Batel *et al.*, 2001) par exemple. Les suivis portent sur des périodes allant de 6 mois à 2 ans. Comme pour toute analyse longitudinale, les évaluations concernent uniquement les sujets qui se sont maintenus dans le système de soins initial, mais ces études sont seules capables d'observer les impacts réels des traitements de substitution au niveau des individus. Deux études rétrospectives viennent compléter leurs résultats, celle de Bilal (1999) (Bilal *et al.*, 2003) et l'enquête AIDES (2001) (AIDES, 2002), menée du point de vue des patients.

En termes d'usage, on constate un éloignement progressif de la logique toxicomaniaque. Le recours aux substances illicites diminue, les pratiques d'injections également. Le partage du matériel et des seringues deviendrait moins courant. Le traitement de substitution est également, pour le patient, l'occasion d'une amélioration du recours aux soins, même si tout n'est pas résolu. Il permet notamment un meilleur accès aux traitements antirétroviraux (Carrieri *et al.*, 1999). Enfin, les résultats positifs de la BHD délivrée pendant la grossesse sur l'état de la mère et de l'enfant ne font aucun doute (Lejeune *et al.*, 2003). Ces différentes études de suivis d'usagers en traitement de substitution ou les études qualitatives menées

³⁷ Frais de santé couverts sans cotisation, accordé aux personnes à très faibles revenus.

auprès d'usagers (Milhet, 2002), témoignent de l'aide apportée par la substitution dans le processus de réinsertion sociale. Les conditions de logement ont tendance à s'améliorer, comme les situations de travail et l'accès à la couverture sociale. Le tissu relationnel se déplace, s'éloignant du « réseau » lié à la toxicomanie. Enfin le ressenti des patients quant à la qualité de leur vie s'améliore. En outre, la prise d'un traitement de substitution pendant une période d'incarcération limiterait le nombre des incarcérations ultérieures (Levasseur L. et al, 2002).

Au plan de la santé publique, l'élément le plus marquant se situe dans la chute importante des décès par surdoses, attestés par la convergence de plusieurs sources (Lopez *et al.*, à paraître), même si le bénéfice ne peut en être attribué aux seuls traitements de substitution. L'épidémie liée au VIH, particulièrement forte chez les toxicomanes injecteurs, s'est également considérablement ralentie. La moindre fréquence de l'injection pourrait y avoir contribué.

Les tentatives de comparaison entre traitement par BHD et par méthadone, achoppent en France sur les importantes différences des conditions de prescriptions de ces deux substances et du cadre thérapeutique proposé. De ce fait, les populations traitées dans un cadre ou dans l'autre sont assez différentes, générant des biais importants.

Mésusages

S'il a permis de nombreuses améliorations de l'état et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés, le développement des traitements par la BHD s'est également accompagné de l'apparition de conséquences indésirables. Les mésusages constatés portent d'une part sur le mode d'obtention du médicament (acheté dans la rue où il fait l'objet d'un trafic) et d'autre part sur l'usage qui en est fait.

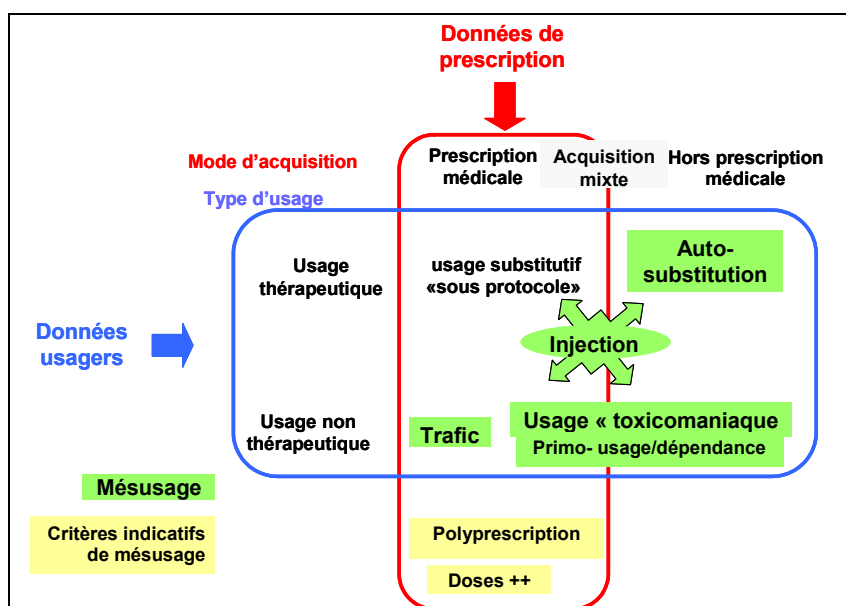
Concernant les usages indésirables, on est amené à distinguer :

- L'usage **thérapeutique hors protocole** ou **auto-substitution** (de patients dépendants aux opiacés, faisant un usage substitutif du Subutex® en dehors du cadre d'un suivi médical.
- L'**usage toxicomaniaque** : Pour d'autres, le recours à la BHD ne vise pas à l'arrêt de la consommation d'héroïne. Il s'agit d'une modalité de gestion de la consommation d'opiacés. Il existe alors un continuum de situations entre l'utilisation de la BHD comme n'importe quelle autre drogue pour gérer sa consommation d'héroïne, comme produit de dépannage où comme produit de maintenance, et l'auto-substitution.
- Un **usage non substitutif (primo-consommation et primo-dépendance)** a été clairement repéré depuis 3 à 4 ans par le dispositif TREND. Cet usage ne découle pas d'une pharmacodépendance opiacée pré-existante : Il s'agit d'un **usage toxicomaniaque** ou destiné à gérer des difficultés diverses.

L'approvisionnement dans le cadre d'un usage non thérapeutique s'effectue chez un médecin aussi bien qu'au marché noir.

De plus, dans le cadre d'un traitement de substitution ou non, l'**injection de la buprénorphine** (théoriquement non injectable) s'est développée, limitant d'une part l'impact des traitements de substitution sur l'injection, mais entraînant surtout des conséquences sanitaires préoccupantes. Enfin, son utilisation par certains usagers comme d'une drogue, dans un cadre substitutif ou non, conduit à des **associations dangereuses**, notamment avec les benzodiazépines, à l'origine de surdoses potentiellement létales.

Figure 1 : Pratiques des consommateurs de Subutex® en fonction de l'usage et du mode d'acquisition



Source : OFDT

Il apparaît très difficile, voire impossible de tracer une limite claire entre usage auto substitutif (thérapeutique) et usage toxicomaniaque (non thérapeutique), les deux pouvant d'ailleurs être alternativement en jeu. Dans les structures de première ligne (2003), qui accueillent le plus souvent des usagers encore dans leur parcours toxicomaniaque 41 % des personnes ont consommé du Subutex® au cours du mois écoulé. Parmi eux, 13 % en font exclusivement un usage toxicomaniaque, tandis que 34 % mêlent un usage thérapeutique et un usage toxicomaniaque. Les patients les plus âgés sont plus fréquemment engagés dans une démarche thérapeutique (Tableau 23).

Si l'on ne peut enfermer l'expérience de chacun dans un schéma général, il semble toutefois qu'une part des usagers dépendants aux opiacés évolue graduellement : la buprénorphine est d'abord considérée comme un substitut occasionnel, puis comme un moyen de maintenance autogérée, pour peut-être s'intégrer enfin dans un processus thérapeutique (Milhet, 2002). Ainsi, la consommation de buprénorphine hors protocole a précédé dans nombre de cas la consommation prescrite : 28 % des usagers de l'enquête AIDES (2001) disent avoir régulièrement consommé leur produit de substitution plusieurs mois avant de se le faire prescrire par un médecin (AIDES, 2002).

Tableau 23 : Fréquence des motifs d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon le groupe d'âge

	15-24 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Pour se soigner	47 %	50 %	66 %	54 %
Pour « se défoncer »	20 %	10 %	13 %	13 %
Les deux	33 %	40 %	21 %	34 %
Total	100 % (n=80)	100 % (n=209)	100 % (n=100)	100 % (n=389)

Source : TREND/OFD (Bello et al., à paraître)

L'auto-substitution

Plusieurs études confirment l'existence de la substitution auto-gérée (Reynaud-Maurupt et Verchère, 2002; Escots et Fahet, 2003a; Bello et al., à paraître). Les raisons de ce recours à la substitution de rue sont multiples, mais semblent notamment liées à la précarité. Ainsi, dès 2001, le dispositif TREND repère l'existence de consommateurs très précarisés ou en

errance, des jeunes et des adolescents, et des personnes qui auraient initié leur consommation de BHD en milieu carcéral. En 2002, le dispositif relève encore « l'existence d'une population très marginalisée, notamment les migrants qui n'a pas ou ne souhaite pas avoir à faire avec le système de soins » (Bello *et al.*, 2003).

Les 202 usagers de BHD hors prescription médicale, rencontrés lors de l'enquête ASUD/OFD (2000) (Bello, 2001) évoquent en premier lieu la plus grande accessibilité du produit (35 %) pour motiver leur utilisation de BHD détournée. La majorité des usagers qui donnent cette raison déclarent ne pas avoir de couverture sociale adéquate et considèrent que le Subutex® de rue revient moins cher qu'en pharmacie. L'insuffisance des doses prescrites par le médecin, au regard des besoins ressentis est évoquée par 29 % des usagers. Les autres raisons sont le fait de s'injecter (accroissement des doses nécessaires), le besoin d'anonymat (9 %), notamment chez des mineurs ou de jeunes majeurs bénéficiant encore de la couverture sociale de leurs parents qu'ils ne souhaitent pas informer de leur consommation. Enfin 6 % ont une consommation épisodique et 5 % s'approvisionnent dans la rue du fait du refus de leur médecin de prescrire.

D'autres données montrent que cette « substitution sauvage » est le fait d'usagers d'opiacés encore actifs et s'accompagne de conduites à risques plus fréquentes que les patients en protocole de traitement : leur pratique d'injection, y compris de BHD (Tableau 25) et leur consommation de produits licites et illicites sont plus importantes (Bello *et al.*, 2003; CEIP de Marseille, 2003).

Usage toxicomaniaque substitutif et non substitutif

Dans un usage toxicomaniaque chez des patients dépendants à l'héroïne, la BHD est considérée comme une drogue parmi d'autres, et utilisée comme une alternative à l'usage d'héroïne lorsque celle-ci fait défaut, si la dose d'héroïne disponible est insuffisante ou pour gérer la consommation d'autres substances. L'approvisionnement dans ce cadre est majoritairement illicite (Tableau 24).

Tableau 24 : Fréquence des modalités d'obtention de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon l'intentionnalité de l'usage

	Pour se soigner	Pour « se défoncer »	Les deux	Ensemble
Prescription uniquement	69 %	22 %	35 %	51 %
Marché noir uniquement	18 %	54 %	23 %	24 %
Les deux	13 %	24 %	42 %	25 %
Total	100 % (n=196)	100 % (n=46)	100 % (n=126)	100 % (n=368)

Source : TREND/OFD (Bello *et al.*, à paraître)

Depuis quelques années, il est apparu que la BHD représentait pour certains, un vecteur d'entrée ou de rechute dans la toxicomanie (**usage non substitutif**). Dans le cadre du réseau TREND, ce phénomène a fait l'objet en 2002 et 2003 d'une étude spécifique comprenant un volet quantitatif et un volet qualitatif (Escots et Fahet, 2003a). Trois situations d'usage non consécutif à une dépendance à l'héroïne sont repérées :

- l'usager qui consomme du Subutex® sans avoir jamais consommé d'autres opiacés auparavant (**primo-consommateur**). Ils représentent, en 2003, 6 % des usagers des structures de première ligne.
- l'usager pour qui la BHD est à l'origine d'une première pharmacodépendance aux opiacés (**primo-pharmacodépendance**, 11 %) ;

- l'ancien héroïnomanie qui, après avoir arrêté durablement sa dépendance à l'héroïne démarre une pharmacodépendance à la BHD sans continuité avec sa toxicomanie antérieure (**usage non consécutif**, 10 %).

L'ensemble de ces usagers représente environ un quart des usagers de BHD rencontrés dans les structures de première ligne en 2002.

Les usages non substitutifs de BHD concernent des tranches d'âge assez larges (de 15 à 51 ans) (Escots et Fahet, 2003a) et des profils sociodémographiques variés. L'essentiel de ce groupe est composé de jeunes très précarisés plus ou moins en situation d'errance. Mais l'usage non substitutif de la BHD concerne également des consommateurs plus âgés qui n'avaient pas développé de dépendance à un opiacé ; des sujets parfois très éloignés des usages de drogues ; des usagers de l'espace festif qui régulent leurs consommations de psychostimulants ou l'utilisent à des fins de défonce; des délinquants non toxicomanes à l'occasion d'une incarcération ; des personnes très précarisées, vivant dans la rue, en squat ou en institution, parmi lesquelles se retrouvent, entre autres, des personnes issues de l'immigration, précaire ou clandestine. En Guyane, de jeunes créoles l'utilisent pour réguler leur consommation de crack. On observe également un usage non substitutif de BHD dans des publics mieux insérés socio-professionnellement ou en voie de l'être, puisque l'enquête qualitative a permis de rencontrer des étudiants, des stagiaires de la formation professionnelle, des salariés de divers secteurs économiques et des artisans (Escots et Fahet, 2003a). Les profils des usagers varie considérablement d'une ville à l'autre (Escots et Fahet, 2003a; Bello *et al.*, à paraître).

La BHD, utilisée dans une logique non substitutive, répond à trois grandes catégories d'effets recherchés, s'imbriquant et se succédant parfois pour un même sujet (Escots et Fahet, 2003a).

- La défonce, comme n'importe quel autre produit, du fait de son efficacité chez le sujet non dépendant aux opiacés, de son coût et de sa facilité d'accès ;
- Pour d'autres, la BHD est un recours pour pouvoir agir. Dans une logique de performance, le Subutex® permet au sujet de rencontrer les autres, de leur parler ou de faire des activités comme la manche, étudier, travailler, etc. Certains usagers trouvent dans l'utilisation de la BHD un moyen d'améliorer leurs relations sexuelles.
- L'effet tranquillisant du Subutex® constitue un moyen d'apaiser des tensions, de limiter son agressivité, de réduire l'anxiété.

Pour une part, les usagers devenus dépendants à la BHD, sans avoir jamais développé de dépendance préalable à un opiacé, étaient déjà consommateurs problématiques d'autres substances, notamment les benzodiazépines et l'alcool mais près de la moitié d'entre eux n'avaient jamais consommé ni héroïne, ni cocaïne, avant la BHD.

L'usage non substitutif conduit à une pharmacodépendance fréquente et difficile à interrompre d'après les témoignages de consommateurs.

Enfin, le mode d'usage, comme cela a déjà été mentionné ne préjuge pas du mode d'approvisionnement. Les « usagers non substitutifs » de BHD sont 58 % à l'obtenir uniquement par prescription médicale (Escots et Fahet, 2003a) et 17 % à se la procurer uniquement au marché noir, les autres mêlant les deux sources d'approvisionnement.

Le Subutex® est un produit possédant une image négative chez les usagers qui l'utilisent en dehors d'un traitement de substitution à l'héroïne (Bello *et al.*, à paraître). Plusieurs éléments concourent à cela.

- La buprénorphine haut dosage est considérée comme une substance très addictogène, rendant un éventuel sevrage pénible et difficile ;
- La buprénorphine serait de plus en plus perçue par les usagers comme engendrant des dommages survenant lors de l'injection ;

- Le phénomène d'assimilation du Subutex® à une simple drogue de rue (déjà amorcé les années précédentes) se poursuivrait, entraînant une disqualification croissante et une dévalorisation de ses consommateurs vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis des autres usagers.

De ce fait, parallèlement à ce mouvement d'entrée dans la consommation de Subutex®, on observe un mouvement, en sens inverse, de sortie de cette consommation vers d'autres opiacés, notamment l'héroïne.

Injection de la BHD et ses conséquences

La consommation de BHD par injection concerne tous les groupes de consommateurs de BHD (médicalisé ou non, substitutif ou non) dans des proportions différentes. La prévalence varie ainsi avec les populations. La pratique serait plus importante parmi les usagers les plus désocialisés rencontrés dans les structures de premières lignes et/ou en milieu carcéral (Tableau 25 et Tableau 26) (Lert, 1999; Vidal-Trécan et Boissonnas, 2001; Stambul, 1999). Elle serait plus courante chez les sujets suivis en médecine libérale que chez ceux traités en CSST (22 % vs 6 % dans l'enquête OPPIDUM 2002). L'injection serait également plus fréquente lorsque la BHD est utilisée dans une activité « de défonce » (Tableau 26).

Elle diminuerait avec la durée de prise en charge et avec le degré d'insertion dans un processus de prise en charge (Courty, 2003).

