



OBSERVATOIRE
FRANÇAIS DES
DROGUES ET DES
TOXICOMANIES

**2006 NATIONAL REPORT (2005 data) TO THE EMCDDA
by the Reitox National Focal Point**

FRANCE

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

FRENCH VERSION

REITOX

Contributions au rapport.

Sous la direction de Jean-Michel COSTES (jean-michel.costes@ofdt.fr).

Coordination: Eric Janssen, OFDT (erjan@ofdt.fr)

Rédaction des chapitres:

Section 1: I. Obradovic, J.-E. Adès, E. Janssen

Section 2: F. Beck, E. Godeau, L. Karila, S. Legleye, C. Mutatayi, I. Obradovic, M. Reynaud, S. Spilka.

Section 3: C. Mutatayi, I. Obradovic, E. Janssen.

Section 4: A. Cadet-Taïrou, L. Vaissade.

Section 5: C. Palle, A. Cadet-Taïrou

Section 6: C. Palle, A. Cadet-Taïrou, E. Janssen, Tiphaine Canarelli

Section 7: A. Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli

Section 8: I. Obradovic, Maïtena Milhet

Section 9: I. Obradovic

Section 10: A. Cadet-Taïrou, I. Evrard, A. Toufik, M. Gandilhon

Éclairages spécifiques :

Drugs among very young people: François Beck (frbeck@ofdt.fr), Emmanuelle Godeau, Laurent Karila, Stéphane Legleye (stleg@ofdt.fr), Carine Mutatayi (camut@ofdt.fr), Ivana Obradovic (ivobr@ofdt.fr), Stanislas Spilka (stspi@ofdt.fr).

Drugs and driving: Hélène Martineau (hemar@ofdt.fr), OFDT.

Cocaine and crack use: Agnès Cadet-Taïrou (agcad@ofdt.fr), OFDT; Maïtena Milhet (mamit@ofdt.fr), OFDT; Abdalla Toufik (abtou@ofdt.fr), OFDT; Michel Gandilhon (migan@ofdt.fr), OFDT; Pierre-Yves Bello (pierre-yves.bello@sante.gouv.fr); et le réseau TREND.

Relecture globale : J.-M. Costes, J.-E. Adès, Maïtena Milhet, François Beck.

Les membres du Collège Scientifique de l'OFDT.

SOMMAIRE.

Résumé	5
PARTIE A: Nouveaux développements et tendances	7
1. Politique nationale et contexte	7
1.1 Cadre légal	8
1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques	9
1.3 Budget et dépenses publiques	10
1.4 Contexte social et culturel	11
2. Usages de drogues	13
2.1 Usages de drogues en population générale	15
2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.	21
2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques	23
2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers	24
3. Prévention	25
3.1 Prévention universelle	28
3.2 Prévention sélective	30
4. Usage problématique	32
4.1 Prévalence et incidence estimées	33
4.2 Profil des personnes en traitement	34
5. Traitements	39
5.1 Dispositif	41
5.2 « Drug free treatment »	41
5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)	41
6. Conséquences sanitaires	44
6.1 Mortalité liée à l'usage des drogues	46
6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	49
6.3 Co-morbidités psychiatriques	51
6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues	51
7. Réponses aux problèmes sanitaires	52
7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues	53
7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ..	53
7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques	53
7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire subséquent à l'usage	53
8. Conséquences sociales	54
8.1 Exclusion sociale	56
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues	56
8.3 Usage en prison	63
8.4 Coût social	63
9. Réponses aux problèmes sociaux	65
9.1 Intégration sociale	67
9.2 Prévention des délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues	67
10. Marché et offre	68
10.1 Disponibilité et approvisionnement	70
10.2 Saisies	73
10.3 Prix, pureté	75
PARTIE B: ECLAIRAGES SPECIFIQUES	77

11. Usage de drogues chez les jeunes adolescents	77
Les usages des plus jeunes	77
Précocité des usages : une approche rétrospective.....	80
L'interrogation des plus jeunes par les enquêtes en population générale : une question de méthode ?	82
Le cadre légal.....	83
Les très jeunes interpellés.....	83
Demande d'aide, écoute, offre de soins et prévention	83
12. Cocaine and Crack Use: prevalence, risks and responses	87
Observation des usages de cocaïne et de crack.....	88
Une substance bien implantée en milieu festif	89
Une consommation fréquente chez les usagers de drogue en contact avec les structures de réduction des risques et les structures socio-sanitaires.	90
Le crack, drogue la plus consommée aux Caraïbes	91
Une situation contrastée dans les milieux de la prostitution.....	92
Modalités de consommation : le sniff majoritaire et des modalités différentes selon les groupes d'usagers... ..	93
... Correspondant à des motivations distinctes avancées par les usagers	94
Représentations : les trois images de la cocaïne	94
Des conséquences sanitaires mal évaluées	95
Marché et trafic de cocaïne et de crack.....	96
Le petit trafic de chlorhydrate de cocaïne : des réseaux hétérogènes.	97
Réduction des risques et modalités de prise en charge, peu de réponses spécifiques.	99
Prises en charge des consommateurs de cocaïne : pas de consensus.....	99
Conclusion.....	100
13. Drogues et conduite automobile.....	102
Politique.....	102
Prévalence et méthodologie épidémiologique.....	103
Les autres études épidémiologiques sur le cannabis.....	105
Détection, mesure et loi en vigueur.....	108
Prévention.....	111
Partie C: Bibliographie et annexes.....	113
14. Bibliographie.....	113
15. Annexes.....	123

RESUME

L'année 2005 n'a pas apporté de véritables changements concernant les politiques en direction des drogues. Le seul événement majeur fut la tentative de classification du Subutex® comme produit stupéfiant, afin de lutter contre le mésusage et le marché noir. Cette mesure, mal ressentie par les professionnels de la santé publique, n'a finalement pas été adoptée.

Les résultats de deux enquêtes en population générale, le Baromètre Santé et ESCAPAD, mettent à jour un recul de la consommation de tabac, tant en population générale que chez les jeunes; la stabilisation à un niveau relativement élevé de l'usage du cannabis; et l'augmentation de l'usage de stimulants, en particulier la cocaïne et dans une moindre mesure les amphétamines. La stagnation de la consommation d'alcool coïncide avec la pérennisation de nouvelles pratiques (outre l'ivresse, le *binge-drinking*).

Un événement particulièrement médiatisé fut la publication des résultats de l'enquête SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels). L'ensemble des accidents de la route ayant occasionné en France métropolitaine au moins un décès entre octobre 2001 et septembre 2003 ont fait l'objet d'une analyse afin de mesurer les effets de la consommation du cannabis et de l'alcool au volant. S'il est démontré que, toutes choses égales par ailleurs, l'usage de cannabis augmente le risque d'accident mortel par 1.8, la consommation d'alcool a un effet sensiblement plus fort, la probabilité étant multipliée par 8, et par presque 15 en cas de mélange des deux substances (voir le *Selected Issue* consacré aux drogues au volant).

Pour sa part, le dispositif TREND a mis à jour la consommation croissante de la cocaïne, qui profite de la baisse des prix moyens pour s'affranchir de ses limites traditionnelles (classes socio-économiques élevées) et conquérir de nouveaux publics (étudiants, jeunes cadres, milieux artistiques). L'héroïne est devenue plus visible, en particulier dans les milieux festifs et techno. Enfin la part de la méthadone dans la substitution a augmenté, sans pour autant remettre en cause la position dominante de la BHD®.

Les demandes de traitement enregistrées en 2005 par RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) dans les CSST ambulatoires permettent de décrire les principales caractéristiques des personnes prises en charge par le système de soins spécialisés pour leurs problèmes liés à l'usage de drogues. La population accueillie dans les CSST en 2005 est majoritairement masculine (à 80 %) et jeune (60 % ont moins de 30 ans). Près de la moitié des demandes de traitement est imputable à l'usage de cannabis (48 %). La place du cannabis comme premier produit à l'origine de la prise en charge en CSST, encore plus marquée chez les primo-consultants (67 %), s'explique par la création en 2004, au sein de la plupart des CSST, de consultations spécialisées pour les usagers de cannabis. Viennent ensuite les problèmes liés à l'usage d'héroïne et de cocaïne, qui sont à l'origine de la consultation pour respectivement 31 % et 6 % des personnes accueillies en CSST.

Résumé des *Selected Issues*.

Drug use and related problems among very young people

Pour des raisons techniques, les usages de drogues des plus jeunes restent relativement moins bien connus que ceux des adolescents âgés de plus de 15 ans. Le croisement de plusieurs enquêtes en population générale est une réponse possible pour combler cette lacune. A l'instar des adolescents plus âgés, tabac, alcool et cannabis sont les produits les

plus communément cités par les moins de 15 ans, l'usage d'autres produits demeurant marginal. Une différenciation selon le sexe apparaît très précocement ([lien vers le texte](#)).

Cocaine and crack – situation and responses

Bien que repérée en France depuis le début du XX^e siècle, la cocaïne s'est caractérisée par son usage modéré, confiné à certaines catégories sociales bien particulières - aisées milieux artistiques. Un accroissement sensible de la consommation a cependant pu être constaté à partir de la décennie 1990, et l'accès au produit est de plus en plus facile. Le crack a connu une diffusion concomitante mais son usage en métropole est restreint à une population plus marginalisée. Ces différences se traduisent par des modalités de prises en charges distinctes, par un personnel qui n'est pas toujours sensibilisé ([lien vers le texte](#)).

Drugs and Driving

Les résultats de l'analyse SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels), recensant l'ensemble des accidents de la route ayant occasionné au moins un décès sur les routes françaises entre 2001 et 2003, ont été publiés en 2005. Entre autres résultats marquants, toute chose égale par ailleurs, l'usage de cannabis multiplie le risque d'accident mortel de 1.8; la consommation d'alcool de presque 8; le mélange des deux substances de près de 15 ([lien vers le texte](#)).

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 loi quinquennale de santé publique 2004-2008, adoptée en août 2004, a inscrit la politique de Réduction des risques (RDR) en direction des usagers de drogues dans le code de santé publique. La RDR est ainsi du ressort de l'État.

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 régulièrement 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)¹.

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. Le plan quinquennal d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) a été adopté en juillet 2004 (OFDT, 2004a ; MILDT, 2004).

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. La prise en charge des dépenses des centres de soins spécialisés pour toxicomanes est assurée par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

Contexte social et culturel : 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, opposée à la mise en vente libre de cannabis, (Beck et al., 2003)). Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous

¹ 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.

contrôle médical, la moitié se déclare favorable à la délivrance d'héroïne et les trois quarts 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

Modification de la liste des produits classés comme stupéfiants

En 2005, un nouvel arrêté² introduit dans l'annexe IV les différentes substances pouvant entrer dans la composition de l'Ayahuasca : Banisteriopsis caapi, Peganum harmala, Psychotria viridis, Diplopterys cabrerana, Mimosa hostilis, Banisteriopsis rusbyana, harmine, harmaline, tétrahydroharmine (THH), harmol, harmalol.

A l'initiative de la MILDT, le BHD[®] a fait l'objet d'une classification comme produit stupéfiant, avec pour conséquence une délivrance sur ordonnance plus contrôlée. Cette mesure, présentée comme un moyen de lutter contre le marché noir et les usages détournés de la substitution, n'a été que temporaire et en août 2006 la BHD[®] récupérait son statut antérieur.

Référentiel des actions de réduction des risques

Le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 (NOR : SANP0521129D) établit un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues, et complète ainsi le code de santé publique. Il crée les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) et mentionne que ces derniers « avec les autres dispositifs, contribuent à la politique de réduction des risques ».

Le référentiel inscrit dans la législation française les objectifs des activités de réduction des risques, les modalités d'intervention ainsi que les différentes activités pouvant être menées par les structures (distribution de matériel, information sur les risques...). Il précise également les matériels de prévention utilisables et les principes de l'information sur les risques liés aux drogues en respectant le principe « de non présentation des produits sous un jour favorable ». Il rappelle l'importance des alertes sanitaires et liste les lieux d'intervention possibles pour la prévention. Ce même référentiel interdit les pratiques de testing (voir section 3.1).

Renforcement de la coopération pour lutter contre le trafic de stupéfiants dans la région des Caraïbes

La Loi n° 2005-1276 du 13 octobre 2005 (NOR : MAEX0400204L) renforce la coopération en vue de la répression du trafic illicite maritime et aérien de stupéfiants et de substances psychotropes dans la région des Caraïbes

² Arrêté du 20/04/2005 (NOR : SANP0521544A) modifiant l'arrêté du 22/02/1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et entrant dans la composition de l' "Ayahuasca" - J.O. du 03/05/2005.

1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques

Circulaire relative à la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants

Relayant les orientations affirmées dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), la circulaire du ministère de la Justice du 8 avril 2005³ adressée aux procureurs vise à améliorer et harmoniser la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants.

Du point de vue de la politique pénale menée à l'égard de l'usage, ce texte réaffirme les orientations posées dans la circulaire du ministère de la Justice du 17 juin 1999 qui appelait à une réponse « adaptée » à l'égard des usagers de drogues, qui limite les poursuites devant le tribunal correctionnel et les incarcérations aux cas « exceptionnels » et qui favorise les mesures alternatives aux poursuites et à l'incarcération, en particulier celles qui ont une composante sanitaire (injonctions thérapeutiques, orientation vers une structure sanitaire et/ou sociale, obligations de soins).

La circulaire de 2005 préconise elle aussi une réponse pénale graduée, qui soit également « systématique » et « plus lisible », tout en allant dans le sens d'une harmonisation des pratiques des parquets et des tribunaux sur l'ensemble du territoire national.

La circulaire innove en appelant à une répression accrue des infractions tendant à inciter à l'usage de stupéfiants. Dans le texte, la notion de « provocation à l'usage de stupéfiants » est strictement définie et cible certains comportements ou activités spécifiques :

- « les boutiques de chanvre dans lesquelles sont mises en vente des graines de cannabis pour une production à domicile » ;
- « la mise en vente de vêtements ou bijoux arborant une feuille de cannabis » ;
- « la diffusion d'ouvrages ou articles de revue vantant les mérites de produits stupéfiants » ;
- « la vente de matériel ou d'accessoires accompagnés d'instructions de dosages de stupéfiants ».

La circulaire recommande également la vigilance à l'égard des infractions liées à l'organisation de rave-parties et au détournement de la Buprénorphine haut dosage (Subutex®).

Enfin, la circulaire incite à une harmonisation des seuils de transactions douanières retenus dans le cadre des conventions conclues entre les services de douanes et les procureurs généraux. La circulaire présente les seuils les plus couramment utilisés et appelle les parquets généraux et les douanes à s'en inspirer tout en les modulant en fonction des spécificités locales. Ces barèmes « plancher » sont de 20 à 50 grammes pour la résine de cannabis, de 30 à 100 grammes pour l'herbe de cannabis, 1 à 5 grammes pour l'héroïne, 1 à 5 grammes pour la cocaïne, et 1 à 5 doses de drogues de synthèse.

³ CRIM 051G4-08042005 ; NOR JUS D 05-30061 C

1.3 Budget et dépenses publiques

La Loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF) réforme en profondeur la gestion de l'État. Cette loi est entrée en vigueur par étape et est applicable à l'ensemble de l'administration française depuis 1er janvier 2006.

Le budget général de l'État est désormais découpé en 34 missions, 133 programmes et près de 580 actions alors qu'antérieurement il était défini par ministère.

Il existe maintenant un programme « drogues et toxicomanies » (dans le cadre de la mission santé) sous la responsabilité du président de la MILDT. Pour la mise en œuvre globale de ce programme et des actions, la MILDT s'appuiera sur trois opérateurs : le groupement d'intérêt public (GIP) DATIS, le GIP OFDT et le GIP CIFAD (Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues). Elle est également dotée d'un budget de 38 millions d'euros réparti en trois sections :

- coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif (67 %⁴) ;
- expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, prise en charge et d'application de la loi (32 %⁴) ;
- coopération internationale (1 %⁴).

Ainsi, le chapitre 47-11 relatif aux « programmes de santé publique, dispositifs de prévention et de promotion de la santé » de la loi de finances 2003 a été supprimé dans la loi de finances 2004, les différents articles ont ainsi été transférés au chapitre 39-01 « programmes santé publique et prévention » dans le cadre de l'expérimentation de la nouvelle loi organique.

Les actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie (budget de la MILDT) continuent d'être financées par l'intermédiaire du chapitre 47-16.

Tableau 1: Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2002-2004.

Crédits spécifiques votés en loi de finance initiale	2002	2003	2004	2005
Chapitre 47-16 : actions interministérielles de lutte contre les toxicomanies	45,58	40,05	38,04	38,0
Budget exécuté				
47-16 article 10 (crédits transférés aux ministères)	5,69	6,39	3,90	2,7
47-16 article 20 (crédits d'intervention déconcentrés)	14,15	15,11	10,35	11,8
47-16 article 30 (crédits déconcentrés prog. de prévention, CDO, CIRDD)	21,47	16,01	19,50	17,9
Total ⁽¹⁾	41,31	37,51	33,75	32,4

(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'Économie, des finances et de l'industrie.

La structuration du budget de la MILDT depuis 2005 s'organise essentiellement autour de la coordination interministérielle des trois volets (prévention, prise en charge sanitaire,

⁴ Données indicatives du projet de loi de finances 2005.

application de la loi et lutte contre le trafic). Il est par conséquent impossible de détailler la part de chaque volet dans le budget.

Pour l'année 2005, le volet "coordination" représentait 23,5 millions d'euros; la recherche 4,1 millions d'euros. En terme d'actions spécifiques, la prévention au sens large (depuis l'éducation à la santé jusqu'à la prévention de la délinquance): 2,3 millions d'euros; l'application de la loi et la lutte contre le trafic: 2,4 millions d'euros; la prise en charge sanitaire: 0,15 million d'euros.

1.4 Contexte social et culturel

Comme au cours de la période précédente, le cannabis est, parmi les drogues illicites, le produit qui a le plus largement occupé le débat public.

C'est tout d'abord la question du cannabis et de la circulation routière qui a été ardemment débattue à la fin de l'année 2005 dans l'attente de la publication des résultats de l'étude SAM (Stupéfiants et Accidents mortels de la circulation routière). Le 3 octobre 2005 les premiers éléments de conclusion de l'enquête paraissent dans le quotidien *Libération* et à l'Agence France Presse. Le 2 décembre, à l'occasion de la publication de l'article consacré au volet épidémiologique de cette étude dans le *British Medical Journal*, le sujet est à nouveau largement évoqué. « Le cannabis accroît le risque au volant mais bien moins que l'alcool » titre l'AFP. Ces mêmes thèmes reviendront sur le devant de l'actualité au mois de mai 2006 avec le lancement par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et la délégation interministérielle à la Sécurité routière d'une campagne de publicité consacrée à cette thématique. « Sur la route le cannabis fait 230 morts par an » et « Cannabis + alcool c'est 15 fois plus de risque d'accident mortel » martèle la campagne durant 1 mois.

Cannabis toujours, le début de l'année 2006 voit les journaux s'intéresser à la toxicité de la fumée du cannabis avec la parution d'une enquête et de résultats de tests dans le magazine 60 millions de consommateurs. Le numéro du mois d'avril titre "3 joints = 1 paquet de cigarettes" tandis que d'autres journaux reprennent ces informations comme *Le Figaro* (28 mars) pour qui il apparaît que la « fumée du cannabis est plus toxique que celle du tabac ».

Enfin, à l'occasion du 30^{ème} anniversaire de l'appel pour la dépénalisation du produit lancé en juin 1976 par *Libération*, et en année préélectorale, de nombreux journaux reviennent sur le statut du produit en France, sa consommation et les évolutions envisagées. *Le Monde* relève le 16 juin que « Ses partisans peinent à faire du cannabis un enjeu électoral » et *Libération* (17 juin) insiste sur le fait que « la France reste l'un des pays d'Europe les plus répressifs ». Quelques semaines plus tard (28 juillet) *Le Monde*, dans un article titré "Cannabis, l'arme des interdits", insiste sur la focalisation dont le produit illicite fait l'objet de la part des pouvoirs publics.

Pourtant infiniment plus marginale en termes de consommation une autre substance, la méthamphétamine a suscité l'intérêt des journalistes au cours de la période 2005-2006. Après *Libération* du 19 août 2005 qui recueille les témoignages de trois consommateurs sur le crystal, *Courrier International*, *L'Express*, *Paris Match*, *Le Nouvel Observateur* et *Le Figaro* consacrent successivement des articles à ce produit largement diffusé aux Etats-Unis et en Asie et à sa possible arrivée massive en France. Du côté de l'audiovisuel, l'inquiétude suscitée par la méthamphétamine est également régulièrement évoquée, notamment lors du

journal télévisé de la chaîne TF1 (le plus important en termes d'audience), le 15 janvier 2006.

Le débat autour de l'opportunité de classer le Subutex® (médicament de substitution à l'héroïne) comme stupéfiant a également régulièrement occupé les colonnes des journaux. Un premier sujet de *Libération*, le 10 janvier 2006, évoque un possible classement à la demande du ministère de l'intérieur. Au fil des mois, plusieurs articles rapportent les positions souvent antagonistes des différents spécialistes et décideurs sur le sujet avant que le 15 juillet 2006 *Le Monde* ne révèle que finalement « Le Subutex ne devrait pas être classé comme stupéfiant ».

On peut également mentionner tout au long de la période un nombre conséquent d'articles autour de la consommation de cocaïne. *Le Parisien* y consacre deux sujets le 5 mars puis le 30 juillet centrés autour de la consommation de vedettes du show business et de leurs démêlés avec la justice. *Le Figaro* titre le 10 avril « Cocaïne : consommation et risques en hausse ». *Le Monde* consacre le 13 avril une double page à « La cocaïne au quotidien ».

Enfin, du côté des thématiques présentes dans les journaux, on peut citer celle des consommations de drogues au travail à travers les commentaires très nombreux suscités par la parution d'un ouvrage sur le sujet « Double vie les drogues et le travail » (cf le compte rendu du livre « le tabou de la drogue » *Le Monde* du 21 mars 2006). Dans un autre registre, à la suite de la parution des résultats de l'enquête sur les jeunes ESCAPAD Paris de nombreux journaux, dont une part importante de magazines (*Paris Match*, *Le Nouvel Observateur*, *Elle...*) se sont penchés sur les usages de produits psychoactifs plus élevés dans les quartiers les plus favorisés de la capitale.

2. Usages de drogues

Usages 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 [Tableau épidémiologique n°30].

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 2005, 3 adultes de 15-64 ans sur 10 ont déjà expérimenté le cannabis, moins d'1 sur 10 en font un usage occasionnel ou régulier (Beck et Cytrynowicz, 2006). La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux, même si certaines nuances peuvent être relevées. Le cannabis est un peu plus consommé par les élèves et les étudiants (Beck et al., 2005a), les célibataires (Beck et al., 2002), les chômeurs et, parmi les actifs occupés, par les professions intermédiaires, et nettement moins par les ouvriers (Legleye et Beck, 2004). Toutefois, les différences entre catégories socioprofessionnelles sont dans l'ensemble assez peu marquées.

Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales : on dénombre par exemple 12.4 millions d'expérimentateurs de cannabis, 1.1 million de cocaïne, 900 000 d'ecstasy ou encore 360 000 d'héroïne. Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne (3,3 % vs 3,8 %), des hallucinogènes (3,0 % vs 3,6 %) et de l'ecstasy 2002 et 2005 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 (Beck et al., 2006).

Quel que soit le produit considéré, les hommes habitant des grandes unités urbaines sont davantage expérimentateurs (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, le cannabis (53,2 % chez les garçons et 45,6 % chez les filles) et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont: les poppers (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,7 %), les produits à inhaler et l'ecstasy (3,5 %) et, dans une moindre mesure, la cocaïne (2,5 %), les amphétamines (2,2 %) et le LSD (1,1 %) (d'après ESCAPAD 2005, (Beck, Legleye et Spilka, 2006)).

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 (Cagliero et Lagrange, 2004; Da Silva, 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). 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 (Observatoire du Samu social de Paris, 1999; Kovess et Mangin Lazarus, 1997; Amosse et al., 2001). Les drogues les plus consommées, en dehors de l'alcool et du tabac, sont le cannabis et la cocaïne.

Une étude récente sur les usages d'alcool au sein de la population des sans domicile offre un regard sur les niveaux d'alcoolisation des différentes catégories de personnes qui ont recours à des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. Elle a permis de mettre en évidence la diversité des pratiques au sein de cette population, suivant le type d'hébergement et de ressources, l'âge, le sexe et la nationalité des répondants. A la grande diversité des situations sociales rencontrées correspond ainsi une grande variété de comportements à l'égard de l'alcool (Beck et al., 2006).

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 (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 (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, au sein de l'opinion publique, les représentations à l'égard des toxicomanes.

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 %), suivi de la cocaïne (60 %), de l'héroïne (48 %) puis de l'ecstasy (37 %) (Beck et al., 2003).

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 (Beck et al., 2003).

2.1 Usages de drogues en population générale

Les usages par produits.

Le Baromètre Santé 2005, enquête représentative de la population française de 12 à 75 ans, permet d'actualiser les données 2000. A noter que les questions portant sur les usages de drogues concernent les seuls 15-94 ans.

Tableau 2. Estimation des consommateurs par type de drogue considérée, 15-64 ans en France en 2005 (%).

Produits	Expérimentation	Consommation dans l'année
Alcool	92,2	86,0
Tabac	78,2	ND
Médicaments psychotropes	35,7	18,5
Cannabis	30,6	8,6
Poppers	3,9	0,6
Champignons hallucinogènes	2,7	0,3
Cocaïne	2,6	0,6
Ecstasy	2,0	0,5
Produits à inhaler	1,7	0,2
LSD	1,5	0,1
Amphétamines	1,4	0,2
Héroïne	0,8	0,1
Crack	0,3	0,1

ND: non disponible. Source: Baromètre Santé 2005 INPES, exploitation OFDT.

En 2005, 84.8% des 12-75 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année, avec une sur-représentation de la population masculine: 13.7% des Français ont déclaré une consommation quotidienne – 20.3% des hommes et 7.3% des femmes (Legleye et al. 2006). 8.4% ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la vie; 15.2% au cours des 12 derniers mois; enfin 38.4% des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé au moins une fois par semaine lors des 12 derniers mois.

La consommation de tabac poursuit sa tendance à la baisse, phénomène en cours depuis près de quarante ans maintenant (Wilquin 2006): de 33.1% des 12-75 ans qui déclaraient fumer en 2000 à 29.9% en 2005. Ces dernières années, un effort particulier a porté en direction des jeunes: outre l'augmentation continue du prix des cigarettes, citons l'interdiction de vente au moins de 16 ans – qui est toutefois loin d'être appliquée par les buralistes. La proportion de fumeurs est passée de 14.4% des 12-15 ans en 2000 à 8.6% en 2005.

On notera cependant que les formes alternatives au tabac sous forme de cigarettes manufacturées (cigares et surtout tabac à rouler) croissent, et que les prévisions à moyen terme (2010) tablent sur une poursuite de cette tendance (Beck et al 2005). Un phénomène de contrebande dans les départements frontaliers se développe, minimisant l'impact des hausses du prix des paquets de cigarettes (Ben Lakhdar et Kopp 2006).

En 2005, 30.6% des 15-64 ans ont consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis. *A contrario*, l'expérimentation d'autres produits illicites reste particulièrement faible (Beck et Cytrynowicz 2006) et principalement le fait des jeunes adultes. Les différentes données disponibles confirment la position du cannabis comme première drogue illicite consommée en France.

Tableau 3. Usagers de cannabis, 15-64 ans (%), France 2005.

De consommation	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Expérimentateur	37,9	23,5	**
Consommateur dans l'année	12,0	5,4	**
Consommateur récent	7,3	2,5	**
Consommateur régulier	4,3	1,3	**
Abstinent	62,1	76,9	

*** : p<0.001. Source: Baromètre Santé 2005 INPES, exploitation OFDT.*

A l'image des autres produits illicites, la consommation de cannabis, quel que soit son type, est sexuellement marquée, perpétuant une tendance déjà remarquée depuis plusieurs années.

Près de six personnes âgées de 15 à 64 ans sur dix (58,0 %) jugent qu'il leur serait facile d'obtenir du cannabis en 24 heures. Les hommes de 20-25 ans sont particulièrement nombreux à partager cette opinion (79,2 % contre 61,3% dans le reste de la population ; $p < 0,001$). Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans ($p < 0,001$). Il faut reconnaître que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et n'acceptent pas vraiment la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé accessible même dans les tranches d'âge les plus élevées (Beck et al 2007).

Interrogés sur leur mode principal d'obtention du cannabis, près de six usagers dans l'année actuels sur dix disent ordinairement se faire offrir le cannabis qu'ils consomment (58,7 %), tandis qu'un peu plus d'un tiers (36,2 %) déclare l'acheter. Parmi ces usagers au cours de l'année, l'auto-culture apparaît peu souvent en tant que mode d'approvisionnement majoritaire (5,1 %), partagé à égalité par les hommes et les femmes (4,9 % vs 5,6 %). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer se faire offrir ordinairement le cannabis qu'elles consomment (67,5% vs 54,5% ; $p < 0,001$).

Toutefois, ces répartitions varient avec la fréquence d'usage : parmi les usagers réguliers, la proportion de bénéficiaires de dons n'atteint plus que 25 % sans distinction entre les sexes, tandis que 12,0 % des usagers réguliers déclarent recourir à l'auto-culture comme mode d'approvisionnement ordinaire (15,8 % des femmes contre 11,0 % des hommes, $p < 0,001$), et l'achat presque les deux tiers (59,1 % des femmes contre 64,1 % des hommes $p < 0,01$). La proportion de consommateurs actuels se déclarant ordinairement acheteurs de cannabis croît entre 15-19 ans et 26-34 ans (34,2 % à 41,8 %) puis décroît au-delà (si 22,2 % des 45-54 ans se déclarent encore acheteurs, ce n'est le cas d'aucun des consommateurs plus âgés interrogés). C'est probablement le signe d'une autonomisation financière et d'un engagement croissant dans la consommation, puis d'un désintérêt progressif pour le produit dont les usages deviennent plus épisodiques et davantage liés à des rencontres et des circonstances particulières.

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans ayant déjà consommé du cannabis mais ne l'ayant pas fait au cours des douze derniers mois, une nette majorité donne comme raison principale de l'arrêt de leur consommation le désintérêt (78,8%). Les autres raisons invoquées s'avèrent nettement moins fréquentes : les principales sont le fait de ne pas avoir aimé la première fois (4,2%), l'absence d'opportunité (3,9%), la peur pour la santé (3,9%), un

dégoût des drogues dans leur ensemble (2,6%), le fait de ne plus ressentir de plaisir (2,3%), de se trouver trop vieux (1,9%), la peur de la dépendance (1,4%), ou enfin le décalage par rapport à son milieu social (0,9%).

Les motivations des individus ayant consommé au cours de l'année apparaissent quant à elles plus contrastées. Les principales raisons sont la curiosité (21,9%), la recherche de la détente (19,9%), l'envie de goûter (13,9%), d'essayer (11,0%). Le pouvoir de socialisation attribué au cannabis permet de distinguer un deuxième groupe de raisons invoquées : l'envie de s'amuser (10,3%), la complicité avec d'autres personnes (8,9%), la conformité (« Pour faire comme tout le monde » : 8,4%), la convivialité (7,5%). Notons que 7,2% disent avoir recherché le plaisir, 2,7% l'ivresse, 2,2% avoir fumé pour oublier leurs problèmes, 1,6% pour être défoncé et 1,1% pour trouver le sommeil.

L'usage de cannabis est donc surtout motivé par des considérations hédoniques, et son abandon l'est tout autant par la lassitude ou le manque d'intérêt. Très peu d'anciens consommateurs disent avoir abandonné à cause de problèmes rencontrés lors de leur usage.

Encadré sur les usages problématiques⁵.

Dans la population des 15-64 ans, il ressort que les comportements investigués s'avèrent relativement rares au sein de l'ensemble des fumeurs de cannabis. Les plus fréquents sont les effets indésirables comme les malaises, *bad trip* et crises de paranoïa qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période dit avoir éprouvé au moins une fois (32%), devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). En revanche, les problèmes de type professionnel ou relationnel plus graves s'avèrent rares (2 % pour les mauvais résultats ou problèmes à l'école ou au travail, 1 % pour les disputes et problèmes d'argent). Deux autres comportements ont été envisagés : le fait de consommer du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail et le fait d'en fumer en solitaire. Ces pratiques, qui ne relèvent pas d'un usage problématique mais illustrent des contextes qui tendent à s'éloigner d'une certaine norme (celle d'un usage sociable en soirée, typique des adolescents), concernent respectivement 12 % et 17 % des usagers actuels.

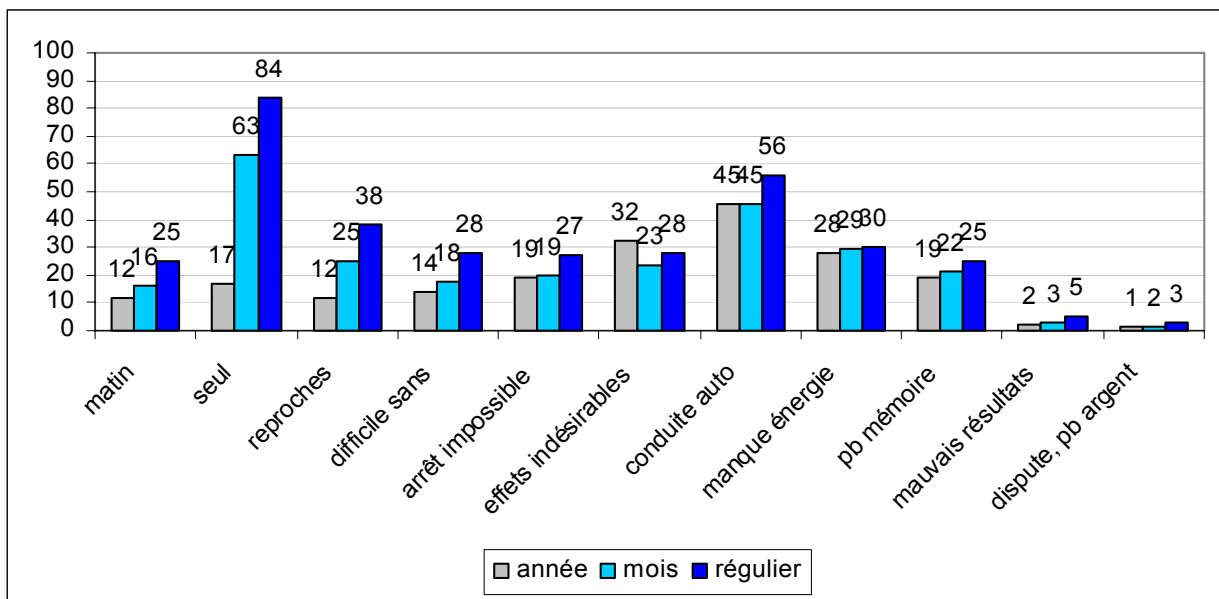
Globalement, ces comportements ou problèmes déclarés ont tendance à être plus fréquents à mesure que l'on observe des usagers plus réguliers. C'est particulièrement vrai pour le fait d'avoir fumé du cannabis seul, assez rare sur l'ensemble des fumeurs au cours de l'année,

⁵ Le *Cannabis Abuse Screening Test* (Cast) dans sa version longue permet de décrire à la fois les modalités de consommation du cannabis et les problèmes associés à celle-ci au cours des douze mois. Ce questionnaire est destiné à fournir une description des usages problématiques de cannabis dans les enquêtes en population générale. Il s'appuie sur les principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif tels que décrits dans la nosographie internationale (DSM 4 et CIM 10) mais aborde également des dimensions sociales de l'usage. Une validation clinique de ce test est actuellement en cours, qui devrait en évaluer les qualités psychométriques et les performances de repérage comparativement à un entretien psychiatrique standardisé : à terme, il pourrait fournir une estimation de la proportion d'usagers qui, compte tenu de leur niveau d'usage et des problèmes afférents qu'ils rencontrent, devraient envisager de réduire ou cesser leur consommation⁵. Les questions invitent le répondant à préciser la fréquence de certains événements au cours des douze derniers mois : *jamais, une ou deux fois, de temps en temps, souvent*. Précisons que les questions font toutes explicitement mention du cannabis comme cause des événements ou des problèmes visés. De fait, elles imposent au répondant de reconnaître ou non cette causalité : il s'agit donc d'effets perçus. S'il est possible d'imputer à son usage de cannabis des mauvais résultats scolaires, ou au contraire de refuser de faire le lien entre les deux, seuls sont comptabilisés ici les cas où le lien est reconnu par les répondants.

mais déclaré par près de 84 % des fumeurs réguliers. La seule exception concerne les effets indésirables. Ce paradoxe s'explique vraisemblablement par la sélection des usagers : il est possible que les plus à l'aise avec le produit continuent de le consommer tandis que ceux qui éprouvent des effets désagréables abandonnent. Enfin, un comportement à risque apparaît particulièrement répandu : la conduite automobile après avoir fumé du cannabis, déclaré par près de la moitié des fumeurs au cours de l'année (45 %) et une majorité des usagers réguliers (56 %).

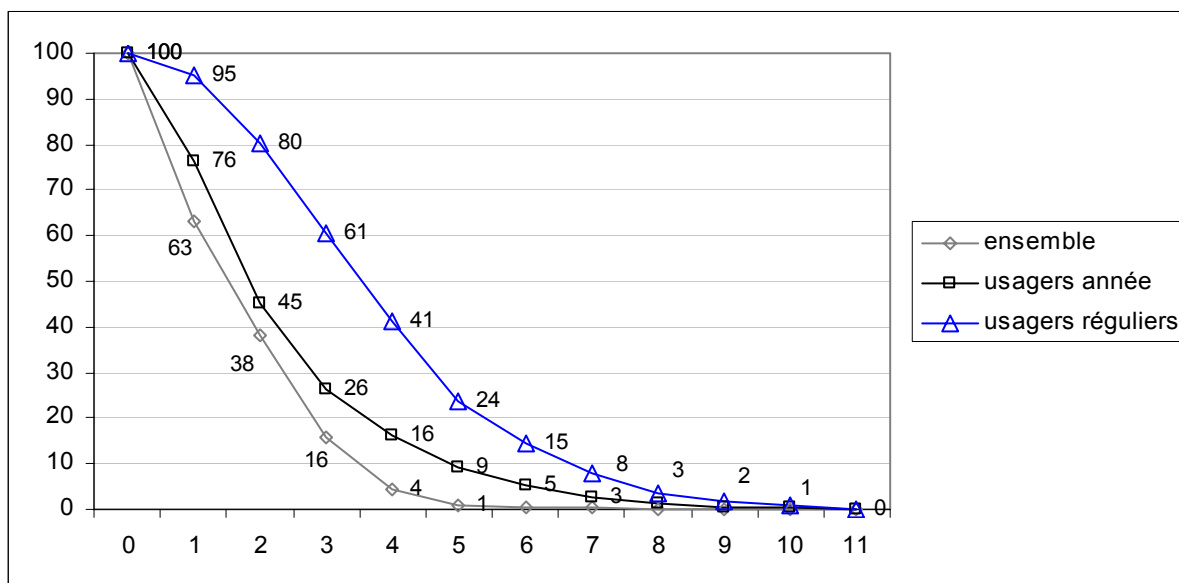
Notons que la répétition de ces comportements est rare : moins de 5 % des usagers au cours de l'année déclarent avoir connu ou vécu souvent les événements mentionnés, à l'exception de la conduite automobile après avoir fumé du cannabis (9,1 %) et du fait de fumer seul du cannabis (15,1 %), qui ne peut pas être considéré comme un problème lié à l'usage mais une simple caractérisation du mode de consommation. Par exemple, seuls 3,2 % des usagers au cours de l'année disent avoir souvent fumé le matin avant de se rendre à leur lieu de cours ou de travail. Les proportions de consommateurs déclarant avoir souvent connu des mauvais résultats ou des problèmes à l'école ou au travail, ou des disputes ou des problèmes d'argent à cause de leur usage de cannabis s'avèrent pour leur part particulièrement faibles (moins de 0,7 %).

Figure 1. Comportements d'usages et problèmes associés parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année (15-64 ans)



Ces comportements apparaissent nettement plus souvent masculins. Si l'on convient de faire la somme des réponses positives aux 11 items du questionnaire (en se restreignant aux événements répétés au moins de temps en temps pour l'usage seul le matin avant de partir au travail ou à l'école), les hommes obtiennent en moyenne un score de 2,0 contre 1,5 pour les femmes ($p < 0,001$). La distribution des scores est la suivante :

Figure 2. Distribution de la population suivant le score au Cast parmi les 15-64 ans suivant la fréquence d'usage de cannabis (%)



Lecture : 76 % des consommateurs de cannabis au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 1, ce qui représente 63 % de l'ensemble des 15-64 ans.

Le score optimal discriminant les individus présentant un problème (de type abus de cannabis au sens du DSM IV) avec le cannabis n'est pas encore déterminé. Toutefois, afin de simplifier l'analyse et ne pas recourir à des notions statistiques complexes, on peut illustrer la nature de la relation entre le score obtenu et d'autres caractéristiques d'usage en raisonnant arbitrairement sur le score 4. Près de 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 4 (ce qui représente 4 % de la tranche d'âge comme le montre la figure). La fréquence d'usage est fortement liée avec le score obtenu au Cast : 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score d'au moins 4, ce qui est le cas de 41 % des usagers réguliers et 58 % des quotidiens. Le score moyen vaut 1,8 sur l'ensemble des usagers au cours de l'année, 2,5 parmi les usagers au cours du mois, 3,3 parmi les réguliers et culmine à 4,1 parmi les fumeurs quotidiens. Sans surprise, l'élévation du score au Cast va de pair avec une augmentation de la fréquence d'usage mais aussi des quantités fumées la dernière fois. Ainsi, parmi les usagers totalisant un score d'au moins 4, 25,0 % ont fumé un joint ou moins lors de leur dernière consommation, 40,0 % ont fumé 2 ou 3 joints et 21,3 % ont fumé 5 joints ou plus, alors que les chiffres correspondants sont 53,4 %, 30,7 % et 8,8 % parmi ceux qui totalisent un score inférieur.

Beck, Legleye et de Peretti (2006) proposent une synthèse concernant les différences de pratiques et de comportements face à l'alcool selon le genre. Ils rappellent que cette différenciation est loin d'être contemporaine. Au XIX^e siècle, l'abstinence était promue chez les femmes comme un moyen de stabiliser et de protéger la cellule familiale. Au contraire, l'image masculine s'est associée à la consommation éthylique, symbole de force et de virilité, l'initiation devenant par la même un rite de passage en soi. L'intériorisation de cette règle duale est tellement puissante qu'elle se perpétue jusqu'à l'extrême, exemple étant des populations soumises à des conditions extrêmes telles que les sans-domicile (Beck 2006 - voir l'éclairage spécifique en 2.3). Toutefois, la réduction des inégalités hommes/femmes a conduit à un rapprochement des pratiques d'alcoolisation ces dernières années.

Citons enfin la question de l'âge. Plus l'âge d'initiation à un produit psychoactif est précoce, plus la consommation tend à devenir régulière par la suite. Au-delà de ce simple constat se

dissimule une réalité plus complexe quant aux relations entre fréquence d'usage et dépendance d'un côté et fragilité psycho-sociale, et plus particulièrement familiale, de l'autre (Beck 2006a: 192-195; voir aussi le SQ "*drugs among very young people*") qui expose l'individu à une initiation précoce.

2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.

L'exercice 2005 est le cinquième d'ampleur nationale de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense). Il s'appuie sur les réponses de 29 393 jeunes métropolitains âgés de 17 ans au moment de l'enquête, et permet de décrire des évolutions sur les cinq années précédant l'enquête (Beck, Legleye, Spilka 2006). Les premiers résultats permettent de souligner:

- Les niveaux d'expérimentation des produits licites apparaissent en diminution depuis 2003;
- Tabac, alcool et dans une moindre mesure cannabis sont les principaux produits consommés par les jeunes de 17 ans, les niveaux d'usage récent des autres drogues illicites s'avèrent très bas.
- Une différenciation de l'expérimentation des substances psychoactives marquée selon le genre;

Au cours des trente derniers jours, parmi les substances étudiées, c'est l'alcool qui apparaît comme le produit le plus consommé (environ huit jeunes sur dix) devant le tabac (environ quatre jeunes sur dix). L'usage récent de cannabis concerne pour sa part moins de trois adolescents de 17 ans sur dix et celui des médicaments psychotropes moins d'un jeune sur dix.

Tableau 4. Usage au cours du mois de produits psychoactifs à 17 ans (% en ligne)

	30 derniers jours		
	filles	garçons	total
Alcool	75,4	82,0	78,8***
Tabac	41,0	41,2	41,1
Cannabis	22,5	33,2	28,0***
Médicaments	11,8	3,7	7,7***
Ecstasy	1,0	1,7	1,4***
Poppers	1,1	1,6	1,4***
Champignons hallucinogènes	0,4	1,3	0,9***
Cocaïne	0,7	1,2	0,9***
Amphétamines	0,6	1,0	0,8***
Produits à inhaler	0,6	0,7	0,6
LSD	0,3	0,4	0,4*
Héroïne	0,2	0,3	0,2**
Crack	0,1	0,2	0,1*

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la comparaison des sexes

Entre 2003 et 2004, les pouvoirs publics ont fortement augmenté les taxes sur les produits du tabac (de 3.60€ fin 2002 à 5.00 € en 2006 pour le paquet de cigarettes le plus vendu). Cependant les arrêts consécutifs à ces hausses restent rares à 17 ans: la consommation de tabac s'est réduite de 3% pour la population concernée entre 2003 et 2004. La baisse de la consommation quotidienne semble être davantage due à un recul de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation qu'à des arrêts.

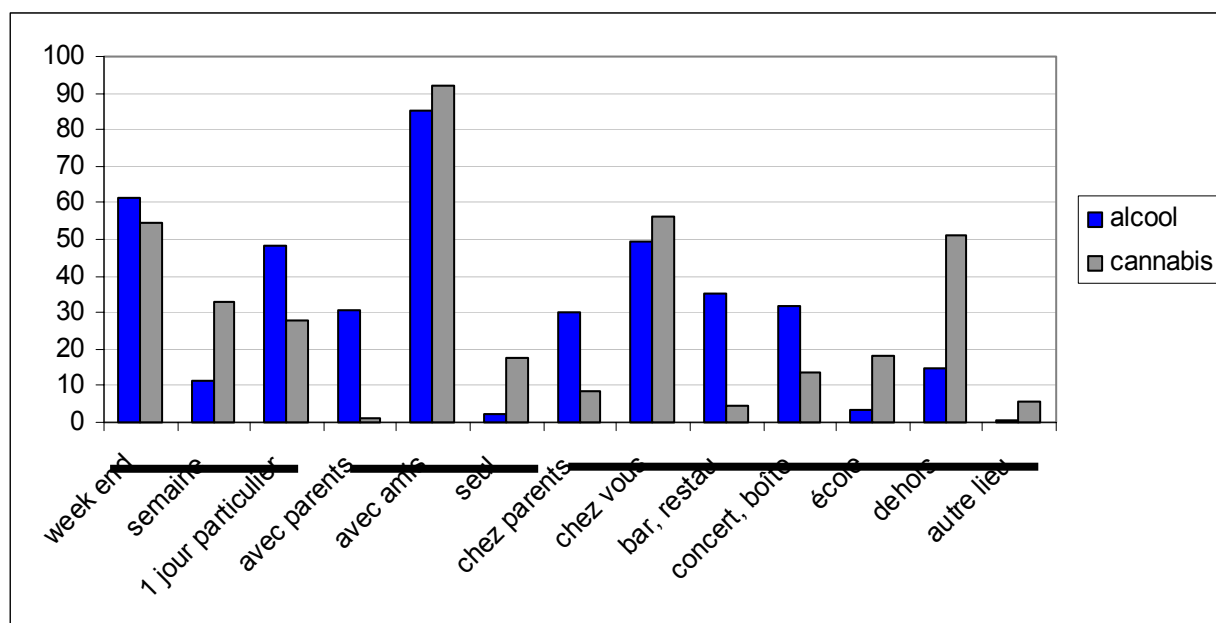
Comme la consommation d'alcool, l'ivresse et le *binge-drinking*⁶ sont des caractéristiques masculines : le sex ratio atteint 1,3 pour l'ivresse au cours de la vie, 1,4 pour l'ivresse au cours de l'année et 2,9 pour l'ivresse régulière (au moins dix épisodes au cours de l'année). À 17 ans, les jeunes consomment surtout de l'alcool le week-end, et il s'agit souvent d'un événement particulier (fête, anniversaire ou occasion spéciale). La très grande majorité de ces consommations a lieu entre amis, mais une proportion non négligeable a lieu avec les parents. Les consommations solitaires s'avèrent pour leur part très rares. Lorsque la consommation a lieu avec les parents, il s'agit d'une occasion particulière dans 59 % des cas, et lorsqu'elle a lieu au domicile parental, les parents étaient présents dans 82 % des cas. Les consommations dans les bars ou les discothèques s'avèrent moins fréquentes que les consommations au domicile à cet âge. Enfin, une minorité de jeunes affirme avoir consommé la dernière fois à l'école, et un peu plus de 15 % dans un lieu public ouvert (dans la rue, un parc, etc.)

Parmi les boissons alcoolisées consommées au cours du mois, les bières et les prémix⁷ sont les boissons les plus populaires avec 57,1 % et 48,1 % de consommateurs, devant les alcools forts (42,6 %) puis les champagnes et vins mousseux, les cocktails et le vin qui arrive en sixième position (28,4 %). Les hiérarchies des préférences des garçons et des filles sont proches, mais se distinguent notamment pour les trois premiers choix : bière, puis alcools forts et prémix pour les garçons ; prémix, puis champagne et bière pour les filles. La forte présence des prémix dans cette hiérarchie invite à considérer avec attention les usages de ces produits et les stratégies de commercialisation et de promotion qui leurs sont attachées. Ils ont en effet d'abord disparu en 1997 à la suite d'une taxe spécifique et sont réapparus en 2002 à la faveur d'un contournement de la réglementation (sur la teneur en sucre et le type d'alcool entrant dans la définition d'un prémix).

⁶ Dans le cas présent, correspond à l'ingestion d'au moins cinq verres d'alcool pur en une même occasion.

⁷ Il s'agit de mélange de boissons sucrées et d'alcool fort. Ces boissons, parfois appelées *alcopops*, titrent de 5° (pour la majorité d'entre elles) à 8° environ.

Figure 3. Contextes de la dernière consommation d'alcool et de cannabis (1)



(1) Pourcentages calculés respectivement parmi les buveurs au cours du mois et les fumeurs au cours du mois
 N.B. : pour chaque produit, les pourcentages peuvent dépasser 100 car plusieurs réponses étaient possibles.
 Source : ESCAPAD 2005, OFDT

Par comparaison avec l'alcool, le cannabis se trouve nettement plus souvent consommé en semaine, un jour ordinaire et plus souvent en présence d'amis. La déclaration d'une consommation solitaire s'avère plus répandue que celle d'alcool. Les lieux de consommation diffèrent: consommation au domicile des parents, dans les lieux publics payants (bars, restaurants, discothèques) sont nettement plus rares. Parmi les autres lieux, notons que la voiture arrive largement en tête. Une partie importante des consommateurs s'expose au regard d'autrui faute d'un accès à un lieu privé qui les en protégerait.

Parmi les fumeurs de cannabis au cours de l'année, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer « généralement » l'acheter (49,9 % vs 33,3 %) ou le cultiver (12,4 % vs 4,5 %) ; ces dernières sont en revanche plus nombreuses à se le faire offrir (77,2 % vs 60,4 %). Ces réponses ne sont pas exclusives : un consommateur peut en effet alterner ces modes d'approvisionnement suivant les opportunités. Néanmoins, les parts d'autoculture et d'achat croissent avec la fréquence d'usage, tandis que celle du don diminue. Ainsi, 85,9 % des fumeurs quotidiens déclarent ordinairement acheter leur cannabis et ce quel que soit le sexe, 31,4 % le cultiver eux-mêmes, mais 34,1 % disent encore se le procurer gratuitement, ce dernier mode d'approvisionnement concernant toujours principalement les jeunes filles (45,0 % vs 29,9 %). La hiérarchie de ces modes d'approvisionnement, de même que les niveaux, apparaissent proches de ceux observés en population adulte (Beck et al., 2006).

2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques

Produits psychoactifs et population étudiante.

Les résultats proviennent du Baromètre Santé réalisé en 2000, les étudiants représentant 645 individus dans l'échantillon. Si l'attention des pouvoirs publics quant à la consommation de drogues des 18-25 ans est une constante depuis plusieurs années, il y a peu d'information quant à l'usage de produits psychoactifs en population étudiante. Comparés au reste de la population des 18-25 ans, les étudiants du supérieur se caractérisent par une

consommation régulière d'alcool moindre mais une expérimentation supérieure de l'ivresse; un usage du cannabis plus répandu mais une moindre consommation de tabac; la consommation de médicaments psychotropes est équivalente.

Les étudiants constituent une sous-population relativement homogène du point de vue des déclarations d'usages de produits psychoactifs. Ce serait donc le contexte de la vie étudiante et non le niveau d'études proprement dit qui est discriminant dans la dynamique des consommations. Enfin, parmi les étudiants comme les non étudiants, les différences entre les sexes sont importantes pour les usages d'alcool, de cannabis et de médicaments : en cela, les deux sous-populations présentent une caractéristique proche de celle de la population générale adolescente et adulte.

Sans-domicile fixe.

L'enquête réalisée en France en 2001 auprès d'un échantillon de 4 084 utilisateurs francophones de services d'hébergement ou de distribution de repas chauds dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants, comporte au sein du module santé quatre questions⁸ relatives à la consommation d'alcool. Les usages de tabac et de drogues illicites ne font pas l'objet de questions dans l'enquête sans-domicile 2001. La première question permet, de manière très synthétique, de qualifier l'usage actuel de boissons alcoolisées. Les trois suivantes sont inspirées du test clinique DETA⁹ censé repérer les usagers d'alcool présentant des risques d'alcool-dépendance (Beck 2006). Contrairement à certaines idées reçues, les résultats comparés avec ceux des enquêtes en population générale laissent apparaître une consommation d'alcool globalement modérée qui traduit l'hétérogénéité de cette population, les « sans abri » se déclarant nettement plus consommateurs que les salariés par exemple. S'y retrouve une sur-consommation masculine, les femmes sans domicile fuyant généralement le stigmate de l'alcoolique.

Les usages les plus importants s'avèrent liés aux situations de précarité les plus marquées. La comparaison avec les niveaux observés au sein de la population générale par le biais d'enquêtes auprès des ménages montre que l'alcool n'est pas toujours aussi présent dans les parcours des personnes sans domicile que dans l'imaginaire collectif. Ce constat général doit être nuancé par l'examen des signes d'usages problématiques d'alcool : la proportion de personnes semblant présenter d'importants risques d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool apparaît nettement plus élevée au sein de la population des personnes sans domicile que dans la population générale.

2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers

Enquête EROPP. Pas de nouvelles informations.

⁸ "Actuellement, vous arrive t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ?» : 'souvent' ; 'occasionnellement' ; 'jamais'.

"Au cours des douze derniers mois, avez vous ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?"

"Au cours des douze derniers mois, votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées"

"Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme"

⁹ Diminuer, Entourage, Trop, Alcool. Il s'agit d'une traduction du test américain CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

3. Prévention

Prévention : contexte général
(Cf. rapport national publié en 2004 pour plus de détails)

Cadre législatif :

Le domaine de la prévention des drogues n'est pas couvert par la législation française. La loi fondatrice de la lutte contre les drogues – loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 – ne l'aborde pas. À ce titre, seules font exception la loi dite « Évin » du 10 janvier 1991¹⁰ – régulant l'usage de l'alcool et du tabac dans les lieux publics mais aussi leur publicité – ainsi que les circulaires du ministère de l'Éducation nationale soutenant depuis 1990 la prévention des conduites à risques.

Actuellement, deux principaux textes officiels fixent les contours actuels de la politique de prévention en France et posent le principe d'une harmonisation et d'une généralisation de la prévention via une programmation tout au long du cursus scolaire, dès l'école primaire et particulièrement au collège :

- le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, qui, en matière de prévention, met l'accent en particulier sur le cannabis, le tabac et l'école, prévoyant de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité ;
- le programme quinquennal 2003-2008 de prévention et d'éducation élaboré par le ministère de l'Éducation nationale¹¹.

Citons également le plan national de lutte contre le cancer 2003-2008 – qui a provoqué un réel élan et un appel de fonds pour les actions à l'encontre du tabac – ainsi que la loi de programmation de la politique de santé publique du 9 août 2004, qui instaure l'obligation d'au moins une séance annuelle de prévention dans les établissements d'enseignement secondaire et qui fixe entre autres des objectifs de réduction du tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Coordination politique, du niveau central au local :

Depuis 1999, la lutte contre les drogues est élargie aux substances psychoactives licites telles l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. Elle soutient deux principes forts : l'intervention précoce auprès des jeunes, pour retarder l'âge de l'initiation des consommations, et une intervention qui ne vise pas seulement à empêcher l'usage mais tente aussi de limiter les abus.

L'impulsion et la coordination des politiques de prévention dans le domaine des drogues reviennent à la MILDT. Les orientations nationales sont définies par le plan gouvernemental dont elle est le dépositaire. Dans chaque ministère concerné, un service coordonne les objectifs de prévention entre niveau central et déconcentré et traite du sujet avec la MILDT.

La déclinaison des orientations nationales au plan local s'appuie donc sur les services déconcentrés de l'État notamment sur le dispositif spécifique de la politique des « drogues » coordonné par la MILDT. Celui-ci est basé notamment sur la nomination dans chaque département d'un chef de projet « drogues et dépendances » (CPDD) – du corps préfectoral – et d'un coordinateur issu des

¹⁰ 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)

¹¹ Instauré par le circulaire n°2003-210- du 11 décembre 2003 ; NOR : MENE0302706C.

services déconcentrés¹². Le chef de projet définit et anime la politique départementale de prévention. Pour cela, il dispose de crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels et consulte les institutions locales (services de l'État, autorités judiciaires, collectivités territoriales¹³ et si possible principales associations), afin de coordonner les objectifs des acteurs publics et de déterminer les financements.

Parallèlement, des dispositifs de coordination territoriaux et trans-sectoriels, relevant de la santé ou de la lutte contre l'exclusion sociale (PRSP), de la sécurité ou de la politique de la Ville (CLS, CEL)¹⁴ permettent également de répartir de façon cohérente les crédits publics.

En milieu scolaire, les chefs d'établissements fixent annuellement les mesures préventives à mener auprès des élèves. Bien qu'ils bénéficient d'une certaine autonomie en la matière, ils reçoivent des recommandations de leur administration régionale (rectorat), issues des orientations ministérielles. La plupart des établissements d'enseignement secondaire disposent d'un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), rassemblant la communauté éducative et des acteurs externes (associations, acteurs institutionnels, etc.) pour coordonner la prévention dans leur enceinte.

Quelques repères sur les dispositifs de prévention français :

La prévention des drogues s'est toujours inscrite dans une logique d'extension des droits communs et des services garantis par l'État ou délégués au secteur associatif, selon une logique de proximité (niveaux décisionnels et intervenants locaux). Ainsi, la majorité des actions de prévention des dépendances relève de la prévention universelle et se déroule en milieu scolaire et implique largement la communauté éducative tant pour la coordination que la conduite des actions.

Cependant, l'identification de zones d'intervention prioritaire (ZUS ou ZEP¹⁵), établie sur des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité (taux d'élèves en retard scolaire et taux d'élèves boursiers) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés. La prévention « sélective » ou « indiquée » est principalement le fait des acteurs associatifs spécialisés (notons que les termes de prévention « sélective » ou « indiquée » ne sont pas usités en France).

La prévention des drogues est caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes, jusqu'à la diffusion en 2006 d'un guide d'intervention en milieu scolaire. Toutefois, grâce aux diverses initiatives pour professionnaliser le domaine, harmoniser les principes d'action, certaines approches font leur chemin : le fait d'aller au-delà de l'information sur les risques ; l'interactivité ; le développement de compétences psychosociales.... Cependant, le modus operandi des compétences psychosociales demeure encore flou pour de nombreux acteurs.

Dispositifs pérennes de prévention ou de soutien des décideurs et des professionnels :

On compte quelques structures ou programmes pérennes de prévention :

¹² Le fonctionnement en binôme est institué depuis 2004. Les chefs de projet postés dans les capitales régionales assurent une coordination au plan régional en particulier en ce qui concerne les soins.

¹³ 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.

¹⁴ PRSP : les Programmes régionaux de santé publique remplacent les Programmes régionaux de santé (PRS) et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS) ; CLS : Contrats locaux de sécurité ; CEL : Contrats éducatifs locaux.

¹⁵ ZUS : Zones urbaines sensibles ; ZEP : Zones d'éducation prioritaires.

- 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 Ecoute, structures de soutien, d'orientation et de médiation, pour les jeunes et/ou leurs parents, en prise avec des usages problématiques de drogues ;
- les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), plus généralistes, dédiés aux jeunes en situation à risque (précarité, errance) et à leur entourage, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale.

A l'instar des sources de financement, les corps professionnels impliqués dans la prévention sont multiples. Dans le secteur public, seuls les services chargés de l'application de la loi forment des spécialistes susceptibles de rencontrer des publics jeunes ou adultes, à la demande des établissements scolaires ou d'autres structures : ce sont les FRAD, Formateurs relais antidrogue de la gendarmerie nationale et les PFAD, Policiers formateurs antidrogue (PFAD).

Les réseaux décisionnaires et professionnels bénéficient de dispositifs de soutien.

- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ayant une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes médiatiques).
- Les centres d'information régionaux sur la drogue et les dépendances (CIRDD), constituent un appui technique aux chefs de projets drogues et dépendances et aux administrations, à travers leur fonction de documentation, de conseil méthodologique pour l'élaboration de projets et d'observation, notamment en matière de prévention.
- Le réseau d'information sur les toxicomanies "Toxibase" qui gère en outre une rubrique sur les outils francophones relatifs à divers thèmes de prévention.
- La Commission de validation des outils de prévention, coordonnée par la MILDT qui fournit un avis sur la qualité des outils qui lui sont soumis pour favoriser la fiabilité et la cohérence des discours tenus.

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les acteurs associatifs spécialisés sont constitués en organisations fédératives – FNES, ANPAA, ANIT FFA, CRIPS¹⁶. Toutes ces associations organisent des formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseau documentaire liés à la prévention de l'usage de substances psychoactives.

L'observation de la prévention aujourd'hui :

La France ne bénéficie pas d'un système d'observation performant de la prévention. Aujourd'hui cette situation freine toute tentative de dresser un tableau national rigoureux de la prévention en France, compte-tenu de l'éclatement des

¹⁶ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (www.fnes.info) ; ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (fondée en 1872, www.anpaa.asso.fr) ; ANIT : Association nationale des intervenants en toxicomanie, (www.anit.asso.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida, (www.lecrips.net/reseau.htm).

systèmes d'informations des opérateurs et des sources de financement. Elle explique la prédominance des dispositifs de soutien et des services dans le descriptif des stratégies nationales de ce rapport.

Toutefois, un dispositif d'observation basé sur le réseau des CIRDD est à l'étude en 2006.

3.1 Prévention universelle

Politique nationale de prévention en milieu scolaire

Le plan gouvernemental et le programme 2003-2008 de prévention et d'éducation du ministère de l'Éducation nationale prévoient tous deux une programmation nationale de la prévention en milieu scolaire. Dans cette optique, la MILDT et le ministère de l'Éducation Nationale, aidés de plusieurs partenaires institutionnels, ont élaboré un guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives. Après son expérimentation dans 80 établissements scolaires, de janvier à mai 2005, le guide est aujourd'hui accessible sur les sites www.drogues.gouv.fr et www.eduscol.education.fr et doit être diffusé à l'ensemble des écoles élémentaires, des collèges et lycées français.

Après une introduction précisant les objectifs du guide et rappelant le cadre général de son exploitation – notamment la déontologie d'intervention en milieu scolaire – suivent deux sections mêlant théorie et aspects techniques.

La première section « Point de repères pour les intervenants » rassemble les éléments factuels utiles au dialogue, au choix des approches. Il s'agit principalement d'éléments factuels – données épidémiologiques des usages en France et dans l'Union européenne, « fiches d'identité » des produits, notions sur la neurotoxicologie des drogues, données géopolitiques, rappel sur les lois et les ressources disponibles – autant de clés quant à la façon d'aborder le sujet au vu du développement psychoaffectif de l'adolescent. Une section sur l'évaluation complète ce premier volet du guide.

La seconde partie du document porte sur « les séances » de prévention. Plus versée vers les aspects de méthodes et organisationnels, cette partie contient quatre plans d'intervention en 4 séances, selon l'âge des élèves, chacun proposant un découpage des actions selon des « étapes » logiques :

- un plan d'intervention en 4 séances pour les élèves de CM2 et de 6^{ième} ¹⁷ (pour des élèves de 11 à 12 ans en moyenne) traitant plus particulièrement du tabac ;
- un deuxième pour les élèves de 5^{ième} et 4^{ième} ¹⁸ (pour des élèves de 13 à 14 ans en moyenne) traitant plus particulièrement de l'alcool ;
- un troisième pour les élèves de 3^{ième} et de 2^{nde} ¹⁹ (pour des élèves de 15 à 16 ans en moyenne) plus particulièrement axé sur le cannabis.
- le dernier pour les élèves de 1^{ière} -Terminale ²⁰ (pour des élèves de 17 à 18 ans en moyenne) traitant plus particulièrement des polyconsommations ;

¹⁷ Soit la dernière année d'école élémentaire et la première année de collège (correspondant aux 4^{ième} et 5^{ième} grades).

¹⁸ Soit les deux années médianes de collège (correspondant aux 6^{ième} et 7^{ième} grades).

¹⁹ Soit la dernière année de collège et la première année de lycée (correspondant aux 8^{ième} et 9^{ième} grades).

²⁰ Soit les deux dernières années de lycées (correspondant aux 10^{ième} et 11^{ième} grades).

Enfin suivent les annexes, notamment une synthèse de l'INPES sur les programmes et approches scientifiquement validés.

Prévention universelle dirigée vers les communautés

Milieu récréatif

Le seul élément nouveau à signaler sur ce thème depuis 2005 est l'adoption du décret du 14 avril²¹ qui a introduit le référentiel national des actions de réduction des risques liés aux usages de drogues. Ce décret établit l'interdiction des pratiques de testing qui ne permettent pas « une identification des substances entrant dans la composition des comprimés », conformément aux préconisations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues. Les actions de prévention en milieu festif devront se conformer à ce référentiel d'intervention.

En pratique, c'est le testing type Marquis qui est proscrit. Lors du Teknival Bretagne (juillet 2005), l'association Médecins du Monde a tenu un stand permettant une autre forme de testing, par chromatographie sur couche mince (CCM), en contradiction avec les autorités départementales. Si le Ministère de la Santé a tranché en faveur de l'association, l'interprétation des résultats d'un testing, pratique de laboratoire, doit faire l'objet d'une relecture par un médecin, ce qui n'est pas encore le cas actuellement.

Ligne d'aide téléphonique

L'activité de DATIS a sensiblement reculé depuis le changement de numéro de téléphone en 2004, baisse des appels qui s'est reproduite en 2005.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005, DATIS a reçu 377401 appels: 328621 pour Drogues Info Service; 36945 pour la ligne Ecoute Cannabis et 11835 pour Ecoute Alcool. Les appels traités s'élèvent à un total de 190228 qui se répartissent comme suit: 166627 appels pour la ligne Drogue Info-service (DIS); 18582 appels pour la ligne Ecoute cannabis (EC) et 5019 appels pour Ecoute alcool (EA). Plus de 90% des appels sont dits "à contenu" (c'est-à-dire identifiés par le service comme des demandes réelles). Dans les trois cas, usagers et entourage constituent plus de 90% des appels, les professionnels moins de 5%.

Tableau 5. Répartition des appels DATIS selon le type d'appelants, 2005.

Catégorie	Effectifs	%
Usager	28612	49%
Entourage	24589	42%
Grand public	3618	6%
Professionnel	2133	4%
Total	58 952	100%

Source: DATIS.

Les 58952 appels du tableau 5 sont à contenu. Ils sont le fait d'une population majoritairement féminine (58.7% contre 41.0%, le reste étant inconnu). Les données brutes ne permettent cependant pas de dire s'il s'agit d'une consultation réelle consécutive à la

²¹ Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, NOR : SANP0521129D.

prise de conscience d'un usage problématique personnel, ou d'une seule demande d'information de la part de l'entourage.