Tableau 25 : Mode de consommation des traitements de substitution des patients reçus en CSST

	Protocole buprénorphine			Buprénorphine hors protocole		
	1999	2000	2002	1999	2000	2002
Orale	85 %	88 %	87 %	39 %	49 %	53 %
Injection	15 %	14 %	11 %	43 %	32 %	27 %
Sniff	6 %	6 %	7 %	22 %	30 %	29 %
Inhalation			1 %			6 %

NB : plusieurs mode de consommation sont possibles

Sources : OPPIDUM / CEIPs / AFSSAPS

Tableau 26 : Fréquence des modalités d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon l'intentionnalité de l'usage

	Pour se soigner	Pour « se défoncer »	Les deux	Ensemble
Oral	66 %	33 %	64 %	61 %
Injecté	41 %	50 %	55 %	47 %
Sniffé	17 %	33 %	33 %	25 %
Total	100 % (n=205)	100 % (n=48)	100 % (n=126)	100 % (n=379)

NB : plusieurs mode de consommation sont possibles

Source : TREND/OFDT (Bello et al., à paraître)

Cependant, les observations du réseau TREND font état à la fois d'une baisse de la pratique d'injection et d'un accroissement de la voie sniffée, notamment chez les plus jeunes. Les participants à l'enquête première ligne sont en effet 64 % à s'être injectés la BHD en 2001 et 47 % en 2003. Dans le même temps la voie sniffée est utilisée par 10 % d'entre eux en 2001 et 25 % en 2003.

Outre le risque de contamination virale, l'injection de la BHD amplifie le risque de dépression respiratoire et de surdose notamment quand elle est associée à la consommation de

benzodiazépines ou d'alcool (Pirnay *et al.*, 2002) et ce, d'autant plus qu'elle serait liée à la consommation de doses supra thérapeutiques.

L'injection des comprimés de Subutex®, qui contiennent de la BHD, mais aussi divers excipients, est surtout à l'origine d'abcès, d'œdèmes importants et persistants des mains et des avant-bras (syndrome des gants de boxe et syndrome de Popeye), de thromboses veineuses, et d'ulcérations nécrotiques de la peau. Elles peuvent également être à l'origine de candidoses systémiques avec des localisations secondaires prostatiques, osseuses, articulaires ou cutanées (Bello *et al.*, 2002).

Les données recueillies auprès des usagers des structures de première ligne mettent en évidence que la probabilité de présence d'abcès ou de gonflements des mains ou des avant bras est deux fois plus élevée chez les injecteurs de Subutex® que chez les injecteurs ne déclarant pas d'injection de Subutex® au cours du mois écoulé (Tableau 27).

Tableau 27 : Fréquences et odd ratio (OR) de problèmes liés à l'injection chez des injecteurs au cours du mois écoulé selon l'injection ou non de Subutex®

	Injecteurs de Subutex®	Non injecteurs de Subutex®	OR et intervalle de confiance à 95 %	
Abcès	31 %	19 %	1,9	[1,2 - 3,1]
Difficultés à l'injection	68 %	55 %	1,7	[1,1 - 2,-6]
Veine bouchée, thrombose, phlébite	42 %	30 %	1,7	[1,1 - 2,5]
Gonflement mains ou avant-bras	44 %	26 %	2,3	[1,5 - 3,5]
Poussière (hyperthermie transitoire)	27 %	22 %	1,4	[0,9 - 2,1]
Hématome	44 %	36 %	1,4	[0,9 - 2,1]

Source : TREND/OFDT (Bello *et al.*, à paraître)

Poly consommation chez les sujets sous BHD

Comme chez les sujets traités par méthadone, on met en évidence, chez les patients traités par BHD, une consommation d'autres produits psychoactifs en parallèle au traitement (Bello *et al.*, à paraître; CEIP de Marseille, 2003). Cette consommation est toutefois plus importante chez les usagers hors protocole médical que chez les usagers sous protocole médical (Tableau 28). On constate en effet, que les usagers des dispositifs de première ligne sous BHD, « polyconsomment » davantage : 53 % consomment des benzodiazépines, 48 % de la cocaïne, 32 % de l'ecstasy, 26 % de l'héroïne, 25 % du Flunitrazépam (Rohypnol®), 23 % du crack, 21 % des amphétamines etc.

Tableau 28 : Consommations de substances psychoactives par les usagers des CSST en 2002 en fonction de leur insertion ou non dans un protocole de traitement

Produits consommés	Protocole méthadone	Protocole BHD	BHD « hors protocole »
Héroïne	13 %	8 %	27 %
Cocaïne	10 %	6 %	19 %
Dépendance alcoolique	20 %	17 %	22 %
Codéine	1 %	1 %	0 %
Benzodiazépines	22 %	21 %	37 %
Antidépresseurs	9 %	8 %	1 %
Neuroleptiques	7 %	7 %	4 %
Nombre moyen de produits	2,2	2,0	2,0 %

Sources : OPPIDUM / CEIPs / AFSSAPS

La consommation de drogues illicites diminue au cours du traitement (Duburcq *et al.*, 2000; Fhima *et al.*, 2001b). En contrepartie, ces données soulèvent la question de l'alcoolisation des patients bénéficiant d'un traitement de substitution et de la persistance d'une consommation importante de benzodiazépines. Ainsi, l'enquête AIDES (AIDES, 2002) menée en 2001 auprès de patients recevant un traitement de substitution en centre de soins ou en médecine de ville montre que 26 % consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72 % de l'alcool. De même, l'enquête SPESUB montre que la dépendance à l'alcool déclarée initialement par 20 % des patients concerne après 2 ans, 32 % d'entre eux (Tracqui *et al.*, 1998).

Les données de l'Assurance Maladie confirment l'existence d'une prescription importante de benzodiazépines avec les traitements de substitution : au deuxième semestre 2002, sur 13 sites (A. Cadet-Tairou et Cholley, 2004), 47 % des patients ayant acquis de la BHD ont reçu une prescription de benzodiazépines. Certains patients peuvent recevoir un traitement substitutif et des benzodiazépines par polyprescription (un patient pouvant obtenir des produits différents de plusieurs prescripteurs différents). Cependant, les prescriptions conjointes par un seul médecin sont fréquentes (56 % des praticiens de ville dans une étude dans le département de Marseille (Ronflé *et al.*, 2001) montrant ainsi que l'association BHD / benzodiazépines constitue également une pratique des médecins pour certains patients.

Des décès, associés à la présence de BHD ont été rapportés par plusieurs sources (M. Reynaud *et al.*, 1998; Tracqui *et al.*, 1998; Kintz, 2001). La BHD est, dans presque tous les cas retrouvée en association avec d'autres substances, notamment des benzodiazépines. La quantification exacte du phénomène n'est actuellement pas possible, faute de prélèvements systématiques. Sur 119 cas de décès avec présence de buprénorphine (Kintz, 2001) survenus entre 1996 et 2001, où des analyses toxicologiques ont pu être effectuées, la présence d'autres médicaments psychoactifs a été retrouvée dans 113 cas (Benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques).

Le risque de décès semble également particulièrement associé à l'injection intra veineuse (Baud, 2000; M. Reynaud *et al.*, 1998; Tracqui *et al.*, 1998) et pourrait être plus important en cas d'association *occasionnelle* des produits.

Les données disponibles, même parcellaires, tendent à confirmer cependant l'existence d'un risque supérieur avec la méthadone qu'avec le Subutex® (Auriacombe *et al.*, 2001).

Poly prescription et marché parallèle de BHD

La BHD est, en valeur, le onzième médicament remboursé en France pour un montant de 110 millions d'euros en 2002. Or une part conséquente des remboursements semble correspondre à des prescriptions qui n'aboutiront pas à un usage thérapeutique.

La polyprescription, correspond à la consultation par un patient de plusieurs médecins différents, simultanément, dans le but d'obtenir une dose journalière de médicaments supérieure à la dose prescrite par un seul. Il peut s'agir notamment d'un besoin ressenti par le patient de doses plus importantes que celle prescrite par le médecin de référence si celle-ci est jugée trop faible, notamment si le patient s'injecte et multiplie les prises sur la journée. Il peut aussi s'agir d'une démarche visant à obtenir plus de produit afin d'en revendre une partie.

La polyprescription a été mise en évidence depuis plusieurs années à partir des données de l'Assurance Maladie (Cholley et Weill, 1999; Fumeau *et al.*, 2000; Damon *et al.*, 2001; V. Pradel, 2003; Claroux-Bellocq *et al.*, 2003; A. Cadet-Tairou et Cholley, 2004; V. Pradel *et al.*, 2003). Le recours à la polyprescription à des fins de trafic concernerait entre 6 % et 10 % des personnes recevant une prescription de BHD (environ 5 000 usagers, supposés consommateurs).

Cette activité semble se concentrer sur certaines villes. Une étude sur des données 2002 de 13 agglomérations montre que Paris et sa banlieue nord, Marseille et Toulouse sont des lieux où le trafic est le plus fréquent, tandis que d'autres sites en sont pratiquement indemnes. (Tableau 29). L'utilisation d'un indicateur représentant la part de BHD délivrée potentiellement détournée localement vers le marché noir laisse à penser que les quantités en jeu sont loin d'être négligeables sur les sites concernés (V. Pradel *et al.*, 2003; A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004). De 21 % à 25 % des quantités vendues annuellement en France pourraient être détournées vers le marché parallèle.

Tableau 29 : Classement de 13 sites en fonction de trois indicateurs témoignant de l'activité de poly prescription et de détournement 2002

	Lille Rennes Metz et Dijon	Nice, Bordeaux, Lyon, Grenoble, Montpellier	Bobigny, Toulouse et Marseille	Paris
% moyen de patients ayant consulté au moins 5 prescripteurs différents	2 %	4 %	8 %	11 %
% moyen de patients recevant plus de 32mg par jour	1 %	3 %	8 %	12 %
Part de BHD potentiellement détournée	7 %	12 %	25 %	40 %

Source : Données CNAMTS, traitement OFDT (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004)

L'existence d'un marché parallèle et l'importante accessibilité est attestée par de nombreux indicateurs.

Dans les CSST en 2002, 10 % des patients sous buprénorphine ont obtenu le traitement de manière illégale (CEIP de Marseille, 2003). Dans les structures de première ligne, en 2003, 24 % des consommateurs s'approvisionnent exclusivement sur le marché parallèle et 25 % mêlent approvisionnement licite (prescriptions) et illicite.

Le prix du comprimé de 8 mg au marché noir apparaît très modique (prix médian à 3 euros en 2003 (Bello *et al.*, à paraître)). Il varie selon les sites, de 1 euro (Paris) à 4 euros (Dijon, Bordeaux), en fonction de l'intensité du marché local (le prix en pharmacie est de 24,2 euros pour 7 comprimés soit environ 3,5 euros le comprimé).

L'évolution des différents indicateurs sur la période 2000-2002 montre une croissance significative du phénomène de détournement (A. Cadet-Taïrou et Cholley, 2004). En 2002, les observations du réseaux TREND notent une augmentation de la présence du Subutex® sur le marché parallèle, dans la plupart des villes (Bello *et al.*, 2003). Son prix médian est en diminution de 50 % entre 2000 et 2003, témoignant de la croissance de la disponibilité du Subutex® au marché noir ces dernières années. Ces constats ont amené l'Assurance Maladie à exposer en avril 2004 un plan visant à réduire les polyprescriptions de BHD.

Conclusion : des constatations qui posent question

Après huit années d'un développement important des thérapeutiques de substitution (méthadone et BHD) en France le bilan apparaît contrasté.

Comparée à la situation préexistante à 1996, la vie de nombreux usagers a été transformée par l'irruption des thérapeutiques de substitution et la rupture du cercle vicieux dépendance, prise d'héroïne, syndrome de manque. Cette rupture a permis de donner un temps aux usagers comme aux soignants pour chercher des réponses aux difficultés sociales, médicales et psychologiques qui engendrent ou résultent de l'usage de produits. Ainsi peut-on constater avec satisfaction que cela a permis aux personnes dépendantes des opiacés un meilleur accès aux soins et une amélioration de leur situation sociale, sans pour autant

régler l'ensemble des problèmes. Ainsi, malgré le raccourcissement des parcours toxicomaniaques et une meilleure proximité entre usagers et système de soins, la contamination par l'hépatite C persiste à un niveau important.

Parallèlement, on observe que la BHD fait l'objet d'un trafic important et croissant, est extrêmement disponible au marché noir, que l'injection de BHD est fréquente s'accompagnant de dommages parfois dramatiques, que se développent des toxicomanies à la BHD, et que sont décrits des décès associés à la BHD.

Du fait de sa naissance sur fond de lutte entre partisans de la réduction des risques et certains intervenants spécialisés, la BHD reste un objet passionnel en France. Huit ans après, il est pourtant nécessaire de trouver un équilibre pour permettre aux usagers le nécessitant de bénéficier des résultats positifs tout en limitant les conséquences négatives.

La grande disponibilité de la BHD sur le marché noir est liée à une relative facilité d'obtenir plusieurs prescriptions. Limiter le trafic implique la responsabilité de tous les acteurs (patient, médecin, pharmacien, Assurance Maladie). L'importance de l'injection de la BHD, parfois par des personnes se situant dans un cadre thérapeutique, pose la question de la diversification de l'offre des formes de substitution qui reste, en 2004, en France, exclusivement prévue par voie orale. L'absence quasi complète de mésusage de la méthadone du fait de son cadre de prescription et de sa forme galénique (sirop) pose en contrepoint le rôle du ou des cadres thérapeutiques de prescription de la BHD dans les mésusages constatés.

L'ensemble de ces points seront certainement abordés lors de la conférence nationale de consensus sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés qui se tiendra en juin 2004.

Mai 2004

A. Cadet-Tairou, P-Y. Bello, S. Escots

OFDT

agcad@ofdt.fr , pibel@ofdt.fr, escots@club-internet.fr

12. Alternatives à l'incarcération

Politique, organisation, structures

Politique et stratégie nationale

Jamais, depuis la Libération, les prisons françaises n'ont été autant surpeuplées, avec un taux d'occupation record de 125 % en juillet 2003 (jusqu'à 240 % dans certaines maisons d'arrêt). Le débat public engagé en 2000 par la publication du témoignage du médecin-chef de la Prison de la Santé (Vasseur, 2000) et les rapports d'enquête parlementaires qui en ont découlé – qualifiant l'état des prisons de véritable « *humiliation pour la République* » (Mermaz et Floch, 2000 ; Hyst et Cabanel, 2000) – a permis de faire émerger un consensus sur la nécessité d' « *incarcérer moins pour incarcérer mieux* », en développant notamment les alternatives à l'incarcération pour les délinquants toxicomanes.

Toutefois, l'inflation carcérale s'est poursuivie et a progressé, en parallèle à l'inexécution relative des peines (en 2003, le taux d'exécution des peines privatives de liberté était estimé à 48 % seulement). Dernièrement encore, le rapport Warsmann (2003) a affirmé la nécessité de réserver l'emprisonnement aux infractions les plus conséquentes, relançant ainsi le débat sur le sens de la peine. Le développement des alternatives à l'incarcération a donc été à nouveau préconisé, trois ans après les recommandations des rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, parmi « 87 propositions concrètes » formulées par le député Warsmann pour rendre plus crédibles les peines non privatives de liberté afin que les tribunaux y aient davantage recours.

S'agissant des infractions à la législation sur les stupéfiants, l'obligation de se soigner existe dans des dispositions spécifiques à l'usage de produits illicites mais aussi dans le cadre du régime commun à toutes les infractions pénales. L'obligation de se soigner existe ainsi, d'une part, avant les poursuites (« troisième voie ») et d'autre part, après le déclenchement de celles-ci, soit en pré-sentenciel, soit au moment de la condamnation, soit encore au moment de l'aménagement de la peine prononcée à l'encontre du contrevenant³⁸.

L'essor des mesures dites de la « troisième voie » et des alternatives à la détention est encouragé, particulièrement pour les auteurs d'infractions connaissant un problème d'usage de stupéfiants, depuis une dizaine d'années³⁹. Après plusieurs rapports d'information parlementaire publiés dans le milieu des années 1990 faisant état de l'inadaptation du cadre pénitentiaire pour les toxicomanes, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) a affirmé qu'il convenait de réserver les poursuites et l'emprisonnement « *aux cas où la consommation est source de dangers, soit pour l'usager lui-même, soit pour son environnement* » (MILDT, 2000, p.58). Une circulaire du Garde des Sceaux (17 juin 1999) est venue accompagner cette préconisation publique, invitant les procureurs de la République à privilégier, dans le traitement pénal des usagers de drogues interpellés, la lutte contre le trafic local plutôt que la lutte contre l'usage simple, et les alternatives à l'incarcération plutôt que les peines de prison, jugées disproportionnées pour de tels délits⁴⁰. Au cours de la période d'application du plan triennal, l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants a effectivement diminué, passant de 690 en 1998 à 395 en 2001

³⁸ Cf Barré, M.-D., , : (2002) *Les soins obligés : cadre pénal et mise en oeuvre en France. Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Lille. et Simmat-Durand, L. et Rouault, T. (1997) Injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins, *Revue Documentaire Toxibase*, **3**, 1-28.

³⁹ La « troisième voie » concerne, de façon générale, les alternatives aux poursuites, il s'agit du traitement des affaires par le Parquet. Par ailleurs on distingue les « peines alternatives à l'emprisonnement » et plus globalement les « alternatives à la détention » qui englobent a) les alternatives à la détention provisoire (pré-sentenciel), b) les peines alternatives à l'emprisonnement (sentenciel) et c) les aménagements de peine (post-sentenciel). On peut se référer ici aux travaux de : Tournier, P. V. (2002) Alternatives à la détention en Europe, *Questions pénales*, **XV**, (4), 1-4.

⁴⁰ Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR : JUSA9900148C).

(pour un usage seul), même s'il continuait à faire partie, à la marge, de la pratique judiciaire. Les alternatives à l'emprisonnement ne semblent toutefois pas avoir connu un essor en proportion (cf. section mise en œuvre des interventions), d'autant que leur prononcé et leur mise en œuvre s'avèrent difficiles à chiffrer (cf. section suivi des mesures). Toutefois, le développement de ce type de peines a été clairement énoncé parmi les axes forts de la stratégie nationale.

Le cadre d'action de la politique de lutte contre les drogues pour les années à venir a été défini par le plan quinquennal de lutte contre les drogues rendu public en août 2004 : l'une de ses dispositions prévoit de « rendre plus performante l'articulation justice-santé », notamment en cherchant à « rendre plus effectives les obligations de soins ». Il s'agit, dans le texte, d' « adapter » le dispositif médico-pénal existant, notamment à travers la redéfinition du cadre juridique de l'injonction thérapeutique et des modalités de mise en œuvre des obligations de soins. Il faut noter cependant que la réflexion sur les futures orientations s'inscrit dans un contexte politico-institutionnel renouvelé, du fait notamment de la loi dite « Perben II » qui a pris l'initiative d'une importante réforme de l'application des peines⁴¹. Cette loi a pour but de donner davantage de moyens à la Justice pour « lutter efficacement contre la criminalité organisée » et d'« améliorer le fonctionnement général de la justice pénale et du système pénitentiaire ». Compte tenu de ces nouvelles priorités pénales, le gouvernement a engagé un programme de construction de 13 200 places en détention – qui semble contredire l'objectif d'une réduction de charge des établissements pénitentiaires⁴². Si la loi mentionne néanmoins les alternatives à l'incarcération, elle les envisage désormais dans un cadre plus restreint (pour améliorer la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques ou sous la forme de placements sous surveillance électronique), qui tend à privilégier la répression sur les soins.

La MILDT est l'autorité en charge de la coordination et du suivi statistique des mesures pénales prises à l'égard des toxicomanes, de façon à favoriser l'articulation avec les dispositifs de soins. Ses plans d'action pluriannuels visent à organiser la coopération entre les acteurs des champs sanitaire et pénal.

Législation

Le cadre législatif français se singularise par le double statut qu'il confère au toxicomane : usager en infraction à la législation sur les stupéfiants, il est considéré comme un délinquant éventuellement dangereux pour la société, mais également comme un malade, dangereux pour lui-même, et nécessitant à ce titre une prise en charge. Ainsi existe-t-il en France un cadre législatif commun qui permet d'articuler soins et justice, autour de la notion d'obligation de soins (article 138 du Code de procédure pénale et article 132 du Code pénal). La loi du 31 décembre 1970 tente de résoudre cette ambiguïté en associant le principe de l'injonction thérapeutique à tous les stades de la procédure pénale, depuis la saisine du procureur jusqu'au jugement définitif.

Ainsi le justiciable toxicomane a-t-il la possibilité d'échapper aux poursuites ou à l'incarcération en se soumettant à une cure de désintoxication, qui se décline en trois types d'injonctions :

- celles du Procureur de la République où le traitement est imposé en échange de l'abandon des poursuites (« *injonction thérapeutique* » à proprement parler),
- celles des juridictions d'instruction où il est prescrit à titre de *mesure de protection provisoire*,

⁴¹ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, adoptée le 11 février 2004 par le Parlement (NOR : JUSX0300028L).

⁴² Ce programme immobilier est issu de la loi d'orientation et de programmation pour la justice promulguée le 9 septembre 2002.

- et celles des juridictions de jugement où il est subi comme une peine (*obligation de soins*). C'est cette dernière modalité que recouvrent, au sens strict, les « alternatives à l'incarcération » à contenu sanitaire.

En France donc, les « alternatives à la détention » désignent l'ensemble des mesures de substitution à l'enfermement prononcées par la juridiction de jugement, pour des raisons médicales, professionnelles ou familiales. Entendue au sens propre, la notion d'alternative à la détention exclut donc les sanctions alternatives aux poursuites, prescrites par les parquets, en amont dans le processus pénal, ainsi que les mesures d'aménagement de peines visant à réduire la durée d'une peine en cours ou à en modifier les modalités d'exécution, prononcées par le juge d'application des peines (comme indiqué en traits gras dans la Figure 2).

Les jugements peuvent comporter une obligation de soins dans deux cadres principaux bien distincts : celui du sursis avec mise à l'épreuve, ou sursis probatoire (article 132-45-3 du Nouveau Code pénal) et celui de l'ajournement avec mise à l'épreuve (article 132-63 du NCP) qui peut être prononcé dans le contexte d'un aménagement de peine. Si l'on se limite, donc, aux alternatives à l'emprisonnement à contenu sanitaire.

Ainsi, lorsqu'un problème d'addiction est repéré chez une personne faisant l'objet d'une procédure pénale quelle que soit l'infraction reprochée, une obligation de soins peut être prononcée par la juridiction dans le cadre de diverses mesures (contrôle judiciaire, ajournement de peine, sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, etc.). Cette mesure apparaît particulièrement adéquate lorsque la consommation est en lien avec la commission de l'infraction. L'obligation de soins ne se substitue alors pas à la mesure pénale mais en constitue l'une des modalités : elle est prononcée dans l'intérêt de la personne ainsi que dans un but de sécurité publique (prévention de la récidive).

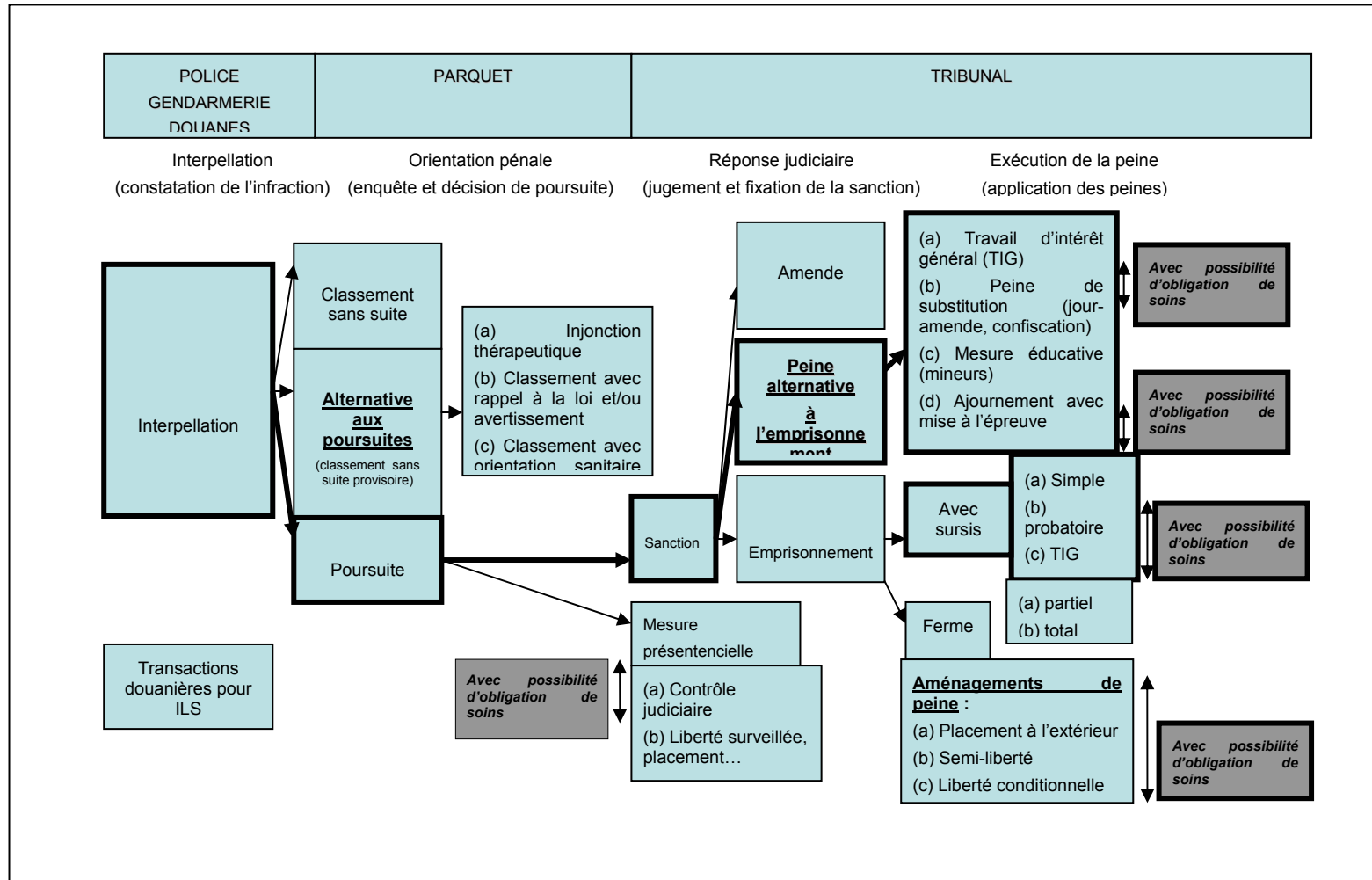
Néanmoins, sa mise en œuvre s'avère souvent difficile dans l'articulation avec le système sociosanitaire (cf. section mise en œuvre des interventions). Le développement du « milieu ouvert » (regroupant l'ensemble des peines de substitution à l'enfermement) s'inscrit donc dans une volonté qui s'est affirmée depuis la fin des années 1990 de limiter le recours à l'emprisonnement pour les courtes peines, ainsi que de diversifier et d'individualiser les peines en fonction de l'histoire, de la personnalité et de la situation du condamné.

La loi **du 11 juillet 1975** a institué les premières **peines de substitution** (le jour-amende, peine peu utilisée qui consiste à verser au Trésor une somme dont le montant global résulte d'une contribution pendant un certain nombre de jours, ou la confiscation, etc.), « substitués aux courtes peines d'emprisonnement », susceptibles d' « être tout aussi dissuasives que les peines d'emprisonnement, sans présenter les inconvénients de celle-ci »⁴³.

En **1983**, le **travail d'intérêt général** (TIG) a été créé : en lieu et place d'une peine privative de liberté de trois mois au plus, la personne condamnée peut effectuer, depuis cette date, en liberté, un travail utile à la communauté, ce qui permet d'éviter sa désinsertion professionnelle. Le TIG a aussi été créé comme modalité du sursis avec mise à l'épreuve.

⁴³ Loi n° 75-624 du 11 juillet 1975 modifiant et complétant certaines dispositions de droit pénal.

**Figure 2 : Parcours de l'utilisateur de drogues illicites dans la chaîne pénale
Place des alternatives à l'incarcération**



La loi du 11 juillet 1975 visait également à favoriser le recours à un autre type de mesures alternatives à la détention : les **peines aménagées**. Contrairement au jour-amende ou au TIG, les peines aménagées sont utilisées comme modalité d'exécution d'une peine d'emprisonnement, c'est-à-dire que l'accusé condamné à une peine de prison ferme est autorisé par le juge à effectuer cette peine en dehors de la prison. Parmi celles-ci, il convient de distinguer :

- les peines aménagées par les tribunaux :

- le sursis simple créé en 1891 ;
- le sursis avec mise à l'épreuve créé en 1958, principale « sanction alternative » prononcée par les juridictions, qui peut prendre la forme d'une cure de désintoxication ;
- l'ajournement avec mise à l'épreuve créé par la loi du 6 juillet 1989 qui permet au tribunal correctionnel, après s'être déterminé sur la culpabilité du prévenu, d'ajourner le prononcé de la peine sous réserve que la personne déclarée se soumette, sous le contrôle du JAP, au régime de la mise à l'épreuve – qui peut intégrer une obligation de soins – pour une durée maximale de 12 mois à l'issue de laquelle le tribunal statue sur la peine

- et les **mesures d'aménagement des peines privatives de liberté** décidées par les juges d'application des peines et soumises à une série de contraintes qui peuvent être sanitaires :

- la libération conditionnelle prévue par la loi du 14 août 1885, qui permet de mettre en œuvre une période de contrôle après la libération, adaptée au profil des toxicomanes (comprenant par exemple un suivi sanitaire en relation avec la famille du détenu),
- le placement extérieur qui peut être exécuté sous surveillance sanitaire (cette mesure est rare pour les détenus toxicomanes),
- la semi-liberté qui, tout en présentant un cadre rigoureux, permet d'accompagner les détenus dans une démarche d'insertion (cette mesure bénéficie peu aux détenus toxicomanes).

Au milieu de la décennie 90, alors que l'augmentation de la population carcérale conduisait à des taux d'occupation des établissements pénitentiaires bien supérieurs à leurs capacités, le rapport de Guy-Pierre Cabanel consacré à la prévention de la récidive a recommandé le développement des alternatives à l'incarcération par l'amélioration des dispositifs existants, notamment à travers la mise en place de l'assignation à domicile sous surveillance électronique (Cabanel, 1996). Suivant ces recommandations, la **loi du 19 décembre 1997** a prévu le **placement sous surveillance électronique** des personnes sous contrôle judiciaire et de celles condamnées à une courte peine ou dont le reliquat de peine n'excède pas un an (ce qui peut concerner *a priori* les toxicomanes condamnés pour un usage simple, qui risquent un an d'emprisonnement maximum mais s'applique plutôt de fait aux condamnés jugés dangereux)⁴⁴. Afin de favoriser sa généralisation, la **loi du 9 septembre 2002** a permis de confier à une personne de droit privé la mise en œuvre du dispositif technique de placement sous surveillance électronique⁴⁵. Autrement dit, le contrôle à distance de la personne concernée peut échoir à une personne de droit privé (autre que qu'un fonctionnaire de l'administration pénitentiaire) habilitée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Plus récemment enfin, la **loi du 9 mars 2004** portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, inspirée du rapport Warsmann (2003), a pointé les alternatives à

⁴⁴ Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté (NOR : JUSX9601732L).

⁴⁵ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR : JUSX0200117L).

l'incarcération comme l'une des modalités pertinentes de la prévention de la récidive judiciaire⁴⁶. Cependant, dans ses orientations, la loi privilégie le placement en semi-liberté ou sous surveillance électronique et les jours-amendes, plus que les mesures à contenu sociosanitaire qui étaient explicitement désignées dans la circulaire du 17 juin 1999 aux procureurs de la République comme le mode de traitement spécifique et adapté de la toxicomanie.

Débat public

Depuis le milieu des années 1990, la question des conditions de détention et des alternatives à l'incarcération ressurgit régulièrement dans le débat public – souvent au gré des alternances politiques. Les gouvernements successifs ont encouragé la production de rapports parlementaires et de travaux scientifiques, qui ont donné lieu à de nouvelles lois. Ainsi la première commission relative à la lutte contre la récidive en matière criminelle mise en place par le Ministère de la Justice et présidée par le Professeur Elisabeth Cartier a-t-elle préfiguré les travaux de l'Association « RCP » (Recherches, Confrontations et Projets sur les mesures et sanctions pénales) soutenue par le cabinet du Garde des Sceaux. En 1998, RCP a formulé « quinze propositions pour ouvrir le débat sur la réforme des modalités de mise en œuvre des mesures et sanctions privatives de liberté » qui ont abouti à la publication d'une circulaire spécifique du 17 juin 1999 encourageant les mesures alternatives dans le traitement pénal réservé aux délinquants toxicomanes.

De même, la « commission Farge » sur la libération conditionnelle, mise en place en 2000, a vu la traduction d'une bonne partie de ses conclusions dans la loi du 15 juin 2000⁴⁷. Les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale sur la situation des prisons, rendus publics le 5 juin 2000, qui abordaient notamment la question des alternatives à la détention, ont également contribué à actualiser le débat sur l'exécution et la légitimité des sanctions pénales en France. Enfin, dernièrement, le rapport de la mission parlementaire auprès du Garde des Sceaux confiée à Jean-Luc Warsmann, député des Ardennes, sur « les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation des détenus à la sortie de prison » a permis de réinterroger le sens de la peine et de fonder une partie des orientations retenues dans la loi du 9 mars 2004.

Parallèlement à ces réflexions parlementaires, le relais assuré par les médias et l'intervention de groupes d'opinion militants et associatifs ont contribué à entretenir l'attention publique sur le sens de la peine et à renouveler les arguments favorables à un essor des alternatives à l'incarcération⁴⁸. Ainsi par exemple, à l'occasion de son audition par la commission d'enquête parlementaire, l'Observatoire international des prisons a produit un document réunissant l'essentiel des faits dont il a été saisi de 1998 à 2000, analysant conditions de détention, violences, santé, travail, détention provisoire, personnels, intimité et lieux familiaux, réinsertion et alternative à l'incarcération (Observatoire international des prisons (OIP), 2000). Ce rapport prenait acte, notamment, de l'insuffisance du recours aux alternatives à l'incarcération : « *si les peines alternatives existent dans le code pénal, elles sont insuffisamment utilisées, ou pour des infractions qui n'auraient pas toujours donné lieu à une peine d'emprisonnement ferme. Ainsi, au lieu de prononcer une peine avec sursis, on utilise un travail d'intérêt général* ». Ainsi, la question de la place des alternatives à l'incarcération dans la politique pénitentiaire alimente de façon récurrente le débat public, relancée à l'occasion de rapports ou d'événements particuliers liés aux difficultés de soigner les toxicomanes dans les conditions de détention actuelles. Plus spécifiquement, la place du traitement pénal des justiciables toxicomanes dans ce débat fluctue au gré de l'éclairage médiatique porté sur les questions liées à la situation des usagers incarcérés. Ainsi par

⁴⁶ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, adoptée le 11 février 2004 par le Parlement (NOR : JUSX0300028L).

⁴⁷ Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes (NOR : JUSX9800048L).