Cannabis, alcool et tabacs sont les produits les plus souvent cités (respectivement 42.6%, 35.3% et 14.4% - plusieurs produits pouvant être cités par appel). A noter la part des médicaments (10.1%). Héroïne, cocaïne et produits de substitution suivent mais avec une représentation bien moindre.

Budget

Comme précisé dans la partie 1.3, la structuration actuelle du budget de la MILDT depuis 2005 ne permet pas de détailler la part de chaque volet dans le budget.

3.2 Prévention sélective

Le cannabis est le produit psychoactif le plus utilisé en France, en particulier chez les jeunes. Sa prévalence n'a cessé d'augmenter à partir des années 1990; en 2003, une fille de 17 à 18 ans sur dix et un garçon sur cinq déclaraient en faire un usage régulier. L'usage déclaré du produit a connu une stabilisation, à un niveau élevé, comme l'ont montré les dernières enquêtes en population générale (voir chapitre 2). À partir de février 2005, 250 consultations « cannabis », annoncées par le plan gouvernemental, ont ouvert leurs portes sur l'ensemble du territoire français. Dirigées vers les jeunes en difficulté du fait de leur consommation de cannabis ou d'autres drogues et vers leurs parents, ces structures d'accueil et de soutien sont anonymes et gratuites.

Les données d'une enquête sur ces consultations permettent de dresser un état des lieux des modalités d'usage du cannabis (Obradovic 2006). De mars 2005 à février 2006, 15200 consommateurs et 12400 personnes de leur entourage ont été accueillis. Leur consommation a été évaluée selon une échelle en quatre catégories: usage occasionnel; usage fréquent; usage nocif; dépendance. A noter cependant que 13% des consultations n'utilisent aucun outil d'évaluation (58% en utilisent un; 20% en utilisent deux; 12% en utilisent trois ou plus).

Ces consommateurs sont des garçons dans 80% des cas, et jeunes: 90% ont entre 14 et 25 ans. Ils ont été adressés par la Justice dans 38% des cas; 31% s'y sont tournés de manière spontanée et 31% ont procédé à la démarche suite à la suggestion d'un tiers. Avant 20 ans, 50% des consultations sont le fait d'un tiers. De 20 à 28 ans, 46% des consultations sont le fait d'une décision de justice. A partir de 29 ans, ce sont des démarches plus souvent spontanées (dans plus de 60% des cas). Les filles consultent plus aisément de manière spontanée, l'orientation judiciaire étant la première modalité de recours des garçons.

75% des personnes qui font une démarche spontanée sont dépendantes ou présentent une consommation nocive. Les consultants adressés par la justice sont plus généralement des consommateurs occasionnels ou à risque. Les consultants orientés par un tiers ont un usage occasionnel ou dit problématique. L'usage déclaré au moment de l'enquête est lié à la précocité de l'expérimentation et de manière générale, l'âge d'initiation des consultants est inférieur à celui observé en population générale.

45% des consommateurs reçus sont des usagers quotidiens de cannabis, 20% sont des usagers réguliers (10 à 29 usages dans le mois précédant l'enquête) et 35% des occasionnels. Plus du tiers des consommateurs sont considérés comme dépendants. 53%

de ces usagers quotidiens fument 5 joints ou plus par jour. L'usage de cannabis est corrélé avec la consommation de tabac (90% des usagers réguliers et 93% des usagers quotidiens fument du tabac) et aussi d'alcool (20% des usagers de cannabis boivent régulièrement dont 27% des usagers quotidiens et 23% des usagers fréquents, 8% des usagers occasionnels).

Les consommateurs font l'objet de deux consultations en moyenne. 23% sont vus deux fois, 21% trois ou quatre fois, 9% cinq fois ou plus. Les données laissent entrevoir un taux d'abandon élevé à la fin de la première et de la deuxième consultation.

4. Usage problématique

Usage problématique : contexte général

Prévalence estimée : plusieurs méthodes d'estimation ont été utilisées en France pour produire une estimation nationale de la prévalence de l'usage problématique d'héroïne et de cocaïne en 1999 (Costes, 2003). Selon la méthode utilisée, le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème se situe entre 150 000 et 180 000, correspondant à des taux de prévalence parmi la population des 15-54 ans de 3,9 pour mille à 4,8 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].

En 2005 et 2006, la Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (NEMO) a été réalisée pour produire des estimations locales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés, de cocaïne et d'autres stimulants, dans six agglomérations françaises (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) et dans un département d'outre-mer (La Martinique). Ces estimations locales seront utilisées pour réaliser une estimation nationale de la prévalence de l'usage problématique de drogues. Les résultats seront disponibles en 2007.

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 ».

En 2004, un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen [TDI ; Tableau épidémiologique n°3 et n°4]) a été mis en place en France. Le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) permet de disposer de données individuelles, collectées de manière continue et théoriquement exhaustive, sur l'ensemble des patients pris en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Les centres de soins sont de trois types : ambulatoires, avec hébergement et situés en milieu pénitentiaire. Les premiers résultats de RECAP, exploitables pour les CSST ambulatoires en 2005, permettent de dégager les principales caractéristiques socio-économiques et de décrire les consommations de drogues des personnes qui ont commencé un traitement pour usage de drogues entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2005. L'analyse des données RECAP permet aussi de dessiner le profil plus spécifique des patients pris en charge pour la première fois dans leur vie (primo-consultants).

Une enquête spécifique a été réalisée auprès des usagers fréquentant les structures de "première ligne"²² (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). Elle permet de décrire le profil des usagers fréquentant les structures de première ligne

En 2003, 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 (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004).

À partir d'observations menées dans différents groupes sociaux à risque d'usage, on constate en 2003 que l'usage de cocaïne poursuit sa diffusion et concerne des profils sociaux de plus en plus diversifiés. De même les usages d'ecstasy sont de plus en plus observés parmi les usagers de rues de l'espace urbain. Les hallucinogènes semblent également être de plus en plus consommés par les usagers les plus jeunes (Bello et al., 2004).

Des mésusages de BHD ont été identifiés, vraisemblablement facilités par la disponibilité du produit sur les marchés parallèles urbains. 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) (Cadet-Tairou et al., 2004a; Bello et al., 2004; Bello et al., 2003; Escots et Fahet, 2003).

Depuis 2001, la pratique de l'injection récente diminue tandis que celle du sniff semble progresser (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004 ; Palle et al., 2003 ; CEIP de Marseille, 2004). Mais les informations de terrain récoltées en 2003 fournissent des informations divergentes : certains sites du réseau TREND rapportent une involution des pratiques d'injection tandis que d'autres constatent un attrait pour la voie injectable chez les populations les plus jeunes (Bello et al., 2004).

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 45 % leur paille (Bello et al., 2004).

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

4.1 Prévalence et incidence estimées

Pas de nouvelle information disponible

Usage problématique de cannabis

Se reporter à la section 2 (contextes d'usage de cannabis).

²² 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.

4.2 Profil des personnes en traitement

En 2005, 94 CSST ont participé à RECAP, soit 44,8 % des centres de soins ambulatoires. Les données exploitées portent sur près de 21 000 patients qui ont commencé un traitement au cours de l'année. Un tiers d'entre eux sont des primo-consultants, c'est-à-dire des personnes en demande de traitement pour la première fois dans leur vie. Pour les autres, il s'agit d'une nouvelle demande de traitement ou une reprise de traitement survenant après une interruption de contact avec le centre de soins supérieure à six mois. La part des primo-consultants dans l'ensemble des patients est à considérer avec précaution dans la mesure où l'information sur l'existence d'une prise en charge antérieure est inconnue dans 40 % des cas.

Dans la description des consommations présentée ci-dessous, il faut tenir compte du fait que, sur l'ensemble des réponses à la question sur la drogue principale, on compte environ 7 % de réponses « aucun produit consommé ».

Patients en traitement (All treatments): Profil

Les patients sont à 80 % de sexe masculin et âgés en moyenne de 28 ans, les trois quarts ayant entre 15 et 35 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-24 ans et 41 % des patients ont moins de 25 ans. Les plus de 40 ans représentent environ 11 %. La répartition par âge est détaillée dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Répartition des patients par âge (en %), en 2005

Age	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
< 20 ans	16,58	28,70
20-24 ans	24,72	34,10
25-29 ans	18,99	17,88
30-34 ans	16,54	9,72
35-40 ans	12,30	4,97
40 et plus	10,59	4,63
Total	100,00	100,00

Source : RECAP / OFDT - 2005

Un tiers des patients consultent d'eux-mêmes, 26 % des demandes sont induites par une décision de justice ou de police et 11 % sont suggérées par un membre de la famille ou un proche. Les résultats sur l'origine de la prise en charge sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge (en %), en 2005

Origine de la prise en charge	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
Le patient lui-même	33,10	24,79
Famille ou ami	11,24	11,48
Autres centres spécialisés pour usagers de drogues	10,47	5,77
Médecins généralistes	5,64	6,08
Hôpital ou autre structure médicale	5,80	4,48
Services sociaux	4,89	3,88
Police ou Justice ou Injonctions thérapeutiques	26,11	40,04
Autres	2,74	3,49
Total	100,00	100,00

Source : RECAP / OFDT - 2005

Les patients vivent majoritairement avec leurs parents ou seuls (42 % et 25 %) et habitent le plus souvent dans un logement stable (75 %). Néanmoins, 23 % déclarent vivre dans des conditions précaires de logement. Concernant la situation socioprofessionnelle, les patients économiquement inactifs ou au chômage représentent 44 %, seuls 23 % ont un emploi régulier et 17 % sont encore lycéens ou étudiants (Tableau 8). Sur le plan scolaire, 63 % des personnes prises en charge en CSST ont atteint le niveau secondaire. Seuls 5 % des usagers n'ont pas dépassé une scolarité primaire et 31 % déclarent un niveau au-delà du baccalauréat.

Tableau 8 : Répartition des patients selon la situation professionnelle (en %), en 2005

Situation professionnelle	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
Emploi régulier	23,09	25,32
Etudiant, lycéen	17,23	26,77
Economiquement inactifs (femmes au foyer...)	21,75	13,78
Chômage	21,88	16,97
Autres	16,05	17,18
Total	100,00	100,00

Source : RECAP / OFDT - 2005

Consommations de drogues

Près de la moitié des patients (48 %) ont recours aux centres de soins en 2005 pour leurs problèmes liés à l'usage de cannabis. Ils ont en moyenne 23 ans et demi. Viennent ensuite les problèmes liés à l'usage d'opiacés, évoqués comme drogue principale pour 40 % des personnes, dont l'âge moyen est d'un peu moins de 31 ans : 78 % d'entre elles sont

héroïnomanes et 22 % consomment de la méthadone et d'autres opiacés (dont la BHD)²³. La cocaïne est la troisième drogue principale : elle est citée par 5,7 % des patients qui sont en moyenne âgés de près de 32 ans. Le Tableau 9 présente le détail de la répartition des patients et leur âge moyen selon la drogue principale qu'ils déclarent consommer.

Parmi l'ensemble des patients qui ont fait une demande de traitement en 2005, près de trois personnes sur quatre (73 %) déclarent ne jamais avoir utilisé l'injection comme mode de consommation. Pour 14 %, la voie intraveineuse a déjà été utilisée mais pas récemment et 13 % déclarent s'être injecté un produit dans le mois précédant l'entretien.

Tableau 9 : Répartition (en %) et âge moyen des patients suivant la drogue principale.

Drogue principale	Patients en traitement (All treatments)		Primo-consultants (First treatments)	
	%	Age	%	Age
Opiacés	39,79	30,77	24,14	27,68
Héroïne	31,13	30,15	20,17	26,90
Méthadone	1,21	31,54	0,39	27,33
Autres opiacés	7,45	33,24	3,59	32,17
Cocaïne (total)	5,75	31,69	3,92	28,64
Cocaïne	4,22	30,18	3,46	27,90
Crack	1,53	35,87	0,46	34,22
Stimulants	1,14	26,83	1,29	23,40
Amphétamines	0,25	28,57	0,21	23,13
MDMA et dérivés	0,88	26,34	1,08	23,45
autres stimulants	0,01	41,00	0,00	0
Hypnotiques et sédatifs	2,63	34,39	0,93	35,50
Barbituriques	0,11	31,89	0,05	23,50
Benzodiazépines	1,90	33,95	0,57	34,86
Autres opiacés	0,62	36,20	0,31	38,67
Hallucinogènes	1,23	26,54	1,34	25,35
LSD	0,21	26,60	0,21	26,25
Autres	1,02	26,52	1,13	25,18
Colles et solvants	0,26	29,23	0,21	28,63
Cannabis	47,96	23,60	67,29	22,29
Autres drogues	1,24	31,37	0,88	26,00
Total produits	100,00	30,31	100,00	24,15

Source : RECAP / OFDT - 2005

Les usages de cannabis comme drogue principale sont quotidiens pour 57 % des patients, fréquents pour 16 % (deux à six jours de consommation par semaine), peu fréquents pour 10 % (une fois par semaine ou moins) et occasionnels pour 16 %. Près de neuf usagers d'opiacés sur dix consomment quotidiennement (77 %) ou plusieurs jours par semaine (12 %). Les deux tiers des usages de cocaïne sont quotidiens (42 %) ou fréquents (plusieurs

²³ Pour la méthadone et BHD, il s'agit de consommations hors cadre thérapeutique.

jours par semaine, 25 %). Les modes de consommation les plus fréquents pour les usagers d'opiacés sont le snif (46 %), puis l'injection (31 %). La cocaïne est surtout sniffée (47 %) et fumée (37 %), mais elle est injectée pour une proportion non négligeable des patients (14 %).

Les primo-consultants (First treatments): profil.

Le profil des patients pris en charge pour la première fois dans leur vie (primo-consultants) est légèrement différent de l'ensemble des patients. Ils sont plus jeunes, 24 ans en moyenne, 63 % ayant moins de 25 ans (Tableau 6), vivent majoritairement avec leurs parents (54 %) et bénéficient d'un logement stable dans 85 % des cas. Plus de la moitié des primo-consultants ont un emploi régulier (25 %) ou sont encore lycéens ou étudiants (27 %) (Tableau 8). Le niveau scolaire atteint semble être légèrement plus élevé. Les patients viennent en consultation suite à une mesure judiciaire pour 43 % d'entre eux, 24 % consultent d'eux-mêmes et 12 % des demandes sont suggérées par un membre de la famille ou un ami (Tableau 7).

Consommations de drogues

Avec l'ouverture des consultations « jeunes consommateurs » et étant donné le profil des nouveaux patients, il n'est pas surprenant de constater qu'en 2005 le cannabis est la drogue principale pour plus de deux nouveaux patients sur trois, âgés d'environ 22 ans. Il s'agit ensuite des opiacés (24 %) et de la cocaïne (4 %). Les primo-consultants usagers d'opiacés ont en moyenne un peu moins de 28 ans et ceux qui consultent pour des problèmes liés à l'usage de cocaïne ont un peu moins de 29 ans (Tableau 9).

En 2005, 90 % des personnes qui consultent pour la première fois dans leur vie n'ont jamais utilisé l'injection comme mode de consommation. Les 10 % restant se répartissent de manière égale entre les « injecteurs récents » et ceux qui ont déjà utilisé ce mode d'usage dans le passé.

La répartition des fréquences de consommation observées chez les primo-consultants en fonction de la drogue principale est très proche de celle de l'ensemble des patients.

Les usagers d'opiacés qui demandent un traitement pour la première fois dans leur vie utilisent majoritairement le snif comme mode d'usage (59 %). L'injection reste le deuxième mode de consommation privilégié pour 18 %. Le snif est aussi le plus fréquent chez les primo-consultants usagers de cocaïne (62 %). Dans 27 % des cas, les usagers fument la cocaïne, puis 8 % l'injectent.

Conclusion

Les données RECAP semblent refléter l'hétérogénéité de la population accueillie par les CSST en ambulatoire avec notamment une relative bipolarisation : d'une part, les patients pris en charge avec un traitement de substitution aux opiacés et d'autre part, les jeunes accueillis pour des problèmes liés à leurs consommations de cannabis. Ces derniers sont fortement représentés dans le sous-groupe des primo-consultants qui sont très majoritairement des jeunes usagers de cannabis.

Les usagers de cannabis pris en charge sont majoritairement des jeunes consommateurs quotidiens ou fréquents. Néanmoins, la part de ceux qui ont une consommation peu fréquente ou occasionnelle est importante (25 %).

La prépondérance des demandes de prise en charge en CSST pour usage problématique de cannabis peut s'expliquer, entre autres, par :

- La création, au sein de nombreux CSST, de consultations spécialisées pour les jeunes consommateurs de cannabis ou d'autres produits²⁴ ;
- Le poids important des prises en charge consécutives à des mesures judiciaires.

Les demandes de traitement pour usages problématiques d'opiacés restent élevées et elles concernent des personnes plus âgées. L'injection récente (au cours du mois écoulé) est utilisée pour consommer la drogue principale chez 13,5 % des usagers. Néanmoins, si l'on exclut les usagers de cannabis comme drogue principale, la proportion de patients ayant choisi l'injection comme mode d'administration atteint presque 25,4 %.

Chez les primo-consultants, la part des injecteurs est faible (4,6 %). Mais là aussi, parmi les usagers de produits autres que le cannabis, 13 % ont récemment utilisé l'injection.

²⁴ Dans le cadre du *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, les "consultations jeunes consommateurs" ont été mises en place pour apporter une réponse aux jeunes, éventuellement en difficulté avec leurs consommations de cannabis ou d'autres produits. 75 % de ces consultations sont ouvertes au sein d'un CSST.

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 soins spécialisés en addictologie (établissements médico-sociaux), le dispositif de soins 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'État, et depuis le 1er 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 204 en 2003) ;
- les centres de soins avec hébergement collectif (au nombre de 48 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. 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.

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. Mais le nouveau plan quinquennal 2004-2008 préconise le développement des programmes sans substitution et notamment des communautés thérapeutiques.

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; en 2002, ce sont 114 réseaux addiction qui ont été répertoriés, dont 107 en France Métropolitaine. 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.

A partir des données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), sur 13 villes différentes, il a été établi que 35 % des médecins généralistes avaient prescrit un traitement de substitution au cours de la seconde moitié de l'année 2002. Mais l'activité de prescription, qu'il s'agisse de méthadone ou de BHD, reste souvent concentrée sur un nombre restreint de médecins. 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) (Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

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. Le Questionnaire structuré n°27 fournit des informations complémentaires sur les programmes de traitement disponibles.

La prise en charge s'appuyant sur des traitements de substitution aux opiacés est relativement récente en France (1993) et a été motivée par la nécessité de faire face à l'épidémie liée au VIH.

En 2003, l'estimation du nombre de personnes insérées dans un processus de traitement se situe entre 63 000 et 69 000 (Cadet-Taïrou et al., 2004b) soit moins de la moitié du nombre estimé de consommateurs d'opiacés en France.

La prescription de traitements de substitution à la méthadone par des médecins de villes (après initiation du traitement par un établissement spécialisé) a été autorisée en 1995. Le nombre de personnes substituées à la méthadone en médecine de ville a été estimé entre 11 200 et 16 900 en 2003 à partir des données de vente (SIAMOIS / OFDT).

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. 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 » (Cadet-Taïrou et al., 2004b).

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 »

Pas de nouvelle information disponible

5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)

Sevrages pratiqués ou suivis par le personnel des CSST

En 2004, près de 17 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST (tableau 10), et près de 10 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Le nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire semble avoir beaucoup progressé entre 2003 et 2004. L'utilisation d'un nouveau rapport d'activité en 2004 dans lequel a été supprimé la question relative au sevrage par diminution des doses prescrites de traitement de substitution pourrait avoir une influence sur l'évolution de cette donnée. On peut en effet faire l'hypothèse qu'une partie des réponses positives à cette dernière question se sont reportées sur la question relative au

sevrage ambulatoire. La question sur les sevrages en milieu hospitalier n'était pas posée dans les rapports d'activité antérieurs à 2004.

Tableau 10. Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par CSST, 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST	6,8	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le CSST (par structure)	nd	nd	nd	nd	nd	nd	10,3

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDT.

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 6,8 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 1998. Note : calcul effectué en excluant les structures ayant réalisées plus de 150 sevrages ou n'ayant pas répondu aux questions sur l'activité. Le nombre total de patients ayant suivi un sevrage est calculé en extrapolant le nombre moyen de sevrage à l'ensemble des CSST ayant une file active de patients en sevrage inférieure à 150. On ajoute à ce chiffre le total pour les centres exclus du calcul précédent en raison de l'importance de leur file active de patients ayant suivi un sevrage.

D'après les données fournies par les CSST, on peut estimer à environ 7500 le nombre de patients ayant suivi un sevrage en 2004. Un certain nombre de sevrages sont également réalisés en milieu hospitalier hors CSST mais le système d'information ne permet pas actuellement de les comptabiliser de façon satisfaisante.

Substitution

Patients suivis dans les CSST

65 patients en moyenne par structure ont reçu une prescription de méthadone par en CSST, un nombre à peine moindre qu'en 2003 compte tenu des imprécisions de calcul. Celui-ci se base, pour 2004, sur les réponses de 154 CSST. Près de 50 patients en moyenne ont eu une prescription de BHD. Les chiffres de 2004 semblent donc confirmer la stabilisation du nombre de patients auxquels les CSST ont prescrit de la méthadone et la tendance à la diminution du nombre de patients ayant eu une prescription de buprénorphine haut dosage. Le nombre total de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution par un CSST en 2004 peut-être estimé à environ 26 000 (près de 15 000 pour la méthadone et un peu plus de 11 000 pour la BHD).

Tableau 11. Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution à la méthadone	35,1	46,9	50,0	59,3	69,1	69,7	64,9
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution à la BHD	41,4	48,5	50,4	51,9	57,2	54,7	45,9
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution autre	2,9	2,5	3,4	1,9	1,7	3,9	0,9

Note : chiffres révisés par rapport aux données 1998-2001.

(1) structures ayant fourni des données sur l'activité. Par ailleurs, il n'a pas été tenu compte des données des deux CSST dont les files actives sont supérieures à 1 400 personnes et dont la présence ou l'absence dans la base est susceptible de faire fortement varier les résultats d'une année sur l'autre. Enfin, toujours dans un souci de comparabilité des données, il n'a pas non plus été tenu compte en 2004 des chiffres du bus méthadone.

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDI.

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) [Tableaux épidémiologiques 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 (- 80 % entre 1995 et 2003). 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'INSERM ou à l'OCTRIS. Deux études rétrospectives ont ainsi été réalisées pour les années 1998 et 2002 ainsi qu'une étude prospective en 2002 avec 7 laboratoires de toxicologie médico-légale volontaires. 16 laboratoires ont ensuite été inclus en 2003 et 2004. Une diminution des décès recueillis en 2003 est constatée (64 versus 131 en 2002), suivie d'une légère augmentation en 2004 (91 cas). Concernant les substances retrouvées, la cocaïne est en très nette augmentation et arrive avec une fréquence identique à celle de l'héroïne, qui, elle, s'infléchit. L'implication des traitements de substitution concerne, en 2004, 38% des décès observés avec en particulier, dans plus de ¾ des cas, l'identification de la méthadone (Arditti et al, 2006).

- 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 est en baisse depuis 1994. La part de ces décès dans l'ensemble des décès par sida s'est stabilisée depuis 1998 entre 22 et 27 %.

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. Les valeurs des Ratios standardisés de mortalité (RSM) 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. 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 personnes années. 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 (Lopez et al., 2004).

Morbidité liée à l'usage de drogues :

1. Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité somatique 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 fréquentant les structures de « première ligne » 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 le même public s'étant injecté au cours de la vie est de 55 %.

- des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement sanguin) auprès d'usagers via l'enquête Coquelicot (Jauffret-Roustide et al., 2006). 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.

- des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement salivaire) auprès d'usagers de structures de première ligne : l'enquête PRELUD, débutée en février 2006 dans 9 villes françaises. Les résultats de cette étude sont en attente.

- 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 141 en 2004), tout comme sa part dans l'ensemble des cas de sida déclarés (36 % en 1991, 19 % en 1997 et 11 % en 2004). 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).

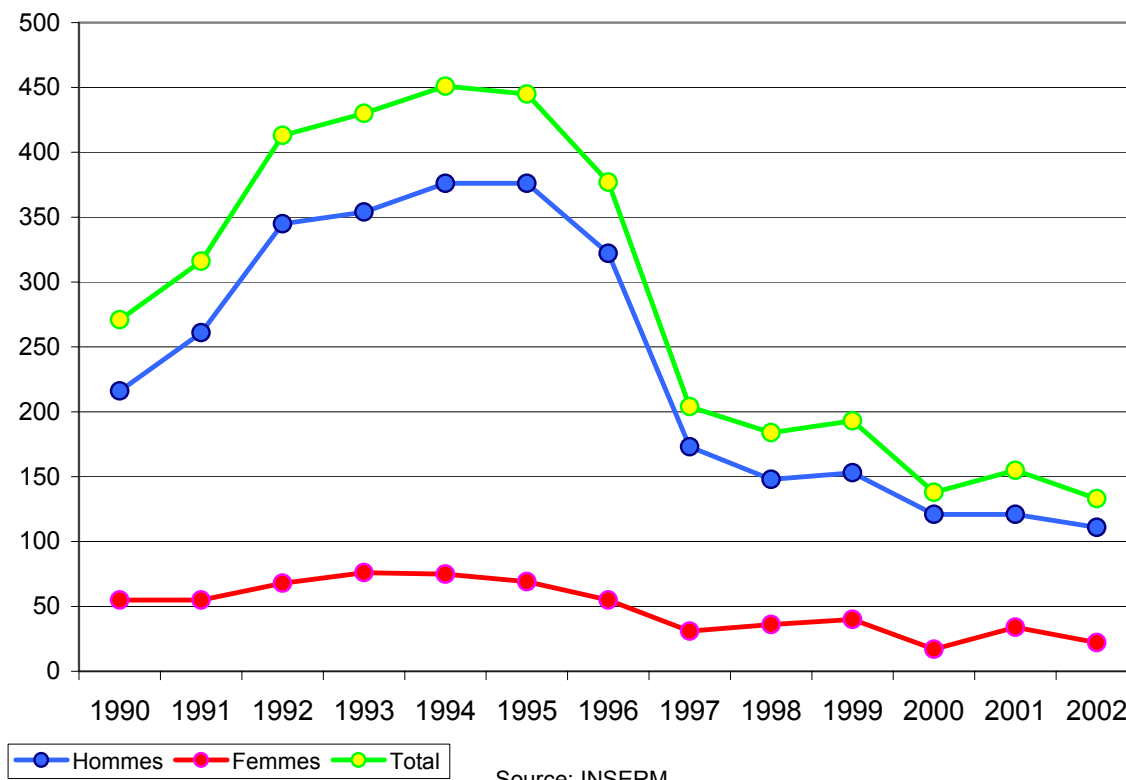
3. Autres pathologies liées à l'usage de drogues : il n'existe pas de recueil d'information systématisé concernant les autres pathologies qui peuvent accompagner ou découler de l'usage de drogues (autres complications infectieuses, complications cardiovasculaires, traumatismes...). L'enquête menée dans 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.

4. Conduite : la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool. Le dépistage du conducteur est obligatoire en cas d'accident mortel ou corporel mais il peut également être pratiqué lors d'un accident quelconque de la circulation, d'une infraction au code de la route ou encore lorsqu'il y a plusieurs raisons plausibles de soupçonner un usage de stupéfiants (OFDT, 2005a).

6.1 Mortalité liée à l'usage des drogues

Les résultats validés de l'INSERM sont disponibles pour l'année 2002.

Figure 4. Evolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues selon la définition de l'OEDT, 1990-2002 par sexe.



La tendance générale à la réduction initiée en 1995 se poursuit. Parmi les causes de décès les plus fréquentes, on trouve le syndrome de dépendance à d'autres produits ou à des drogues multiples tant chez les hommes que chez les femmes (code F19.2 représentant 86 des 111 décès masculins et 16 des 22 décès féminins), suivi de très loin comme en 2002 par le syndrome de dépendance aux opiacés (code F11.02 ; 15 et 3 décès respectivement).

Rappelons cependant que ce fichier n'enregistre pas l'ensemble des décès liés à l'usage des drogues: premièrement, parce que la toxicomanie n'est pas toujours mentionnée sur le certificat médical. Deuxièmement parce que les décès par surdose peuvent être considérés comme morts suspectes et donc classés comme cause inconnue. Il faut donc utiliser des sources alternatives: les données de l'Office central pour la répression du trafic des stupéfiants (OCRTIS) et du registre DRAMES.

Tableau 12. Décès par surdose en France, selon les données de l'OCRTIS.

	2004	2005
Total	69	57
Hommes	56	42
Femmes	13	15
Age moyen	30,1	31,3
Héroïne	23	32
Cocaïne	15	7
Drogues synthétiques	5	5
Buprénorphine	4	2
Méthadone	10	7
Autres substitution	7	1
Non renseigné	5	3

Source: OCRTIS 2006.

La baisse du nombre de décès par surdose se poursuit – pour rappel, le dernier pic enregistré par l'OCRTIS remonte à 1994, avec 564 décès par surdose répertoriés. Les décès sont principalement liés à l'usage d'opiacés et de médicaments, les surdoses par produits synthétiques restant stables. C'est en région Ile-de-France (21 cas) et en Alsace-Lorraine (16 cas) que se concentrent la plupart de ces décès.

Autre source d'information, le fichier DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances), outil des Centres d'évaluation et d'Information sur la pharmacodépendance (CEIP) est un système de recueil des cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, auprès des différents laboratoires réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal. En novembre 2005 furent rendus publics les résultats collectés pour l'année 2004. Des 16 laboratoires médico-légaux participants, 6 ont transmis pour la période concernée: les informations qui suivent sont donc à manipuler avec précaution et offrent plus une indication générale qu'une description précise de la situation de la mortalité liée à l'usage de drogues en France²⁵.

91 décès liés à des surdoses sont recensés en France dans le cadre de DRAMES. 78% des personnes décédées étaient des hommes (33 ans en moyenne, âge médian de 35 ans), 22% des femmes (34 ans en moyenne, médiane de 37 ans). Dans 61 % des cas, les morts liées à des surdoses sont survenues à domicile ou chez un tiers. Dans 14 % des cas, les corps ont été retrouvés sur la voie publique/par la police. 3 % des décès sont survenus à l'hôpital, 2 % dans le milieu carcéral et 20 % dans d'autres lieux.

Les substances psychoactives étaient impliquées directement dans 86 décès et indirectement dans 5 décès. Les 86 décès directement en relation avec le produit impliquaient des substances illicites (44 cas), des médicaments opiacés licites (9 cas) ou un traitement de substitution de la dépendance aux opiacés (33 cas). Les 5 décès indirectement en relation avec le produit concernaient un empalement accidentel lié à la morphine, deux cas de noyade dus à la buprénorphine et au cannabis, et une chute d'une falaise due à la pholcodine (associée à une alcoolémie de 2.5 g/L).

²⁵ Participation partielle qui accroît le biais de couverture géographique. En outre, certains décès ne sont pas pris en compte par DRAMES, non déclarés par les autorités judiciaires ou déclarés mais ne faisant pas l'objet d'analyses toxicologiques, ou les analyses sont réalisées par des laboratoires ne participant pas à l'étude. Enfin, certains décès survenant à l'hôpital ne sont déclarés ni aux autorités sanitaires ni aux autorités judiciaires.

Les associations de produits: Les analyses toxicologiques rapportent des associations au THC dans 46 % des cas, à l'alcool dans 47 % des cas et aux médicaments dans 60 % des cas. Les associations médicamenteuses principalement retrouvées sont les benzodiazépines 91 % et apparentés aux benzodiazépines (88 %), le méprobamate (12 %), les neuroleptiques (24 %), les antidépresseurs (13 %) et les antalgiques (tramadol, dextropropoxyphène et paracétamol) (15 %).

Les stupéfiants illicites étaient incriminés dans 44 décès (51,2 %). Dans 30 cas, un produit unique est retrouvé : l'héroïne (18 cas) et la cocaïne (12 cas). Dans 14 cas, plusieurs produits étaient associés entre eux : héroïne-cocaïne (2), héroïne-méthadone (1), héroïne-cocaïne-MDMA (1), cocaïne-MDMA (1), cocaïne-méthadone (7), cocaïne-morphine (1) et cocaïne-buprénorphine (1). Dans 29 cas, une association aux psychotropes est retrouvée. Les médicaments opiacés licites étaient impliqués dans 9 décès (10,4 %) : codéine (1), codéine-paracétamol (Efferalgan codéine®) (1), codéthyline (1) et dihydro codéine (1). 5 cas de morphine (dont un Skénan®) et un cas de morphine-MDMA sont également rapportés. 33 décès concernaient les médicaments de substitution de dépendance aux opiacés : 7 cas impliquaient la buprénorphine, 25 cas la méthadone (dont une association avec la codéine) et un cas l'association buprénorphine-méthadone. Les psychotropes sont associés dans 15 cas.

6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

Dispositif de surveillance de l'infection à VIH, nouveaux cas de sida

Entre janvier 2003 et le 30 juin 2005, plus de 9 000 nouvelles infections au VIH ont été notifiées en France. Selon le dernier rapport disponible (InVS 2006) 4033 cas de séropositivité notifiés correspondant à une découverte de l'infection en 2004. 1194 cas d'infection VIH ont été recensés lors du premier semestre 2005. La contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) représente seulement 3 % de ces nouvelles infections. Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel chez les femmes (80% des cas) et en proportion comparable les rapports homo et hétérosexuels chez les hommes (respectivement 40% des cas)

Tableau 13. Notification de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH, 2003-2005 (1^{er} semestre 2005)

	2003			2004			2005 (1 ^{er} trimestre)			TOTAL		
	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
UDVI	20	71	91	22	68	90	5	22	27	47	161	208
Ensemble des nouveaux cas	1618	2213	3831	1643	2390	4033	459	735	1194	3720	5338	9058
Part UDVI (sur total connu)	1,2%	3,2%	2,3%	1,3%	2,8%	2,2%	1%	2,9%	2,2%	1,2%	3%	2,3%

Source : système de notification de l'infection à VIH, InVS. (Données au 30/06/05)

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI est en baisse continue depuis le milieu des années 1990. La proportion de nouveaux cas de sida parmi les UDVI dans l'ensemble des nouveaux cas recensés reste stable en 2004 par rapport aux deux années précédentes.