⁴⁸ Citons les exemples de la Ligue des droits de l'homme, de la Fédération des Associations Réflexion Action Prison Et Justice (FARAPEJ).

exemple, la sortie, en 2000, des deux rapports parlementaires suscités s'est accompagnée d'un questionnement sur l'opportunité d'incarcérer des personnes atteintes de troubles psychiatriques et/ou toxicomaniaques, sans que ces interrogations ne débouchent pour autant sur une initiative parlementaire particulière.

Structure de mise en oeuvre

La loi de 70 et le Code de la santé publique prévoient un important volet curatif et médical au sein du dispositif pénal. L'usager condamné y est considéré comme un délinquant mais également comme un malade : il est soumis à traitement sous la surveillance des autorités sanitaires (Bisiou et Caballero, 2000).

La possibilité offerte au toxicomane d'éviter les poursuites ou l'incarcération en se soumettant à une cure de désintoxication est mise en oeuvre suivant deux types de circuits à travers la filière pénale. Dans le premier cas (alternative aux poursuites, en amont du jugement), sur injonction du Procureur de la République, l'usager interpellé par la police et déféré au parquet est susceptible de bénéficier d'une orientation sociosanitaire plutôt que de poursuites ; l'option médicale ainsi offerte présente l'avantage de faciliter le traitement sous réserve d'une démarche volontaire. Dans le second cas (obligation de soins prononcée par la juridiction de jugement), l'orientation sanitaire est prescrite par le juge : elle présente un caractère d'obligation pour le condamné qui encourt l'emprisonnement en cas d'inexécution de la peine. Dans ce cadre, la rechute du contrevenant est considérée, non seulement comme une « rupture de contrat » qui entraîne la levée des conditions suspensives justifiant la non-incarcération, mais également comme un indice de rechute, et donc de récidive judiciaire probable.

Le juge d'instruction, le juge des enfants et la juridiction de jugement ont le pouvoir d'ordonner une cure de désintoxication à toute personne mise en examen pour usage illicite de stupéfiants.

L'article L.3424-1 du Code de la santé publique (ancien art. L.628-2) dispose que les personnes interpellées pour usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il est établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, peuvent être astreintes par ordonnance du juge d'instruction, à suivre un programme de désintoxication. Le juge d'instruction a la charge d'enquêter afin de trouver les preuves de l'infraction mais également les éléments motivant la prescription d'une cure, le cas échéant. La cure doit être subie, soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale, mais sous le contrôle de l'autorité judiciaire, tenue informée de son déroulement et de ses résultats. Ce contrôle est assez strict, car il s'applique aux toxicomanes présumés les plus dépendants. En pratique, la mise en examen pour usage illicite concerne la fraction des toxicomanes interpellés qui ont refusé ou abandonné une cure (injonction thérapeutique) et qui ont bénéficié de plusieurs renvois vers l'autorité sanitaire

Dans le cas particulier des injonctions thérapeutiques, le juge d'instruction peut prolonger la cure par une période de surveillance médicale et sociale, assortie de mesures de réadaptation. En revanche, si le toxicomane exécute les peines assorties d'une obligation de soins qui lui sont applicables correctement, la juridiction saisie ne peut plus prononcer de peine pour usage illicite.

La juridiction de jugement (tribunal de police ou tribunal correctionnel dans les cas d'infractions à la législation sur les stupéfiants) dispose, elle aussi, du pouvoir d'ordonner à divers titres un traitement aux toxicomanes qui lui sont déférés (on parlera dans ce cas communément d'obligation de soins). L'article 3424-2 du Code de la santé publique (ancien art. L.628-3) précise qu'elle peut astreindre les personnes mises en examen pour usage illicite de stupéfiants à suivre une cure de désintoxication, en confirmant l'ordonnance du juge d'instruction ou en prolongeant ses effets. Cette mesure peut être déclarée immédiatement exécutoire à titre de mesure de protection. Le régime et les modalités du traitement sont similaires à ceux décrits précédemment, tout en présentant quelques

différences. En particulier, la juridiction de jugement a la possibilité d'ordonner la cure à titre principal en décidant qu'il n'y a pas lieu de prononcer les peines prévues par l'article L. 3421-2 (ancien art. L.628). Elle peut également ordonner cette cure alternative à l'incarcération en complément d'une peine d'amende ou d'emprisonnement avec sursis. Les tribunaux ont recours à l'ajournement du prononcé de la peine ou au sursis à statuer, un délai étant alors donné à l'usager pour se désintoxiquer.

Dans le cas des **usagers mineurs**, le traitement peut être prescrit par le juge des enfants au stade de l'instruction, ou par le tribunal pour enfants lors du jugement. Toutefois, la pratique judiciaire consiste à limiter leur action au profit d'une prise en charge plus précoce à l'initiative du Parquet des mineurs. Paradoxalement, le souci d'une prise en charge médicale et psychologique des mineurs a pour conséquence d'accroître la rigueur des procédures. Pour tenter de lutter contre l'augmentation des consommations de stupéfiants (en particulier de cannabis) chez les adolescents, diverses dispositions renforcent les mesures de contrainte (à l'instar des centres de placement immédiat voués à accueillir sans délai les mineurs délinquants, pour réaliser un bilan permettant de les orienter : bilan psychologique, scolaire, professionnel, familial, de santé, dans un délai de trois à quatre mois)⁴⁹.

Mais l'intervention sanitaire sur les toxicomanes dans un contexte judiciaire s'avère complexe. La double problématique de toxicomanie et de délinquance rencontrée par le sujet implique une multitude d'acteurs (intervenants sanitaires, sociaux, pénaux) qui se caractérisent par des modes opératoires différents et qui peuvent être pris dans des logiques professionnelles parfois contradictoires. L'une des conditions de la réussite des alternatives à l'incarcération à contenu sanitaire est donc la bonne articulation, au niveau départemental, entre instances de justice et de santé. L'interface justice/santé a notamment pour mission d'évaluer la situation de l'intéressé, de préparer la passerelle vers le secteur de prise en charge et d'assurer un suivi périodique, en relation étroite avec les travailleurs sociaux mandatés par la justice.

Afin d'améliorer l'orientation socio-sanitaire des usagers de substances présentés à la justice, le dispositif des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie a été créé en 1993 afin de permettre l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'actions de prévention de l'usage dans le cadre de mesures judiciaires⁵⁰. Il a été généralisé à l'ensemble des départements en 1999⁵¹ sous la forme de conventions de prestations signées entre autorités départementales et organismes de soins chargés d'assurer la prise en charge des publics orientés par les instances judiciaires.

Interventions

Types d'interventions

La variété des structures et des méthodes utilisées démontre que le traitement est un acte essentiellement médical qui échappe à la compétence des juges. Des cures « ambulatoires » (qui ne comportent pas d'hospitalisation, permettant au sujet de circuler librement) aux traitements par la méthadone, en passant par les communautés thérapeutiques et les consultations psychiatriques, la palette de l'offre de traitement s'est

⁴⁹ Circulaire d'orientation relative à la protection judiciaire de la jeunesse du 24 février 1999 (NOR : JUS F 99 500 35 C).

⁵⁰ Lettre interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

⁵¹ Note d'orientation pour la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie, MILDT, 12 février 1999.

diversifiée avec le développement de la politique de « réduction des risques ». Le traitement en vue de la désintoxication demeure le standard de référence mais des traitements « d'entretien » ou « de bas seuil » existent, qui ne visent pas le sevrage à moyen terme mais qui tentent de resocialiser les usagers et visent à favoriser leur suivi médical.

Les principes de base thérapeutiques ont été définis autour de quatre phases :

- ***l'accueil et la pré-cure***, premier contact du toxicomane avec le traitement : dans le cadre contraint des alternatives à l'incarcération, cette phase disparaît au profit de l'injonction judiciaire ;
- ***le sevrage et les soins***, réalisés en principe en milieu hospitalier, comportent une phase de sevrage de quelques jours qui s'opère dans des « lits de désintoxication », immédiat ou après « maintenance » à la méthadone, puis une phase de traitement après sevrage pour consolider la désintoxication ;
- ***la convalescence***, en centre d'hébergement, en famille d'accueil, en appartement thérapeutique ou en atelier de production, est la phase la plus longue ; la présence d'un médecin spécialiste de la toxicomanie dans un centre agréé, capable de mettre en place un système d'évaluation de la cure, est recommandée par la circulaire du Ministère de la Santé qui organise la phase de convalescence⁵². Le décret du 26 février 2003 fixe les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) chargés d'assurer le suivi médico-psychologique du toxicomane et préparent sa réinsertion⁵³ ;
- ***L'aide à la réinsertion*** parachève le dispositif en permettant au patient d'organiser sa vie hors de la toxicomanie, notamment d'un point de vue socio-professionnel.

Les réponses offertes par les CSST « en milieu ouvert » sont développées, soit « en ambulatoire », c'est-à-dire dans des centres de soins sans hébergement (201 centres de ce type s'occupent du sevrage et du suivi psychologique), soit dans des centres avec hébergement (qui assurent la prise en charge après le sevrage dans le cadre de postcures, selon plusieurs modes : au sein d'une des 46 structures d'hébergement collectif principalement en milieu rural, appartements thérapeutiques, familles d'accueil). Par ailleurs, il existe en France 16 centres de soins en milieu pénitentiaire (« antennes toxicomanie ») qui assurent le soutien psychologique et la préparation à la sortie au sein des maisons d'arrêt.

Les programmes de soins développés dans le cadre d'alternatives à l'incarcération peuvent donc comprendre des consultations externes d'hôpital quotidiennes et sans rendez-vous, une hospitalisation pour entamer ou poursuivre une démarche de soins, ou un suivi en médecine générale avec mise à disposition de matériel stérilisé et prise en charge des pathologies spécifiques (VIH, hépatites). Les CSST peuvent donc prendre en charge des toxicomanes judiciairisés aux différentes étapes de leur parcours de soins, ce qui permet un véritable suivi et la possibilité de passer progressivement d'une étape à l'autre.

En outre, d'autres modes de prise en charge émergent : par exemple, l'unité fonctionnelle de toxicomanie de l'hôpital Marmottan a été l'une des premières structures à proposer le sevrage sélectif aux patients polytoxicomanes. Ainsi, les héroïnomanes utilisateurs d'autres produits (alcool, médicaments, cocaïne, crack, etc.) sont hospitalisés et pris en charge, dans le cadre d'un traitement de substitution qu'il ne convient pas de remettre en cause, qui est poursuivi parallèlement au sevrage de tous les autres produits.

⁵² Circulaire du 3 juillet 1979 du Ministère de la Santé, BO Min.santé, N°80-3 texte 17892.

⁵³ Les activités et le mode de fonctionnement des CSST ont été initialement définis par le décret n° 92-590 du 29 juin 1992. Ce décret a été abrogé et remplacé par le décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes " (Journal Officiel n° 50 du 28 février 2003)

Globalement, aujourd'hui, l'offre de prise en charge résidentielle s'est réduite (moins de 600 places), alors que les besoins et les types de populations concernées augmentent. A partir de ce constat, le Plan quinquennal de lutte contre les drogues rendu public en 2004 a évoqué l'idée de diversifier et d'« innover » l'offre de soins en développant des programmes sans substitution, notamment les communautés thérapeutiques qui devraient se développer dans les prochaines années pour « des usagers ayant une histoire relativement brève avec les produits ou au contraire, pour des personnes en échec répété et qui ont besoin d'une prise en charge plus longue et plus structurée que le suivi ambulatoire ». Dispositif peu développé en France (50 places), du fait des dérives autoritaires observées dans le milieu des années 80⁵⁴, ce mode de prise en charge prônant la réhabilitation par le travail et par le « retour à la nature » devrait être favorisé, dans le cadre d'une expérience pilotée par la MILDT et le Ministère de la santé, prévoyant une capacité moyenne de 30 places. Un code d'éthique et une charte professionnelle seront élaborés en s'appuyant sur les expériences françaises et étrangères pour anticiper les bénéfices et les limites de ce modèle (indications et contre-indications, taux et type d'encadrement, activités occupationnelles et thérapeutiques à promouvoir, critères de suivi et d'évaluation, coordination avec les services de soins, place des traitements médicaux et psychiatriques etc.).

Le dispositif devrait être renforcé par l'ouverture de places en post-sevrage, dans un nouveau cadre thérapeutique, notamment en s'appuyant sur les groupes d'entraide d'ex-usagers (par exemple sur le modèle de Narcotiques Anonymes). Par ailleurs, sur la base d'une analyse des pratiques européennes, le Plan quinquennal prévoit de favoriser l'expérimentation de la prescription médicale et de la délivrance contrôlée d'opiacés par voie injectable (héroïne médicalisée), particulièrement en direction des toxicomanes en situation d'échecs répétés de traitements. Deux programmes médicalisés devraient être ouverts, sur la base d'un cahier des charges et d'un protocole de recherche tirant parti des acquis de la recherche menée dans d'autres pays européens (Allemagne, Espagne, Suisse).

Mise en oeuvre

La première constatation qui s'impose est celle du faible nombre des poursuites, suite aux interpellations pour usage. Les données du Parquet publiées nationalement ne permettent pas d'aller au-delà de ce constat. Cependant il existe des données sur les tribunaux informatisés de l'Île-de-France qui permettent de connaître les réponses pénales par type de classement. Pour ces tribunaux, la « troisième voie » serait la réponse la plus fréquemment apportée aux infractions d'usage. (Infostat Justice, n° 75, juillet 2004).

La deuxième constatation concerne le fait que les obligations de soins peuvent théoriquement être prononcées indépendamment de la constatation de l'infraction d'usage.

On peut noter cependant que la structure des peines prononcées à l'encontre du simple usager de drogue présente un taux d'emprisonnement relativement élevé au regard des mesures prévues par le Code pénal et des recommandations faites aux procureurs de limiter son utilisation (près de 15 % en 2001, vs. 45% de peines d'amende et 40% de peines alternatives, mesures éducatives ou dispenses de peine). Ce que l'on sait également, c'est que l'effectivité des alternatives à l'incarcération, condition indispensable de leur efficacité, n'est pas toujours garantie. De surcroît, le chiffrage de ces mesures reste incertain, compte tenu non seulement de la difficulté d'isoler dans les statistiques l'ensemble des mesures relevant des alternatives à l'incarcération pour une catégorie spécifique d'infractions (l'usage

⁵⁴ Un certain nombre de rapports officiels sont venus souligner des pratiques discutables dans ce domaine ; plusieurs d'entre eux ont même classé l'une des associations pratiquant les communautés thérapeutiques « le Patriarce » comme une secte (Rapport de la Cour des comptes sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie, 1998 ; Rapport Guyard sur les sectes, fait au nom de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation financière, patrimoniale et fiscale des sectes, ainsi que sur leurs activités économiques et financières, rapport n°1687, juin 1999).

de stupéfiants), mais également des difficultés de recoupement entre les séries statistiques issues du Ministère de la Justice et celles du Ministère de la Santé.

Sur un plan national, toutes infractions comprises, les alternatives à l'incarcération ont subi une érosion importante depuis plusieurs années : en 2001, les tribunaux ont par exemple prononcé 18 000 mesures de travail d'intérêt général (TIG), en baisse de 25 % sur cinq ans. Pour les infractions à la législation sur les stupéfiants, la baisse a été sensiblement proportionnelle ; pour les condamnations pour usage, elle a décliné de façon légèrement moins marquée. De même, le sursis avec mise à l'épreuve, qui permet de dispenser de prison un prévenu à condition qu'il respecte certaines obligations (notamment des obligations de soins quand le prévenu est toxicomane), a lui aussi été délaissé, du fait notamment, selon le rapport Warsmann (2003), d'une « exécution trop tardive » et d'un « contrôle des obligations peu perceptible ». Ainsi donc, une part mineure, et en évolution décroissante, des mesures de travail d'intérêt général ou de sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins a été prononcée à l'encontre d'auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants.

S'agissant des usagers de stupéfiants en particulier, les amendes continuent de représenter plus d'un tiers des condamnations : leur part a même augmenté dans les dernières années. Dans cette même logique de pénalisation financière au détriment des alternatives à contenu sanitaire, il faut signaler que le recours aux « jours-amendes », versements monétaires remplaçant les jours de détention, a progressé notablement dans les dernières années. Il a particulièrement augmenté au sein des condamnations pour usage, parmi les peines alternatives prononcées pour un usage illicite de stupéfiants en infraction unique (Tableau 30).

A l'aide des informations statistiques limitées dont on dispose sur les seules alternatives à l'incarcération prescrites aux usagers délinquants, on peut estimer que le nombre de peines de prison ferme est à peine moins élevé que celui des alternatives à la détention à dimension de soins. Cette affirmation devra être mise au regard de chiffres plus fiables, et tempérée par l'analyse du mode d'exécution des peines : en effet, dans la suite de leur « parcours pénal », certains usagers justiciables sont soumis à une mesure de placement extérieur comportant une obligation de soins, ou font l'objet d'une incarcération interrompue avant l'échéance prévue du fait d'une libération conditionnelle à caractère thérapeutique, etc. Par ailleurs, parmi les personnes ayant commis un délit d'usage de stupéfiants (seul ou associé à d'autres délits) et condamnées à une peine de prison ferme, certaines ne l'effectueront pas : il peut en effet s'agir de condamnations par défaut - et donc non exécutoires et susceptibles d'opposition - ou encore de condamnations à l'emprisonnement ferme susceptibles d'être converties en travaux d'intérêt général.