Tableau 14. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2005 (1^{er} semestre 2005)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*
UDVI	357	308	246	256	203	166	141	29
Ensemble des nouveaux cas de Sida	1 944	1 833	1 730	1 666	1 629	1438	1232	303
Part UDVI	18,3%	16,8%	14,2%	15,3%	12,4%	11,5%	11,4%	9,5%

* données provisoires non redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS. (Données au 30/06/05)

Les résultats de l'édition 2004 de l'enquête Coquelicot ont été rendus publics. Les données présentées ici sont proviennent de Jauffret-Roustide et al. (2006).

Coquelicot est une enquête transversale multi-centrique incluant 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille), menée chez les usagers de drogues (UD) ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Outre le questionnaire socio comportemental administré par un enquêteur, un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard était réalisé par l'UD. La recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée à l'aide de tests Elisa. Au final, 1 462 des 2389 UD à qui le questionnaire a été proposé (61%) ont accepté de participer.

La séroprévalence globale du VIH est de 10,8% [IC95 % : 6,8-16,6]. Elle croît régulièrement avec l'âge : elle est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0.3 %) et atteint 17 % chez les UD âgés de 35-39 ans ainsi que chez les plus de 40 ans. Une analyse par année de naissance montre que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de 10 années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans).

Plus de 95 % des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91 % pour le VHC. Les moins de 30 ans déclarent un niveau de dépistage moins élevé pour le VIH que les UD plus âgés (89 % versus 97 %, $p < 0.001$), mais la probabilité d'être dépisté au cours de la vie augmente naturellement avec l'âge. L'enquête montre que le niveau de connaissance des UD vis-à-vis des principaux modes de transmission du VIH et du VHC est élevé: les principaux modes de contamination du VIH (partage de la seringue, relations sexuelles non protégées) sont connus par 90 % des UD et ceux du VHC (partage de la seringue) sont connus par 84 % des UD. En revanche, concernant le partage du petit matériel, le niveau de connaissance diminue à 71 % pour le risque VIH et à 65 % pour le risque VHC. De plus, les moins de 30 ans ont une moins bonne connaissance des risques de transmission du VIH en lien avec le tatouage (63 % versus 75 %, $p = 0.02$) et le piercing (63 % contre 76 %, $p = 0.004$) que les plus de 30 ans.

La séroprévalence du VHC est de 59,8% [IC95% : 50.7-68.3] et de 28% chez les moins de 30 ans. Au total, 27% des UD croyaient être négatifs à tort pour le VHC. La séroprévalence du VIH était de 10,8% [IC95% : 6.8-16.6] et de 0.3% chez les moins de 30 ans. La co-infection VIH/VHC était de 10,2% [IC95% : 6.3-15.9]. Durant le dernier mois, 13 % des UD ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel, et 25% la paille de sniff. La prévalence élevée du VHC chez les jeunes UD laisse supposer des contaminations dès l'initiation. Les pratiques à risque persistent, ce qui constitue des conditions favorables à la poursuite de la transmission du VHC, mais aussi du VIH. La co-infection VIH/VHC est de 10.2 % [IC95%: 6.3-15.9]. La quasi totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC.

Ces résultats seront à terme complétés par l'enquête « usagers première ligne » réalisée par TREND/OFDI réalisée en 2006, visant à associer le prélèvement d'échantillons salivaires au recueil de données déclaratives pour la mesure de la prévalence des infections à VIH, VHC et VHB dans 4 villes non concernées par l'enquête Coquelicot.

6.3 Co-morbidités psychiatriques

Pas de nouvelle information disponible

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

Intoxication à l'atropine

La première vague d'intoxication par un mélange cocaïne atropine signalée en 2004 s'est achevée en avril 2005. Entre décembre 2004 et avril 2005, 26 cas ont été rapportés en France. En octobre et novembre 2005, soit cinq mois plus tard, plusieurs cas sont signalés en Europe dont 2 dans le sud de la France. Les descriptions des actions menées en France et des symptômes présentés en cas d'intoxication à l'atropine ont été détaillées dans le rapport national de 2005.

Drogues au volant

L'exploitation de l'étude SAM se poursuit (voir la présentation générale faite dans le Selected Issue en annexe; le Rapport National 2005 pour les principaux résultats; Laumon et al. (2005) pour une exposition complète). Une analyse complémentaire des résultats sera disponible fin 2007 (SAM 2). Elle ne concernera cette fois que l'usage de l'alcool au volant.

7. Réponses aux problèmes sanitaires

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. Se reporter au [Questionnaire structuré n°29] pour plus de détails.

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'État ou des collectivités locales.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- la vente libre de seringues en pharmacie (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 aux traitements, 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, est peu soutenue par l'Etat.

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

Pas de nouvelle information disponible

7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques

Pas de nouvelle information disponible

7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire subséquent 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 dans 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 (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. Dans le cas de l'alcool, les usages les plus durs observés en population sans domicile s'avèrent liés aux situations de précarité les plus marquées. La proportion de personnes présentant d'importants risques d'usage problématique d'alcool apparaît nettement plus élevée dans la population sans domicile qu'en population générale, en particulier dans les situations sociales les plus difficiles (Beck et al., 2006). 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 détient et/ou se livre à un trafic de ces substances s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. L'utilisateur simple 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, du stade de l'interpellation jusqu'à celui de la condamnation et éventuellement, de l'exécution de la peine.

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 (CJN) rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des personnes poursuivies pour ILS 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 4 500 € d'amende pour seul usage de stupéfiants. 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 2003 montre que 33 % des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage au cours de l'année précédant l'incarcération (Mouquet, 2005) ; en population générale, les consommations régulières de drogues illicites représentent en 2002 6 % des 18/25 ans et 2 % des 26/44 ans (Beck et al., 2002). Ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'utilisateurs 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 observe un transfert relatif des consommations de 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'utilisateurs par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclaraient une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 (Mouquet et al., 1999) ; en 2003, seuls 2,6% des entrants déclaraient pratiquer l'injection (Mouquet, 2005) . Selon les études, 60 à 80 % des détenus cesse de s'injecter

en détention. Toutefois, ceux qui poursuivent, même s'ils réduisent la fréquence des injections, semblent être plus gros injecteurs, aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, 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 : les dépenses publiques, toutes drogues confondues, s'élevaient à 1 159,12 millions d'euros pour l'année 2003 ; l'essentiel des dépenses concernait les drogues illicites (environ 80 %), la part la plus faible étant consacrée au tabac (moins de 5 %). Au final, la part des dépenses imputables à la lutte contre les drogues licites et illicites a représenté 0,33 % des dépenses publiques totales en 2003. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites représentent respectivement 2.37, 3.05 et 0.18% du PIB 2000 (Kopp et Fenoglio 2006).

8.1 Exclusion sociale

Voir l'étude sur l'usage d'alcool en population sans domicile (partie 2.3).

8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues

Information provenant du Ministère de la Justice.

Les statistiques afférentes aux condamnations, tant sur infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) que portant sur l'alcool, sont publiées avec un décalage de deux années (Ministère de la Justice 2006). Les données sont présentées sous forme de stock (pas d'information quant au délit ayant entraîné la condamnation lors des mouvements de détenus). L'information qui suit porte donc sur l'année 2004 et n'est officiellement pas considérée comme définitive.

31 497 condamnations ont été prononcées en 2004 pour une ILS en infraction principale²⁶, soit 11 % de plus qu'en 2003 et surtout, près de 50 % de plus qu'en 2000-2002.

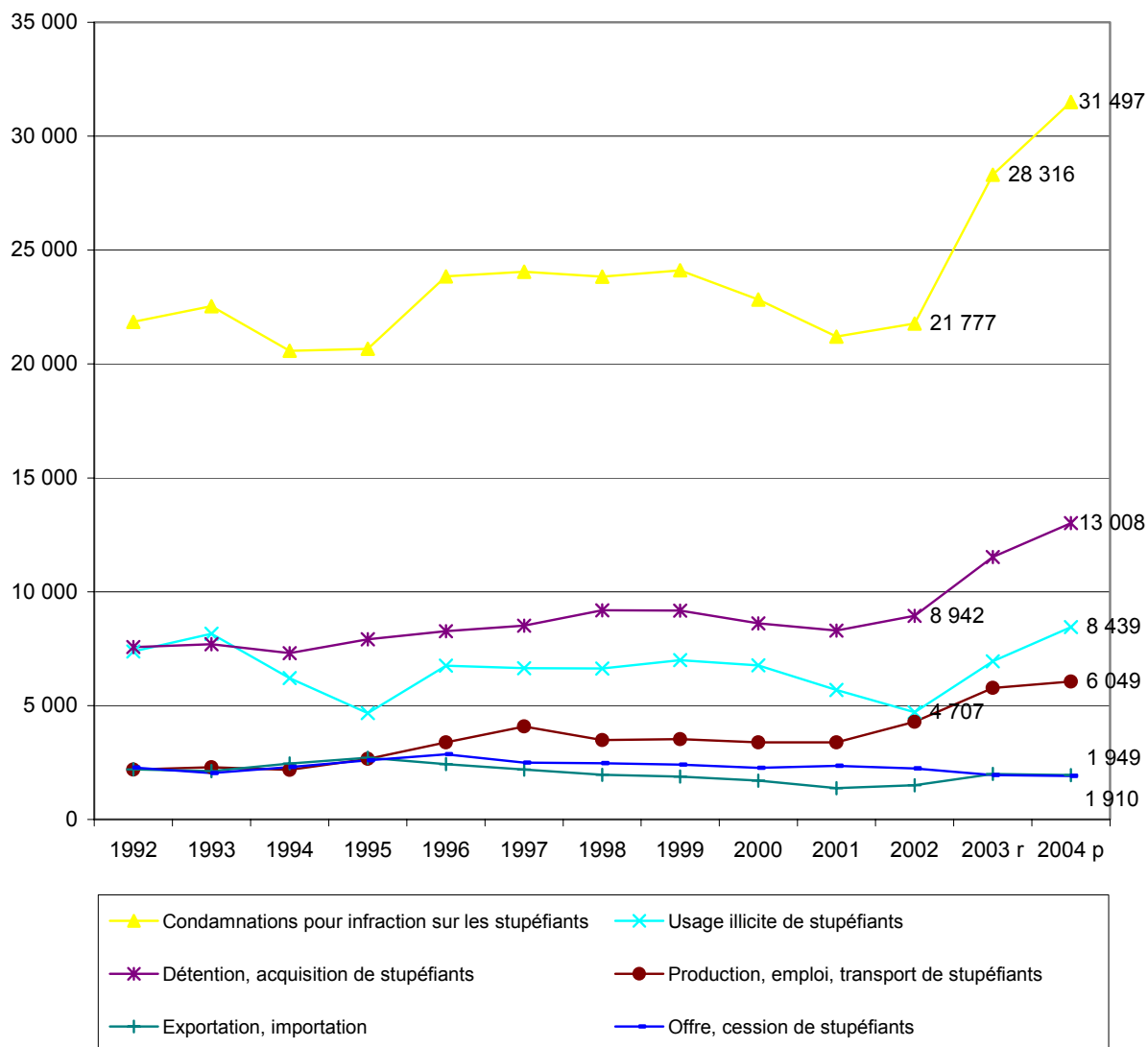
39063 personnes ont été condamnées et incarcérées au 31/12 2004, dont 5937 pour des ILS (15.2%).

Au 31 décembre 2005, les incarcérations aux ILS avaient concerné 5728 personnes, sur un total de 38790 condamnés (14.7%).

Les données suivantes portent sur les condamnations:

²⁶ Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions (fréquent en matière d'ILS) ; l'infraction principale est celle inscrite en premier dans le casier judiciaire, mais elle ne reflète pas toujours la qualification la plus grave. La prise en compte des infractions de rang 2 et plus portent le nombre d'ILS sanctionnées à 101 000 pour l'année 2004.

Figure 5. Condamnations pour ILS prononcées en France.



Cette croissance concerne pratiquement toutes les ILS, en particulier les plus fréquemment sanctionnées : 13 008 condamnations pour détention ou acquisition en 2004 (13 % de plus qu'en 2003), 8 439 condamnations pour usage (+22 %) et 6 049 condamnations pour production, emploi ou transport (+5 %). La répartition des condamnations pour ILS suivant l'infraction principale est stable depuis plusieurs années. Le trafic (importation-exportation) est sanctionné, en infraction principale, dans 1 949 condamnations, soit 6-7 % des ILS, l'usage concerne 27 % des condamnations pour ILS et la détention-acquisition concerne toujours 40 % environ d'entre elles.

Globalement, en 2004, une ILS en infraction principale est sanctionnée dans 74 % par une peine d'emprisonnement (dont une peine ferme ou assortie d'un sursis partiel dans la moitié des cas), dans 16 % des cas par une amende et dans 7 % par une peine de substitution: jour amende ou travaux d'intérêt général (TIG). Les dispenses de peine sont rares. Les mesures éducatives, de l'ordre de 1000 prononcées en 2004, représentent 44% des condamnations pour ILS rendues par les seules juridictions pour mineurs.

Le profil des personnes condamnées pour une ILS est proche de celui de l'ensemble des condamnés pour délits. A leur grande majorité, les personnes condamnées pour une ILS sont des hommes (94 %). La part des mineurs est de 7 %, avec des écarts importants entre les condamnés pour trafic, mineurs à seulement 1 % et les condamnés pour détention, usage ou offre, respectivement mineurs à 8 %, 9 % et 10 %. Les étrangers représentent globalement 13 % des condamnés pour ILS mais les écarts sont encore plus élevés : 6 % d'étrangers chez les condamnés pour usage, 37% pour trafic (import-export) et entre 12 et 20 % pour les autres infractions.

Information provenant du ministère de l'Intérieur (OCRTIS 2006).

Interpellations pour infraction à la législation sur les drogues. Données générales :

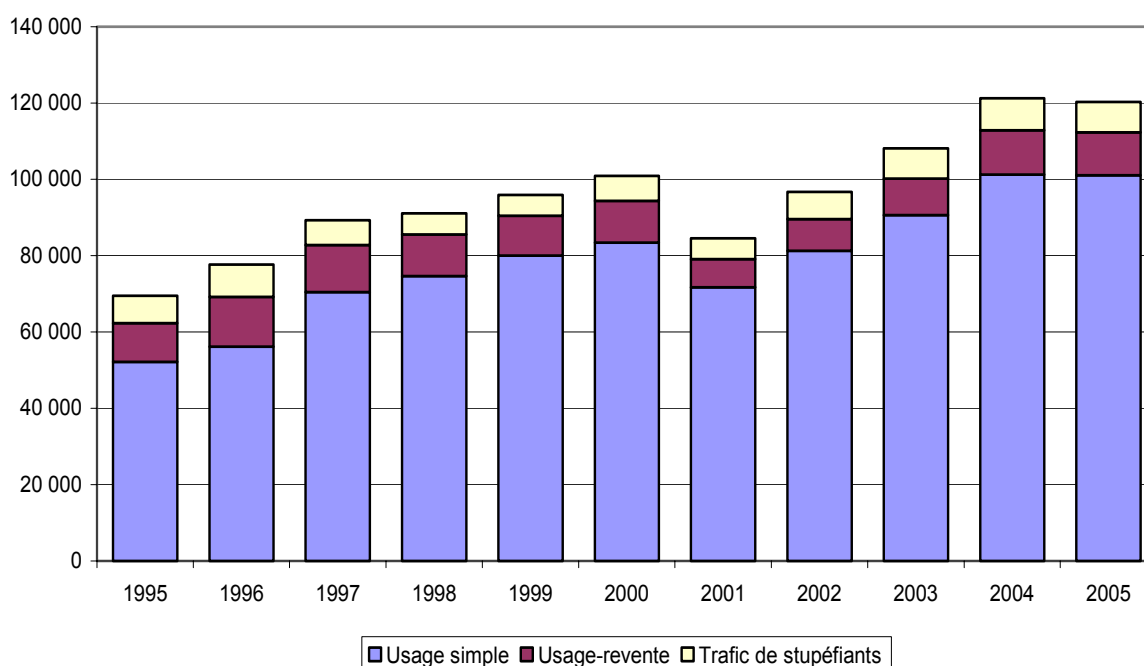
Alors que la tendance était à la hausse, en 2005, les interpellations pour ILS réalisées par les services de police, de gendarmerie et des douanes enregistrent une légère baisse de 0,8% (figure 6; Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2006). Cette baisse concerne toutes les catégories d'interpellés mais elle est légèrement plus forte pour les cas de trafic (-4,2 %) et pour ceux d'usage-revente (-3,2 %) que pour ceux d'usage simple (-0,2 %).

Motif d'interpellation :

L'usage simple de stupéfiants reste le motif d'interpellation principal : 101 047 interpellations, soit 84 % des interpellations pour ILS en 2005, proportion stable depuis 1998.

On recense 11 231 interpellations pour usage-revente, deuxième motif d'interpellation (9,3 % de l'ensemble des interpellations pour ILS). Les interpellations pour trafic se décomposent en : 1 268 interpellations pour trafic international et 8 027 pour trafic local (soit 6,7 % en tout de l'ensemble des interpellations pour ILS).

Figure 6. Interpellation pour ILS depuis 1995.



Source : FNAILS, OCRTIS.

Produit en cause :

Le cannabis reste le principal produit en cause dans les interpellations pour ILS et ce, quel que soit le motif d'interpellation : dans 90 % des interpellations pour usage, 77 % des cas d'usage-revente et 54 % des cas de trafic (Tableau). Globalement, viennent ensuite l'héroïne et la cocaïne : le premier produit étant plus fréquent chez les usagers et les usagers-revendeurs interpellés alors que le second est plus fréquent en cas de trafic.

Signalons classiquement pour la France l'importance (relative) des interpellations de médicaments (notamment du Subutex® mais aussi de produits indéterminés : il s'agit d'usagers qui ne peuvent justifier d'une prescription médicale sur la base d'une ordonnance) et celles de champignons hallucinogènes.

Tableau 15. Interpellations pour ILS par produit, 2005

	Usage	% en colonne	Usage revente	% en colonne	Trafic	% en colonne	Total	% en colonne
Cannabis	90 905	90,0%	8 616	76,7%	4 313	53,7%	103 834	86,3%
Héroïne	4 486	4,4%	1 027	9,1%	1 143	14,2%	6 656	5,5%
Cocaïne	2 807	2,8%	756	6,7%	1 815	22,6%	5 378	4,5%
Crack	691	0,7%	172	1,5%	198	2,5%	1 061	0,9%
Ecstasy	1 272	1,3%	439	3,9%	373	4,6%	2 084	1,7%
Médicaments ⁽¹⁾	313	0,3%	120	1,1%	80	1,0%	513	0,4%
Amphétamines	263	0,3%	59	0,5%	31	0,4%	353	0,3%
Champignons	175	0,2%	24	0,2%	15	0,2%	214	0,2%
Autres ⁽²⁾	135	0,1%	18	0,2%	59	0,7%	212	0,2%
Total	101 047	100%	11 231	100%	8 027	100%	120 305	100%

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, moscontin, fentanil, rohypnol, valium....

(2) Khat, méthamphétamines, LSD, opium, morphine, solvants, autres;

Source : FNAILS, OCRTIS.

En ce qui concerne les produits, la légère baisse (ou l'apparente stabilité) des interpellations masque des fortes variations suivant les produits en cause :

- La forte croissance des interpellations pour usage, usage-revente et trafic d'héroïne, croissance entamée en 2004 et confirmée fortement en 2005 : +18 % d'interpellations en plus, +20 % chez les usagers interpellés. Ces chiffres semblent marquer la fin de la baisse enregistrée tout au long des années 1990. On constate parallèlement l'arrêt du vieillissement des usagers d'héroïne interpellés.
- La cocaïne est également un produit de plus en plus fréquent dans les interpellations : +14 % chez les usagers interpellés, +8 % chez les usagers-revendeurs et +2 % chez les trafiquants (la cocaïne est le principal produit retrouvé chez les trafiquants internationaux, dont plus la moitié sont interpellés dans les aéroports parisiens)
- La "montée en charge" depuis 2003 des interpellations pour usage et, à un moindre niveau, pour usage-revente et trafic d'amphétamines
- Rompant avec la tendance à la hausse de ces dernières années, on observe une stabilité ou légère baisse des interpellations pour usage de cannabis (-1 %) et une baisse plus marquée de celles pour usage-revente et surtout trafic (respectivement -4 et -7 %).
- Les interpellations pour ecstasy, qui avaient enregistré une forte augmentation en 2004, sont en baisse (-22 %) et cette baisse est de même ampleur pour toutes les catégories d'ILS.
- Comme en 2004, les interpellations pour crack sont globalement en baisse (-12 %) ; la baisse est nette pour l'usage (-7 %) et le trafic (-36 %) mais celles

d'usage-revente augmentent 14 %. Rappelons que les effectifs sont faibles au regard des précédents produits cités, et oscillent depuis 1998 autour de 1000-1400 interpellations, principalement concentrées dans les DOM et en région parisienne.

Quelques caractéristiques des personnes interpellées pour ILS en 2005 :

- L'âge moyen des usagers interpellés augmente légèrement : 23,5 ans en 2005 contre 23,1 en 2004
- Les usagers de crack, d'héroïne et de médicaments (dont subutex®) interpellés sont les plus âgés : respectivement 33,4–29,2 et 32,8 ans. Les plus jeunes restent les usagers de cannabis (22,9 ans), de champignons hallucinogènes (23,1 ans) et d'ecstasy (24,4 ans en moyenne).
- Les personnes interpellées pour ILS sont majoritairement des hommes (pas de changement)
- Les Français restent majoritaires parmi les personnes interpellées pour ILS (9 personnes sur 10), sauf en cas de trafic international où les personnes de nationalité française ne représentent plus que 28 % en 2005 (23 % en 2004).
- En matière de CSP, la distinction s'opère également entre usagers de cannabis d'un côté (sans profession ou de statut professionnel indéterminé à 35 %, ouvriers à 23 % et étudiants/lycéens à 24 %) et usagers d'héroïne ou de cocaïne de l'autre (sans profession ou de statut professionnel indéterminé à 43-51 %, ouvriers ou employés à 12-26 % et étudiants/lycéens à 5 % ou moins) ; les usagers d'ecstasy occupant à peu près une position intermédiaire (sans changement).
- Enfin, notons qu'environ 90 % des individus interpellés pour une ILS ne sont interpellés qu'une seule fois dans l'année. Les interpellations multiples sont un peu plus fréquentes chez les usagers d'héroïne.

La conduite après usage de stupéfiants : Contrôles et sanctions en 2004-2005²⁷.

Rappel de la législation en vigueur.

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) avaient instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles et la mise en place d'une étude épidémiologique (menée entre octobre 2001 et 2003), avant une éventuelle généralisation (étude SAM). La loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation associée d'alcool.

Les dépistages (sanguins voire, en cas d'impossibilité de prise de sang, urinaire par défaut) sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur soit impliqué dans un accident quelconque de la circulation, soit auteur de certaines infractions au code de la route soit à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art.L235-2 du code de la route).

²⁷ Ministère de l'Intérieur (...), *Bilan du comportement des usagers de la route, années 2005*, 53 p. (http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere); extraction spéciale du casier judiciaire national par la sous-direction de la statistique, des études et de la documentation.

Les dépistages en 2004 et 2005.

Depuis 2004, le ministère de l'intérieur publie des statistiques d'ensemble sur les dépistages et les infractions constatées relatives aux stupéfiants au volant²⁸ :

Tableau 16. Dépistages des stupéfiants au volant

	2004			2005		
	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs
Accidents:	9 563	1 052	11,0%	11 305	1 899	16,8%
mortels (immédiats)	4 066	282	6,9%	5 248	629	12,0%
corporels (non mortels)	4 501	620	13,8%	5 547	1 041	18,8%
matériels	996	150	15,1%	510	229	44,9%
Infractions	1 198	548	45,7%	2 446	1 979	80,9%
Soupçon d'usage (sans accident, ni infraction)	5 144	1 878	36,5%	7 284	4 095	56,2%
Total	15 905	3 478	21,9%	21 035	7 973	37,9%

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005 (http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

En 2004, près de 16 000 dépistages relatifs aux stupéfiants ont été réalisés sur les routes, la plupart (60 %) ayant été réalisés à l'occasion d'un accident, en particulier lorsqu'il s'agit d'un accident aux conséquences mortelles (dépistage obligatoire) ou ayant entraîné des dommages corporels (dépistage également obligatoire en cas de soupçon).

Le nombre de dépistages a fortement augmenté en 2005 (21 000, soit une hausse de 38 %). L'augmentation a été particulièrement forte pour les dépistages réalisés suite à une infraction au code de la route (+104 %).

Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car ils traduisent les pratiques de ciblage de la population contrôlée. Ainsi, les taux de positivité les plus importants sont ceux des dépistages réalisés suite à un soupçon d'usage, avec ou sans infraction constatée (pour 2005, le ministère de l'Intérieur signale que ces taux traduisent le fait que les forces de l'ordre ont la plupart du temps effectué des dépistages « lorsque l'état général du conducteur laissait indéniablement penser que le taux était élevé »).

Ces chiffres ne peuvent pas être repris comme une mesure de la consommation de stupéfiants par des conducteurs sur les routes, ni de la conduite sous l'emprise de stupéfiants sur ces mêmes routes (voir à ce sujet les résultats de SAM).

Les seuls cas où le dépistage est (normalement) systématique sont ceux réalisés en cas d'accidents mortels ; le taux de positivité est alors de 7 % en 2004 et 12 % en 2005.

²⁸ Les données publiées pour l'année 2003 étaient partielles et ne portaient que sur les dépistages effectués entre juillet et décembre 2003 et uniquement ceux des services de la police nationale (hors gendarmerie nationale).

Les infractions sanctionnées en 2004 et 2005.

Tableau 17. Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants

	2004	2005
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants	1 577	4 246
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	528	922
Refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants	112	435
Total	2 217	5 603

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005 (http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

Pour la première année complète d'application du dispositif de dépistage de stupéfiants, en 2004, plus de 2 000 procès-verbaux ont été dressés pour conduite après usage de stupéfiants, retrouvés seuls (dans 1 577 cas) ou associés à l'alcool (dans 528 cas). Les chiffres de 2005 sont sans commune mesure puisque plus de 4 000 infractions pour conduite après usage de stupéfiants ont été établies cette année et près de 1 000 pour usage de stupéfiants et alcoolémie excessive.

Ces hausses traduisent la mise en place progressive du dispositif mais la complexité du dispositif de dépistage des stupéfiants est soulignée par tous et elle n'incite pas les forces de l'ordre à mener des contrôles (par comparaison, 11 387 829 contrôles d'alcoolémie ont été menés en 2005, dont 9 017 161 de façon préventive – sans constat d'accident ou d'infraction – et 140 000 infractions de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ont été enregistrées).

Les condamnations en 2004.

En 2003, 37 condamnations pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants ont été prononcées. En 2004, leur nombre passe à 601, auxquelles s'ajoutent 151 infractions de conduite sous stupéfiants et alcool et 85 cas de blessures ou homicides involontaires par des conducteurs ayant consommé des stupéfiants (resp. 50 et 35). On compte enfin 10 condamnations pour refus de se soumettre aux analyses ou examens prévus par la loi.

Tableau 18. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2004

	Ens. des condamnations	Peines d'emprisonnement	Peines d'amende	Peines de substitution	Mesures éducatives	Dispenses de peine
Total des infractions par conducteur ayant fait usage de stupéfiants	847	511	162	168	3	3
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stup	601	314	139	143	2	3
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stup. + état alcoolique	151	113	18	19	1	0
Blessures ou homicide invol. par conduct. ayant fait usage de stup	85	80	2	3	0	0
Refus par le conduc. d'un vl de se soumettre aux analyses ou examens	10	4	3	3	0	1

Source : Ministère de la Justice – Sous direction de la statistique, des études et de la documentation – extraction spéciale du Casier judiciaire national

60 % de l'ensemble de ces condamnations sont sanctionnées par une peine d'emprisonnement (dont seulement 13 % se traduiront par une peine de prison ferme, en partie ou totalement). Environ 20 % feront l'objet d'une peine d'amende et 20 % d'une peine de substitution (probablement des retraits de permis de conduire).

Ces sanctions sont proches de celles de la conduite en état d'ivresse (voir synthèse alcool) bien que les peines d'amende soient proportionnellement moins fréquentes au profit des peines de substitution.

Les sanctions sont moins sévères pour la conduite après usage de stupéfiants seuls ou pour les cas de refus. Mais elles s'accroissent en cas de blessures (9 condamnations sur 10 sont sanctionnées par un emprisonnement, ferme à 13 %) et surtout en cas d'homicides involontaires, toutes sanctionnées par un emprisonnement, ferme à 60 % et pour une durée moyenne de 14 mois environ.

8.3 Usage en prison

Pas de nouvelle information disponible.

8.4 Coût social

Kopp et Fénoglio (2006) procèdent à une réactualisation du coût social des drogues estimé en 1998, et proposent une estimation de ce coût qui inclut le tabac et l'alcool. Au total, environ 1 130,43 millions d'euros environ ont été consacrés par les administrations publiques en 2003 dans la lutte contre les drogues (hors crédits MILDT). Dans cet ensemble, les drogues illicites représentent 80,24% (907,03 millions d'euros), l'alcool 15,08% (170,42 millions d'euros) et le tabac seulement 4,69% (52,98 millions d'euros).

Tableau 19. Dépenses des Administrations Publiques imputables aux drogues (en millions d'euros).

	Drogues illicites		Alcool		Tabac	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003
Ministère de la Justice	228.13	196.93	122.28	14.03	--	--
Douanes	81.12	58.30	na	4.20	na	14.12
Gendarmerie Nationale	70.03	120.20	5.22	12.42	--	--
Police Nationale	188.35	277.14	0.95	18.13	--	--
Ministère de la Santé	114.03	248.66	na	52.39	na	23.84
Ministère des Affaires Etrangères et Coopération	9.70	3.90	--	--	--	--
Ministère de l'Education Nationale	6.66	0.40	na	0.40	na	0.40
Ministère de la Jeunesse et des Sports	1.43	1.50	na	na	na	na
Ministère de l'Agriculture	--	--	na	68.85	na	14.62
Total hors MILDT	699.45	907.03	158.45	170.42	0.00	52.98
	Drogues illicites		Toutes drogues			
	1995		2005			
MILDT	30.17		28.69			

Source: tableau tiré de Kopp et Fenoglio (2006).

En intégrant les crédits MILDT (28,69 millions d'euros), les dépenses publiques, toutes drogues confondues, s'élèvent à 1 159,12 millions d'euros en 2003 (tableau suivant). En considérant que les dépenses publiques totales se sont élevées, en 2003, à 346,95 milliards d'euros, la part des dépenses imputables à la lutte contre les drogues (alcool, tabac et stupéfiants) a représenté 0,33% de cet ensemble.

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.

Voir également le Questionnaire structuré n°28 [intégration sociale].

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 ; Calderon et al., 2001; Duburcq et al., 2000 ; Reynaud et al., 1997 ; Fhima et al., 2001 ; 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). 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 prévue par le cadre légal 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 cure ambulatoire 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 quatre enquêtes annuelles sur les traitements de substitution (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001, février 2004) qui font apparaître que l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, bien que la part de la population pénitentiaire substituée ait augmenté : 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001 et 6,6 % en 2004. 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 par les textes (loi du 31 décembre 1970) au volet médico-social dans la lutte contre les drogues suppose de développer les réponses judiciaires alternatives. En 1993, le dispositif des conventions départementales d'objectifs (CDO) a été lancé pour améliorer l'articulation entre les instances de justice et de santé, de façon à ce que les alternatives aux poursuites à contenu sanitaire (injonction thérapeutique, orientation vers une structure sanitaire et sociale) soient favorisées

La circulaire du Ministère de la Justice du 17 juin 1999 (NOR : JUSA9900148C) a appelé 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. Ces orientations ont été réaffirmées par la circulaire du Ministère de la Justice du 8 avril 2005 (NOR : JUS D 05-300061 C). Celle-ci préconise une réponse pénale adaptée et diversifiée en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants, ainsi qu'une politique pénale volontariste à l'encontre de toutes les dépendances et des personnes qui, sous couvert d'activités licites, se livrent à du prosélytisme ayant pour effet d'inciter à la consommation de stupéfiants ou d'alcool.

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 en aval 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 dont bénéficient les usagers simples de stupéfiants, par exemple. Ce que l'on sait en revanche, c'est que les travaux d'intérêt général (TIG) connaissent un recul national, malgré les préconisations des rapports d'expertise (Warsmann, 2004).

9.1 Intégration sociale

Pas de nouvelle information disponible

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

Pas de nouvelle information disponible

10. Marché et offre

Marché et offre : contexte général

Quatre sources permettent de recueillir de manière continue les informations sur le marché et l'offre de substances psychoactives.

- Le dispositif d'observation TREND qui recueille des informations, principalement qualitative (accessibilité, disponibilité, prix moyens), auprès des usagers et des différents acteurs de la prévention, du soin ou de la répression. Il se concentre sur deux espaces d'observation : l'espace urbain et l'espace festif. Le premier comprend les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues (squats, rue...) ; le second désigne les événements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée.
- Le dispositif d'observation des produits, SINTES qui recueille principalement des informations sur les compositions, mais aussi sur les prix.
- Les données des services répressifs (police, douane, gendarmerie proviennent du fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) géré par l'OCRTIS. Il fournit le nombre ainsi que les quantités saisies sur le territoire français. Les saisies recensées par les services répressifs 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.
- Les enquêtes en population générale sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites

Disponibilité et approvisionnement :

- Le cannabis est le produit illicite le plus facilement disponible et accessible en France. Les deux formes dominantes, herbe et résine sont toutes deux très aisément accessibles. Dans les départements français d'Outre Mer (Guyane, Martinique), la forme la plus présente est l'herbe.

Le chlorhydrate de cocaïne est un produit dont la disponibilité ne cesse de s'élargir. Sous sa forme « base », la cocaïne est disponible aussi bien dans l'espace festif techno que dans l'espace urbain mais circule sous deux appellations différentes : le « free base » dans l'espace festif et le « crack » essentiellement disponible en Guyane, dans les Antilles et dans Paris intramuros dans des milieux d'usagers très marginalisés.

- L'ecstasy est, après le cannabis, la substance illicite la plus répandue dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif.

- 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. On note cependant en 2005, un accroissement de la disponibilité et de la visibilité de la consommation de l'héroïne dans les événements rap ou techno.

- La disponibilité et l'accessibilité de la buprénorphine haut-dosage (Subutex®) demeurent importantes sur le marché parallèle des centres urbains en dépit des mesures d'encadrement plus strictes de sa délivrance prises par les pouvoirs publics.

La consommation d'hallucinogènes naturels et notamment de champignons hallucinogènes se développe du fait notamment de la croissance de l'auto-culture et de l'approvisionnement via internet.

D'une manière générale, 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. Cela 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 tendances observées par produit sont les suivantes :

- les saisies les plus nombreuses concernent le cannabis, notamment la résine dont les quantités saisies sont en hausse depuis 2002.
- depuis la fin des années 1980, une forte croissance des saisies de cocaïne et de crack, qui se prolonge jusqu'à maintenant.
- après une augmentation des quantités d'héroïne saisies dans les années 1980 et jusqu'en 1994, la tendance ensuite orientée à la baisse semble s'inverser à partir de 2002.
- 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. Les saisies effectuées en 2003 et 2004 laissent pressentir un retour aux niveaux atteints fin 1990-début 2000.

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.

Dans les Tableaux épidémiologiques 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.

Cannabis

Depuis 2002, l'herbe de cannabis était vendue moins de 5 € le gramme. En 2005, il augmente légèrement par rapport aux années précédentes (6,4 euros), les usagers ayant tendance à privilégier des produits de meilleure qualité. Plus de 80 % des échantillons analysés en 2005 contiennent moins de 15 % de tétrahydrocannabinol (THC). Leur taux de THC est fortement aléatoire. Il est plus haut dans les échantillons supposés provenir des Pays Bas.

Le prix de la résine est stable et tourne autour de cinq euros le gramme depuis plusieurs années. Plus de 90 % des échantillons comprennent moins de 15 % de THC (2005).

Opiacés

Le prix moyen de l'héroïne brune en France métropolitaine qui semblait diminuer depuis 2001 est remonté à 50 euros le gramme en 2005. Cette donnée est à appréhender avec prudence compte tenu de la diminution du nombre de sites participant au dispositif TREND et reste à confirmer. Il existe en effet 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 descendu de 6 € à 3 € entre 2000 et 2002 est remonté à 5 € en 2005. les conditions plus restrictives de délivrance mise en œuvre fin 2004 sont en cause dans cette forte hausse.

Cocaïne

Les prix du chlorhydrate de cocaïne et de la cocaïne sous forme base (crack) varient selon les sites et les espaces sociaux d'observation. En France métropolitaine, le prix moyen du gramme de chlorhydrate de cocaïne égal à 58,5 euros en 2005 est le plus bas enregistré depuis six 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.

Ecstasy

Le prix moyen du comprimé d'ecstasy s'établit à environ 7 euros à l'unité. Toutefois, l'achat en lot semble devenir de plus en 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

Les informations détaillées ci-après relatent des principales tendances observées par le dispositif TREND sur l'ensemble de l'année 2005.

Cannabis

Près de six personnes âgées de 15 à 64 ans sur dix (58,0 %) jugent qu'il leur serait facile d'obtenir du cannabis en 24 heures, s'ils en voulaient (30,4 % assez facile et 27,5 % très facile). Les hommes de 20-25 ans sont particulièrement nombreux à partager cette opinion (79,2 % contre 61,3% dans le reste de la population ; $p < 0,001$). Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans ($p < 0,001$). Il faut reconnaître que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et n'acceptent pas vraiment la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé accessible même dans les tranches d'âge les plus élevées. La proportion de ceux estimant que cela leur serait « très facile » baisse toutefois nettement avec l'âge (40,6 % à 15-19 ans contre 17,4 % à 55-64 ans ; $p < 0,001$) (Beck et al, 2007).

Concernant le mode principal d'obtention du cannabis, près de six usagers actuels sur dix disent ordinairement se faire offrir le cannabis qu'ils consomment (58,7 %), tandis qu'un peu plus d'un tiers (36,2 %) déclare l'acheter. Précisons que la question n'exclut pas le passage d'un mode d'approvisionnement à un autre tout au long de l'année en fonction des circonstances et des opportunités. Parmi ces usagers au cours de l'année, l'auto-culture apparaît peu souvent en tant que mode d'approvisionnement majoritaire (5,1 %), partagé à égalité par les hommes et les femmes (4,9 % vs 5,6 %). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer se faire offrir ordinairement le cannabis qu'elles consomment (67,5% vs 54,5% ; $p < 0,001$). Toutefois, ces répartitions varient avec la fréquence d'usage : parmi les usagers

réguliers, la proportion de bénéficiaires de dons n'atteint plus que 25 % sans distinction entre les sexes, tandis que 12,0 % des usagers réguliers déclarent recourir à l'autoculture comme mode d'approvisionnement ordinaire (15,8 % des femmes contre 11,0 % des hommes, $p < 0,001$), et l'achat presque les deux tiers (59,1 % des femmes contre 64,1 % des hommes $p < 0,01$). La proportion de consommateurs actuels se déclarant ordinairement acheteurs de cannabis croît entre 15-19 ans et 26-34 ans (34,2 % à 41,8 %) puis décroît au-delà (si 22,2 % des 45-54 ans se déclarent encore acheteurs, ce n'est le cas d'aucun des consommateurs plus âgés interrogés). C'est probablement le signe d'une autonomisation financière et d'un engagement croissant dans la consommation, puis d'un désintérêt progressif pour le produit dont les usages deviennent plus épisodiques et davantage liés à des rencontres et des circonstances particulières (Beck et al, 2007).

Héroïne

L'héroïne demeure peu visible et paraît toujours peu disponible pour ses usagers « traditionnels ». Cette situation, qui prévaut depuis le développement des traitements de substitution, est accentuée par la conversion des petits trafiquants vers la vente, plus lucrative, de cocaïne. Toutefois, au cours de ces dernières années, la disponibilité de l'héroïne tendrait à augmenter légèrement. En revanche, son accessibilité demeure limitée. Elle n'est que très rarement accessible directement au niveau de la rue (quasi disparition des scènes ouvertes). Pour s'en procurer, il est le plus souvent nécessaire de recourir à des réseaux de deal opérant plutôt dans des lieux privés.

En revanche, son accessibilité et/ou sa visibilité semble s'accroître dans l'espace techno, essentiellement dans les grands événements « underground » (free parties et teknivals). Il semblerait, en effet, que ce produit, qui circule sous l'appellation de « rabla », ne soit plus associé à l'image dégradante du toxicomane injecteur. L'héroïne de ce fait connaîtrait un processus de banalisation qui en ferait un produit comme les autres dont l'usage serait au fil du temps « accepté ». Cette acceptation aurait facilité l'entrée dans l'usage des nouveaux consommateurs ou rendu visible les anciens qui seraient devenus moins susceptibles de « dissimuler » leur consommation.

Cocaïne

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate est un produit très disponible et sa consommation concerne des milieux sociaux très hétérogènes.

Un travail d'étude du micro-traffic de cocaïne a été mené en 2004 et 2005 par l'OFDT à partir de 150 procédures d'interpellations extraites au hasard de l'ensemble des interpellations concernant l'usage et l'usage-revente de cocaïne. Ces procédures contiennent des descriptions relativement détaillées des contextes (urbain, festif) au cours desquels ont eu lieu les interpellations, du profil des usagers, des usagers-revendeurs et des clients, de l'organisation des petits réseaux de deal (modalités d'approvisionnement, prix à l'achat, prix à la revente, modalités de ventes, etc.) (Gandillhon, à paraître).

L'expansion de la consommation de ce produit, encore coûteux malgré les baisses de prix enregistrées ces dernières années, va de pair avec le développement d'une activité de micro-traffic polymorphe. L'achat groupé ou l'usage-revente sont les modalités d'acquisition les plus courantes. Des micro-réseaux de deal opportunistes, souvent multi-produits, ont également investi le deal de cocaïne, activité plus lucrative que le trafic de cannabis ou même d'héroïne (voir développement dans le *selected issue* « cocaïne »).

La forme base est présente également mais circule sous deux appellations différentes : « free base » et « crack ». Le « free base » est consommée dans des milieux sociaux

différents que ceux qui consomment le crack. Alors que ce dernier est présent dans des milieux d'usagers très marginalisés et circonscrits à des zones géographiques très précises (Paris, Guyane et Martinique), le « free base » est consommé essentiellement dans des populations proches de l'espace festif (nomades, voyageurs). En outre, différenciation supplémentaire, il n'existe quasiment pas de deal de « free base » car celui-ci est fabriqué par les usagers eux-mêmes alors que le crack est vendu par des réseaux de deal bien spécifiques opérant le plus souvent directement au niveau de la rue.

Ecstasy, amphétaminiques et autres drogues de synthèse

L'ecstasy, toujours aussi présente en milieu festif commercial ou alternatif, est disponible sous trois formes principales : comprimé, gélule et poudre. Selon que l'ecstasy se présente sous telle ou telle forme sa disponibilité selon les types d'évènements varie. Ainsi, les formes « comprimé » et « gélule » sont très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques, tandis que la forme « poudre » circule plus volontiers dans les milieux dits « alternatifs » ou « underground ».

En dépit d'articles publiés dans la presse grand public annonçant l'arrivée incessante de méthamphétamine sur le marché des drogues illicites, aucun site du dispositif TREND ne signale la présence de Yaa Baa ou Ice dans les deux espaces d'investigation.

On note cette année l'apparition de la mCPP : en décembre 2004, la m-chlorophénylpipérazine (mCPP) était identifiée pour la première fois en France dans des comprimés vendus pour des Ecstasy. Les signalements par le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES) se sont multipliés au cours de l'année 2005 en différents points du territoire et plusieurs saisies ont été réalisées dont une de plus de 5000 comprimés.

Les premiers comprimés contenant la substance étaient facilement identifiables : d'aspect artisanal, bariolé et proposés sous l'appellation « Arlequin ». De nouvelles présentations sont ensuite apparues, plus proches de l'apparence habituelle des comprimés d'Ecstasy.

Contrairement aux autres pays Européen, la mCPP était la plupart du temps la seule substance psychoactive retrouvée. Un seul type de comprimé en forme de cœur contenait à la fois de la mCPP et de la MDMA.

A notre connaissance, cette substance n'a jamais été ni recherchée ni identifiée par les usagers qui pensaient consommer de la MDMA. Des effets désagréables ont été rapportés après consommation par voie orale : nausées et vomissements, céphalées, sensation d'oppression et bouffées de chaleur. Deux témoignages après usage par voie intraveineuse rapportent un gonflement du visage avec bouffées de chaleur violentes et blocage respiratoire.

Hallucinogènes

La disponibilité des champignons hallucinogènes est difficile à apprécier du fait de quatre facteurs principaux :

- le caractère peu observable des modes d'approvisionnement (cueillette, autoproduction, Internet) ;
- l'importance de l'échange et du don dans la circulation de ce type de produits donc l'absence de circuits de trafic structurés ;

- un usage intervenant le plus souvent dans des contextes relevant de la sphère du privé ;
- le caractère erratique d'une partie de la consommation du fait des facteurs saisonniers et climatiques.

Ces réserves posées, il apparaît indubitable cependant, que la demande de champignons hallucinogènes est en augmentation ces dernières années. La consommation est un phénomène qui relève de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif. Les populations concernées sont plutôt jeunes et appartiennent fréquemment à des milieux revendiquant une marginalité par rapport au système de valeurs dominant.

10.2 Saisies

Comme pour les interpellations pour ILS, on enregistre en 2005 une légère baisse des saisies effectuées par les services de police, gendarmerie et douane : 83 932 saisies, contre 85 810 en 2004 (-2,2 %) et les quantités en baisse pour de nombreux produits (voir ci-après) (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2006).

Cette baisse rompt avec une tendance à l'augmentation enregistrée ces dernières années.

L'analyse par produits pour 2005 laisse apparaître les évolutions suivantes :

- légère baisse des saisies de cannabis en nombre (-2,4 %), nettement plus marquée sur les quantités (-20 % par rapport à 2004) ; cette baisse s'interprète au regard des résultats exceptionnels de 2004 car comparées à 2003, les saisies de 2005 sont plutôt en hausse ; aucune tendance à long terme ne peut se dégager encore. Tous les produits du cannabis (herbe, résine, huile, pieds et graines) sont en baisse.
- Baisse plus importante des saisies de crack (-11 % de saisies réalisées par rapport à 2004 et -40 % en quantités saisies)
- Et surtout, baisse exceptionnelle des saisies d'ecstasy, pourtant en forte augmentation depuis les années 1990 : -24 % de saisies en moins et -56 % de pilules saisies en moins. La forte baisse des saisies d'ecstasy s'explique par le faible nombre de grosses saisies, à l'inverse des années précédentes.
- Les hausses marquantes concernent la cocaïne (+3 % de saisies et 16 % de kg en plus), avec une forte augmentation des très grosses saisies (>5 kg) qui représentent, comme en 2004, plus de 60 % du nombre total de saisies de cocaïne ;
- mais surtout, et pour la deuxième année consécutive, l'héroïne : 15 % de saisies supplémentaires pour 34 % d'héroïne en plus ; les quantités avaient déjà augmenté depuis 2002, mais comme pour tous produits, l'évolution des quantités est moins marquante car plus dépendante de saisies exceptionnelles.
- La hausse des saisies d'amphétamines serait à replacer dans un contexte européen de croissance (+20 % en Allemagne)

Tableau 20. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2004-2005

	2004		2005		Évolution (en %)	
	Nb	Qté	Nb	Qté	Nb	Qté
Cannabis (kg)	75 800	107 748	73 986	86 603	-2%	-20%
résine	63 728	103 705	62396	83 471	-2%	-20%
herbe	10 208	3 932	10202	3 062	0%	-22%
pieds	1 492	81	1141	54	-24%	-33%
Héroïne (kg)	2 828	558	3 242	749	15%	34%
Cocaïne (kg)	3 175	4 484	3 278	5 186	3%	16%
Crack (kg)	769	18	687	11	-11%	-40%
Amphétamines (kg)	252	76	317	111	26%	47%
Ecstasy (doses)	2 135	1 893 226	1 620	833 648	-24%	-56%
Champignons hall. (kg)	287	24	195	26	-32%	9%
Total	85810	--	83932	--	-2%	--

Source : FNAILS, OCRTIS.

Origine et destination des principaux produits saisis en France :

Pas de changement majeur...

L'OCRTIS signale dans sa synthèse :

- pour justifier l'augmentation des saisies de cocaïne, une augmentation de l'offre sud-américaine de cocaïne sur les marchés européens ; la France demeure un pays de transit (17 % de la cocaïne saisie destinée au marché français)
- que la hausse des saisies d'héroïne s'explique par la forte augmentation des saisies en transit, à destination principalement du Royaume-Uni et de l'Espagne ; « l'activisme des réseaux de trafics (turcs, albanais, chinois) et la reprise importante de la production en Afghanistan font craindre une recrudescence de l'offre » ; l'héroïne saisie provient toujours principalement des Pays-Bas (47 % des saisies d'héroïne) mais le Pakistan apparaît comme le deuxième pays source en 2005, pour 6 % des saisies d'héroïne
- la forte baisse des saisies d'ecstasy s'explique par l'absence ou presque de grosses saisies, à l'inverse des années précédentes. Autre nouveauté : les saisies en transit en France à destination du Royaume-Uni sont rares en 2005.

Tableau 21. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾
Cannabis (kg) ⁽³⁾		62 172		57 113		82 512	75 770	107 748
résine		58 195		50 836		78 347	63 701	103 705
herbe		3 922		6 146		3 994	10 205	3 932
pieds		41		96		84	1 492	81
huile		3		5		49	26	3
graine		11		30		38	346	26
Héroïne (kg)	2 650	351	2 633	476	2 560	545	2 828	558
Cocaïne (kg)	1 650	2 096	2 048	3 651	2 636	4 172	3 175	4 484
Crack (kg)		6		7		12	761	18
Amphétamines (kg)	111	57	149	151	181	274	252	76
Méthamphétamines (kg)		0		16		4	0	0
Ecstasy (doses)	1 589	1 503 773	1 782	2 156 937	1 864	2 211 727	2 135	1 893 226
LSD (doses)		6718		4262		10 383	101	19 374
		Nb(1)		Nb(1)		Nb(1)		Nb(1)
Ensemble des produits		53 534		65 907		76 124		85 810
Evolution base 100 en 1998		112,4		138,3		159,8		180,1

(1) nombre de saisies effectuées au cours de l'année. (2) quantités saisies au cours de l'année. (3) Entre 2001 et 2003, dans le total des quantités saisies, ne sont comptabilisés que la résine et l'herbe de cannabis

Source : FNAILS, OCRTIS.

10.3 Prix, pureté

Les éléments détaillés ci-après concernent l'année 2005.

Cannabis

Prix

En 2005, le prix moyen de l'herbe de cannabis s'établit à 6,4 euros le gramme, ce qui constitue une légère augmentation par rapport aux années précédentes. Il semblerait que les usagers privilégient de plus en plus la qualité du produit et que cette exigence contribue à la légère hausse des prix constatée.

Le prix moyen du gramme de résine de cannabis se situe, dans la continuité des années précédentes à cinq euros le gramme et peut descendre à quatre voire trois euros en cas d'achat de quantités importantes. Le prix moyen du gramme d'herbe de cannabis augmente légèrement par rapport aux années précédentes (6,4 euros), les usagers ayant tendance à privilégier de plus en plus des produits de qualité.

Pureté

Du mois de mai à août 2005, un recueil d'échantillons de cannabis a été réalisé auprès d'utilisateur pour estimer la teneur en THC des résines et des herbes consommées en France. Cette enquête fait suite à une étude similaire réalisée sur d'autres sites en 2004. Les échantillons ont été collectés sur six agglomérations : Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. Le nombre total d'échantillons est de 391, répartis en 60 % de résines et 40 %

d'herbes. Les usagers qui ont cédé un échantillon consomment pour la plupart (95 %) du cannabis au moins une fois par semaine.

La moitié des dosages des taux de THC sont compris entre 6 et 14 % pour les herbes et entre 7 et 12 % pour les résines. Environ 5 % des échantillons de chaque forme atteignent des valeurs supérieures à 20 %.

Un gradient Nord Sud est observé pour les taux de THC mesurés, plus marqué avec les herbes qu'avec les résines. Ainsi, pour les villes du Sud (Toulouse, Lyon et Marseille), les taux médians de THC sont de 6 % dans les herbes et 7 % dans les résines, alors que dans le regroupement Nord (Paris, Rennes et Metz) ils atteignent 12 % dans les herbes et 11 % dans les résines.

Aucune autre substance psychoactive n'a été retrouvée dans aucun des échantillons analysés.

Héroïne

Voir encadré

Cocaïne

En 2005, le prix médian d'un gramme de cocaïne est de 60 €. Celui-ci reste stable par rapport à l'année 2004. Le prix moyen, quant à lui, se situe légèrement en dessous de la barre des 60 euros soit le prix le plus bas jamais enregistré depuis six ans.

Ecstasy :

Selon le dispositif SINTES, les prix (en euros) de l'ecstasy, en 2005, en fonction de ses différentes formes (comprimé, gélule, poudre) s'établissent de la manière suivante :

Tableau 22. Prix de l'ecstasy selon le dispositif TREND en 2005, en euros

	Minimum	Maximum	Prix moyen	Prix médian
Comprimé	2	15	6,7	6
Gélule	4	15	9,8	10
Poudre	10	80	50,6	60

Source : Données et exploitation TREND/SINTES/ OFDT

PARTIE B: ECLAIRAGES SPECIFIQUES

11. Usage de drogues chez les jeunes adolescents.

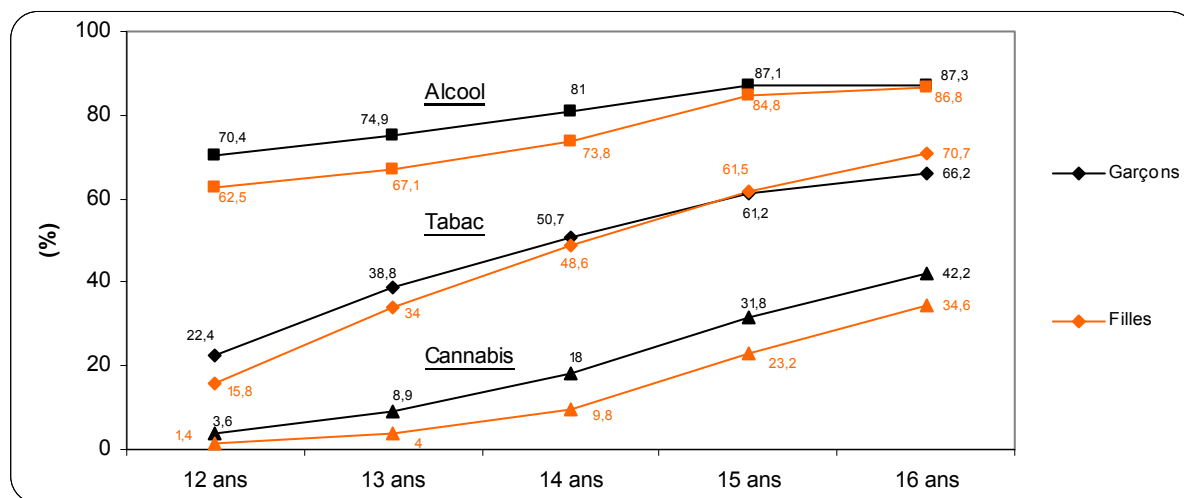
Beck François, Godeau Emmanuelle, Karila Laurent, Legleye Stéphane, Mutatayi Carine, Obradovic Ivana, Spilka Stanislas

L'adolescence est l'âge de l'expérimentation des substances psychoactives et devient parfois, selon les circonstances, celui de l'entrée dans un usage plus régulier. Cet article vise à faire le point sur les consommations des drogues illicites des plus jeunes (les adolescents de moins de 15 ans) et sur les conséquences d'une certaine précocité dans l'entrée dans les usages. Les produits licites tels que l'alcool et le tabac seront évoqués à titre comparatif. Les enquêtes en population générale permettent d'explorer ces questions et d'observer les particularités des plus jeunes par rapport aux comportements observés à la fin de l'adolescence. Elles présentent certaines limites qu'il conviendra d'évoquer ici. Elles peuvent par ailleurs très utilement être complétées par d'autres sources permettant d'illustrer les comportements d'usages, les actions d'écoute, de prévention et traitements proposés en France aux plus jeunes des adolescents, et notamment ceux qui se trouvent confrontés à un usage problématique de drogues.

Les usages des plus jeunes

Du point de vue des données de cadrage en population générale, trois enquêtes auprès des adolescents peuvent être mobilisées. Elles sont toutes trois menées par questionnaire auto-administré et strictement anonyme. L'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dont le dernier exercice a été mené en 2003, permet d'observer les usages des jeunes gens scolarisés (Choquet et al., 2004) en particulier ceux âgés de 12 à 16 ans qui se trouvent soumis à l'obligation scolaire. L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) permet pour sa part de faire annuellement le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans et de présenter les évolutions récentes de ces pratiques à la fin de l'adolescence (Beck et al., 2004). Ces deux enquêtes permettent donc d'observer la diffusion des usages de drogues tout au long de l'adolescence, entre 12 et 18 ans, notamment les usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis. Dans l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée en 2002, les élèves de 11, 13 et 15 ans sont interrogés (Godeau et al., 2005). Les questions relatives à la consommation de drogues illicites n'y sont pas posées aux adolescents âgés de 11 et 13 ans, le questionnaire ne recueillant à ces âges que des données sur leurs usages d'alcool et de tabac.

Figure 7. Expérimentations du tabac, du cannabis et de l'alcool : prévalences au cours de la vie par âge et par sexe



Source : ESPAD 03 – INSERM – OFDT – MENRT

Si l'expérimentation augmente avec l'âge pour les trois produits, la progression apparaît, en revanche, nettement différente lorsqu'on les compare entre eux. Pour le cannabis, si les prévalences restent très faibles à 12 et 13 ans en particulier chez les filles, elles progressent par contre nettement à partir de 14 ans. Pour le tabac, les proportions d'expérimentateurs croissent très vite de 12 à 13 ans puis le rythme de progression se fait de moins en moins soutenu à mesure que l'écart entre les sexes diminue. La croissance de l'expérimentation est toutefois plus importante chez les filles que chez les garçons. Enfin, contrairement aux autres produits, l'expérimentation de l'alcool est déjà généralisée à 12 ans : la progression est donc plus lente, notamment à partir de 14 ans, et se caractérise surtout par un rattrapage des filles.

Pour les autres produits psychoactifs abordés dans l'enquête ESPAD, les niveaux d'expérimentation s'avèrent faibles. En effet, ils sont toujours inférieurs à 5%, hormis pour les produits à inhaler (colles, solvants) et les champignons hallucinogènes. Quels que soient l'âge et le produit, l'expérimentation apparaît toujours plus fréquente parmi les garçons que parmi les filles. Si cette expérimentation augmente avec l'âge pour les champignons hallucinogènes, pour les produits à inhaler elle stagne chez les garçons et régresse même légèrement chez les filles. Le cas des produits à inhaler apparaît tout à fait singulier : ces produits sont expérimentés très précocement (les trois quarts des expérimentateurs ont pris pour la première fois un produit à inhaler avant 15 ans) mais leur usage n'est presque jamais prolongé à l'âge adulte. Dans le tableau suivant, il convient de ne pas accorder une importance excessive à la précision des valeurs et aux écarts entre les différents âges, car pour la plupart ils ne sont pas significatifs (et portent souvent sur des effectifs faibles en particulier chez les plus jeunes) et parce que, pour les substances considérées, la validité de l'enquête déclarative pour les plus jeunes est à mettre en question. On peut retenir que dès l'âge de 14 ans, la plupart des drogues illicites autres que le cannabis ont été expérimentées par environ 2 % des adolescents. Toutefois, la majorité de ceux qui ont essayé un de ces produits ne renouvellent pas l'expérience. Le pourcentage d'expérimentateurs d'amphétamines observé chez les plus jeunes est vraisemblablement lié aux traitements médicamenteux de l'hyperactivité.

Tableau 23. Expérimentation d'autres produits psychoactifs : prévalences au cours de la vie par sexe et par âge (en %).

Garçons	12 ans*	13 ans*	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
produits à inhaler	7.5	9.7	11.3	11.6	11.6	12.4	17.3
amphétamines	0.9	2.1	2	3.4	2.8	3	3.2
ecstasy	0.5	2	1.7	3.9	3.5	5.2	7.2
champignons hallucinogènes	-	-	2.1	5.2	6.9	6.7	11.3
LSD	-	-	0.3	1.4	1.3	1.8	2.3
héroïne	-	-	1.3	2.7	2.3	2.1	1.8
cocaïne	-	-	2.5	4	2.7	2.6	3.1

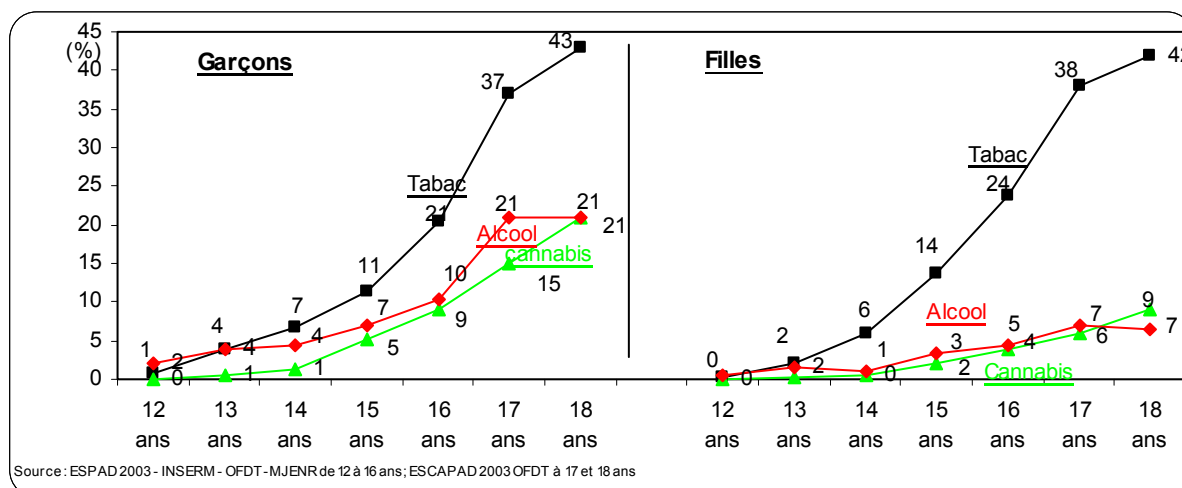
Filles	12 ans*	13 ans*	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
produits à inhaler	6.5	6.8	8.4	12,0	9.7	9.6	9.8
amphétamines	0.1	0.9	1.4	1.9	2	1.8	1.5
ecstasy	0.4	0.8	1.4	2.9	3	2.6	3.1
champignons hallucinogènes	-	-	0.4	1.8	2.8	2.8	2.6
LSD	-	-	0.1	0.8	0.8	0.5	0.9
cocaïne	-	-	2.2	2.6	2.5	1.6	1.9
héroïne	-	-	0.5	1,0	1.4	1.5	0.8

Source : ESPAD 03 – INSERM – OFDT – MENRT

(*) Pour les élèves de 12 et 13 ans, le questionnaire était simplifié et certains produits supprimés.

Les usages réguliers de tabac ou d'alcool apparaissent relativement rares avant 14 ans et celui de cannabis est exceptionnel avant l'âge de 15 ans. Ensuite, ces usages réguliers augmentent avec l'âge, le tabagisme quotidien devant toutefois nettement la consommation régulière d'alcool et de cannabis. Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac passe de 1 % à 11 % entre 12 et 15 ans chez les garçons et de 0 % à 14 % chez les filles. On observe également une tendance à la hausse avec l'âge pour l'alcool et le cannabis, notamment chez les garçons et dans une moindre mesure chez les jeunes filles.

Figure 8. Usages réguliers* de tabac, d'alcool et de cannabis, par âge et par sexe entre 12 et 18 ans en 2003



* usage au moins dix fois au cours des 30 derniers jours pour alcool et cannabis ; quotidien pour le tabac

A l'âge de 11 ans, selon leurs déclarations dans l'enquête HBSC de 2002, 14,4% des garçons et 9,7% des filles ($p < 0,001$) déclarent avoir déjà essayé de fumer du tabac. Les taux de tabagisme actuels s'avèrent pour leur part largement inférieurs : ainsi si 1,6% des élèves de 11 ans déclarent fumer au moins une fois par semaine, il ne sont plus que 0,6% à déclarer le faire quotidiennement. Aucune différence liée au sexe n'est observée concernant le tabagisme actuel chez les élèves de 11 ans.

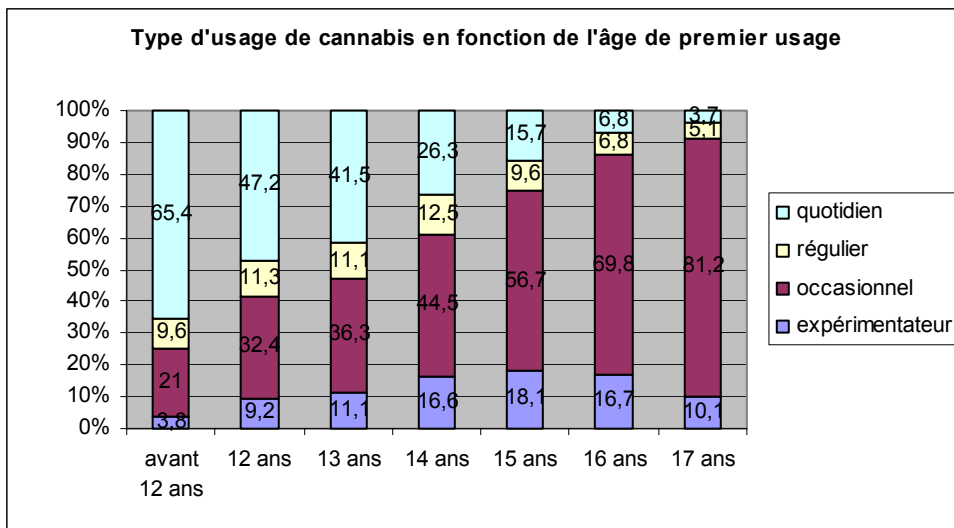
Pour ce qui est de l'alcool, toujours chez les jeunes de 11 ans, 81,6% des garçons et 92,2% des filles se déclarent abstinents au moment de l'enquête. Si l'on regarde maintenant les consommations, celles occasionnelles sont à cet âge les plus fréquentes, les consommations quotidiennes restent assez rares (2,5% des garçons et 0,8% des filles) et méritent à cet âge d'être interprétées avec précaution. Comme chez les plus âgés, ces consommations d'alcool sont toujours plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (Godeau et al., 2005).

Précocité des usages : une approche rétrospective

A partir de la question posée sur l'âge au premier usage des différents produits, il est possible d'en étudier le calendrier des consommations de façon relativement fiable si l'on se réfère aux études nord-américaines les plus récentes (Johnson et Mott, 2001). La précocité du premier usage de substance psychoactive en tant que facteur favorisant une persistance de cet usage (Robins, 1984, Windle, 1996), voire une consommation problématique ou le passage à d'autres produits tels que la cocaïne ou l'héroïne, à l'âge adulte (Yamaguchi et Kandel, 1984) a été abondamment décrite par les épidémiologistes sur l'ensemble des substances psychoactives (Kraus, 2003) et en particulier sur l'alcool (Hawkins et al., 1999 ; Kraus et al., 2000 ; DeWit et al., 2000 ; Hingson et al., 2003). Dans le cas du cannabis, cette influence est parfois même jugée primordiale et peut compromettre l'apprentissage cognitif (Pope et al., 2003), se trouver liée à une comorbidité psychiatrique (Armstrong et Costello, 2002) ou à des problèmes sociaux tels que le chômage, l'échec scolaire ou la délinquance (Fergusson et Horwood, 1997). A partir de l'enquête américaine SAMSHA, Gfroerer et al. (2002) ont ainsi montré que 62 % des adultes de plus de 25 ans qui avaient été initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans disent avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie, 9 % de l'héroïne et 54 % prendre souvent des médicaments psychotropes. Ces chiffres s'avèrent nettement supérieurs à ceux observés sur l'ensemble de la population, respectivement 0,6 %, 0,1 % et 5,1 %.