Ce que l'on peut souligner cependant, c'est que, selon la gravité des « autres infractions », les chances du contrevenant de bénéficier d'une alternative à l'incarcération varient. En effet, le contentieux de l'usage illicite de stupéfiants se caractérise par une forte prévalence des « multi-qualifications » : en 2001 par exemple, une infraction d'usage sur cinq sanctionnée par une condamnation comprenait un fait d'usage seul (2 933 cas, sur 13 615 condamnations). Or, face à des incriminations multiples (4 condamnations sur 5 liées à des faits d'usage, donc), les juges tendent à avoir une attitude plus répressive : leur sévérité est conditionnée par la nature des autres délits dont s'est rendu coupable l'usager de drogue. L'usager pourvoyeur de drogue (usage et trafic, transport et/ou cession) a des chances d'être plus sévèrement sanctionné que l'usager responsable de détention et/ou acquisition.

Tableau 30 : Usage de stupéfiants, évolution des interpellations et des condamnations judiciaires (peines classiques et alternatives) de 1998 à 2002

Année	Usagers interpellés	Injonctions thérapeutiques	Nombre total de condamnations	Nombre de condamnations	Dont emprisonnement ferme	%	Dont emprisonnement avec sursis probatoire (obligation de soins)	Dont peines d'amende	Dont dispenses de peine	Dont peines alternatives (TIG, jour-amende)	Dont mesures éducatives (mineurs)
			<i>usage de stupéfiants en infraction unique ou associée</i>	<i>usage en infraction unique</i>							
1998	74 663	4254*	6622	3452	690	20,0	632	1204	79	287	185
1999	80 037	4183*	7000	3287	577	17,6	463	1306	93	294	163
2000	83 385	3606*	6762	3397	486	14,3	453	1387	56	304	215
2001	71 667	4038*	5689	2933	395	13,5	346	1317	79	290	139
2002	81254	4068	4803					indisponible			

N.B. : depuis 1998, les stat.justice ne prennent en compte que les injonctions thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les DDASS, c'est-à-dire quand l'utilisateur a pris contact avec l'autorité sanitaire (et non plus le nombre de celles qui sont ordonnées par le parquet).

Source : statistiques d'interpellation de l'OCRTIS (Ministère de l'Intérieur) et statistiques sur les condamnations (Ministère de la Justice)

Si le mode de recensement statistique de ces mesures judiciaires particulières n'a pas été amélioré, la prise en charge des usagers judiciairisés dans ce cadre a fait l'objet d'un dispositif spécifique. Après le prononcé de la peine par les autorités judiciaires, l'exécution effective de la mesure, théoriquement, dépend des instances sanitaires : or les statistiques en provenance des centres de soins semblaient montrer que les usagers adressés aux CSST par la justice ne se retrouvaient pas en nombre suffisant, parmi les entrants ou dans la file active des patients. Les conventions départementales d'objectifs (CDO) ont été conçues pour « rapprocher » ces deux maillons de la chaîne. Signées entre le Préfet et le procureur, elles sont vouées à assurer localement que les condamnations assorties d'une obligation de soins, les TIG adaptés aux personnes toxicodépendantes et les mesures d'aménagement de peines en prison notamment, seront effectifs. A travers les financements complémentaires accordés aux opérateurs potentiels du système de soins (structures spécialisées toxicomanie, structures d'hébergement, structures du réseau justice, etc.), le dispositif des CDO a effectivement permis de proposer à un nombre croissant d'usagers judiciairisés une première rencontre avec le système de soins, aux différents stades de la procédure pénale, depuis la phase pré-sentencielle jusqu'à celle de l'accompagnement à la sortie de prison (6 500 en 1998, 37 500 en 2001). Toutefois, les alternatives à l'incarcération ont peu bénéficié de ce processus de dynamisation de l'articulation santé-justice, puisqu'en 2001, 11 % seulement des personnes prises en charge dans le cadre du dispositif étaient confrontées à un TIG ou à un sursis et ajournement avec mise à l'épreuve (ce qui représente tout de même environ 3 500 usagers)⁵⁵. Les alternatives à l'incarcération ont donc été le « parent pauvre » d'un dispositif qui a, globalement, bien fonctionné.

Financement

Théoriquement, la prise en charge générale des toxicomanes, qu'ils soient ou non adressés par les instances judiciaires, relève des CSST et des structures de réduction des risques financés par le Ministère de la Santé. En 2001, le nombre de CSST conventionnés s'élevait à 263, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans 90 départements français. Le montant de l'enveloppe annuelle qui leur est allouée a diminué depuis 1999 (118 M€ en 2002 vs 130 M€ en 1999).

Cependant, à ces financements de droit commun est venu s'ajouter celui, spécifique et complémentaire, des conventions de prestation avec les structures de soins conclues dans le cadre des CDO. Le financement des CDO ressort de crédits déconcentrés mis à disposition des structures par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), à une hauteur qui a connu une montée en charge jusqu'en 2001, passant de 2,5 M€ en 1998, à 4,9 M€ en 1999, 7,1 M€ en 2000 et 9,9 M€ en 2001 (en y intégrant le Fonds social européen pour ces deux dernières années). Cette extension de moyens s'est traduite par la croissance du nombre de structures financées : 203 en 1999, 286 en 2000 et 333 en 2001.

L'ensemble des structures de prise en charge de la toxicomanie, ainsi que le dispositif des CDO lui-même, sont depuis 2003 financés par la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), à l'instar des consultations ambulatoires en alcoologie (CCAA).

Les estimations disponibles montrent que dans le cadre des CDO, les alternatives à l'incarcération à dimension sanitaire sont assurées à plus d'un tiers par le réseau spécialisé alcool, à un tiers par les CSST, avant les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (16 %), le réseau spécialisé justice (13 %) ou d'autres types de structures (Gorgeon *et al.*, 2003).

⁵⁵ Source : bilans annuels de la MILDT, pour les années 1998, 1999, 2000 et 2001.

Suivi des mesures

Au sein du dispositif pénal, la mise à exécution des peines privatives de liberté relève du parquet, les sursis avec mise à l'épreuve et les TIG relèvent du juge d'application des peines (JAP), et les amendes de l'administration fiscale. Actuellement, chaque étape de la procédure pénale est suivie par un système de gestion indépendant qui ne communique pas avec les autres.

Ce sont les deux étapes possibles de l'orientation sanitaire et sociale au sein du processus pénal qui nous intéressent ici : celle des injonctions thérapeutiques d'une part ; celle des sursis avec mise à l'épreuve et des TIG d'autre part. Dans les deux cas, la « passerelle » avec le système de soins est supposée garantie par les services judiciaires chargés de la mise en oeuvre et du contrôle de l'obligation de soins. Cependant, on observe, pour l'injonction thérapeutique, une relative « déperdition » – estimée à 30% (Setbon et De Calan, 2000a) – des usagers tout au long des étapes qui sont supposées les conduire de l'orientation par le parquet aux services de la DDASS puis dans le CSST désigné pour assurer la prise en charge de l'usager justiciable. Dans le cas de l'obligation de soins prononcées à la suite d'un jugement, l'accompagnement est assuré par un **juge référent**, qui suit le dossier dans la durée (juge de l'application des peines, juge des enfants, juge d'instruction ou juge des libertés et de la détention) et qui s'assure, le cas échéant, de l'intervention de travailleurs sociaux mandatés par la justice (service pénitentiaire d'insertion et de probation, protection judiciaire de la jeunesse, associations de contrôle judiciaire). Du fait de son déroulement encadré, l'obligation de soins ne présente pas les mêmes faiblesses que l'injonction thérapeutique : son effectivité est présumée supérieure, même si aucun système comptable ne permet actuellement de l'apprécier d'une façon rigoureuse.

En l'absence de système d'informations intégré, il n'est pas possible de suivre en continu une affaire depuis le prononcé de la condamnation jusqu'à l'exécution de la peine. Pour remédier à cette situation, il faut, soit réaliser des enquêtes en juridiction, soit tirer parti des bases de données statistiques existantes – en s'accommodant d'une information biaisée et souvent difficile à interpréter.

Groupes cibles spécifiques

Au moment de la relance du dispositif des CDO en 1999, l'accompagnement des jeunes consommateurs a été érigé en priorité. Néanmoins, il n'existe pas de programmes de traitement dans le cadre d'alternatives à l'incarcération ciblant spécifiquement certaines catégories de population.

Projets spécifiques

On peut considérer que le placement sous surveillance électronique relève des projets pilotes lancés en matière d'alternatives à l'incarcération mais ce dispositif n'a aucun caractère sanitaire et ne s'adresse pas particulièrement aux toxicomanes. Il est difficile aujourd'hui d'apprécier la mise en oeuvre et l'efficacité des mesures de placement sous surveillance électronique : instauré en 1997, ce système a connu une première expérimentation en octobre 2000 sur quatre sites où 20 bracelets ont été testés. Depuis le début de l'expérimentation du placement sous surveillance électronique, 1 384 condamnés ont bénéficié de ce dispositif (à la date du 15 décembre 2003). Au 15 décembre 2003, le nombre de placements simultanés était de 312. Entre le 1er et le 15 décembre 2003, 63 nouveaux placements sous surveillance électronique ont été accordés. La loi d'orientation et de programmation sur la justice (LOPJ) prévoit de placer 3 000 personnes sous surveillance électronique d'ici 2007⁵⁶.

⁵⁶ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR : JUSX0200117L).

Concernant les alternatives à l'incarcération à dimension de soins, il n'existe pas de projets spécifiques actuellement en cours.

Assurance qualité

Document directeur

En matière d'alternatives à l'incarcération ciblant les usagers délinquants, aucun document d'orientation spécifique n'a été émis, en dehors de la circulaire du 17 juin 1999 tombée en désuétude à la suite du changement de majorité gouvernementale en avril 2002.

Evaluation et recherche

Dans le domaine des alternatives à la détention, à défaut d'une évaluation globale de leur mise en œuvre appliquée aux toxicomanes insérés dans la filière pénale, on peut citer un certain nombre de résultats d'évaluation épars et de réflexions en cours.

L'évaluation la plus pertinente dans ce domaine porte sur les injonctions thérapeutiques est celle de Michel. Setbon et J. de Calan sur l'injonction thérapeutique (2000b). Cette recherche établit que « les rares usagers de drogues qui ont bénéficié d'une injonction thérapeutique n'ont qu'une faible probabilité de recevoir une prise en charge correspondant à leur état ». Autrement dit, le faible taux d'effectivité de l'injonction thérapeutique (évalué à 30%) est doublé du constat d'une faible efficacité de la prise en charge elle-même. Ainsi, selon les auteurs, assurer l'effectivité de l'injonction thérapeutique représente non seulement une condition nécessaire à l'efficacité de la prise en charge mais en constitue également le principal facteur : la mise en place de conditions favorisant l'effectivité construit son efficacité en permettant de fournir aux usagers de drogues qui en ont besoin une prise en charge adaptée. L'évaluation conclut qu'effectivité et efficacité seront d'autant facilitées que les effets des choix opérés entre les parquets et les DDASS seront rendus apparents, interprétés et discutés (au moyen notamment d'un dispositif d'évaluation).

L'évaluation des « obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire » réalisée par le CESDIP en 1999 a cherché quant à elle à explorer la signification du soin sous contrainte dans des contextes différents (ILS ou vols, province ou région parisienne), à partir de l'étude de trois cohortes de personnes soumises à cette obligation (Simmat-Durand et Toutain, 1999). Le rapport conclut sur trois points : le premier objectif de l'obligation de soins, qui est la mise en contact de l'utilisateur avec le système de soins, est « un leurre » car il s'agit de populations toxicomanes depuis longtemps, dont l'état de santé dégradé a occasionné de multiples contacts avec les acteurs du champ sanitaire. Le second objectif, du point de vue du Ministère de la Justice, la prévention de la récidive, est le plus difficile à évaluer, bien qu'il apparaisse clairement que l'objectif d'éviter l'incarcération est battu en brèche puisque la moitié de la population étudiée a connu des séjours répétés en prison. Enfin, le troisième objectif, défini *a posteriori*, celui de la lutte contre les exclusions sociales, semble contredit par la proportion importante, dans la population étudiée, de personnes en situation d'exclusion prolongée du marché du travail (près de 60 %). Dans l'ensemble des évaluations menées, les analyses ont été menées sans référence à des indicateurs de succès bien identifiés.

En dehors des études spécifiques relatives aux obligations de soins prescrites dans un cadre judiciaire, divers travaux ou évaluations sur des sujets connexes soulèvent tour à tour la question de leur légitimité, de leur effectivité, ou de leur efficacité, sans élaborer pour autant des indicateurs opérationnels de succès, ou des conclusions définitives sur les chances de récidive d'un usager traité à travers la filière pénale.

L'efficacité des approches de traitement quasi-obligatoires est une question récurrente car elle n'a pas été scientifiquement prouvée. La majorité des psychiatres et psychologues spécialisés estiment que la coercition est peu favorable à la réussite du traitement. Par

ailleurs, les mécanismes prévus par la loi de 70 sont souvent critiqués : elles relèvent que la loi de 70 est une loi de justice et non de thérapie, dès lors que le juge se trouve au centre du dispositif, décidant d'appliquer la mesure répressive, la mesure thérapeutique, ou les deux. Nombre de médecins soulignent la difficulté de créer une relation de confiance avec le malade dans un contexte judiciaire, où le patient est sous le coup d'une sanction pénale et le médecin placé en position d'auxiliaire de justice. Certains travaux estiment que les difficultés nées de la contradiction entre les impératifs médicaux et judiciaires peuvent être résolues par une meilleure coopération des deux institutions sur le terrain. C'est dans cet esprit qu'a été créé, puis évalué, le dispositif des CDO, présenté comme un outil essentiel au service du développement de l'articulation justice/santé.

L'évaluation menée en 2002 du dispositif des CDO montre que le dispositif a répondu aux objectifs qui lui étaient assignés en permettant un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de justice, une augmentation de l'offre de prise en charge socio-sanitaire de ce public et une mise en réseau renforcée des autorités judiciaires et sanitaires. Ces améliorations ont particulièrement affecté la phase présenticielle, alors que les alternatives à l'incarcération ont peu évolué à la faveur de ce dispositif.

Plus généralement, certains chercheurs s'interrogent sur l'utilité réelle des alternatives à l'incarcération en termes d'opportunité et/ou de réinsertion⁵⁷. Par ailleurs, la question de l'efficacité des alternatives à l'incarcération à dimension sanitaire achoppe sur la question même de la qualité de prise en charge en direction des usagers d'héroïne. Si l'impact positif des nouveaux modes d'intervention visant à réduire l'ensemble des risques sanitaires de la consommation de drogue peut être appréhendé par des indicateurs d'activité et des indicateurs épidémiologiques favorables (nombre de programmes d'échange de seringues et de services à bas seuil, proportion de médecins prescrivant des médicaments de substitution, ventes de seringues, volume de médicaments prescrits, baisse de la mortalité par overdose, réduction de la prévalence du VIH, rétention des patients substitués dans les traitements, observance par les usagers séropositifs des traitements de l'infection VIH, etc.), l'évaluation du dispositif met en exergue des problèmes persistants : maintien d'une incidence élevée de contamination par le VHC, injection encore trop fréquente du Subutex® (buprénorphine), détournement d'une fraction de celui-ci sur le marché de rue, répartition déséquilibrée entre méthadone et buprénorphine, nécessité d'améliorer la prise en charge sociale et psychiatrique, discontinuité des traitements lors de l'entrée ou de la sortie de prison, insuffisance des réponses en cas d'échec des traitements ou de polytoxicomanies sévères. La difficulté à définir des interventions efficaces auprès des consommateurs compulsifs de crack ou de cocaïne ne favorise probablement pas leur usage dans un contexte problématique encore redoublé par la contrainte judiciaire. Ainsi dernièrement, le rapport du député Warsmann (2003) soulignait que la perte de « crédibilité et d'effectivité » des alternatives à l'incarcération a amené les magistrats à s'en détourner, favorisant d'autant plus le recours à la prison.

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas de recherche ou même d'évaluation à proprement parler, les recommandations des rapports parlementaires régulièrement commandités sur la question des conditions de détention en prison, de l'exécution des peines, etc. sont une source cruciale de débats et de réformes. Le rapport Warsmann précité, ainsi, proposait notamment, pour relancer les alternatives à l'incarcération, de développer un « plan de relance » et de diversification des mesures de travail d'intérêt général (TIG). Il propose de convoquer les

⁵⁷ Ainsi existe-t-il en France un débat sur les « alternatives » : servent-elles réellement d'alternatives à la détention ou ont-elles vocation à élargir le filet pénal ? Pierre-Victor Tournier, directeur de recherche au CNRS et président de l'Association française de criminologie, parle ainsi d'« alternatives virtuelles » pour désigner l'ensemble des mesures prononcées parce qu'elles existent dans les textes, et en l'absence desquelles l'on peut présumer que de simples sursis ou une amende seraient prononcés.

prévenus, dès l'audience, auprès du service chargé de mettre en place le TIG ou le sursis avec mise à l'épreuve, en leur spécifiant immédiatement les obligations auxquelles ils sont soumis. Dans le cas des TIG, il plaide pour un « programme national de relance » afin de ne plus les cantonner au secteur voirie – espaces verts et les ouvrir au tertiaire et au monde hospitalier. Le rapport préconise également d'assurer l'augmentation des sursis avec mise à l'épreuve, d'exécuter les courtes peines en dehors de la prison, en centre de semi-liberté ou sous placement électronique, et de lutter contre la récidive en réduisant les « sorties sèches » de prison grâce à la revalorisation des dispositifs d'aménagement de peine des détenus (en chute) : en 2002 en effet, seules 5 056 libérations conditionnelles ont été accordées (soit une baisse de 14 % en un an), ce qui représente un minimum historique depuis leur création en 1885. A cet égard, le Conseil de l'Europe désignait la France en septembre 2003 comme l'un des pays ayant le taux le plus bas de recours aux libérations conditionnelles en Europe (9 % des sorties de prison). Pour éviter ces « sorties sèches » préjudiciables à la réinsertion des détenus, le député souhaitait faire adopter dans la loi « le principe d'une exécution progressive de la peine » : les trois derniers mois d'une peine de 6 mois à 2 ans de prison ou les 6 derniers mois d'une peine de 2 à 5 ans devront pouvoir s'exécuter soit en semi-liberté, soit en chantier extérieur, soit sous surveillance électronique.

Les réflexions en cours existent donc, de façon éclatée, mais elles prennent peu en compte, encore moins de manière spécifique, la dimension sanitaire de la peine s'agissant d'usagers délinquants.

Formation

La capacité des pouvoirs publics à réussir l'articulation entre instances de santé et de justice se joue en partie dans l'effort de formation déployé auprès des magistrats d'une part, et des professionnels de santé d'autre part. Ce point a été l'une des priorités affichées de 1998 à 2001 par la MILDT et pourrait être poursuivi dans le prochain plan quinquennal. En mai 2004, un colloque organisé par le Ministère de la Justice (Ecole Nationale de la Magistrature, Ecole National d'Administration Pénitentiaire, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales), intitulé « Poursuivre et punir sans emprisonner. Les alternatives à l'incarcération » a permis de reposer la question en termes d'opportunité et d'applicabilité, mais le problème spécifique des toxicomanes en milieu pénitentiaire n'a pas été évoqué.

Parallèlement, les acteurs du champ sanitaire poursuivent leurs efforts de sensibilisation à la nécessité de développer l'interface avec les instances judiciaires. Depuis quelques années, une formation régulière menée par l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) aborde les relations entre les CSST et les services judiciaires et pénitentiaires. Les différents problèmes évoqués tiennent à l'organisation du partenariat ou aux difficultés de partenariat entre les différents services dans le cadre de procédures pénales classiques (contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, aménagements de peines etc.). Des cas concrets, avec orientation vers le dispositif de soins, sont présentés.

Les résultats de ces efforts de formation n'ont pas à ce jour été évalués.

Ainsi, si le discours public sur l'opportunité de recourir aux alternatives à l'incarcération pour pénaliser les usagers toxicomanes s'est progressivement étoffé – malgré un recul depuis 2002 –, ces recommandations semblent relativement peu suivies d'effets à ce stade d'observation des tendances pénales. L'un des enjeux de ce couplage entre répression et soins se joue dans l'effort public consenti pour encourager et soutenir l'articulation des instances judiciaires et sanitaires amorcée avec les conventions départementales d'objectifs. Selon le rapport d'évaluation du plan triennal en effet, l'un des axes de progrès identifiés était bien l'aménagement des peines les moins longues, quand il s'agit de toxicomanes, en y

intégrant une obligation de soins – pour la libération conditionnelle et la semi-liberté notamment (Setbon *et al.*, 2003).

Septembre 2004

Ivana Obradovic

OFDT

ivobr@ofdt.fr

Glossaire

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Maison d'arrêt : reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an

Milieu ouvert : ensemble des activités des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et associations de contrôle judiciaire qui concourent à la mise en oeuvre des décisions de justice devant être exécutées totalement ou partiellement hors des établissements pénitentiaires. Le but de ces mesures est de permettre une meilleure insertion des personnes dans la société. Elles peuvent être prises avant jugement (contrôle judiciaire), lors du jugement (sursis avec mise à l'épreuve) ou être une modalité de l'exécution de la peine d'emprisonnement (semi-liberté).

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou encore de bénéficier d'un traitement médical. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

Travail d'intérêt général (TIG) : Cette peine alternative à l'incarcération, adoptée en 1983, requiert la volonté du condamné pour être exécutée. Il s'agit d'un travail non rémunéré d'une durée de 40 à 240 heures maximum au profit d'une collectivité territoriale ou d'une association.

13. Nuisances publiques : définition, tendances politiques, problèmes légaux et stratégies d'intervention

Définition

Dans le cadre de l'usage de drogues, le concept de « nuisances publiques liées à l'usage de drogues » n'est pas couramment utilisé en France contrairement à d'autres pays européens (Pays-bas, Belgique...). Cette notion est donc absente du discours public, sauf dans quelques cas sporadiques qui seront développés dans cet article. En effet, certains comportements ou faits répertoriés dans la définition adoptée par les Pays-Bas⁵⁸, ont pu faire l'objet d'une étude ou ont été médiatisés sans pour autant être assimilés plus globalement à ce concept : insécurité, incivilités, regroupements dans des espaces publics, dégradations, squats, abandon d'objets liés à la consommation... quelques uns sont d'ailleurs énumérés par Renn et Lange (1995) comme étant les principales « nuisances en relations avec les usagers de drogues »⁵⁹.

Mesures prises

Il n'existe pas en France, contrairement à d'autres pays Européens (Pays-bas, Belgique...), de législation visant à encadrer spécifiquement les « nuisances publiques liées à l'usage de drogues ».

Quelques réglementations s'appliquant à des manifestations publiques encadrent, de fait, les comportements ou faits liés à l'usage de drogues qui pourraient s'y produire.

Suite à une mobilisation de certains préfets et maires, contre les manifestations issues du mouvement techno et plus particulièrement contre les grands « *teknivals* » de plus de 20 000 personnes, un amendement à la loi sur la sécurité quotidienne visant à réglementer ces rassemblements a été déposé. Repoussé par les députés au mois de juin 2001, ce projet a été repris par le gouvernement à l'automne 2001 et voté par le Parlement. L'article 53 de la Loi de sécurité quotidienne (LSQ⁶⁰) confère donc un cadre juridique aux rassemblements couramment appelés « *rave-parties* ». Les organisateurs de ces événements sont désormais tenus de déclarer leurs projets aux préfets des départements sur le territoire desquels les « *rave-parties* » sont prévues. Le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 précise les modalités de déclaration (OFDT, 2003a, p.57).

Dès l'année 2002, de nombreux observateurs ont mis en exergue les impacts de cette nouvelle réglementation au sein des espaces urbains et festifs sur : l'organisation générale et le type des événements organisés ; la consommation de substances psychoactives et le trafic notamment sa visibilité (Bello *et al.*, 2003).

⁵⁸ À l'origine, les nuisances liées aux drogues se limitaient aux petits délits commis par les usagers de drogues. Par la suite, la notion a été élargie pour désigner les comportements des usagers que les non-usagers perçoivent comme des troubles à l'ordre public et qui sont à l'origine d'un sentiment d'insécurité. Elles font donc référence à une gamme très large de comportements déviants en relation, soit avec des normes codifiées, comme celles du code pénal, soit avec des normes sociales plus ou moins explicites. Martineau, H. et Gomart, E. (2001) Les nuisances liées aux drogues : la politique néerlandaise, *Questions pénales*, 14, (1).

⁵⁹ Les nuisances en relation avec les drogues sont généralement les suivantes : seringues usagées abandonnées dans des lieux publics ; usagers consommant dans des lieux publics au vu de tous les passants ; échanges de drogues (trafic) dans des espaces publics ; groupes d'usagers qui « traînent » dans les espaces publics et notamment les entrées d'immeubles ; usagers qui mendient ; usagers proposant des substances aux passants. Renn, H. et Lange, K.-J. (1995) Quartiers urbains et le milieu des drogues, une enquête comparative des nuisances dues aux scènes ouvertes de la drogue dans les grandes villes européennes, Commission Européenne.

⁶⁰ LOI n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 / NOR: INTX0100032L

La même LSQ interdit l'occupation des espaces communs des immeubles d'habitation (article 52 modifiant l'article 126-1 et 126-2 du code de la construction et de l'habitation⁶¹). Mais il est encore trop tôt pour être en mesure de connaître les répercussions de cette mesure sur les attroupements qu'elle vise.

Dans le cadre plus spécifique de la lutte contre les drogues et prévention des dépendances, le plan triennal 1999-2001 (prorogé en 2002) fait le constat que les structures d'accueil et d'aide de proximité aux usagers de drogues marginalisés « *sont souvent mal acceptées par les riverains qui, souvent sous-informés, ne supportent pas le regroupement de toxicomanes très marginalisés en un seul lieu* » (MILDT, 1999) et préconise la création d'équipes mobiles de proximité dans les quartiers les plus en difficultés.

A ce jour, cinq équipes ont été créées, dont les objectifs sont d'une part une amélioration de la prise en charge des usagers actifs et marginalisés et d'autre part, une amélioration de l'acceptabilité par les riverains des politiques de réduction des risques et des dommages à la suite d'un travail d'information et d'échanges. La première équipe de proximité (« Coordination 18 ») créée en 1999 a fait l'objet d'une évaluation en 2000-2001 (résultats détaillés ci-après).

Résultats / évaluation

Les formes de nuisances ne rentrent généralement pas dans des rubriques pénales et ne font pas souvent l'objet de dépôt de plainte ; les statistiques policières ne sont donc pas d'un grand recours pour étudier ce phénomène, qui peut davantage être rapproché des enquêtes de victimation. De plus, les nuisances s'exercent généralement au sein d'un espace géographique très localisé, il n'est donc pas envisageable de généraliser les résultats observés localement. Enfin, comme pour le sentiment d'insécurité, il est vraisemblable que certaines catégories de population y soient plus sensibles (Peretti-Watel, 2000; Lagrange, 2001; Robert et Pottier, 2001; Pottier *et al.*, 2002). On sait également que les perceptions des usagers de drogues par la population générale résultent « *de la manière dont les individus jugent la déviance sous toutes ses formes, et donc de la valeur qu'ils accordent à l'ordre social institué que transgresse cette déviance particulière* » (F. Beck et Peretti-Watel, 2000).

Faute de pouvoir s'appuyer sur les statistiques administratives courantes (police, justice) pour qualifier l'ampleur des nuisances causées par l'usage de drogues, une revue de la littérature nationale a été effectuée. Les informations récoltées sur le sujet sont parcellaires. Les rares enquêtes de terrain qui existent sont très localisées et l'on ne peut guère que s'appuyer sur quelques témoignages et certaines évaluations des perceptions.

« Scènes ouvertes de drogues » en zone urbaine

L'évaluation des nuisances dans le quartier de la Goutte d'Or

Une enquête menée en 1994, dans 6 villes européennes différentes (Amsterdam, Hambourg, Rotterdam, Paris, Barcelone, Londres) cherche à déterminer dans quelle mesure la population d'un certain quartier (celui de la Goutte d'Or dans le cas de Paris) est exposé à

⁶¹ « Art. L. 126-2. - Les propriétaires ou exploitants d'immeubles à usage d'habitation ou leurs représentants, qui satisfont à l'obligation mentionnée par l'article L. 127-1, peuvent également, en cas d'occupation des espaces communs du bâti par des personnes qui entravent l'accès et la libre circulation des locataires ou empêchent le bon fonctionnement des dispositifs de sécurité et de sûreté ou nuisent à la tranquillité des lieux, faire appel à la police ou à la gendarmerie nationales pour rétablir la jouissance paisible de ces lieux »

des « scènes ouvertes de drogues »⁶² et dans quelle mesure celles-ci sont considérées comme une nuisance (Renn et Lange, 1995). Résidents, commerçants, policiers et toxicomanes, personnes prostituées et sans abri de chaque quartier ont été interrogés.

Dans ce quartier parisien du 18^{ème} arrondissement, 87 % des résidents ont remarqué des usagers de drogues et 73 % citent ces usagers comme une nuisance en général. Les incidents vécus comme les principales nuisances sont en premier lieu, l'usage de drogues en public (94,5 %), l'abandon de seringues (94 %), et enfin la présence d'usagers de drogues dans les halls d'immeuble (93,3 %). Il s'avère que les nuisances perçues par les résidents sont étroitement liées à la visibilité de la « scène ouverte ». Dans le cas de la Goutte d'or, le niveau de nuisance⁶³ conséquent à la présence de la scène ouverte est cependant estimé relativement bas (comme à Barcelone et Londres) contrairement à certains autres quartiers de villes hollandaises.

La principale limite de ce type d'enquête est que ses résultats reflètent une situation locale et ponctuelle qui n'est en aucun cas généralisable à l'ensemble des quartiers en difficulté.

Les investigations menées au sein des sites TREND

Par l'intermédiaire d'investigations ethnographiques, plusieurs sites du dispositif TREND (tendances récentes et nouvelles drogues) ont pu mettre en évidence l'existence de « scènes ouvertes » sans pour autant que des problèmes avec les riverains soient soulignés (sauf à Paris dans un ou deux quartiers très limités). La visibilité du cannabis (usage et trafic) est rapportée par de nombreux sites (Rennes, Toulouse, Paris, Bordeaux, Lyon, Guyane, Martinique). Le recensement de scènes ouvertes d'héroïne est rare, alors que des scènes ouvertes de Subutex® sont plus fréquentes (Lyon, Paris, Toulouse, Bordeaux, Rennes).

La réappropriation de l'espace public : le collectif anti-crack

En 2001, une « scène ouverte » de crack s'installe dans une rue du 19^{ème} arrondissement de Paris. « *Pour reconquérir l'espace public et obtenir de la police la dispersion de la scène ouverte* » (Collectif anti-crack, 2002), commerçants et habitants s'unissent, donnant naissance au Collectif anti-crack. Au terme de 4 manifestations, le collectif obtient la fermeture de la « scène » et organise à partir de 2002 des tournées de rue avec des pères de familles habitant le quartier qui ont pour objectifs :

- de faire en sorte que les habitants se réapproprient l'espace public du quartier ;
- d'organiser les jeunes du quartier contre la drogue ;
- de prolonger les premiers échanges engagés avec les toxicomanes ;
- de fermer 3 « *repaires* » de crack dans lesquels le trafic s'est replié et de reloger les familles qui y habitent.

Au terme de ces différentes actions « *l'espace public est largement réapproprié... dans les rues le trafic est toujours là mais fluctuant, tantôt à un coin, tantôt à un autre... le trafic est toujours présent mais sur la défensive et s'appuie sur des bases arrières (les « crack house ») qu'il faut détruire* » (Collectif anti-crack, 2002). Le collectif s'est dissout en septembre 2002, après la fermeture des « *repaires* » de crack et le relogement des familles.

⁶² Est entendu comme « scène ouverte de drogues » ou « milieu ouvert de la drogue » : un lieu où usagers et dealers se rencontrent et s'installent de manière plus ou moins concentrée, espace généralement accessible, et où ils sont facilement remarqués par d'autres personnes.

⁶³ La nuisance est mesurée par la moyenne des impressions subjectives des désagréments déclarées par les individus. La valeur moyenne de la distribution statistique des désagréments représente le niveau de nuisance dans la ville.

Incivilités

Un sondage réalisé pour la Préfecture de Police de Paris en 1998, interroge les parisiens sur les incivilités les plus « supportables »⁶⁴.

Même si la qualité de la formulation peut laisser à désirer, il apparaît assez logiquement que les atteintes à la personne physique sont les moins supportables, suivies des dégradations matérielles. L'abandon de seringues usagées, seule nuisance directement liées à l'usage de drogue sur laquelle les parisiens étaient interrogés, est jugé comme insupportable par la population parisienne (10 % le déclarent supportable) sans que l'on sache dans quelle mesure les répondants y sont exposés.

A titre de comparaison, le racolage et l'exhibitionnisme sexuel sont également qualifiés d'insupportable (10 % le déclarent supportable) mais moins que les insultes et les provocations (12 % les déclarent supportables), les dégradations de véhicules (16 % les déclarent supportables), les nuisances sonores (28 % les déclarent supportables) ou encore les regroupements d'individus sans activité dans les lieux publics ou les parties communes d'immeubles (44 % les déclarent supportables).

Mise en place de la politique de réduction des risques

« Coordination 18 » est un dispositif né en 1999 qui a pour mission d'assurer une médiation sociale entre les parties concernées par les nuisances liées à la toxicomanie – usagers de drogues, riverains, commerçants, etc. – et la police. Entre 2000 et 2001, un an après sa mise en place, le fonctionnement et les actions de cette structure ont fait l'objet d'une évaluation (Fayman S. et al, 2003). Il en ressort que le dialogue social avec les riverains n'a pas suffisamment mobilisé l'équipe en place alors qu'il semble être la solution la plus consensuelle pour les amener à accepter dans leur environnement local l'implantation de structures de « première ligne ».

Deux ans après l'évaluation, Annick Lepetit (Maire du 18^{ème} arrondissement entre 2001 et 2003, Députée de Paris depuis 2002) fait le constat que l'attitude des habitants a changé grâce notamment à la présence de « Coordination 18 » dans le quartier, confirmant ainsi que le dialogue et la concertation sont des éléments incontournables de politique de réduction des risques : « *les habitants ont évolué, aujourd'hui ce sont les nuisances qu'ils condamnent et non pas la présence des structures de bas seuil, ce n'est pas dû au hasard mais au dialogue et à l'information* » (Bonnin, 2002). Ce discours est à nuancer au vu des événements d'avril 2003 : les habitants du quartier, avec l'appui du conseil d'arrondissement, se sont opposés, en obtenant gain de cause, à l'installation d'un centre de soins pour personnes sans abri incluant également un programme d'échange de seringues.