Quelques travaux récents nuancent toutefois ces propos, évoquant notamment des biais possibles dans la mesure de la dépendance au cannabis (Chen et Anthony, 2003). Selon le rapport Roques (1998) sur la dangerosité des différentes drogues, si un environnement familial et socioculturel conflictuel dans l'enfance constitue un facteur de risque de dépendance à une substance psychoactive particulièrement élevé, celui-ci semble aggravé par la précocité de la première expérience. Il est possible d'explorer cette question à partir des données de l'enquête Escapad 2003 (Beck et al., 2004). Ces données tendent également à montrer la primauté de l'influence de la précocité du premier usage sur les autres variables envisagées (qui sont le statut scolaire, la proportion de consommateurs dans l'entourage, des signes anxio-dépressifs, la consommation de soin et le statut professionnel des parents).

Figure 9. Type d'usage de cannabis en fonction de l'âge de premier usage



Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Sur l'ensemble des adolescents interrogés dans l'enquête Escapad 2003, on observe une évolution très marquée de la structure de répartition des types d'usage de cannabis avec l'accroissement de l'âge de premier usage de ce produit : la précocité est très liée à l'installation ultérieure dans une consommation importante de cannabis. Ainsi, les deux tiers des adolescents de 17-19 ans qui ont fumé leur premier joint avant l'âge de 12 ans sont devenus des fumeurs quotidiens de cannabis, et seuls 3,8% d'entre eux en ont abandonné la consommation. A l'opposé, ceux qui n'ont commencé à en fumer qu'à 16 ou 17 ans sont presque toujours des consommateurs occasionnels.

La force du lien entre précocité de l'expérimentation et maintien dans un usage régulier ne dispense pas d'une réflexion sur sa signification dont on peut ici esquisser quelques traits. Les acteurs de terrain de la toxicomanie, en particulier les travailleurs sociaux, s'accordent à souligner l'engagement précoce dans une consommation comme un des signes à observer avec attention. Faut-il pour autant considérer que les jeunes adolescents se trouvent piégés par le pouvoir addictif du produit ? Il semblerait plutôt que la précocité révèle fréquemment une situation de vulnérabilité psychosociale susceptible de conduire au cours de l'adolescence à des situations où l'usage devient problématique. Par ailleurs, la question de l'âge au premier usage des produits n'a été posée pour la première fois en France qu'en 1999 dans l'enquête ESPAD, ce qui ne permet pas de mettre en perspective la forte diffusion du cannabis et un quelconque changement dans l'âge d'entrée dans sa consommation. La tendance observée entre 1999 et 2003 s'avère ainsi peu informative, avec un âge moyen d'initiation baissant légèrement parmi les jeunes de 17 ans (de 15,3 ans à 15,2 ans), cette baisse n'étant d'ailleurs pas significative. Il faut toutefois noter que la plus grande diffusion du produit s'accompagne aussi de l'entrée dans la consommation d'individus relativement peu intéressés et expérimentant sur le tard au gré d'une offre importante de produit qui leur en fournit l'opportunité.

L'interrogation des plus jeunes par les enquêtes en population générale : une question de méthode ?

L'interrogation des plus jeunes par les enquêtes en population générale présente quelques limites. En 1997, dans le Baromètre Santé Jeunes (Baudier et al., 1998), les questions relatives à la consommation de drogues illicites n'étaient pas posées aux adolescents âgés de 12 à 14 ans. Cette précaution avait été prise à la suite de l'enquête pilote, menée en octobre 1997, au cours de laquelle les enquêteurs avaient relevé une fréquente gêne sur ce thème chez les plus jeunes, suscitant une hausse du taux de non-réponse. L'équipe de recherche avait également jugé qu'une telle interaction, déconnectée de toute action de prévention et de toute possibilité d'échange approfondi sur la question, était de nature à perturber les enquêtés les moins renseignés, ce qui est souvent le cas des plus jeunes. Il est à noter qu'une même préoccupation a entraîné, lors de l'enquête HBSC, le fait de ne poser les questions sur les substances illicites qu'aux élèves de 15 ans. De plus, cette enquête se déroulant en classe, après accord préalable des établissements scolaires et des parents, la présence de questions sur ces produits dans les questionnaires administrés aux plus jeunes aurait risqué de mettre en péril l'acceptation de l'enquête dans son ensemble, alors que celle-ci est une enquête généraliste ordinairement bien acceptée même chez les plus jeunes. Cette sensibilité est plus exacerbée dans certains pays que dans d'autres, mais, dans un souci d'harmonisation, tous ont préféré retirer ces questions des versions des questionnaires prévues pour les 11 et les 13 ans, ainsi d'ailleurs que les questions portant sur l'activité sexuelle.

Dans le Baromètre Santé 2000 toutefois, elle a été posée aux plus jeunes (les 12-14 ans), mais uniquement pour le cannabis. Ceci a permis de constater qu'au téléphone, ils déclarent des niveaux d'usage très bas (parmi les 12-14 ans, 3,6 % des garçons et 3,7 % des filles déclarent l'avoir expérimenté) alors que les sollicitations s'avèrent déjà relativement importantes : à cet âge, 9,9 % des garçons et 13,6 % des filles déclarent s'être vus proposer du cannabis (Beck, 2000). Ces niveaux d'usages peuvent être comparés à ceux déclarés de façon rétrospective (grâce à la question de l'âge au premier usage) par les jeunes de 18 ans interrogés dans Escapad 2001 :

Tableau 24. Usages de cannabis au cours de la vie chez les 12-14 ans, à partir des déclarations d'âge de premier usage faites en 2001

	Garçons	Filles
12 ans	1,7 %	0,6 %
13 ans	5,0 %	2,3 %
14 ans	13,8 %	7,3 %
12-14 ans	6,8 %	3,4 %

Lecture : 13,8 % des garçons déclarent avoir déjà fumé du cannabis avant l'âge de 15 ans

Source : ESCAPAD 2001, OFDT

Si pour les filles les niveaux apparaissent très proches dans les deux enquêtes, les garçons sont deux fois plus nombreux à déclarer avoir déjà fumé du cannabis lorsque l'interrogation se fait de manière rétrospective, et ce malgré un effet génération négatif (les jeunes âgés de 18 ans lors de l'enquête Escapad 2001 avaient 12 ans en 1995, époque à laquelle les niveaux d'usage du cannabis s'avéraient plus faibles qu'en 2000).

Le cadre légal

La protection des mineurs de moins de 16 ans en matière de tabagisme repose en France sur deux textes de lois récents (la loi du 31 juillet 2003 qui vise à restreindre la consommation de tabac des jeunes et surtout le décret n°949 du 6 septembre 2004 fixant les modalités d'action relatives à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, le vendeur ayant notamment le droit de demander une pièce d'identité). Globalement, si ces textes sont bien respectés par les buralistes pour les très jeunes (moins de 12 ans), cela s'avère beaucoup moins net à l'âge de 15 ans. La loi de 2003 interdit également la vente des paquets de moins de 20 cigarettes dont la cible principale était les plus jeunes.

Concernant les boissons alcoolisées, la législation relative aux mineurs de moins de 16 ans est plus ancienne : elle repose sur l'ordonnance du 7 janvier 1959 et la loi du 5 juillet 1974 fixent l'interdiction de vente à des mineurs de moins de 16 ans. Des textes plus récents sont venus protéger les plus jeunes de produits conçus spécifiquement pour eux : les prémix. Des taxes très lourdes sont venues frapper ces produits dès leur mise sur le marché en 1996, de sorte que les ventes qui avaient démarré très fort se sont écroulées dès 1997. Ces produits sont réapparus en 2002 à la faveur d'un contournement de la réglementation par les alcooliers. La loi interdit par ailleurs l'implantation d'un débit de boissons dans une « zone protégée » (à savoir les alentours des stades, établissements scolaires, piscines...) dans le but de protéger les plus jeunes.

Les très jeunes interpellés

A partir des données de l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) qui recense les infractions à la législation sur les stupéfiants menées par la police et la gendarmerie, il est possible d'observer la part d'individus de 15 ans et moins interpellés pour usage de stupéfiants. Celle-ci a oscillé au cours de la dernière décennie entre 1,6 % en 1996 et 3,3 % en 1999 (OCRTIS, 2005). En 2004, elle est de 2,4 % de l'ensemble des interpellés, soit 2415 individus au plan national. Plus de 99 % d'entre l'ont été pour usage de cannabis, le nombre d'interpellations pour les autres produits n'ayant jamais été supérieur à dix (8 pour l'ecstasy, 6 pour l'héroïne).

La part d'individus de 15 ans et moins interpellés pour usage de cannabis représente 2,6 % de l'ensemble de ces interpellations, tandis que celle pour usage-revente ou trafic de cannabis représente 1,9 %. En 2004, le plus jeune interpellé avait 7 ans (un seul cas), mais on peut considérer que le nombre d'interpellations pour usage de cannabis devient significatif à partir de 13 ans (185 cas en 2004) puis plus marquant à 14 ans (596 interpellations) et à 15 ans (1567 interpellations). Il s'agit très majoritairement de garçons (85,3 % des cas), mais les jeunes filles sont de plus en plus nombreuses à être concernées. Ce sex ratio est d'ailleurs de 97 % pour les 16-20 ans et de 92 % pour les 21-25 ans, pour ensuite diminuer avec l'âge.

On retrouve cette tendance au sein de la population de 10-15 ans adressée par la justice vers une consultation cannabis (cf.infra) : sur 160 consommateurs de cet âge accueillis un mois donné, 36 ont été orientés par la justice, dont 94% de garçons.

Demande d'aide, écoute, offre de soins et prévention

L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis mise en place en début d'année 2005 offre pour sa part un regard complémentaire sur les plus jeunes. Cette enquête a été menée par questionnaire auprès des professionnels qui ont reçu les patients (et/ou leur entourage) entre le 15 mars et le 15 avril 2005 et les ont suivis jusqu'au 30 juin

2005. Elle porte sur un échantillon de 229 consultations cannabis qui ont reçu 4202 personnes au cours d'un mois donné, dont 72% de consommateurs et 28% de personnes de l'entourage d'un consommateur. Les jeunes âgés de 10 à 15 ans représentent 6% de l'ensemble du public accueilli en consultation cannabis (qui s'élève à 3000 consommateurs en moyenne un mois donné). Ces 160 jeunes sont pour les deux tiers d'entre eux âgés de 15 ans, 21 % de 14 ans (33 individus) et 10 % de 13 ans ou moins (17 individus). A titre de comparaison, la file active de ces consultations spécialisées comprend 41% d'adolescents âgés de 16 à 19 ans, 40% de jeunes adultes de 20 à 25 ans et 13% de consommateurs plus âgés (26 ans et plus).

Le sex ratio est déséquilibré en faveur des garçons à tous les âges, mais de façon moins marquée entre 10 et 15 ans : la part relative des filles représente 30% à cet âge ; elle s'abaisse à 21% à 16-19 ans, 18% à 20-25 ans et ne représente plus que 17% des plus de 25 ans.

Ce sont les demandes suggérées par un tiers (environnement familial ou éducatif) qui priment entre 10 et 15 ans : 61% de ces consultants viennent sur le conseil de leur entourage – souvent accompagnés, en général par un ou plusieurs parent(s) –, alors que 23% sont adressés par la justice et 16% se présentent spontanément. La part des orientations judiciaires est nettement plus faible à cet âge qu'aux âges plus élevés (33% entre 16 et 19 ans, 48% chez les 20-25 ans) : elle est, à tous les âges, majoritairement le fait des garçons.

Les modalités de recours aux consultations cannabis sont en effet fortement différenciées par sexe : si le premier motif de recours est bien, pour les deux sexes, la suggestion d'un tiers (71% chez les filles, 57% chez les garçons), les filles viennent plus souvent spontanément et les garçons sont plus souvent orientés par la justice.

A 10-15 ans, environ la moitié des consultants (46%) déclarent un usage occasionnel de cannabis (moins de 10 occasions de consommation dans le mois passé), 22% sont des usagers réguliers (entre 10 et 29 usages dans le mois) et 32% sont des usagers quotidiens. Par rapport aux autres âges, la part des usages occasionnels s'avère particulièrement élevée dans cette tranche d'âge.

Les consultants de 10 à 15 ans ont commencé à fumer du cannabis en moyenne à 13 ans, aussi bien les garçons que les filles. Un quart a expérimenté le cannabis avant cet âge moyen. Environ 60% des consultants de 10-15 ans sont diagnostiqués usagers simples ou « à risque » et près de 40% sont jugés en situation d'usage nocif ou de dépendance au cannabis²⁹. Comparé aux usages chez les adultes, c'est à cet âge que la part des cas de dépendance est la plus faible et la part d'usages à risque la plus élevée.

²⁹ Le classement dans ces catégories a été effectué par l'intervenant en charge de l'adolescent. Il peut être médecin, travailleur social... L'intervenant pouvait s'appuyer sur une grille de repérage (CAST, DEP-ADO, CRAFFT, CAGE-cannabis, ALAC, ou encore grille d'évaluation interne) mais sans disposer de seuil de référence.

Tableau 25. Diagnostic d'usage chez les consultants de 10-15 ans

	Usage	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance	
Garçons	27%	37%	22%	13%	100%
Filles	20%	33%	23%	25%	100%
Ensemble	25%	36%	22%	17%	100%

Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis, OFDT, 2006.

Dans un contexte où la prévention des drogues est caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes, aucun modèle n'avait été jusqu'à présent imposé aux réseaux de professionnels ni aux institutions. Cela pourrait toutefois évoluer dans un proche avenir. En effet, le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool prévoit de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité, faisant écho en cela aux principes posés par le programme quinquennal 2003-2008 de prévention et d'éducation élaboré par le ministère de l'Éducation nationale³⁰. Cette volonté politique ainsi affichée par les pouvoirs publics s'est concrétisée par la finalisation, à l'automne 2005, du « Guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives ». La diffusion des recommandations portées par ce guide vise à une harmonisation de l'offre de prévention adressée aux jeunes élèves, dans la mesure où la majorité des actions de prévention des dépendances se déroule en milieu scolaire et implique largement la communauté éducative tant pour la coordination que la conduite des actions.

Depuis 1990, le Ministère de l'Éducation nationale encourage désormais une approche des conduites à risque incitant les établissements scolaires d'enseignement primaire et secondaire à aborder la question des drogues sous l'angle des comportements d'usage plutôt que des produits. Le guide réaffirme ce principe. Il fournit des clés pour aborder avec les élèves du CM2 à la Terminale (pupils from 4th to 11th grades), l'ensemble des drogues tout en approfondissant les principaux produits psycho-actifs licites ou illicites, consommés par ces générations. Ainsi, le guide comprend-t-il des plans d'interventions successifs abordant plus particulièrement le sujet :

- du tabac en direction des élèves de CM2 et de 6^{ème}³¹ (11 à 12 ans en moyenne) ;
- de l'alcool pour les élèves de 5^{ème} et 4^{ème}³² (13 à 14 ans en moyenne) ;
- du cannabis pour les élèves de 3^{ème} et de 2^{nde}³³ (15 à 16 ans en moyenne)
- et enfin, des polyconsommations pour les élèves de 1^{ère} -Terminale³⁴ (17 à 18 ans en moyenne).

Du point de vue des stratégies de repérage des usages problématiques, en règle générale, le clinicien tient compte des modalités de consommation à risque et des facteurs de gravité individuels et environnementaux, recherche des signes cliniques et/ou des complications liés à la consommation de produit, s'appuie sur des questionnaires validés et évalue la motivation au changement. Cette stratégie d'évaluation des risques liés à l'usage de substances psychoactives ne diffère pas dans le cas des jeunes adolescents. Plusieurs

³⁰ Instauré par le circulaire n°2003-210- du 11 décembre 2003 ; NOR : MENE0302706C.

³¹ Soit la dernière année d'école élémentaire et la première année de collège (correspondant aux 4^{ème} et 5^{ème} grades).

³² Soit les deux années médianes de collège (correspondant aux 6^{ème} et 7^{ème} grades).

³³ Soit la dernière année de collège et la première année de lycée (correspondant aux 8^{ème} et 9^{ème} grades).

³⁴ Soit les deux dernières années de lycées (correspondant aux 10^{ème} et 11^{ème} grades).

questionnaires permettent de repérer et d'évaluer les consommations nocives de substances psychoactives, en particulier illicites, chez l'adolescent. Le questionnaire CRAFFT, outil à 6 questions permettant de repérer un usage nocif de produits psychoactifs, a fait l'objet d'une étude de validation en population générale française (Karila et al., 2006). De même, le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test), comprenant également 6 questions spécifiques aux consommations de cannabis, a fait l'objet d'une étude de validation en population générale et est en cours de validation en population clinique. De tels outils standard sont utilisés de plus en plus systématiquement, quel que soit l'âge du consultant. Ils montrent que pour cette tranche d'âge des moins de 16 ans, la dépendance est rare mais l'abus relativement fréquent (Reynaud, 2002). Au terme de la démarche clinique, il est important d'évaluer la motivation du patient. L'entretien motivationnel est une technique thérapeutique qui a fait preuve de son efficacité dans les conduites addictives. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et à résoudre son éventuelle ambivalence. Le thérapeute doit l'amener à prendre conscience de ses problèmes, des possibilités et des moyens à mettre en œuvre pour changer. Cette technique thérapeutique repose sur différents principes qui sont l'empathie, l'exploration de l'ambivalence, la lutte contre la résistance, le renforcement du sentiment d'efficacité personnel, de la liberté de choix et la levée des obstacles. Cette approche peut servir de plate-forme pour les pharmacothérapies (Miller et Rollnick, 2002 ; Miller, 1996). Elle s'avère bien adaptée aux jeunes usagers qui connaissent déjà des situations problématiques liées à leur usage de drogues.

12. Cocaine and Crack Use: prevalence, risks and responses

Cadet-Tairou Agnès, Toufik Abdalla, Gandilhon Michel, Milhet Maïtena, Bello Pierre-Yves et le réseau TREND

En France, abstraction faite d'une courte période aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. L'augmentation, depuis 1995 environ, de l'usage de cocaïne représente une rupture dans l'histoire de ce produit. C'est au cours des années 1990 que l'on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis l'élargissement relatif de la forme basique (free base ou crack) (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004; Bello et al., 2005).

Enfin, entre 2000 et 2005, on assiste à une accélération de la diffusion de la cocaïne, avec un taux d'usage au cours de l'année multiplié par 2 ou 3 selon les populations considérées. On estime à 200 000 le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne en 2005, effectif qui reste modéré au regard de la taille de la population

S'agissant plus spécifiquement de la diffusion de la forme base de la cocaïne, son usage aurait été introduit presque simultanément par deux groupes distincts s'adressant à deux profils de consommateurs :

- des personnes ayant voyagé ou séjourné aux Etats-Unis au cours des années 80 l'auraient introduite sous le nom de free-base en métropole auprès du milieu relativement aisé des sniffeurs de cocaïne en poudre, ces usagers basant habituellement eux-mêmes la cocaïne³⁵ ;
- des personnes d'origine antillaise auraient favorisé sa diffusion à Paris dans le milieu de la rue, exclusivement sous l'appellation crack, qu'ils vendent déjà basée sous la forme d'un caillou.

Cette double origine a probablement contribué à créer la confusion autour de l'appellation de la forme base appelée crack par les uns et free-base par les autres, en croyant évoquer deux produits différents.

En métropole, c'est à Paris que le crack fait son apparition. L'existence d'une scène ouverte dans le nord de la capitale a servi de plateforme à sa diffusion. Lors de sa première apparition à Paris autour de 1990, les consommateurs, comme les petits trafiquants, sont issus de la zone caraïbe. L'élargissement à d'autres groupes ethniques, Français et Maghrébins pour la consommation, et Africains pour le petit trafic, ainsi que vers d'autres départements métropolitains (sous l'appellation free base notamment), n'est intervenu que quelques années plus tard (Bello et al., 2005). La consommation de cocaïne basée sous l'appellation crack semble cependant rester numériquement et géographiquement limitée en métropole, en comparaison des craintes d'épidémie qu'a suscité la situation des Antilles françaises et de la Guyane. L'usage de la forme free-base touche à Paris une frange de

35 Etienne Matter (A.S.U.D.): Rapport national sur le 'Freebase' et le 'Crack', janvier 2003 (rapport non publié réalisé dans le cadre de dispositif TREND)

nouveaux consommateurs : jeunes précarisés issus du milieu festif ou jeunes des cités (CEIP de Marseille, 2005).

Observation des usages de cocaïne et de crack

La consommation : une forte croissance mais un niveau encore modéré

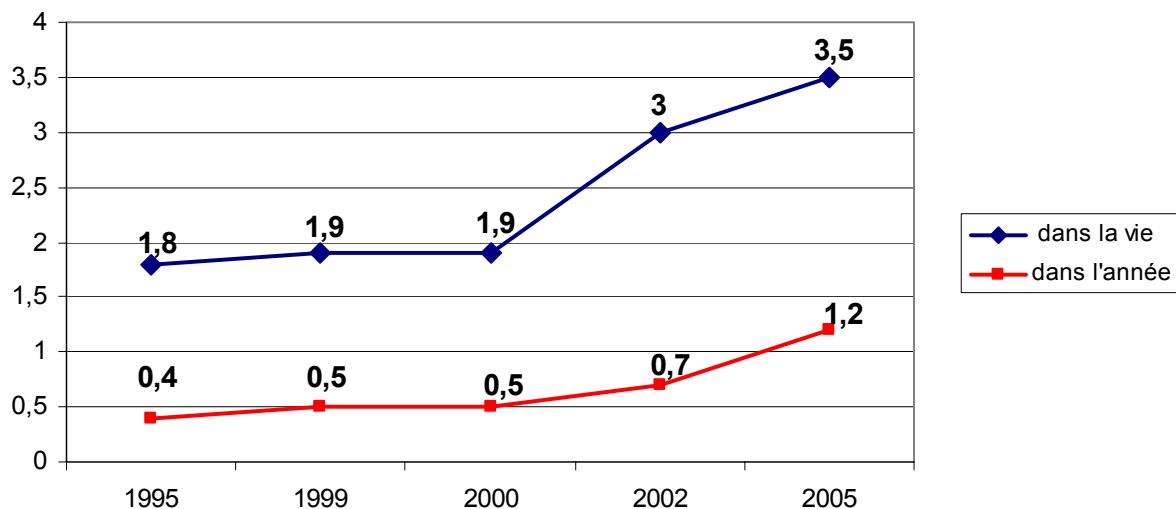
Une extension de la consommation en population générale

En 2005, 2,6 % des 15-65 ans en France ont expérimenté la cocaïne. Si cette prévalence reste faible au regard de la consommation d'autres psychotropes tels que le cannabis, le produit apparaît toutefois très accessible puisque 8 % des 15-65 ans s'en sont déjà vu proposer (Beck et al., 2006). C'est dans la tranche d'âge des 25-34 ans que l'on trouve la proportion la plus importante de personnes ayant essayé la cocaïne puisqu'elle s'élève à 4 %, contre 3,4 % pour les 18-25 ans et 1,3 % pour les 45-64 ans (Beck et al., 2006). L'âge moyen d'initiation chez les 15-64 ans se situe à 22,6 ans (Beck et al., 2006).

On estime que 200 000 personnes en ont consommé dans l'année 2005 soit 0,6 % des 15-65 ans. Ce taux atteint 1,5 % chez les 18-25 ans. Les hommes en consomment trois fois plus fréquemment que les femmes (0,9 % vs 0,3 %).

L'usage de cocaïne est le plus souvent rencontré chez les jeunes adultes et chez les jeunes. En 2005, parmi les jeunes de 17 ans, on estime que 2,0 % des filles et 3,0 % des garçons ont déjà expérimenté la cocaïne (ensemble, 2,5 %) (Beck et al., 2006). Ces données recueillies lors de la journée citoyenne obligatoire pour tous les jeunes Français(es) entre 17 et 18 ans sont cohérentes avec les données de l'enquête ESPAD qui relève que 2,6 % des garçons et 2,0 % des filles de 16-17 ans avaient, en 2003, expérimenté la cocaïne (Choquet et al., 2004). Au plan géographique c'est sur les régions du pourtour méditerranéen que l'expérimentation à 17 ans est la plus fréquente (3,1 % vs 1,9 % sur le reste de la France d'après les données 2002-2003), même si les écarts demeurent limités (Beck et al., 2005).

Figure 10. Evolution de la fréquence de la consommation de cocaïne chez les Français âgés de 15 à 34 ans (1995-2005)



Source : Baromètre Santé, OFDT/ INPES, exploitation OFDT.

L'ensemble des indicateurs disponibles montre un élargissement de la consommation de cocaïne. En effet, l'expérimentation en population générale (15-65 ans) a plus que doublé en 10 ans (1,1 % en 1995, 1,6 % en 2000 et 2,6 % en 2005). L'usage dans l'année chez les 15-64 ans a, quant à lui, triplé entre 2000 et 2005 (0,2 % en 2000, 0,6 % en 2005) (Beck et al., 2006).

Chez les plus jeunes, l'accélération apparaît plus rapide. En 2000, 0,6 % des filles avaient expérimenté la cocaïne à 17 ans. Elles étaient 1,1 % en 2003 et 2,0 % en 2005. Chez les garçons de 17 ans l'expérimentation est passée d'1,3 % en 2000 à 2,0% en 2003 et enfin à 3,0 % en 2005 (Beck et al., 2006).

Les milieux sociaux touchés par l'usage de cocaïne sont devenus assez hétérogènes : il est donc difficile de dessiner un profil type du consommateur. La cocaïne n'est dorénavant plus seulement utilisée par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des usagers de drogues très marginalisés, mais touche également les classes économiques moyennes ou encore des usagers rencontrés en milieu festif (Bello et al., 2005). Un noyau de consommateurs est cependant identifié, composé essentiellement des personnes fréquentant les milieux de la nuit et de la fête, des ex-toxicomanes substitués à la méthadone et au Subutex® et enfin des usagers de drogues plus ou moins marginalisés pouvant fréquenter les structures dites de « bas seuil ».

Une substance bien implantée en milieu festif

Dans l'espace festif « musique électronique » des cinq villes (Nice, Toulouse, Rennes, Bordeaux, Metz) ayant participé à une enquête en 2004-2005, 34,6 % (n=1496) des personnes déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours du mois écoulé et plus des deux tiers en ont pris au moins une fois dans leur vie. Les personnes enquêtées sont 6,1 % à déclarer avoir consommé du crack/free-base au cours du mois écoulé. A noter aussi la faible prévalence de la consommation quotidienne de cocaïne et de crack au sein de cette population essentiellement festive, laquelle atteint respectivement 2.7% (14/518) et 3.2% (3/91) (Reynaud-Maurupt, à paraître).

La fréquence de la consommation de cocaïne varie selon les différents « groupes d'affinité » identifiés au sein de cette population festive. Ces « groupes d'affinité » correspondent à une typologie des populations fréquentant l'espace festif électro. Construite sur la base d'une étude ethnographique, ils se constituent à partir du style de musique privilégiée et des établissements fréquentés.

Tableau 26. Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population fréquentant l'espace « musique électronique », 2004-2005

Groupes d'affinité	Consommation	Dans le mois		Au moins pluri hebdomadaire
		Non basée	Basée	
« Alternatif »	(free party, rave), n=276	50,0 %	13,4 %	16,0 %
« Soirées urbaines »	Pubs, n=398	27,1 %	4,5 %	8,0 %
« Clubbing »	Boites, clubs électro, n=430	27,9 %	1,4 %	11,2 %
« Select	Boites par cooptation, pubs « sélectif s », n=192	27,1 %	1,6 %	10,4 %

Source : Reynaud-Maurupt (Reynaud-Maurupt, 2006, à paraître)

Le groupe d'activité Alternatif comprend la population qui fréquente les rave parties et la population qui fréquente les free parties.

Le groupe d'affinité Urbain comprend des personnes qui se retrouvent dans les pubs ou plus rarement dans des soirées ponctuelles dans des salles louées qui rassemblent moins de 1000 personnes, exceptionnellement lors d'un festival « Electro ».

Le groupe d'affinité Clubbing rassemble des amateurs de soirées se déroulant dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetée « Club électro ».

Le groupe d'affinité select fréquente des boîtes dans lesquelles il faut toujours être co-opté pour entrer ou des pubs dont l'accès est libre mais dans lesquels une sélection par l'habillement s'opère, du fait de l'obligation d'une tenue correcte (Reynaud-Maurupt, à paraître).

Une consommation fréquente chez les usagers de drogue en contact avec les structures de réduction des risques et les structures socio-sanitaires.

Parmi les usagers de drogues rencontrés dans les structures de bas seuil³⁶, les dernières données dont on dispose (2003) montrent que 35 % des personnes ayant répondu à l'enquête menée auprès des structures de première ligne en ont consommé au cours du mois écoulé (Bello et al., 2004).

Alors que pour la cocaïne poudre, la part des consommateurs quotidiens varie de 25 % en 2001 à 8 % en 2003, elle se situe aux alentours de 40 à 50 % pour la cocaïne basée, soit, en fonction de l'année, deux à quatre fois plus que la part des consommateurs quotidiens de cocaïne. Cette différence peut s'expliquer, au moins en partie, par les caractéristiques sociodémographiques des usagers ; plutôt intégrés et ayant une modalité de consommation plutôt occasionnelle de type « festif » dans le cas de la cocaïne et très marginalisés, aux modalités de consommation plutôt compulsives quand il s'agit du crack (Bello et al., 2005).

Tableau 27. Part des consommateurs de cocaïne et de crack/free base au cours des derniers 30 jours parmi des usagers de structures première ligne

		Cocaïne		Crack/free base	
		Dans les 30 jours	dont quotidiennement	Dans les 30 jours	dont quotidiennement
2001*	(n=799)	39 %	25 %***	20 %***	50 %***
2002*	(n=964)	42 %	19 %	26 %	39 %
2003*	(n=1082)	35 %	8 %	18 %	40 %

*** La question posée ne mentionne pas la free base

Sources : Données et exploitation : * TREND/OFDT ; (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004; Bello et al., 2005).

³⁶ Correspond à l'espace urbain dans le dispositif de recueil d'information TREND de l'OFDT : l'ensemble des lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues. Il se compose, pour l'essentiel, des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), dans certains centres de soins spécialisés et dans des lieux « ouverts » tels la rue et les squats.

Parmi les usagers des structures première ligne en 2003, l'âge moyen des consommateurs récents de chlorhydrate de cocaïne est de 28,4 mois contre 31,7 pour les non utilisateurs. Les $\frac{3}{4}$ des usagers ont moins de 32 ans. Il s'agit d'hommes 4 fois sur 5. Près de 60 % des consommateurs ont expérimenté la cocaïne pour la première fois entre 17 et 22 ans (Bello et al., 2005). Les usagers de la forme basée de la cocaïne vus dans ce cadre sont plus âgés. Ils ont en moyenne 32,5 ans et 41 % d'entre eux ont 35 ans ou plus. On trouve également 4 hommes pour une femme (Bello et al., 2005).

Si dans les structures de réduction des risques la part des usagers de drogues consommant de la cocaïne semble stable, elle augmente régulièrement depuis 2001 dans les structures socio-sanitaires spécialisées dans l'usage de drogues : 8 % en 2001, 9 % en 2002, 10 % en 2003 et 11 % en 2004 (CEIP de Marseille, 2005). Parmi eux, 20 % ont une consommation quotidienne.

En France métropolitaine, la consommation de cocaïne base sous l'appellation crack reste relativement concentrée dans le nord-est de Paris (18ème arrondissement et dans les arrondissements voisins) avec une tendance à l'extension dans le département de Seine Saint Denis. Ces quartiers concentreraient une population de 2000 à 3000 toxicomanes (Lebeau, 2006).

Le groupe particulier des usagers de crack du nord-est parisien a fait l'objet d'une étude spécifique non publiée à ce jour qui montre surtout l'extrême précarité sociale de cette population (absence de logement stable, absence d'accès aux droits qui se traduit par une absence de papiers d'identité, une absence de couverture sociale et de travail) et objective son faible niveau d'accès aux soins. Ces usagers multiplient les prises de risques et peuvent avoir de longues périodes de consommation (3 jours consécutifs par exemple) sans manger ni dormir. L'absence de logement les prive de tout hygiène élémentaire (Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005). Cette population est constituée d'hommes à 80 %. Les âges s'étendent de 18 à 57 ans pour un âge moyen de 36 ans (Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Le crack, drogue la plus consommée aux Caraïbes

Dans les trois départements d'outre-mer, Martinique, Guadeloupe et Guyane, la situation est sensiblement différente dans la mesure où le crack est le produit illicite le plus répandu parmi les usagers de drogues après le cannabis.

La proximité des zones de production de la cocaïne (Amérique du Sud) et des îles hispanophones et anglophones, devenues une des principales zones de transit de la cocaïne et du crack vers l'Europe et les États-Unis, ont contribué au développement d'un marché local du crack dans ces départements depuis les années 80.

En Martinique, 66 % des personnes fréquentant les structures de bas seuil ont consommé du crack et de la cocaïne chlorhydrate au cours du dernier mois. En Guyane, ils sont 5 % à avoir consommé du crack, mais seulement 2 % à avoir pris de la cocaïne chlorhydrate récemment. Il existe une opposition très nette entre le profil habituel du consommateur de cocaïne et celui du consommateur de crack. Étant données les différences de prix et de modes d'approvisionnement, les deux produits ne rencontrent pas le même public, l'usage de cocaïne étant l'apanage de milieux relativement aisés (qui ne fréquentent pas les structures de bas seuil) au contraire de celui du crack qui affecte une population beaucoup plus marginalisée socialement. En Guyane, notamment, la population errante et/ou marginalisée constitue l'essentiel des usagers de crack. Leur nombre et leur visibilité sont sans cesse croissants. Leur « recrutement » est aisé par les dealers, au sein des groupes

les plus fragilisés de la population : malades mentaux livrés à eux-mêmes, chômeurs, RMistes, « sans papiers ».

Toutefois, les consommateurs de crack ne sont pas tous désocialisés et issus de milieux sociaux peu favorisés. En Martinique, on constate que de nombreuses personnes arrivent à consommer du crack, en général de manière occasionnelle (sous forme de black joints) tout en travaillant et ayant une vie de famille. On retrouve parmi eux quelques anciens héroïnomanes ou polyconsommateurs revenant au pays qui découvrent un produit auquel ils n'avaient pas accès auparavant. Ce sont d'ailleurs chez ces utilisateurs que l'on décrit parfois des modes d'usage inhabituels telle l'injection après acidification. En Guyane également, il est de plus en plus fréquent de constater des consommations de crack au sein de milieux aisés (Bello et al., 2005).