Les conflits qui peuvent naître entre les résidents et les promoteurs de services de réduction des risques relèvent, avant tout, du droit de l'espace urbain (Benech-le-roux, 2001) et sont plus connus sous l'appellation NIMBY⁶⁵. Selon Gibier (2002, p.37), l'apparition du syndrome NIMBY au sein de la population française « *ne veut pas dire que le français moyen est « contre le soin » et donc « pour le répressif » [...] mais pour une représentation simpliste du soin qui fait disparaître le problème, qui enlève la visibilité du problème. Et cela n'est guère réaliste.* ».

Les différentes enquêtes menées en population générale sur les opinions et les perceptions des français sur les drogues montrent en effet que les enquêtés soutiennent massivement

⁶⁴ Sondage réalisé par Ipsos, janvier 1998, 1 004 personnes représentatives de la population de Paris, âgées de 18 ans et plus. Cité dans Roché, S. (2000) La théorie de la "vitre cassée" en France : incivilités et désordres en public, *Revue Française de Science Politique*, 50, (3).

⁶⁵ NIMBY : "not in my back yard" / "pas dans mon jardin". La théorie décrite sous le terme de syndrome « NIMBY » est simple : « *l'implantation de tout équipement collectif crée des nuisances pour les riverains proches de l'équipement alors qu'ils n'en tirent pas d'avantages directs. Ceux-ci auront donc comme réaction naturelle et égoïste de refuser le projet et de réclamer qu'il se fasse ailleurs* ». Jobert, A. (1998) L'aménagement en politique ou ce que le syndrome NIMBY nous dit de l'intérêt général, *Politix*, (42), 67-92.

les différentes actions de la politique de réduction des risques (F. Beck et Peretti-Watel, 2000; F. Beck *et al.*, 2003a). A la question « *la loi prévoit la création de centres de soins pour les toxicomanes en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants* » seulement 4,7 % des enquêtés déclarent être contre. Mais dès lors que l'installation d'un lieu d'accueil se fait plus concrète, « *et seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier* », 21,5 % s'y opposent.

Les éléments de connaissance sur les « nuisances publiques » liées à l'usage de drogues sont rares et épars, ce qui laisse penser que ces nuisances ne sont pas fréquentes. Cependant, à travers les enquêtes d'opinions et de perceptions sur les drogues illicites et quelques cas médiatisés, on a pu constater l'existence ponctuelle du syndrome NIMBY. La prochaine enquête de victimation (2005) menée conjointement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et l'Observatoire national de la délinquance (OND) devrait apporter de nouveaux éléments car des questions sur la visibilité de faits liés à l'usage de drogues illicites ou d'alcool et le degré de gêne occasionné sont prévus dans le questionnaire⁶⁶.

Juin 2004

Dominique Lopez

OFDT

dolop@ofdt.fr

⁶⁶ L'enquête de victimation est un questionnaire (partie variable) ajouté à la partie fixe de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCVM) menée par l'INSEE.

PARTIE C : BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

14. Bibliographie

- AIDES (2002) Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés.
- Ait Menguellet, A. (1988), Toxicomanie et immigration, In *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 86ème session*, Masson, Chambéry (France).
- Amosse, T., Doussin, A., Firdion, J.-M., Marpsat, M. et Rochereau, T. (2001) Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998, CREDES, Paris.
- Assurance Maladie (2003), MEDIC'Assurance Maladie : les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 2001 et 2002, CNAMTS, Paris.
- Auriacombe, M., Franques, P. et Tignol, J. (2001) Deaths attributable to methadone versus buprenorphine in France, *Journal of the American Medical Association*, **285**, (1), 45.
- Barbier, C. et Lert, F. (2001) Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes et la substitution : diversité des moyens et des pratiques, *Le Courrier des Addictions*, **3**, (4), 165-167.
- Bargagli, A. M., Sperati, A., Davoli, M., Forastiere, F. et Perucci, C. A. (2001) Mortality among problem drug users in Rome: an 18 year follow-up study, 1980-97, *Addiction*, **96**, (10), 1455-1463.
- Barré, M.-D., : (2002) Les soins obligés : cadre pénal et mise en oeuvre en France. Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente, Dalloz, Lille.
- Batel, P., Constant, M.-V., Jourdain, J.-J., Lavignasse, P., Lowenstein, W., Mucchielli, A., Reynaud-Maurupt, C., Riff, B. et Videau, B. (2001), Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. Résultats préliminaires après six mois de suivi, ANISSE, Paris.
- Baud, F. (2000) Etude expérimentale de l'interaction buprénorphine et benzodiazépines, *Le Courrier des Addictions*, **4**, 149-153.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003a) Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap02.htm>).
- Beck, F. et Legleye, S. (2003b) Evolutions récentes des usages de drogues à 17 ans : Escapad 2000-2002, *Tendances*, **29**, 1-4 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend29.htm>).
- Beck, F. et Legleye, S. (2003c) Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usages et évolutions récentes, *Tendances*, **30**, 1-6 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend30.htm>).
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2002), Drogues illicites : pratiques et attitudes In *Baromètre santé 2000*, II : Résultats (Eds, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A.), CFES, Paris, pp. 237-274.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2003a) Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, Paris.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2003b) Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>).
- Beck, F., Legleye, S. et Spilka, S. (2004) Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : niveaux d'usage et évolutions récentes ESCAPAD 2003, *Tendances*, **39**, (à paraître).
- Beck, F. et Peretti-Watel, P. (2000) EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, OFDT, Paris.
- Bello, P.-Y. (2001), Observations sur les consommations hors prescriptions médicales de buprénorphine haut dosage In *Tendances récentes, Rapport TREND juin 2001*, (Eds, Bello, P.-Y., Toufik, A. et Grandilhon, M.), OFDT, Paris, pp. 111-118.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Grandilhon, M. et Giraudon, I. (2003) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>).

- Bello, P.-Y., Toufik, A., Grandilhon, M. et Giraudon, I. (2004) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - 5ème rapport national du dispositif TREND- septembre 2004, OFDT, Saint-Denis, à paraître.
- Bello, P.-Y., Toufik, A. et Grandilhon, M. (2002) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 - Rapport TREND- juin 2002, Paris.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Grandilhon, M. et Bonnet, B. (à paraître) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - Rapport TREND - 2004, OFDT, Saint Denis.
- Benech-le-roux, P. (2001) L'implantation des programmes d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité, CESDIP, Guyancourt.
- Bilal, S., Menares, J., De la Selle, P., Toufik, A. et Perdrieux, Y. (2003) Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale, Une étude en médecine de ville, *Annales de Médecine Interne*, **154**, (Hors série II), 2S6-2S14.
- Bisiou, Y. et Caballero, F. (2000) Droit de la drogue, Dalloz, 2è édition, Paris.
- Bonnin, O. (2002) entretien avec Annick Lepetit, Maire du 18ème arrondissement (dec. 2001), *SWAPS*, **25**, 13-19.
- Bouhnik, P. et Touze, S. (1996) Héroïne, sida, prison : trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille / Seine saint-Denis, RESSCOM, Paris.
- Cabanel, P.-G. (1996) Pour une meilleure prévention de la récidive : rapport au Premier Ministre, La Documentation française, Paris, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/964059500.shtml>.
- Cadet-Taïrou, A. et Cholley, D. (2004) Approche régionale de la substitution aux opiacés. 1999-2002. Pratique et disparité autour de 13 sites français, CNAMTS / OFDT, Paris.
- Cadet-Taïrou, A., Costes, J. M., Bello, P. Y., Palle, C. et Escots, S. (2004) Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004., *Tendances*, (37), 1-8 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>).
- Cagliero, S. et Lagrange, H. (2003), La consommation de produits psychoactifs chez les femmes prostituées In *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003*, (Eds, Bello, P.-Y., Toufik, A., Grandilhon, M. et Giraudon, I.), OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>).
- Calderon, C., Soletti, J., Gaigi, H., Guichard, A. et Lert, F. (2001) Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés, AIDES, Paris.
- Carrieri, M.-P., Rey, D., Loundou, A., Lepeu, A. et Obadia, Y. (1999) Access to antiretroviral treatment among french HIV infected drug users : the influence of continued drug use, *Journal of Epidemiology and Community Health*, **53**, 4-8.
- Cavailler, P., Obadia, Y., Rotily, M. et Moatti, J.-P. (1997), Pratiques à risques chez les usagers de drogues intraveineuse séropositifs In *Epidémiologie et évaluation en toxicomanie*, Lausanne.
- Cayla, F., Fahet, G., Drouot, N., Simmonot, N. et Fauvel, G. (2004), Rapport 2003 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Médecins du monde / ORSMIP, Paris, pp. 134.
- CEIP de Marseille (2003), OPPIDUM, résultats de l'enquête 14 (octobre 2002), AFFSAPS, Marseille, pp. 19.
- Chevallier, E. (2001) Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse, OFDT, Paris.
- Cholley, D. et Weill, G. (1999) Traitement de substitution par buprénorphine haut dosage, *Le concours Médical*, **121**, (20), 1552-1555.
- Choquet, M., Beck, F., Hassler, C., Spilka, S., Morin, D. et Legleye, S. (2004) Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis 10 ans, *Tendances*, **35**, (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm>).
- Choquet, M. et Ledoux, S. (1994) Adolescents, enquête nationale, INSERM, Paris.
- Claroux-Bellocq, D., De Bailliencourt, S., Saint-Jean, F., Chinaud, F., Vallier, N., Weill, A., Fender, P., Allemand, H. et le groupe *Médipath* (2003) Les traitements de substitution aux opiacés en France Métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'Assurance Maladie, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, **34**, (2), 93-102.

- Collectif anti-crack (2002), Bilan d'un an de travail du Collectif anti-crack., Vol. 2 Collectif anti-crack, Paris, pp. 187.
- Collet, M., Menahem, G., Paris, V. et Picard, H. (2003) Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits, Questions d'économie de la Santé (CREDES), **63**.
- Costes, J.-M. (2003), Country report: France In National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000. CT.00.RTX.23 - Final Report -, EMCDDA, Lisbonne.
- Coulomb, S., Duburcq, A., Marchand, C. et Péchevis, M. (2002) Evolution de la prise en charge des toxicomanes, Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001, OFDT, Paris.
- Courty, P. (2003) Buprénorphine haut dosage et pratiques d'injection, à propos d'une enquête auprès de 303 personnes, Annales de Médecine Interne, **154**, 1S35-1S45.
- Curtet, F. et Le poulichet, S. (1985) La toxicomanie des maghrébins, Interventions, (5), 16-18.
- Da Silva, L. (2003), L'usage de drogues chez les prostitués masculins In Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003, (Eds, Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I.), OFDT, Paris.
- Dabit, D. et Ducrot, S. (1999) Alcool et sans abris : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne, Alcoolologie, **21**, (3), 439-446.
- Damon, M.-N., Claroux-Bellock, D. et Degré, A. (2001) Traitement de substitution par la buprénorphine haut dosage en médecine de ville en aquitaine, Revue de l'Assurance Maladie, **32**, (4), 311-318.
- De la Blanchardière, A., Méouchy, G., Brunel, P. et Olivier, P. (2004) Etude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002, Revue de Médecine Interne, **25**, (4), 264-270.
- Declerck, P. et Henry, P. (1996) Pathologie de la rue, La revue du Praticien, **46**, 1844-1848.
- Delile, J.-M. (2003), Problèmes de cannabis : comprendre l'augmentation de la demande de traitement In Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France drug situation 2002, (Ed, OFDT), Paris, pp. 81-91 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>).
- Delile, J.-M. (2004) L'augmentation et l'aggravation des problèmes liés au cannabis en France ont entraîné en 5 ans un doublement de la demande de soins en CSST, Revue Toxibase - numéro spécial "l'usage problématique de cannabis", **12**, 65-66.
- Drouot, N. et Simmonot, N. (2002), Rapport 2001 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Médecins du monde, Paris, pp. 55.
- Drouot, N. et Simmonot, N. (2003), Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Médecins du monde / Ecole de santé publique de Nancy, Paris, pp. 60.
- Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P. et Madec, L. (2000) Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du subutex® en médecine de ville), Revue d'épidémiologie et de santé publique, **48**, 363-373.
- EMCDDA (2002), Mortality of drug users in the EU: co-ordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohort and development of new methods and outputs, EMCDDA, pp. 108.
- Emmanuelli, J. (2003), SIAMOIS : tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue par voie intraveineuse au 30/12/2002 In Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003, (Eds, Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I.), OFDT, Paris, pp. 263-267 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>).
- Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M. et Barin, F. (2003) Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (16-17), 97-99.
- Emmanuelli, J., Lert, F. et Valenciano, M. (1999) Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les PES, OFDT, Paris.
- Escots, S. et Fahet, G. (2003a), Usages non substitutif de la buprénorphine haut dosage en France, Graphiti - ORSMIP - OFDT, Paris.
- Escots, S. et Fahet, G. (2003b) Usages non substitutif de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France, en 2002-2003, ORSMIP/OFTD, Saint Denis (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bhd.htm>).

- Facy, F. (1999) Toxicomanes et prescription de méthadone, EDK, Paris.
- Fayman S. et al (2003) Rapport d'évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris, OFDT, Paris.
- Fhima, A., Henrion, R., Lowenstein, W. et Charpak, Y. (2001a) Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par BHD (Subutex®), *Ann. Med. Interne*, **152**, (3 (suppl)), 1S23-1S36.
- Fhima, A., Henrion, R., Lowenstein, W. et Charpak, Y. (2001b) Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage, Résultats de l'étude SPESUB, *Annales de Médecine Interne*, **152**, (Suppl. au n°3), 1S26-1S36.
- Fontaine, A. (2002a) Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire, OFDT, Paris.
- Fontaine, B. (2002b) Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique, *Annales de toxicologie analytique*, **15**, (1), 10-14.
- Fumeau, B., Malinvaud, F., Mattern, B., Mausset, J., Richaud, M. et Sevestre, G. (2000) Subutex® : attention aux patients nomades et aux co-prescription de benzodiazépine. Deux mois d'observation à partir des données SIAM en 1998, *La revue du Praticien Médecine Générale*, **14**, (517), 2133-7.
- Gauthier, B. et Peireira-esterela, A. (1995) La famille immigrée maghrébine confrontée à la toxicomanie, *Interventions*, (48), 20-23.
- Gibier, L. (2002) Le NIMBY syndrome, *Interventions*, **19**, (1), 36-42.
- Gorgeon, C., Audebrand, E. et Mouhanna, C. (2003) Evaluation des programmes justice-santé (conventions départementales d'objectifs), OFDT, Paris.
- Henrion, R. (1995), Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Paris.
- Hyst, J.-J. et Cabanel, G.-P. (2000), Prisons : une humiliation pour la République, Rapport de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, Tomes I et II (Les Rapports du Sénat, n° 449), Sénat, Paris, disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>.
- InVS et Centre national de référence pour le VIH (2004) Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003, *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, **24-25**, 102-108.
- Jamoulle, P. (2001), Limitation des dommages liés aux drogues et accès aux dispositifs socio-sanitaires In *Précarisation, risque et santé*, (Eds, Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. et Ringa, V.), INSERM, Paris, pp. 415-436.
- Jobert, A. (1998) L'aménagement en politique ou ce que le syndrome NIMBY nous dit de l'intérêt général, *Politix*, (42), 67-92.
- Joubert, M. (2003), Les supports sociaux de la santé dans les conjonctures de précarisation, In *Séminaire SIRSParis*.
- Jung, C. (2004) Immigration et toxicomanie, *Revue Toxibase*, **13**, 1-3.
- Kintz, P. (2001) Death involving buprenorphine : a compendium of French cases, *Forensic Sci Int*, **121**, 65-69.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2000) Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, OFDT, Paris.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2004) Coûts et bénéfices économiques des drogues, Saint Denis, Paris (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eco_drog.htm).
- Kovess, V. et Mangin Lazarus, C. (1997) La santé mentale des sans abris à Paris : résultat d'une enquête épidémiologique, *La revue française de psychiatrie et de psychologie mentale*, **9**, 17-23.
- La Rosa, E. (1998) Santé, précarité et exclusion, PUF, Paris.
- Lagrange, H. (2001) De l'affrontement à l'esquive : violence, délinquances et usages de drogues, Syros, Paris.
- Lavignasse, P., Lowenstein, W., Batel, P., Constant, M. V., Jourdain, J. J., Kopp, P., Reynaud-Maurupt, C., Riff, B., Videau, B. et Mucchielli, A. (2002) Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results, *Annales de Médecine Interne*, **153**, (Suppl 3), 1S20-1S26.