Une situation contrastée dans les milieux de la prostitution

La situation vis-à-vis de la cocaïne apparaît sensiblement différente dans les milieux de la prostitution masculine et féminine.

Si la part des prostitués masculins ayant expérimenté la cocaïne dans la vie apparaît assez élevée en 2002 (50 %, n=258) dont 42 % chez les « garçons »³⁷ et 58 % chez les « transgenres »³⁸, la consommation au cours du dernier mois apparaît plus réduite (8 % dont 4 % chez les garçons et 12 % chez les transgenres). Chez les garçons, la cocaïne apparaît nettement comme une drogue du client « classe », que l'on consomme occasionnellement quand le client en offre. Chez les transgenres l'usage de cocaïne semble plus important et plus fréquent, notamment pour faire la fête. Bien que l'usage soit affirmé comme toujours contrôlé, certains témoignages de transgenres laissent supposer l'expérience de périodes de dépendance (Da Silva et al., 2004). Le crack a été consommé au cours de la vie par 6 % des garçons et 10 % des transgenres (8 % de l'ensemble). Parmi eux, 0,8 % en ont consommé au cours du mois précédent l'enquête. Dans cette population, la cocaïne est le plus souvent sniffée, plus rarement fumée, mais jamais injectée.

Chez les prostituées femmes, la fréquence de l'expérimentation de la cocaïne ou du crack apparaît plus faible (30 sur 165 soit environ 20 %) comme en témoigne une étude qualitative menée en 2002 dans les milieux de la prostitution féminine. En revanche, toutes les consommatrices actuelles de cocaïne ou de crack sont dépendantes des opiacées (13 sur 165). Dans ce cas la prostitution a pu précéder ou non la toxicomanie, mais la dépendance aux opiacés a toujours précédé l'usage de crack ou de cocaïne qui vient « remplacer » le plaisir perdu par l'accoutumance aux opiacés (Cagliero et al., 2004). Toutes ces femmes, consommatrices au cours du mois précédent, fument de la cocaïne base ou injectent la cocaïne.

37 Les garçons pratiquent la prostitution de façon régulière ou occasionnelle, tout en affichant leur masculinité. Ici, ils pratiquent la prostitution uniquement avec des hommes.

38 Le terme transgenre désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son sexe de naissance. Ici, le terme désigne les personnes de sexe masculin qui s'habillent en femmes pour pratiquer la prostitution, opérées ou non, sous traitement hormonal ou non, pour répondre à la demande du marché sexuel ou pour leur plaisir personnel.

Modalités de consommation : le sniff majoritaire et des modalités différentes selon les groupes d'utilisateurs...

Parmi ceux qui fréquentent l'espace festif "musique électronique", la cocaïne est majoritairement sniffée (98 %) et fumée "basée" (19 %) mais très rarement injectée (0.6 %).

En revanche, parmi les usagers fréquentant les structures de "première ligne"³⁹ qui sont le plus souvent des usagers actifs, si le sniff est majoritaire (62 %), l'injection est largement répandue puisqu'elle touche plus de quatre usagers sur dix (43 %) (Bello et al., 2005; Reynaud-Maurupt, à paraître).

Dans les structures de soins spécialisées pour les toxicomanes, la part des usagers qui fument la cocaïne atteint le tiers de l'ensemble de consommateurs (CEIP de Marseille, 2005).

Tableau 28. Voie d'administration* du chlorhydrate de cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » et « festif musique électronique » 2004/5

Mode d'usage*	1ère ligne** (n = 303)	Festif électronique*** n = 506)	Structures socio sanitaires**** (n=374)
Injection	43%	0,6%	29 %
Sniff	62%	98%	55 %
Inhalation, fumette	15%	19%	28 %

* une même personne peut recourir à plusieurs voies d'administration

Données et exploitation : **TREND/OFDT ; *** GRVS/TREND/OFDT ** ; * OPPIDUM/CEIP/AFFSAPS.

Les modalités d'administration semblent fréquemment uniques pour un même usager : un peu moins de la moitié (46 %) des usagers fréquentant les structures de première ligne déclare ne pratiquer que le sniff, un tiers (33 %) ne pratique que l'injection, 9 % fument et sniffent et 5 % sniffent et injectent (Bello et al., 2005).

Les modalités d'administration varient de manière importante selon la tranche d'âge : dans les structures de première ligne, l'injection est plus fréquente chez les plus âgés (69 % à partir de 35 ans), le sniff et la fumette chez les plus jeunes (80 % chez les 15-24 ans) (Bello et al., 2005).

Dans les trois départements des Antilles et de la Guyane, le crack est presque exclusivement inhalé alors qu'à Paris il peut être aussi injecté⁴⁰. Cette pratique d'injection du crack demeure cantonnée à la région parisienne et particulièrement à Paris intra-muros.

Pour réguler et mieux gérer l'anxiété consécutive à la prise de cocaïne chlorhydrate ou base, les usagers ont recours à quatre familles de substances psychoactives : l'alcool (rhum) et le cannabis aux Antilles-Guyane ; les opiacés (héroïne, Subutex® ; sulfate de morphine), les Benzodiazépines et de l'alcool en métropole (Bello et al., 2005).

39 Structures de réduction des risques et de soutiens aux toxicomanes ou structures dites "bas-seuil".

40 Pour retransformer le crack en forme injectable les usagers utilisent le même agent chimique que pour l'héroïne base à savoir du jus de citron.

... Correspondant à des motivations distinctes avancées par les usagers

Ignorant fréquemment l'identité entre le crack et la cocaïne basée, les usagers différencient la cocaïne qu'ils basent eux-mêmes et le crack. Les deux appellations étant considérées comme désignant des produits différents, les motivations dans le choix du mode d'usage divergent.

Le choix de la voie nasale (sniff) est lié pour de nombreux usagers à un sentiment de « maîtrise » de sa propre consommation (par rapport à l'inhalation et à l'injection).

La cocaïne basée soi-même, en comparaison avec le crack, apparaît comme une alternative à moindres risques pour sa propre santé et moins dégradante pour l'image sociale que renvoie l'usager (Bello et al., 2005).

Plusieurs motifs principaux sont avancés quant au recours à la forme fumable (Bello et al., 2005):

- L'inhalation permet de ressentir les effets de la cocaïne de manière plus rapide et plus intense (effet flash) que le sniff et dans une moindre mesure que l'injection intraveineuse.
- Par ailleurs, le « basage » de la cocaïne est aussi considéré comme un procédé de purification par ceux qui consomment du free base, permettant de se débarrasser des produits de coupage de la cocaïne plus que comme un processus chimique indispensable à la transformation de la cocaïne en forme fumable.
- L'utilisation de la cocaïne sous forme basée permet en outre de la fumer dans un joint, mélangée à du cannabis, ou dans une cigarette jointe à du tabac et ainsi de passer inaperçue, contrairement au sniff ou à l'injection, quel que soit le lieu, notamment dans les établissements de nuit. Perçu comme « normal », l'acte de fumer ne provoque pas ou peu de désapprobation sociale.
- Enfin, le fait de fumer est perçu comme une pratique à moindre risque en matière de contamination par le VIH et les hépatites et de surcroît moins stigmatisant que l'injection.
- En Martinique et en Guyane, une petite minorité des usagers de cocaïne, pour des raisons liées au prix et à la disponibilité, peut être amenée à prendre du crack

Représentations : les trois images de la cocaïne

Selon l'appellation et la forme sous lesquelles elle apparaît, la cocaïne fait l'objet d'appréciations et d'images radicalement différentes. La cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, est considérée comme une consommation de luxe, apanage des milieux « branchés ». C'est une des raisons pour laquelle cette substance bénéficie d'une image « positive » associée à un certain niveau de réussite sociale et à la croyance que ce produit est une drogue relativement facile à gérer à condition de la consommer avec modération. Le fait qu'elle soit principalement sniffée renforce cette perception. Dans l'espace festif, la prise de la cocaïne en groupe et le rituel du partage qui en découle sont souvent associés à la « convivialité », laquelle est similaire, en quelque sorte, à celle fréquemment évoquée pour le cannabis. La cocaïne est également perçue de manière plutôt positive par les jeunes consommateurs occasionnels, sniffeurs ou fumeurs, socialement bien insérés.

Toutefois, cette perception positive est plus nuancée notamment chez les consommateurs réguliers et chroniques. Ceux-ci prennent en effet conscience d'aspects problématiques liés à l'usage tels la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit. L'usage régulier est ressenti comme synonyme de perte de maîtrise. Les injecteurs de cette substance subissent, de plus, les contrecoups d'un mode d'administration perçu comme dégradant (Bello et al., 2005).

Les représentations du crack, quant à elles, sont aux antipodes de celles prévalant pour la cocaïne sous forme chlorhydrate. Celles-ci sont sans nuances, négatives quel que soit le site, le contexte ou la période. Dès son apparition sur la scène française, le crack a été présenté, dans la continuité des représentations véhiculées par les médias américains, comme une substance dévastatrice, violente, criminogène, qui « accroche » dès la première prise. Dans les départements d'outre-mer, la stigmatisation du crack atteint son comble. Ce produit est perçu comme la « pierre du diable », le « produit des ténèbres » et le dealer est présenté comme un « émissaire du diable » tandis que ceux qui le consomment sont considérés comme des « possédés ».

Abstraction faite de Paris et des départements d'outre-mer où la forme fumable de la cocaïne est connue comme étant du crack, sur les autres sites ladite forme est connue sous la dénomination de free base. Quoique chimiquement identiques, « crack » et « free base » ne sont pas pour autant des simples synonymes. Les deux vocables sont porteurs de sens et de significations différents et investis de représentations diamétralement opposées. Tandis que le crack apparaît comme une substance consommée par des usagers très marginalisés socialement, la « base » est rencontrée plus fréquemment dans l'espace festif et consommée par des usagers plus intégrés dans la société, dont beaucoup pensent purifier la cocaïne en la basant (Bello et al., 2005).

Des conséquences sanitaires mal évaluées

La consommation de cocaïne et de crack n'est que rarement à l'origine d'une prise en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). La part des patients pris en charge principalement pour usage de cocaïne est stable depuis plusieurs années (6,1 % en 2004, crack compris⁴¹). Selon les années, la part des demandes de traitement pour usage de crack varie de un quart à un tiers de ce total (Palle et al., 2005; Palle et al., 2006). Une hypothèse est que la demande de soins des populations non désinsérées s'exprime difficilement dans ce cadre très stigmatisant.

Contrairement aux opiacés et aux benzodiazépines, la cocaïne n'engendre pas de dépendance physique mais une forte dépendance psychique. Ainsi, parmi les personnes qui fréquentent les structures socio-sanitaires en 2004, 4 % déclarent que la cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance (CEIP de Marseille, 2005).

La consommation de cocaïne peut être à l'origine de décès par surdose. Le nombre de décès recensés par les services de police et de gendarmerie tend à s'accroître progressivement [Tableau 26]. En 2004, 10 cas de décès enregistrés sont uniquement dus à la prise de cocaïne et 5 décès sont consécutifs à l'association de la cocaïne et d'un autre produit (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

41 L'alcool est compris dans le total. Si l'on enlève les demandes de traitement pour usage principal d'alcool, le pourcentage de demandes de traitement pour usage principal de cocaïne s'élève à 6,9 %.

Tableau 29. Evolution des surdoses liées à la cocaïne recensées par les services de police et part par rapport à l'ensemble des surdoses

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Effectif	7	11	10	12	10	15
Pourcentage	5,9 %	9,2%	9,3 %	12,4 %	11,2 %	21,7 %

Source : OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005)

Les problèmes de santé inhérents à la consommation régulière tels qu'ils sont rapportés par les acteurs sanitaires du dispositif TREND sont multiples et cohérents avec les données de la littérature sur le sujet. Nous ne disposons pas de données quantifiées. Concernant les usagers de crack, on peut insister sur le fait que ces personnes se trouvent dans des états sanitaires extrêmement dégradés, cumulant les pathologies directement liées à l'usage de crack avec les problèmes de santé liés à la violence et aux conditions de vie particulièrement précaires.

Marché et trafic de cocaïne et de crack

Un nombre croissant d'interpellations, témoin d'un marché en expansion

Les interpellations pour usage de cocaïne n'ont cessé de croître depuis 2001 (+65 %) pour atteindre 2458 en 2004 à l'instar des interpellations pour trafic et usage revente (+ 86 %) au nombre de 2484 en 2004. Cependant les interpellations pour usage simple ne représentent que 2,4 % de celle pour l'ensemble des drogues illicites, les interpellations pour usage revente et trafic occupent une part de 12 % du total.

L'âge moyen de l'usager de cocaïne interpellé est en baisse progressive depuis plusieurs années, reflétant un élargissement des interpellations vers les classes d'âges les plus jeunes. Il est de 28,4 ans en 2004. Il était de 29,4 ans en 1999. Ainsi le nombre de mineurs interpellés en 2004 (30 mineurs) est en hausse de 17 % par rapport à 2003.

Le volume de cocaïne saisi en 2004 est de 4 484 kg. Il a progressé de 7,5 % par rapport à 2003, année qui constituait déjà un record pour les services répressifs. Ces derniers constatent que le trafic porte sur des quantités toujours plus importantes de cocaïne, importée directement par avion des pays d'Amérique latine ou indirectement via l'Espagne et les Pays-Bas. La France reste essentiellement un pays de transit : la part de cocaïne destinée au marché français ne dépassait pas 24 % en 2004. Des quantités importantes saisies étaient destinées à l'Italie et aux Pays Bas. Enfin, les Antilles françaises sont toujours utilisées comme des lieux de transit, voire de stockage de produits destinés aux marchés de la drogue Nord-américain et Européen (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

Concernant le crack, les statistiques du ministère de l'Intérieur apportent une traduction du double phénomène de diffusion, sociale et géographique : 22 interpellations en 1990 dans cinq départements pour usage/usage-revente du crack et 16 pour trafic contre 744 interpellations pour usage simple et 462 pour trafic et usage-revente et cela dans 40 départements en 2004 (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2004; Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005). Cependant l'activité de trafic reste marginale. Les saisies s'élevaient à près de 18 kg

en 2004 et près de 70 % du total concernait le trafic dans les trois départements français des caraïbes (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

Le petit trafic de chlorhydrate de cocaïne : des réseaux hétérogènes.

Trois grands types de réseaux de trafic de cocaïne sous sa forme chlorhydrate peuvent être distingués en France (Gandilhon, 2006 données non encore publiées).

Les réseaux liés au grand banditisme, implantés dans les grandes métropoles (Paris, Marseille). Ce type de réseaux importe en France par le biais de grossistes implantés en général en Espagne, en Hollande et en Belgique de grosses quantités de cocaïne. En général, ces réseaux achètent le produit non coupé et le revendent après coupage à des organisations de semi-grossistes faisant le lien avec les petits réseaux de détaillants.

Les réseaux de semi-grossistes et/ou de détaillants professionnels Ces réseaux s'approvisionnent soit auprès de grossistes implantés en France et liés au grand banditisme soit à l'étranger en Espagne, en Hollande voire même dans les Antilles françaises. Ces réseaux peuvent assurer une revente au détail de la cocaïne par le biais d'une organisation relativement structurée (rabatteurs, vendeurs) opérant généralement dans les cités populaires des banlieues des grandes métropoles ou dans les grands rassemblements festifs de type teknivals. La plupart de ces réseaux étaient auparavant spécialisés dans la revente de cannabis.

Les réseaux de micro-traffic. Ces types de réseaux sont probablement les plus nombreux en France. Ils sont en général peu structurés, animés par une, deux, voire trois personnes et ne comptent en général qu'une dizaine de clients. Ces micro-réseaux se subdivisent en trois grandes catégories :

- Les réseaux de type « start-up » : ils sont animés par des personnes non consommatrices de drogues qui se lancent dans le trafic de cocaïne pour des raisons purement financières. Dans l'esprit, ils sont proches des réseaux implantés dans les banlieues.
- Les réseaux d'usagers-revendeurs : ce sont les plus nombreux dans les procédures étudiées. Ces micro-réseaux sont animés par des personnes qui se lancent dans le trafic pour financer leur consommation et gagner un peu d'argent. Celles-ci peuvent être très dépendantes ou non. En général le réseau est de taille réduite avec tout au plus une dizaine de clients recrutés dans l'entourage et par le bouche à oreille.
- Les réseaux à but non lucratif : ils concernent des personnes qui veulent financer à moindre frais et directement leur consommation et dépanner des groupes d'amis. Dans ces réseaux ne rentrent pas de considérations financières ni de volonté de réaliser des profits. La cocaïne est revendue au prix d'achat (Gandilhon, 2006 données non encore publiées).

Tableau 30. Prix du gramme de cocaïne et d'héroïne au semi-gros en Belgique et en Hollande en 2004/2005.

Pays et villes	Nombre de procédures	Cocaïne	Héroïne
Belgique	28		
Anvers	15	35	10
Gand	10	30	10
Mons	2	40	07
Bruges	1	25	15
Pays-Bas	30		
Amsterdam	15	30	15
Rotterdam	14	35	10
Maastricht	01	40	15

Sources : données OCRTIS, traitement OFDT (Gandilhon, 2006 données non encore publiées)

L'approvisionnement des réseaux de trafics de cocaïne s'effectue essentiellement par le biais de semi-grossistes installés sur le territoire français ou dans des pays frontaliers. L'intérêt du recours à l'achat postfrontalier réside dans la modicité des prix de la cocaïne en semi-gros. Une étude portant sur 150 procédures d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne montre que le prix de la cocaïne en semi-gros en Belgique et en Hollande s'élève en moyenne à 30 euros environ, pour une revente au détail en France se montant à 60 euros soit un bénéfice net de 30 euros par gramme de cocaïne vendue. Ces données sont confirmées par celles recueillies dans le cadre du dispositif national TREND qui font état d'un prix médian du gramme de cocaïne s'élevant à 60 euros environ en 2004. Il est à noter que la quasi-totalité des petits réseaux de deal de cocaïne étudiés au travers des procédures de l'OCRTIS sont de nature multiscartes associant notamment à la cocaïne des produits comme l'héroïne.

Tableau 31. Prix moyen estimés du chlorhydrate de cocaïne dans les sites du dispositif d'observation TREND

Site	2001	2002	2003	2004
Bordeaux	53	80	65	45
Dijon	72	55	55	60
Lille	62	52	55	50
Lyon	61	65	65	60
Marseille	61	73	50	65
Metz	65	75	70	60
Paris	76	60	77	55
Rennes	83	56	60	67.5
Toulouse	53	67	60	65
Métropole (médiane)	62	65	63	60
Guyane	24	25	30	17.5
Martinique	122	60	55	52.5

Données et exploitation : TREND/OFD (Bello et al., 2005)

En dépit de ses fluctuations, le prix de vente à l'usager en 2004 est le plus bas enregistré au cours de 4 dernières années comme en témoigne l'évolution du prix médian observé dans la métropole [Tableau 31].

Réduction des risques et modalités de prise en charge, peu de réponses spécifiques.

Réduction des risques en France : le crack essentiellement visé

La diffusion observée de la consommation de cocaïne vers des populations jeunes et/ou appartenant aux classes moyennes fait craindre aux décideurs du champs une banalisation de son usage. Cette mobilisation sur la question de la cocaïne (acquise sous forme chlorhydrate) est récente et n'a pas encore conduit, au plan national, à une stratégie de réduction des risques visant spécifiquement la cocaïne.

En revanche, la concentration de scènes ouvertes de deal et de consommation dans le nord-est de Paris depuis les années 1990 et l'inadaptation des structures classiques de prise en charge, ont amené les structures de réduction des risques à développer des approches spécifiques aux usagers de cracks. L'association EGO qui dispose dans le quartier concerné d'un centre d'accueil et d'un programme d'échange de seringues a, par exemple, conçu et mis en œuvre à partir de la fin de l'année 2003 la distribution d'un outil de réduction de risque nommé « Kit base ». Cet outil a permis d'entrer en contact avec 2000 usagers de crack pendant l'année 2004, pour atteindre une file active de 2500 usagers en 2006. Par ailleurs, la présence concentrée de crackers a entraîné de nombreuses tensions avec les riverains. Une association nommée « Coordination Toxicomanie » (CT-18) regroupant les structures de réduction des risques du 18ème arrondissement et des associations d'habitants s'est créée pour conduire une action de médiation sociale et d'animation dans le champ des drogues. Elle vise à maintenir une démarche de réduction des risques en s'appuyant sur un consensus minimum et à impliquer l'ensemble des acteurs présents sur le territoire (Lebeau, 2006). Le plan quinquennal 2004-2008 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) intègre et officialise ces actions dans un programme « crack » devant également être mené aux Antilles et en Guyane (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), 2004).

Prises en charge des consommateurs de cocaïne : pas de consensus.

Les modalités de prises en charge des usagers de cocaïne en France n'ont fait l'objet à ce jour, ni de recherche de consensus ni d'élaboration d'un guideline. Une conférence organisée sur ce thème par la MILDT en avril 2006 a mis en évidence la disparité des pratiques des centres spécialisés, tant au plan de l'organisation du parcours de soins, que des traitements médicamenteux choisis et de l'offre psychothérapeutique proposée. Bien que ce fait ne soit pas documenté par des éléments formels, il semble également que les médecins non spécialisés dans la toxicomanie se retrouvent assez dépourvus face à l'usage problématique de cocaïne, compte tenu du paradigme de soins installé avec la diffusion des traitements de substitution aux opiacés qui voudrait que pour chaque produit consommé on dispose de son substitut thérapeutique.

Les options thérapeutiques évoquées dans la littérature ou parmi les praticiens français ne se différencient pas de celles évoquées par la littérature internationale (Véléla et al., 2006). Cela étant, on ne dispose pas, en France de données relatives aux interventions

thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les professionnels de santé au contact des usagers de cocaïne et de crack.

Par ailleurs, une question centrale s'agissant de la cocaïne est celle de l'accès aux soins ou de l'adéquation de l'offre au besoin. Il semble que le dispositif de soins proposés aux usagers de drogue reste adapté au modèle du junky dépendant des opiacés des années 80 et soit peu adapté aux usagers de cocaïne qui ne se considèrent pas comme « drogués ».

Concernant les usagers de crack, il est rapporté des difficultés constantes de prise en charge sanitaire et sociale liées en partie à l'extrême marginalité de ces populations et au fait que les équipes médicales ne sont pas toujours suffisamment sensibilisées aux pathologies spécifiques engendrées par le crack. De plus, maints usagers de crack, dans la mesure où ils n'ont pas recours à l'injection, ne se considèrent pas comme toxicomanes et de ce fait ne fréquentent pas ou peu les CSST. En outre, l'absence de traitement de substitution à la cocaïne/crack ne facilite pas la rétention de ces patients et leur observance aux traitements des pathologies annexes. Plus particulièrement, à Paris, il a été fait mention des difficultés dans la prise en charge des usagers d'origine antillaise, notamment de ceux utilisant le rhum pour gérer la descente. La prise en charge de ces patients nécessiterait dans ce cas de prendre en compte des facteurs culturels (Bello et al., 2005; Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Pour faire face aux besoins sanitaires importants de cette population difficile à intégrer dans les circuits classiques, même spécialisés, de soins, une association de réduction des risques, Espoir Goutte d'Or (EGO), tente de rapprocher géographiquement et temporellement l'offre de soins des prestations de réduction des risques en proposant un projet de centre spécialisé de soins aux toxicomanes spécifiquement destiné aux usagers de crack. Le projet prend notamment en compte la nécessité de mener l'insertion conjointement aux soins. (Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Conclusion.

L'usage croissant, problématique ou non, de la cocaïne en France suscite de nombreuses interrogations des pouvoirs publics français sous-tendues notamment par la crainte d'une banalisation de son usage chez les jeunes. Les signes d'une pratique de basage de la cocaïne, hors des populations, circonscrites jusqu'alors, d'usagers de crack, constituent une source de questionnement supplémentaire sur les évolutions en cours. Pour mieux percevoir les caractéristiques de la situation française, le point focal français a prévu de mener en 2006 et 2007, une série d'études visant à améliorer notre connaissance de l'usage et des usagers.

La première, inscrite dans le dispositif SINTES, va permettre d'analyser la composition de 510 échantillons de cocaïne recueillis sous forme chlorhydrate directement auprès des usagers (résultats mi-2007).

La deuxième a pour objectif une meilleure connaissance des usagers de cocaïne non repérés par les dispositifs de soins, de réductions des risques ou par les services répressifs (résultats fin 2007). Un volet qualitatif, prélude à une enquête quantitative visera les objectifs suivants :

- mettre à jour les connaissances qualitatives descriptives relatives aux usages de cocaïne en France et à ses conséquences dans la vie quotidienne, chez les personnes non connues par le système de prise en charge sanitaire et social ;
- produire un classement typologique des différents profils sociaux et des modes de consommation, des carrières de consommateurs et des parcours sociaux ;
- proposer une analyse de l'expérience de l'utilisateur ;
- produire les éléments nécessaires à la réalisation d'un questionnaire pour la mise en œuvre d'un volet quantitatif.

Un autre volet d'observation est relatif aux interventions thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les professionnels de santé au contact des usagers de cocaïne et de crack. Une étude est en cours d'élaboration pour documenter ce point. Face à l'éparpillement et au peu de données existantes en la matière, l'étude aura pour ambition principale de produire un état des lieux des problèmes liés aux usages de cocaïne et de crack tels qu'ils sont perçus aussi bien par les professionnels que par les usagers qui les sollicitent, ainsi que des prises en charges auxquelles ces problèmes perçus donnent lieu. L'enquête sera conduite auprès du plus grand nombre possible de professionnels exerçant dans le dispositif de prises en charge de droit commun, dont les services d'urgence, de cardiologie et de psychiatrie à l'hôpital. Suivant des méthodes d'investigation qualitatives, l'étude s'efforcera autant que possible de croiser les points de vue des professionnels et des patients sur la nature des problèmes rencontrés ainsi que sur les interventions jugées pertinentes pour y répondre. Disponibles en Novembre 2007, les résultats de l'étude serviront de points d'appui pour l'élaboration d'une stratégie oeuvrant à l'amélioration de l'adéquation entre l'offre de soin et les besoins des usagers. Ces résultats contribueront également à la construction d'une stratégie de diffusion des connaissances qui ne sont pas à la disposition des professionnels et des usagers ainsi qu'à l'élaboration d'outils améliorant les prises en charge.

13. Drogues et conduite automobile

Hélène Martineau – OFDT

Politique.

Le cannabis : un nouveau dispositif légal

La politique de la France en matière de lutte contre les stupéfiants au volant a été marquée par deux changements majeurs ces dernières années. En août 1999, une première loi (et son décret d'application en 2001), a instauré un dépistage obligatoire des stupéfiants (dont le cannabis) en cas d'accident mortel, sur une durée de deux ans (de septembre 2001 à octobre 2003), dans le but de mener une étude épidémiologique. Ainsi, après plus d'un an de débats, le législateur avait finalement décidé de reporter la décision de créer un délit spécifique de conduite sous influence de stupéfiants et de lier l'éventualité de sa mise en place aux conclusions d'une vaste étude épidémiologique préalable. Celle-ci serait menée dans un cadre législatif pour autoriser la pratique de tests de dépistage sur des conducteurs (voir les résultats de cette étude en section 2).

Finalement, avant les conclusions de l'étude rendues publiques fin 2005, le débat a été relancé à l'initiative d'un député par une nouvelle proposition de loi « relative à la conduite automobile sous l'influence de drogues illicites et psychotropes » déposée à l'assemblée nationale en septembre 2002. Le 3 février 2003, la loi n° 2003-87 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est adoptée et publiée au Journal officiel le 4 février 2003.

Cette loi entérine la décision de rendre obligatoire le dépistage des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel mais elle apporte également des changements majeurs au dispositif. D'abord, elle crée un délit de « conduite en ayant fait usage de plantes classées comme stupéfiants » (alors que le dispositif précédent ne l'avait rendu obligatoire qu'à des fins de réalisation d'une étude épidémiologique), puni de deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 4 500€ et plus en cas de consommation associée d'alcool. D'autre part, elle étend l'obligation de dépistage des stupéfiants aux accidents ayant occasionné un dommage corporel, lorsqu'il existe à l'encontre du conducteur une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants⁴², et en autorisant le dépistage auprès des conducteurs impliqués dans un accident quelconque de la circulation, ou auteurs présumés de certaines infractions au code de la route (celles punies de la peine de suspension du permis de conduire, celles relatives à la vitesse des véhicules, au port de la ceinture de sécurité ou du casque), ou encore à l'encontre desquels il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'ils ont fait usage de stupéfiants. Le dispositif prévu par la loi pour le dépistage et la confirmation de la consommation de stupéfiants sera décrit ultérieurement (section 3).

Les benzodiazépines : essentiellement des mesures préventives

Pour ce qui concerne les benzodiazépines (BZD), le dispositif de la loi du 18 juin 1999 prévoit, toujours uniquement chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la

⁴² Un article de la loi du 15 novembre 2001, dite de « sécurité quotidienne », avait auparavant étendu les possibilités de recherche des stupéfiants après un accident corporel donc en dehors d'un accident mortel, sans avoir à agir sur instruction du Parquet.

route, une recherche des médicaments psychoactifs mais exclusivement chez les conducteurs dépistés positifs aux stupéfiants. La recherche de médicaments n'intervient ici qu'en tant que facteur de confusion potentiel au calcul du risque d'être impliqué dans un accident après avoir consommé des stupéfiants. Pour des raisons de coût, la recherche des médicaments ne pouvait être étendue à l'ensemble des conducteurs impliqués dans un accident mortel. Une étude spécifique sur le risque lié à la consommation de médicaments psychotropes devra être menée par ailleurs.

De manière plus générale, en France, la consommation de BZD chez les conducteurs est licite. L'interdiction faite à un individu de « conduire un véhicule lorsqu'il est sous influence d'une substance ou d'une pathologie susceptible de diminuer ses performances et de constituer un danger pour les autres » est censée limiter cette conduite ; mais sa faible applicabilité concernant les médicaments la rend relativement théorique (Cadet-Taïrou, 2006).

Finalement, seules des mesures préventives peuvent limiter ces comportements individuels mais la mise en œuvre de celles-ci s'accompagnent d'obligations pour certains professionnels (les prescripteurs et les fabricants de médicaments psychotropes) :

- les avertissements obligatoires dans les notices d'utilisation des médicaments ou l'apposition d'un pictogramme sur la boîte elle-même pour certains produits (décret n°99-338 du 3 mai 1999). Il est en revanche impossible de savoir quels sont les effets de cette signalétique sur la pratique des usagers. Certains professionnels réclamaient une révision de ce système de mentions écrites ou pictogrammes et proposaient une nouvelle classification des médicaments psychotropes en fonction de leur influence sur la conduite, permettant de graduer l'information donnée aux patients suivant les dangers connus. Cette classification n'aurait aucune valeur réglementaire vis-à-vis de l'aptitude à conduire mais viserait à aider les praticiens à mieux évaluer les implications des prescriptions médicales en terme de risques pour les conducteurs (voir les travaux de Charles Mercier-Guyon, notamment Mercier-Guyon, 2001). L'arrêté du 18 juillet 2005 (JO du 2 août) introduit de nouveaux pictogrammes et une classification en 3 niveaux de risque (de la Sablière, 2005).
- l'obligation faite au médecin d'être en mesure d'apporter la preuve qu'il a fourni une information complète et adaptée à son patient quant aux risques, mêmes exceptionnels, d'effets secondaires liés aux traitements médicaux données ou prescrits. Cette obligation d'information des patients par le médecin a été imposée par plusieurs arrêts du conseil d'Etat.
- les critères médicaux d'aptitude à la délivrance ou au renouvellement des permis de conduire, définis par arrêtés et le rôle des Commissions médicales primaires des permis de conduire des préfectures chargées de l'application de ce dispositif, qui concerne tous les conducteurs des camions, transports en commun, taxis et ambulances et les conducteurs déclarant une pathologie à risque, pour les motos, voitures et remorques légères.

Ces trois dispositions ne sont pas spécifiques aux BZD.

Prévalence et méthodologie épidémiologique.

Concernant le cannabis, les informations suivantes sont extraites de : Biecheler M.-B., (2003). Cannabis, conduite et sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique. Observatoire national interministériel de sécurité routière, février.

[\[http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf\]](http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf)

Fin 2005, les résultats de l'étude SAM (stupéfiants et accidents mortels de la route) ont été publiés en France. De par son ampleur, cette étude révolutionne la recherche française sur le domaine, aussi bien en terme de résultats que de méthodologie. Les études françaises antérieures seront mentionnées à titre de comparaison.

L'étude de référence pour le cannabis : l'étude SAM (« stupéfiants et accidents mortels »)

Rendue publique fin 2005 (groupe SAM, 2005 ; Laumon, 2005), l'étude SAM porte sur près de 17 000 accidents, soit 11 000 conducteurs impliqués dans un accident mortel entre septembre 2001 et 2003. Il s'agit, et de loin, de l'étude la plus vaste menée en France. Autre nouveauté par rapport aux études antérieures : elle se base sur un échantillon quasi-exhaustif d'accidents de la route (tous les accidents immédiatement mortels survenus pendant les deux années d'étude) et elle porte sur des conducteurs tués, blessés ou indemnes alors que les études précédentes ne portaient que sur des conducteurs blessés et hospitalisés.

Combien de conducteurs sont positifs au cannabis ?

On dénombre 7 % de conducteurs positifs au cannabis (THC sanguin supérieur à 1ng/ml) parmi lesquels 2,8 % avaient également consommé de l'alcool. La prévalence du cannabis passe à 17 % chez les conducteurs de moins de 25 ans.

Même si ce n'est pas son objet principal, l'étude permet par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 %. Mais l'étude SAM permet d'aller plus loin que le calcul des prévalences du fait de la présence d'un groupe témoin...

Les conducteurs positifs au cannabis sont-ils plus fréquemment responsables d'un accident mortel ? Pour répondre à cette interrogation, l'analyse compare les conducteurs responsables à des conducteurs non responsables⁴³. Elle prend également en compte un certain nombre de facteurs de confusion susceptibles d'influencer la responsabilité du conducteur dans l'accident, indépendamment de sa consommation de cannabis : autres stupéfiants, alcool, âge, type de véhicule, moment de l'accident, etc.