- Lejeune, C., Simmat-Durand, L., Aubisson, S., Gourarier, L. et Picquet, M. (2003) Grossesse et substitution, OFDT, Paris.
- Lert, F. (1999) Les traitements de substitution par la buprénorphine haut dosage des usagers d'héroïne en France, Le Courrier des Addictions, **1**, (2).
- Levasseur, L., Marzo, J.-N., Ross, N. et Blatier, C. (2002) Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire, Annales de Médecine Interne, **153**, (Suppl 3), 1S14-1S19.
- Levasseur L. et al (2002) Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution, Annales de Médecine Interne, **153** (3).
- Lopez, D., Martineau, H. et Palle, C. (2004a) Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack, Tendances, **36**, 4 (<http://www.int.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend36.htm>).
- Lopez, D., Martineau, H. et Palle, C. (2004b) Mortalité liée aux drogues illicites. Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT, Saint Denis (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/mort0704.htm>).
- Lopez, D., Martineau, H. et Palle, C. (à paraître) Mortalité des personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT, Paris.
- Marimoutou, C., Poizot-Martin, I., Loundou, A.-D., Cassuto, J.-P. et Obadia, Y. (2003) Motifs d'hospitalisation et mortalité dans la cohorte MANIF 2000 composée de sujets infectés par le VIH et contaminés par usage de drogues en intraveineux, 1995-1999., Presse Médicale, **32**, (13, cahier 1), 587-594.
- Martineau, H. et Gomart, E. (2001) Les nuisances liées aux drogues : la politique néerlandaise, Questions pénales, **14**, (1).
- Mermaz, L. et Floch, J. (2000), Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises (Documents d'information de l'Assemblée nationale n° 2521), Assemblée nationale, Paris, disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-eng/r2521-1.asp>.
- Michel, L. et Maguet, O. (avril 2003), L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral, rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution.
- MILDT (1999) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, La Documentation française, Paris.
- MILDT (2000) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, la Documentation française, Paris.
- MILDT (2004) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. 2004-2005-2006-2007-2008, MILDT, Paris (<http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>).
- Milhet, M. (2002), L'expérience des traitement de substitution : une sortie de la toxicomanie ?, In These pour l'obtention du Doctorat de sociologie, Université de Bordeaux 2, Bordeaux, pp. 455.
- Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville (1995), Circulaire DGS/SP3/95 du 31 mars 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
- Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville (1996), Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
- Missaoui, L. et Tarrus, A. (1999) Héroïne et cocaïne de Barcelone à Perpignan : des économies souterraines ethniques de survie à la généralisation des trafics transfrontaliers de proximité, OFDT, Paris.
- Mouquet, M. C., Dumont, M. et Bonnevie, M. C. (1999) La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque, Etudes et résultats (DRESS), **4**, 10.
- Observatoire du Samu social de Paris (1999) Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes, OSS, Paris.
- Observatoire international des prisons (OIP) (2000) Prisons : Un état des lieux, L'Esprit frappeur, Paris.
- OFDT (2003a) Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point : France drug situation 2002, OFDT, Paris.
- OFDT (2003b) Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point : France drug situation 2002, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>).

- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (2004) Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003, OCRTIS, Nanterre.
- Palle, C., Bernard, C., Sevenier, E. et Morfini, H. (2003) CSST 1998-2001, exploitation des rapports d'activité-type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>).
- Palle, C., Bernard, C., Sevenier, E. et Morfini, H. (à paraître) CSST 1998-2002, exploitation des rapports d'activité-type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, OFDT, Paris.
- Peretti-Watel, P. (2000), L'inscription du sentiment d'insécurité dans le tissu urbain In *Les dilemmes de la proximité*, IHESI, Paris, pp. 201-222.
- Pirnay, S., Touzeau, J. et Ricordel, I. (2002) Décès associés aux traitements de substitution, *Le Courrier des Addictions*, **4**, 156-158.
- Pottier, M.-L., Robert, P. et Zaubermann, R. (2002) Insécurité et victimations en Ile de France, *Questions pénales*, **15**, (2), 4.
- Pradel, V. (2003), Développement d'un indicateur de polyprescription médicamenteuse appliqué aux bases de remboursement de l'Assurance maladie. L'exemple de la buprénorphine haut dosage, In *Médecine, DES de santé publique*, Université de la Méditerranée, Marseille, pp. 84.
- Pradel, V., Thirion, X., Ronflé, E., Masut, A., Micallef, J. et Begaud, B. (2003) Assessment of doctor-shopping for high dosage buprenorphine maintenance treatment in a French region: development of a new method for prescription database, *Pharmacoepidemiology and drug safety*, (in press).
- Prudhomme, J., Verger, P. et Rotily, M. (2003) Fresnes - Mortalité de sortants, étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes - second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS), OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ups2.htm>).
- Quaglio, G., Talamini, G., Lechi, A., Venturini, L., Lugoboni, F. et Mezzelani, P. (2001) Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death, *Addiction*, **96**, 1127-1137.
- Renn, H. et Lange, K.-J. (1995) Quartiers urbains et le milieu des drogues, une enquête comparative des nuisances dues aux scènes ouvertes de la drogue dans les grandes villes européennes, Commission Européenne.
- Reynaud, J., Reynaud-Maurupt, C. et Mucchielli, A. (1997), L'impact du réseau Option Vie sur la réinsertion sociale des usagers de drogue : l'exemple d'un travail niçois In *L'exclusion sociale dans les Alpes-Maritimes. VIH, drogue, délinquance, précarité : enquête sur le terrain*, (Ed, Decrouy, G.), L'hamatthan, pp. 297-309.
- Reynaud, M., Tracqui, A., Petit, G., Potard, D. et County, P. (1998) Six deaths linked to concomitant misuse of buprenorphine and benzodiazepines, *Addiction*, **93**, (9), 1385-1392.
- Reynaud-Maurupt, C. et Akoka, S. (2004) Usages détournés de la Kétamine en France 2001-2003. "Ket-riding" ou les nouveaux voyages immobiles, OFDT, Saint Denis (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ketamine.htm>).
- Reynaud-Maurupt, C. et Reynaud, J. (2003) Consommation de Rohypnol® hors protocole médical depuis février 2001. Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam sur la vie quotidienne de ses consommateurs, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/rohypnol.htm>).
- Reynaud-Maurupt, C. et Verchère, C. (2002) Les nouveaux usages de l'héroïne, OFDT, Paris.
- Robert, P. et Pottier, M.-L. (2001) Une mutation dans les préoccupations sécuritaires ?, *Questions pénales*, **14**, (4).
- Roché, S. (2000) La théorie de la "vitre cassée" en France : incivilités et désordres en public, *Revue Française de Science Politique*, **50**, (3).
- Ronflé, E., Thirion, X., Lapière, V., Pradel, V., Masut, A., Micallef, J., Coudert, C., San Marco, J.-L. et Mabriez, J.-C. (2001) Substitution par le Subutex, les 2/3 des patients sont observants - Une étude en médecine générale dans les Bouches du Rhone, *La Revue du praticien - Médecine Générale*, **15**, (521), 23-28.
- Rotily, M. (2000), Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA/ M. Rotily In *Rapport de la mission santé-justice*, Annexes, Ministère de la justice, Paris, pp. 35-51.
- Rotily, M., Delorme, C., Galinier, A., Escaffre, N. et Moatti, J. (2000) HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users, *Presse Med*, **29**, (28), 1549-1556.

- Rotily, M., Galinier-Pujol, A., Obadia, Y., Moatti, J.-P., Toubiana, P., Vernay-Vaisse, C. et Gastaut, J. A. (1994) HIV testing, HIV infection and associated risk factor among inmates in south-eastern French prisons, *Aids*, **8**, 1341-4.
- Setbon, M. et De Calan, J. (2000a) L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, OFDT, Paris.
- Setbon, M. et De Calan, J. (2000b) L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés., OFDT, Paris.
- Setbon, M., Guérin, O., Karsenty, S. et Kopp, P. (2003) Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) - Rapport général, OFDT, Paris.
- Simmat-Durand, L. et Rouault, T. (1997) Injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins, *Revue Documentaire Toxibase*, **3**, 1-28.
- Simmat-Durand, L. et Toutain, S. (1999), Les obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire, CESDIP (N°80), Paris.
- Solal, J.-F. et Schneider, M.-C. (1996) Toxicomanies et exclusion sociale, *La revue du Praticien*, **46**, 1854-1860.
- Stambul, B. (1999) La prescription du Subutex® : nouvelles opportunités, nouveaux risques, *L'information psychiatrique*, **1**, 63-65.
- Stankoff, S. et Dherot, J. (2000), Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris, pp. 85.
- Tellier, S. (2001) Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999, DRESS / Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Paris.
- Thirion, X. (2003), Présentation au comité technique des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, Saint-Denis.
- Toufik, A. (1997) Pratiques et mobilité des usagers de drogues : de la dynamique du risque à celle de la prévention, *Le journal du sida*, (92-93), 31-36.
- Tournier, P. V. (2002) Alternatives à la détention en Europe, *Questions pénales*, **XV**, (4), 1-4.
- Toussirt, T. (2004) La toxicomanie chez les populations migrantes : cas des consommateurs de crack, *Revue Toxibase*, **13**, 4-6.
- Tracqui, A., Reynaud, M., Petit, G., Potard, D., Levy, F. et Kintz, P. (1998) Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage, 29 observations cliniques, 20 cas mortels, *Presse Médicale*, **27**, (12), 557-561.
- Vasseur, V. (2000) Médecin-chef à la prison de la Santé, Le Cherche Midi, Paris.
- Vidal-Trécan, G. et Boissonnas, A. (2001) Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage - analyse des déviations de son utilisation, OFDT, Paris.
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Wayne, H. et Monteiro, M. (2001) Challenges and approaches to estimating mortality attributable to the use of selected illicit drugs, *European Addiction Research*, **7**, (3), 104-116.
- Warsmann, J.-L. (2003), Les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation des détenus à la sortie de prison, Rapport de la mission parlementaire auprès de Dominique Perben, Garde des Sceaux, Ministre de la justice, Ministère de la justice, Paris, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000189.shtml>.
- Wieviorka, S. (2003), Comorbidités In France, situation sur les drogues en 2002 - rapport national à l'OEDT, OFDT, Paris, pp. 92-101.

15. Annexes

15.1 Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés compétant les différentes sections du rapport

Section	sujet	Tableau épidémiologique	Questionnaire structuré
Section 1	Politique nationale et contexte		
Section 2	Usages de drogues	n°1 : usages en population générale adulte n°2 : usages en milieu scolaire (ESPAD)	
Section 3	Prévention		n°22 : prévention universelle en milieu scolaire
Section 4	Usage problématique	n°7 : prévalence nationale n°8 : prévalence locale n°17 : nouvelles tendances	
Section 5	Traitements	n°4 : évolution de la demande de traitement n°3 : demande de traitement Indicateur de demande de traitement n°21 : disponibilité des traitements	
Section 6	Conséquences sanitaires	n°5 : mortalité liée à l'usage de drogues n°6 : évolution de la mortalité liée à l'usage de drogues n°18 : mortalité au sein de cohortes d'usagers n°9 : prévalence des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB)	
Section 7	Réponses aux conséquences sanitaires	n°10 : disponibilité des seringues	n°23 : mesures de réduction des risques pour prévenir les maladies infectieuses chez les usagers de drogues
Section 8	Conséquences sociales	n°11 : interpellations pour ILS n°12 : usages de drogues dans la population incarcérée	
Section 9	Réponses aux conséquences sociales		
Section 10	Marché et offre	n°13 : saisies de drogues n°14 : pureté des produits n°15 : composition des produits de synthèse n°16 : prix des produits	

15.2 Liste des tableaux

Tableau 1 : Objectifs fixés par la loi de santé publique en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites, 2004-2008 11

Tableau 2 : Crédits spécifiques liés aux dépenses en matière de lutte contre les drogues votés en loi de finance et exécuté, 2002-2003..... 14

Tableau 3 : Expérimentation et usage récent de produits psychoactifs à 17-19 ans en 2002 (% en ligne).....	19
Tableau 4 : Proportion de personnes consultant dans un centre de soins MDM et déclarant une dépendance à un produit, 2002-2003	20
Tableau 5 : Actions de prévention financées sur les crédits MILDT en 2002-2003 (en milliers d'euros).....	29
Tableau 6 : Prévalence (%) au cours de la vie des évènements du CAST en fonction du niveau d'usage de cannabis à 17-19 ans, 2002.....	34
Tableau 7 : Répartition (%) des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge, nouveaux patients, 1998-2002.....	35
Tableau 8 : Fréquences (%) des consommations, au cours de la vie et au cours du dernier mois, parmi des usagers de structures de « première ligne » en 2003 (n=1082).....	36
Tableau 9 : Fréquence (%) de la pratique de partage du matériel au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête de TREND « première ligne » en 2003 (n=1082).....	37
Tableau 10 : Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par structure, 1998-2002	40
Tableau 11 : Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution, 1998-2002.....	41
Tableau 12 : Décès par sida chez les UDVI, 1998-2003	46
Tableau 13 : Cas de décès liés à un usage abusif de substances ou de pharmacodépendance, en fonction de la substance en cause, 1998-2003.....	46
Tableau 14 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2003	49
Tableau 15 : Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH et VHC selon les modes de consommation au sein des participants à l'enquête TREND « première ligne », 2003	50
Tableau 16 : Fréquences et odd ratio (OR) de problèmes liés à l'injection chez des injecteurs au cours du mois écoulé selon l'injection ou non de BHD – enquête de « première ligne » du dispositif TREND, 2003	50
Tableau 17 : Evolution des ventes et de la distribution de seringues (en milliers) 1998-2003	52
Tableau 18 : Interpellations pour ILS par produit, 2003	57
Tableau 19 : Condamnations pour ILS (en infraction principale) suivant la nature de l'infraction, 2001-2002.....	57
Tableau 20 : Economies publiques et poids économique générés par les drogues illicites (en millions d'euros), 1997	59
Tableau 21 : Détenus recevant un traitement de substitution, 1999-2003.....	62
Tableau 22 : Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites, 2001-2003	66
Tableau 23 : Fréquence des motifs d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon le groupe d'âge	73
Tableau 24 : Fréquence des modalités d'obtention de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon l'intentionnalité de l'usage.....	74
Tableau 25 : Mode de consommation des traitements de substitution des patients reçus en CSST.....	76
Tableau 26 : Fréquence des modalités d'utilisation de la BHD au cours du mois écoulé, en 2003, parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » selon l'intentionnalité de l'usage.....	76
Tableau 27 : Fréquences et odd ratio (OR) de problèmes liés à l'injection chez des injecteurs au cours du mois écoulé selon l'injection ou non de Subutex®.....	77

Tableau 28 : Consommations de substances psychoactives par les usagers des CSST en 2002 en fonction de leur insertion ou non dans un protocole de traitement	77
Tableau 29 : Classement de 13 sites en fonction de trois indicateurs témoignant de l'activité de poly prescription et de détournement 2002.....	79
Tableau 30 : Usage de stupéfiants, évolution des interpellations et des condamnations judiciaires (peines classiques et alternatives) de 1998 à 2002	92

15.3 Liste des graphiques

Graphique 1 : Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par âge et par sexe, 2003..	18
Graphique 2 : Evolution de la structure des polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans entre 2000 et 2002.....	19
Graphique 3 : Consommation abusive déclarée lors d'une consultation dans un centre de soins de MDM en fonction de la nationalité et de la durée de séjour en France, 2003 ..	21
Graphique 4 : Evolution de la part de certaines substances psychoactives dans l'ensemble des décès surdoses constatés par les forces de l'ordre, 1993-2003	45
Graphique 5 : Evolution de la mortalité liée à l'usage de drogues selon la définition adoptée par l'OEDT, par sexe, en France de 1990 à 2000	45
Graphique 6 : Evolution de la mortalité des personnes interpellées pour héroïne, cocaïne ou crack, 1992-2001	48
Graphique 7 : Evolution des catégories d'interpellation, 1994-2003	56
Graphique 8 : Estimation du nombre de consommateurs de traitement de substitution.....	70

15.3 Liste des figures

Figure 1 : Pratiques des consommateurs de Subutex® en fonction de l'usage et du mode d'acquisition	73
Figure 2 : Parcours de l'utilisateur de drogues illicites dans la chaîne pénale Place des alternatives à l'incarcération.....	84

15.4 Liste des encadrés

2003 – Chiffres clés.....	6
Politique nationale : contexte général	9
Usage de drogues : contexte général	16
Prévention : contexte général.....	22
Usage problématique : contexte général.....	32
Traitements : contexte général.....	38
Conséquences sanitaires : contexte général	43
Réponses aux problèmes sanitaires : contexte général.....	51
Conséquences sociales : contexte général.....	54
Réponses aux problèmes sociaux : contexte général.....	60
Marché et offre : contexte général.....	64

15.5 Liste des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
AFP	Agence France presse
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ASSEDIC	Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BD	Becton-Dickinson
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CESDIP	Centre de recherche sociologique sur le droit et les institutions pénales
CFES	Comité français d'éducation à la santé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CILAD	Comité interministériel de lutte contre la drogue
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CLJ	Centres de loisir jeunes
CLS	Contrats locaux de sécurité
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CREDES	voir IRDES
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) / Drug related deaths
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
ENAP	Ecole nationale de l'administration pénitentiaire
ENM	Ecole nationale de la magistrature

EPCVM	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (INSEE)
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT- MJENR)
FARAPEJ	Fédération des Associations Réflexion Action Prison Et Justice
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FNPEIS	Fond national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GIR	Groupes d'intervention régionaux
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INSEE	Institut national de la statistique, des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (anciennement CREDES)
IT	Injonction thérapeutique
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journées d'appel de préparation à la défense
LOLF	loi organique relative aux lois de finance
LOPJ	Loi d'orientation et de programmation sur la justice
LSQ	Loi de sécurité quotidienne
M€	Million(s) d'euros
MDM	Médecins du Monde (organisation non gouvernementale)
MDMA	Méthylènedioxymétamphétamine
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
NIMBY	"not in my back yard" / "pas dans mon jardin"
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OND	Observatoire national de la délinquance
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PACA	Provence Alpes Cote d'Azur
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PIB	Produit intérieur brut
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
RCP	Recherche, confrontations et projets sur les mesures et sanctions pénales

RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIPP	Registre national des personnes physiques (INSEE)
RRD	Réduction des risques et des dommages
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