Toutes choses égales par ailleurs, les conducteurs sous l'influence du cannabis (THC sang >1ng/ml) ont 1,8⁴⁴ fois plus de risque d'être responsable d'un accident mortel que les conducteurs négatifs, l'odd ratio passant à 14 [8,0-24,7] en cas de consommation associée d'alcool. L'étude permet, pour la première fois, de mettre en évidence que le sur-risque d'être responsable de ce type d'accident augmente légèrement avec la concentration sanguine en THC, l'odd ratio passant de 1,6 [0,8-3,0] pour un taux inférieur à 1ng/ml ; à 2,1 [1,3-3,2] pour un taux supérieur à 5ng/ml. Cet effet-dose plaide pour l'existence d'une relation causale.

Dernier constat : Combien de décès dans les accidents de la route sont attribuables au cannabis ? Toutes concentrations confondues, la fraction d'accidents mortels attribuable à une positivité au cannabis est de l'ordre de 2,4 % [1,5-3,4].

Le nombre annuel de victimes directement imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 170 tués, sur une base de 6 000 accidents

⁴³ Le risque de décès du conducteur étant significativement augmenté par une positivité au cannabis, les conducteurs non responsables, seuls décédés dans leur accident, sont écartés.

⁴⁴ Odd ratio compris entre 1,4 et 2,2 pour un IT à 95 %

mortels par an. Proportionnellement, ces victimes sont plus fréquemment des hommes jeunes (18-24 ans) que celles décédées dans un accident dans lequel le conducteur responsable n'a pas consommé de cannabis. Par ailleurs, l'étude fait apparaître que, même s'il n'est pas responsable, le risque de décès d'un conducteur est augmenté par sa positivité au cannabis. Le nombre annuel de victimes imputable à cette vulnérabilité spécifique des conducteurs sous cannabis serait de l'ordre de 50 tués. Ainsi, le nombre annuel de victimes imputable au cannabis, soit directement par une plus fréquente responsabilité de l'accident, soit indirectement par une plus grande vulnérabilité, serait de l'ordre de 230 tués par an.

Les autres études épidémiologiques sur le cannabis

La plupart des études épidémiologiques françaises relatives à la conduite automobile sous l'emprise du cannabis ont été menées auprès de conducteurs blessés en milieu hospitalier. Elles signalent la présence de cannabis chez environ 1 sur 10 de ces conducteurs (résultats variables entre 6 et 14 % ; cf. Biecheler, 2006) :

La plus ancienne (Schermann, 1992) portait sur un vaste échantillon (2 471 conducteurs accidentés et hospitalisés en 1989-1990) et concluait : à une prévalence cannabis de 6,3 %, à un risque relatif (responsable/non responsable) de 1,1, non significatif pour le cannabis seul et 6,9 pour l'association cannabis/alcool. Mais la technique employée à l'époque pour l'analyse des échantillons sanguins est aujourd'hui remise en cause, bien que cette étude soit restée d'une ampleur non égale pendant de nombreuses années.

Deux études ensuite (Pélissier, 1996 ; Marquet, 1998) ont porté sur des échantillons plus petits (60 et 296 conducteurs blessés puis hospitalisés). Les prévalences du cannabis (THC et ses dérivés) étaient plus élevées (10 % et 14 %) car le cannabis n'a été recherché que dans les urines (plus/moins sensible) et sur des jeunes adultes (18-35 ans). La présence d'un groupe témoin dans les deux enquêtes (recrutés auprès de patients hospitalisés pour d'autres raisons qu'un accident de la route) ne permettait pas de conclure à une surreprésentation de consommateurs de cannabis parmi les accidentés de la route (prévalence supérieure dans un cas et inférieure dans l'autre cas).

L'enquête suivante (Mura, 1999) ne doit pas être retenue car les prélèvements ont été effectués à la demande des autorités judiciaires et donc sur suspicion de consommation de substances psychoactives. La prévalence y est par conséquent plus élevée (26 %).

L'enquête de Kintz (2000) est intéressante pour la comparaison des milieux de détection (elle fait partie du projet européen Rosita). Sur 198 conducteurs impliqués dans un accident corporel, 9,6 % des conducteurs avaient du THC dans le sang, témoignant une conduite sous influence contre 13,6 % de métabolites dans les urines, témoin d'une consommation parfois ancienne.

Une vaste étude multicentrique portant sur les échantillons sanguins de 900 conducteurs impliqués dans un accident corporel et hospitalisés et comparés à ceux de 900 patients hospitalisés pour d'autres raisons a fait l'objet de plusieurs publications (Mura, 2001 et 2003). A l'étape intermédiaire (analyse de 420 conducteurs et 381 témoins), les prévalences étaient de 11,2 % chez les conducteurs et 10,8 % chez les témoins, des différences apparaissant seulement chez les plus jeunes (18,6 % des conducteurs de 18-20 ans étaient positifs au cannabis - analyse sanguine - contre seulement 8 % chez les témoins.). L'analyse finale révèle des prévalences de 10 % chez les conducteurs contre 5 % chez les témoins, l'écart étant encore plus net chez les moins de 27 ans (24,8 % de conducteurs positifs au THC contre 8,9 % de témoins). La limite de ces études tient au manque d'informations

disponibles quant à la représentativité des échantillons de conducteurs et de témoins examinés.

Enfin, les prélèvements effectués auprès des conducteurs impliqués dans un accident mortel, dans le cadre de la loi du 18 juin 1999 ont également été analysés par certains laboratoires chargés de fournir les analyses de sang (hors résultats des dépistages). Le dispositif de détection du cannabis auprès de conducteurs étant pour la première fois obligatoire en France, les échantillons analysés sont conséquemment plus importants. Ainsi, les résultats de 3 751 échantillons de sang ont été réunis entre octobre 2001 et octobre 2002 (Pépin, 2003). Ils laissent apparaître la présence de cannabis (THC et/ou THC-COOH) chez 13,8 % des conducteurs ayant fait l'objet d'une prise de sang directe, la prévalence passant à 27,2 % chez les moins de 27 ans.

La dernière enquête en date est également menée par des toxicologues à partir d'un large échantillon de 2 003 prises de sang provenant de conducteurs décédés dans un accident de la route entre janvier 2003 et décembre 2004 (Mura, 2005). Tous ont moins de 30 ans. La prévalence du cannabis est de 28,9 % pour le THC dans le sang. En comparant ces résultats à ceux de l'étude précédente (Pépin, 2003), les auteurs concluent à une augmentation de la prévalence du cannabis chez les conducteurs français accidentés mais l'échantillon n'est pas totalement identique (conducteurs décédés ici contre conducteurs décédés, blessés ou indemnes, impliqués dans un accident mortel) et le seuil de détection du THC est plus élevé dans la 2^{ème} enquête (0,2ng/ml au lieu de 0,1ng/ml dans le dispositif législatif).

Comparaison avec les résultats de SAM relatifs au cannabis

Comme au niveau international, la comparaison des études françaises entre elles est malaisée du fait de différences au niveau : des populations étudiées (conducteurs accidentés, décédés, hospitalisés, etc.), des méthodes de dépistage employées (urine et/ou sang, recherche de THC et/ou THC-COOH) et de la taille des échantillons.

Globalement, sur des études comparables, les prévalences données par l'étude SAM sont légèrement plus faibles de celles habituellement trouvées dans les études françaises parce que la recherche porte sur le THC dans le sang, à l'exclusion du seul THC-COOH (recherche plus fine). Mais la principale différence porte sur la population d'étude et justifie des prévalences plus basses. Seule l'étude SAM dispose d'une base exhaustive de conducteurs (ceux impliqués dans un accident immédiatement mortel), à porter au dénominateur pour le calcul des prévalences.

Les dernières études des toxicologues ne disposent que des résultats des prises de sang (suite à un dépistage urinaire positif ou sans dépistage préalable). Ils ont donc une population plus réduite que celle de SAM à porter au dénominateur (ce qui mécaniquement augmente les prévalences) mais il s'agit aussi d'une population spécifique composée notamment des conducteurs n'ayant pas pu faire l'objet d'un dépistage urinaire préalable du fait de leur état (tués ou gravement blessés). Or, l'étude SAM a montré qu'un conducteur sous cannabis, même non responsable, a plus de chance de décéder dans l'accident qu'un autre conducteur (plus grande vulnérabilité). Ces conducteurs vont se retrouver en plus forte proportion dans la population d'étude des toxicologues, ce qui augmente aussi la prévalence du cannabis.

Par ailleurs, les autres études autorisant une approche en terme de risque attribuable au cannabis font référence à un groupe témoin constitué de patients hospitalisés pour une autre raison qu'un accident de la voie publique. Ainsi, dans l'étude de Mura et al. (2003), qui

concerne des moins de 27 ans, la fréquence des accidents serait multipliée par 2,5 avec le cannabis seul et par 4,8 avec le cannabis et l'alcool. Mais des réserves sont à émettre quant au choix du groupe témoin : est-il réellement indépendant de la consommation de cannabis ?

Les résultats des enquêtes déclaratives

Certaines enquêtes déclaratives en population générale, ou portant sur des usagers de cannabis, permettent de compléter les données de prévalence issues des études épidémiologiques :

- L'enquête 2005 d'ESCAPAD de l'OFDT, qui porte sur la santé et les comportements des jeunes de 17-18 ans lors de la journée d'appel de préparation à la défense⁴⁵, indique que 4,3 % de ces jeunes déclarent avoir conduit un véhicule (essentiellement des deux roues) après avoir fumé du cannabis (5,8 % en ayant également bu de l'alcool), mais moins de 1 % disent l'avoir fait souvent. Enfin, 0,4 % déclarent avoir eu un accident de la route après avoir fumé du cannabis et 0,2 % après avoir fumé et bu de l'alcool (sans qu'il soit possible d'affirmer que les événements sont distincts) (Beck, 2006).
- Une autre enquête conduite en 2004 par l'OFDT, portant sur des usagers réguliers de cannabis⁴⁶, indique que 71 % de ces usagers déclarent avoir, au moins une fois au cours des 12 derniers mois, conduit un véhicule (voiture, deux roues...) pendant ou après (délai < 4h) avoir consommé du cannabis : 35 % l'ont fait souvent, 23 % de temps en temps et 13 % 1 ou 2 fois (Bello, 2005).

Les études épidémiologiques relatives aux benzodiazépines

Concernant les benzodiazépines, quelques études ont mesuré en France les prévalences de consommation de cette classe de médicaments chez des conducteurs accidentés (informations issues de : Assailly, 2001 ; Mura, 1999 ; Cadet-Tairou, 2006) :

- Une enquête réalisée en 1987 chez 341 sujets accidentés (dont la moitié victime d'accident de la voie publique), à partir d'un questionnaire relatif à la consommation de médicaments et de prélèvements de sang et d'urines, indique que les psychotropes étaient présents chez 14,5 % des accidentés de la voie publique, avec au premier plan les BZD (Larcen, 1987).
- Une étude réalisée à partir de dosages sanguins de 363 accidents de la route (y compris des piétons), entre juin et septembre 1988, dans un centre hospitalier (au CHU d'Angers) conclue à une prévalence des BZD de 7,7 % (Merlin, 1991). Le rôle causal des BZD dans la responsabilité de l'accident, en l'absence de consommation alcoolique, ne peut être affirmé (résultat non significatif).
- La même année, une étude réalisée dans la région de Toulouse auprès de 570 conducteurs victimes d'accidents de la voie publique et hospitalisés indique une consommation déclarée (par questionnaire) de médicaments chez 7,7 %, prévalence que des analyses de sang ont confirmé (Monstatruc, 1988).
- Deux études de prévalence réalisées par la même équipe : l'une publiée en 1989 (Deveaux, 1989) et portant sur 501 sujets (conducteurs ou piétons) blessés avec une recherche de BZD dans le sang et les urines ; 15,3 % étaient sous influence de psychotropes, en particulier les BZD (détail non précisé) ; l'autre étude publiée en 1991, à partir de l'analyse des résultats des prélèvements sanguins réalisés chez 132 personnes

⁴⁵ Journée mise en place en France à la place du service militaire national. En 2005, cette enquête a interrogé 37 512 jeunes de 17-18 ans en France et en métropole.

⁴⁶ 1 633 personnes âgées de 15 et 29 ans et consommant au moins 20 joints au cours des 30 derniers jours, interrogées en 2004 dans 11 villes de France ou métropole, et recrutés dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie, dans la rue, en milieu festif ou dans un cadre privé.

décédées dans un accident de la circulation a fait apparaître des psychotropes chez 10,6 % des conducteurs, les BZD arrivant en tête (Deveaux, 1991).

- une étude centrée sur les BZD (et l'alcool) réalisée auprès de 2 010 sujets blessés lors d'un accident de tout type (dont 41 % d'accidents de la voie publique) indiquait la prévalence de BZD chez 9,6 % des victimes d'accidents de la voie publique (Girre, 1988). Ce chiffre était proche de celui observé en population générale.
- une étude plus large, multicentrique, portant sur 3 147 conducteurs accidentés responsables ou non responsables (témoins), indique que des BZD ont été retrouvés chez 7,9 % des accidentés et ne montre pas non plus de différence significative de responsabilité entre les responsables et les non responsables (8,1 % vs 7,1 %) ('Benzodiazepine/Driving' Collaborative Group, 1993).

Ces études, plutôt anciennes, concluent finalement à une fréquence d'usage d'environ 10 % chez des conducteurs accidentés. Peu d'études apportent la preuve d'une corrélation entre la consommation de BZD et la survenue d'un accident ou la responsabilité du conducteur, faute de groupe témoin ou de différences significatives entre le groupe des accidentés/responsables et celui des témoins.

Une difficulté supplémentaire par rapport au cannabis, pour établir un lien de causalité entre la consommation de médicaments et la survenue d'un accident, tient au fait que le rôle dans la survenue de cet accident, de la pathologie qui motive la prise médicamenteuse, demeure inconnu et que l'on ignore quelles seraient les capacités de conduite de l'usager en l'absence de son traitement.

Détection, mesure et loi en vigueur.

Les conditions du contrôle

Actuellement, en France, les dispositions législatives prévoient un dépistage des stupéfiants chez les conducteurs (et non les passagers ou les piétons) impliqués dans un accident de la route⁴⁷. Si la loi de 2003 ne précise pas quel méthode de dépistage doit être pratiquée, afin d'autoriser à l'avenir la pratique de nouveaux tests, seuls les tests urinaires sont actuellement validés en France. Les débats sur l'efficacité du test salivaire pour dépister la consommation de stupéfiants chez les conducteurs sont nombreux mais en l'absence de consensus, ces tests ne sont pas encore adoptés par les forces de l'ordre.

Le dispositif actuel prévoit donc un dépistage urinaire des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) qui se déroule de la manière suivante : les forces de l'ordre doivent conduire le conducteur, si son état le permet, dans un lieu médical (hôpital, médecin, dispensaire) afin qu'il urine ; le matériel nécessaire à ce dépistage (gobelet stérile, test) est fourni par l'hôpital ou par les forces de l'ordre si le dépistage n'a pas lieu en milieu hospitalier.

Si le dépistage s'avère positif (résultat immédiat), si le conducteur refuse de pratiquer ce test (rare) ou si, nettement plus fréquent, il n'est pas en état d'uriner (conducteur décédé ou gravement blessé), une prise de sang est effectuée (toujours en milieu médical) et la quantité de sang prélevée est divisée en deux échantillons dont l'un sera conservé en vue d'une éventuelle contre-expertise. L'échantillon de sang est envoyé à un laboratoire désigné comme expert par le procureur de la République (car cette procédure a lieu dans un cadre

⁴⁷ Pour une description des situations dans lesquelles doivent ou peuvent avoir lieu ces contrôles, se reporter au contexte législatif section 1.

judiciaire), laboratoire chargé de déterminer le dosage des éventuels produits stupéfiants retrouvés dans le sang du conducteur, ainsi que la nature et les quantités des éventuels médicaments psychotropes. Les résultats du dépistage et de la recherche sanguine doivent être consignés dans des fiches prévues à cet effet, jointes aux procédures policières d'accident de la route. Ces mesures s'ajoutent au contrôle obligatoire de l'alcoolémie, généralisé depuis 1978 en France ; la limite légale est fixée à 0,5g/l de sang depuis 1995.

Dans le cadre de ce dispositif, le contrôle d'une éventuelle consommation de benzodiazépines ne se fait qu'en cas de recherche des stupéfiants positive, à travers l'examen de l'échantillon sanguin prélevé ; les informations recueillies portent alors sur : recherche de médicaments positive ou négative et nature des médicaments et/ou des métabolites retrouvés.

Les méthodes de recherche employées

La recherche et le dosage des produits stupéfiants dans le sang s'effectuent en utilisant la technique dite « chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ». Un seuil minima de détection a été fixé par arrêté (1 ng/ml de sang pour le $\Delta 9$ tétrahydrocannabinol), seuil en deçà duquel la présence de stupéfiants est jugée non significative (incertitude de mesure). Au-delà, et quel que soit le taux retrouvé dans le sang, la présence de $\Delta 9$ tétrahydrocannabinol est considérée comme un délit (voir section 1.). Un simple dépistage urinaire positif est néanmoins insuffisant, il doit s'accompagner d'une confirmation sanguine.

La recherche complémentaire de médicaments psychoactifs (dont les benzodiazépines) se fait par les techniques dites « chromatographie en phase liquide haute performance couplée à une barrette de diodes » et « chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ».

Examen comportemental ?

Dans le dispositif de la loi de 1999, un examen clinique et médical a été introduit en cas de dépistage positif et lorsque l'état du conducteur le permet. Cet examen, formalisé par une fiche à remplir par le médecin et à joindre à la procédure policière, porte sur : les antécédents médicaux (dont la prescription médicale de stupéfiants, d'anesthésique, les sevrages), les consommations d'alcool ou de stupéfiants et un test psychomoteur (haleine, comportement général, état psychique, langage, orientation chrono-spatiale, équilibre, état des pupilles...).

L'intérêt de cette fiche réside aussi dans la possibilité de repérer grâce à ces informations les éventuelles prescriptions médicales. Pour ce qui concerne le test comportemental, il n'a pas de valeur légale (ni pour certifier un usage de stupéfiants, ni même pour le détecter) et a été introduit plutôt dans un objectif expérimental. Son évaluation est en cours, dans le cadre de l'étude SAM. La fiche correspondante a été remplie dans un dossier de conducteur positif sur trois.

Ainsi, dans le cadre de ce dispositif, aucun jugement individuel n'entre en ligne de compte pour déterminer qu'une personne conduit en ayant consommé du cannabis ; seul le résultat de l'analyse sanguine fait foi. En revanche, depuis 2003, le jugement des forces de l'ordre intervient pour désigner, dans certaines circonstances, le candidat au dépistage (en cas de soupçon de conduite sous usage de stupéfiants). Mais les critères ne sont pas clairement définis (voir section 1.).

Les statistiques policières : dépistages et infractions

Depuis 2004, le ministère de l'intérieur publie des statistiques d'ensemble sur les dépistages et les infractions constatées relatives aux stupéfiants au volant⁴⁸, mais sans distinguer le produit dépisté ou à l'origine de l'infraction :

Tableau 32. Dépistages des stupéfiants au volant

	2004			2005		
	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs
Accidents	9 563	1 052	11,0%	11 305	1 899	16,8%
mortels (immédiats)	4 066	282	6,9%	5 248	629	12,0%
corporels (non mortels)	4 501	620	13,8%	5 547	1 041	18,8%
matériels	996	150	15,1%	510	229	44,9%
Infractions	1 198	548	45,7%	2 446	1 979	80,9%
Soupçon d'usage (sans accident, ni infraction)	5 144	1 878	36,5%	7 284	4 095	56,2%
Total	15 905	3 478	21,9%	21 035	7 973	37,9%

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005
(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

En 2004, près de 16 000 dépistages relatifs aux stupéfiants ont été réalisés sur les routes, la plupart (60 %) ayant été réalisés à l'occasion d'un accident, en particulier lorsqu'il s'agit d'un accident aux conséquences mortelles (dépistage obligatoire) ou ayant entraîné des dommages corporels (dépistage également obligatoire en cas de soupçon). Le nombre de dépistages a fortement augmenté en 2005 (21 000, soit une hausse de 38 %). L'augmentation a été particulièrement forte pour les dépistages réalisés suite à une infraction au code de la route (+104 %).

Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car ils traduisent les pratiques de ciblage de la population contrôlée. Ainsi, les taux de positivité les plus importants sont ceux des dépistages réalisés suite à un soupçon d'usage, avec ou sans infraction constatée (pour 2005, le ministère de l'Intérieur signale que les taux de positivité retrouvés, particulièrement élevés en cas d'infraction ou de soupçon, traduisent le fait que les forces de l'ordre ont la plupart du temps effectué des dépistages « que lorsque l'état général du conducteur laissait indéniablement penser que le taux de probabilité était élevé »).

Ces chiffres, en particulier les taux de positivité, ne peuvent pas être repris comme une mesure de la consommation de stupéfiants par des conducteurs sur les routes de France, ni de la conduite sous l'emprise de stupéfiants sur ces mêmes routes.

Les seuls cas où le dépistage est (normalement) systématique sont ceux réalisés en cas d'accidents mortels ; le taux de positivité est alors de 7 % en 2004 et 12 % en 2005. Cette augmentation peut s'expliquer par la pratique de contrôles plus ciblés.

⁴⁸ Les données publiées pour l'année 2003 étaient partielles et ne portaient que sur les dépistages effectués entre juillet et décembre 2003 et uniquement ceux des services de la police nationale (hors gendarmerie nationale).

Tableau 33 Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants

	2004	2005
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants	1 577	4 246
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	528	922
Refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants	112	435
Total	2 217	5 603

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005
(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

Pour la première année complète d'application du dispositif de dépistage de stupéfiants, en 2004, plus de 2 000 procès-verbaux ont été dressés pour conduite après usage de stupéfiants, retrouvés seuls (dans 1 577 cas) ou associés à l'alcool (dans 528 cas). Les chiffres de 2005 sont sans commune mesure puisque plus de 4 000 infractions pour conduite après usage de stupéfiants ont été établies cette année et près de 1 000 pour usage de stupéfiants et alcoolémie excessive.

Ces hausses traduisent la mise en place progressive du dispositif mais la complexité du dispositif de dépistage des stupéfiants est soulignée par tous et elle n'incite pas les forces de l'ordre à mener des contrôles (par comparaison, 11 387 829 contrôles d'alcoolémie ont été menés en 2005, dont 9 017 161 de façon préventive – sans constat d'accident ou d'infraction – et 140 000 infractions de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ont été enregistrées).

Prévention.

Pour le cannabis...

Si l'alcool au volant fait depuis longtemps l'objet de campagnes de prévention de France, le problème des stupéfiants au volant est discuté depuis une période plus récente, soit au sein des cercles politiques/des décideurs (voir section 1), soit de la part d'associations de victimes d'usagers de la route. Ces dernières sont particulièrement actives en France pour alerter l'opinion sur le problème de l'usage de stupéfiants au volant.

La première campagne nationale de prévention de l'usage de cannabis au volant a été lancée en 2006 (24 mai 2006-10 juin 2006). Elle a été conjointement organisée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue toxicomanie (MILDT) et la délégation interministérielle à la sécurité routière (DISR). Elle comprenait un site Internet (www.cannabisetconduite.fr), un forum de discussion (actif durant la période de la campagne), deux spots radio ainsi que des affiches et des dépliants. Destinée en priorité aux jeunes, elle a rappelé les principales conséquences de la consommation du cannabis, en voiture ou en deux-roues (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance) et alerté sur le risque pris -pour soi-même et les autres- quand on conduit après avoir consommé du cannabis. Les principaux résultats chiffrés de l'étude SAM étaient mis en exergue : 230 morts dus au cannabis par an, un risque d'être responsable d'un accident multiplié par 2 pour le cannabis seul et par 15 pour le cannabis associé à l'alcool. Le site Internet reprenait également les éléments récents de législation. L'idée défendue par le gouvernement dans cette campagne, selon leurs termes, « n'était pas de diaboliser le cannabis mais, dans la lignée de la campagne cannabis lancée en 2005 par le gouvernement, de scander que la consommation de cannabis n'est pas anodine et de rappeler les peines et les risques encourus en cas de consommation de cannabis associée à une conduite automobile ». Son budget est assez réduit pour une campagne de sécurité routière : 800 000€ au total.

De manière générale, la prévention de l'usage de cannabis en France est réalisée par de nombreux organismes, notamment des services de l'Éducation nationale ou des services du ministère de l'Intérieur (police, gendarmerie). L'ampleur et le contenu des modules de prévention sont mal connus. Les informations qui remontent à l'OFDT signalent que la question de l'interdiction de l'usage de cannabis au volant est utilisée en complément des arguments plus traditionnels, pour alerter les jeunes sur les dangers de ce produit. Les policiers signalent que la menace d'un retrait de permis de conduire⁴⁹ en cas d'usage de cannabis au volant est très parlante pour les jeunes (qui peuvent se sentir par ailleurs relativement libre de consommer, malgré l'interdiction totale) et qu'elle est donc utilisée en ce sens dans certains programmes de prévention.

Pour les benzodiazépines...

En ce qui concerne la consommation de médicaments au volant, la problématique est plus ancienne et, même si elle n'a pas fait l'objet de communication au grand public, une signalétique est mise en place à destination des consommateurs des médicaments, indiquant, par un pictogramme, le niveau de danger d'une conduite après consommation dudit médicament (voir section 1.).

⁴⁹ Le délit de conduite après usage de stupéfiants est sanctionné par un retrait de 6 points au permis de conduire, comme en cas d'alcoolémie excessive, soit la moitié des points initialement acquis lors de la passation du permis de conduire.

PARTIE C: BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES.

14. Bibliographie.

Arditti, J. et al. (2006). DRAMES, nouvel outil pour connaître les causes des décès chez les toxicomanes : bilan de cinq études, Le Courrier des addictions. 8 (1). 29-31.

Armstrong, T. D., Costello E. J, (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. Journal of Consulting and Clinical Psychology 70(6) 1224-1239.

Assailly, J.-P. (2001). Sur la route, les conduites à risque..., Toxibase. (2). 1-15.

Assailly, J.-P., Biecheler, M.-B., (2002). Conduite automobile, drogues et risque routier, Synthèse INRETS (42).

Batel, P., et al. (2001). Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. Résultats préliminaires après six mois de suivi, ANISSE, Paris.

Baudier, F., Janvrin, M.-P., Arènes J., (1998). Baromètre Santé jeunes 97/98, Vanves, Les éditions du CFES.

Beck, F., (2000). Usages de drogues illicites. Baromètre santé 2000, Les éditions du CFES, Vanves.

Beck, F., (2006). Entre représentativité des échantillons et représentations des usages: l'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues, Thèse pour le doctorat en sociologie, Université René Descartes – Paris V.

Beck, F., (2006). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, Economie et Statistiques, sous presse.

Beck, F., Cytrynowicz, J., (2006). Usages de drogues illicites, in Baromètre Santé 2005. Premiers résultats, Guilbert, P., et Gautier, A., (dir.). INPES, pp. 49-58.

Beck, F., et al. (2002). Drogues illicites: pratiques et attitudes. In Baromètre santé 2000, Vol. II : Résultats, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A. (éd.). pp. 237-274, CFES, Paris.

Beck, F., et al. (2003). Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP). OFDT, Paris.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>.

Beck, F., et al. (2005). Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français, Exploitation régionale de l'enquête 2002-2003. Saint-Denis, OFDT.

Beck, F., et al. (2006). Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (48).

Beck, F., S. Legleye, et al. (2006). Les drogues à 17 ans, évolution, contextes d'usage et prises de risque. Tendances (49): 6.

Beck, F., Legleye S., de Peretti G. (2006). L'alcool donne-t-il un genre?. Travail, genre et société. (15) 141-160.

Beck, F., Legleye S., Spilka S., (2004). Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003, Rapport OFDT.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>

Beck, F. Legleye, S. Spilka, S. (2006)., Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages, prises de risque. ESCAPAD 2005. Tendances. OFDT.

[Beck F., Legleye S., Spilka S. \(2006\), L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, *Economie et Statistique*, n°391-392, pp. 131-150.](#)

Beck F; Wilquin, J.L., Guilbert, P., Peretti-Watel, P., Legleye S., Ben Lakhdar, C., Gautier, A., (2005). Le tabagisme aujourd'hui en France : quelques données de cadrage. Psychotropes, 9-24.

Beck F., Legleye, S., Spilka, S., (2007). Usages de drogues illicites, pratiques et attitudes. La revue du Praticien, à paraître.

Beck, F., et al. Les usages de produits psychoactifs des étudiants, Psychotropes, revue internationale des toxicomanies. 11 (3-4). A paraître.

Beck, F. et al. (2007). Alcool, cannabis, tabac : contextes d'usages, prises de risque et tendances récentes. Escapad 2005. Tendances (à paraître).

Bello, P.-Y., et al. (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., et al. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - 5ème rapport national du dispositif TREND, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>.

Bello, PY, Plancke, L., Cagni, G. et al. (2005). Consommations, état de santé et représentation chez des consommateurs réguliers de cannabis en France en 2004. Toxibase, (19) 37-44.

Bello, P.Y., A. Toufik, et al. (2005). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT.

Bello, P.Y., Toufik, A., et al. (2003). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND. Paris, OFDT.

Bello, P.-Y., Toufik, A., et al. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT.

Ben Lakhdar, C., et Kopp, P., (2006). "Tobacco Smuggling and Price Elasticity of Demand for Tobacco: the Case of France", 13th World Conference on Tobacco or Health, Washington DC, July 12-15.

Benzodiazepine/Driving Collaborative Group (1993). Are Benzodiazepines a risk factor for road accidents?. Drugs and alcohol dependance, 33 (1) 19-22.

Biecheler, M.-B., (2003). Les effets du cannabis sur la conduite automobile : une revue des données scientifiques, TEC (176) 7-17.

Biecheler, M.-B., (2006) Cannabis, conduite et sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique, Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière.

<http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf>

Bilal, S., et al. (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.

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.

« Consommation de cannabis et circulation routière » (2001) in Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ?, Paris, Ed. INSERM, Coll. Expertise collective. pp.165-199.

Cadet-Taïrou, A. et al. (2004a). Buprénorphine, traitement, mésuage et pratique de prescription in 2004 national report to the EMCDDA by the Reitox national focal point, FRANCE, new development, trends and in-depth information on selected issues, pp. 68-80, OFDT, Saint-Denis.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxofkb.pdf>.

Cadet-Taïrou, A., et al. (2004b). Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004, Tendances. 37 1-8.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>.

Cadet-Taïrou, A. et Canarelli, T., (2006)., Etat des lieux psychotropes, Saint-Denis, OFDT (à paraître).

Cagliero, S. et Lagrange, H., (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Saint-Denis, OFDT.

Calderon, C., et al. (2001). Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés, AIDES, Paris.

Chen, C. Y., Anthony, J. C., (2003). Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use. Addiction 98(1) 71-82.

Choquet, M., Beck, F., et al. (2004). Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolution depuis 10 ans. Tendances 35: 6.

CEIP de Marseille (2004). OPPIDUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003). AFSSAPS, Saint-Denis.

CEIP de Marseille (2005). OPPIDUM, résultats de l'enquête 16 (octobre 2004). AFSSAPS, Saint-Denis.

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.

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.

<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>.

Da Silva, L., et Evangelista L., (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. Saint-Denis, OFDT.

Dabit, D., et Ducrot, S., (1999). Alcool et sans abris : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne. Alcoologie 21 (3) 439-446.

De la Sablière, P., (2005). Médicaments : le pictogramme fait peau neuve. Circuler Autrement n°129.

(http://www.preventionroutiere.asso.fr/pr.newsletter/pratique/medicaments_oct_05.pdf).

De Wit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C., (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders, American Journal of Psychiatry (157) 745-750.

Declerck, P., et Henry, P., (1996). Pathologie de la rue, La revue du Praticien (46) 1844-1848.

Deveaux, M., Marson, J.C., Golstein, P., Lhermitte, M., Muller, P., (1989). Alcool et psychotropes dans les accidents mortels de la circulation Nord-Pas-de-Calais, Urgences (8) 123-127.

Deveaux, M. Marson, J.C., Golstein, P. Lhermitte, M. Muller, P. (1991). Alcool et médicaments psychotropes dans les accidents mortels de la circulation : étude de 132 cas dans la région Nord-Pas-de-Calais, Semestriel des Hôpitaux de Paris 67 (30-31) 1372-1376.

Duburcq, A. et al. (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'Epidémiologie et de Santé Publique (48) 363-373.

Espoir Goutte d'Or (EGO). (2005). Projet d'un CSST "cocaïne base". Paris: 18.

Escots, S., et Fahet, G., (2003). Usage non substitutif de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France, en 2002-2003, ORSMIP/OFDT, Saint Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bhd.htm>.

Facy, F., (1999). Toxicomanes et prescription de méthadone, EDK, Paris.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. Addiction (92) 279-296.

Fhima, A., et al. (2001). 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.

Gandilhon, M., (2006). Les micro trafics de cocaïne en France à travers l'étude des procédures d'interpellation, OFDT, à paraître.

Gfroerer, J.C., Wu, L.T., Penne, M.A., (2002). Initiation of marijuana use: trends, patterns, and implications. Bethesda, MD, DHHS, SAMHSA, OAS.

Girre, C., Facy, F., Lagier G., Dally, S., (1988). Présence de benzodiazépines dans le sérum de sujets accidents. Relation avec l'alcoolisme. La presse médicale 17 (22) 1135-1138.

Godeau, E., Grandjean, H., Navarro, F., dir. (2005), La santé des élèves de onze à quinze ans en France / 2002, Saint-Denis, Editions INPES.

Groupe SAM, et al. (2005). Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats, 39 p.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SAMsynth.pdf>

Hawkins, J.D., Graham, J.W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K.G., Catalano, R.F., (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. Journal of Studies on Alcohol (58) 280-290.

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.

Hingson, R., Heeren, T., Winter, M.R., Wechsler, H., (2003). Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking, Pediatrics 111 (1) 34-41.

Jamouille, 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.), pp. 415-436, INSERM, Paris.

Jauffret-Roustide, M., et al. (2006). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 33: 244-247.

http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf

Johnson, T.P., Mott, J.A., (2001). The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. Addiction (96) 1187-1198.

Joubert, M., (2003). Les supports sociaux de la santé dans les conjonctures de précarisation, Séminaire SIRS.

Karila, L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M., (2006). CRAFFT : 2 niveaux de risque pour détecter un usage nocif de substances psychoactives dans la population générale, Presse Médicale, à paraître.

Kintz, P., Cirimele, V., Mairot, F., Muhlmann, M., Ludes, B., (2000). Analyses toxicologiques pratiquées sur 198 conducteurs accidentés, Presse Médicale n°29 1275-1278.

Kopp, P., et Fenoglio, P., (2006). Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003, OFDT, Paris.

Kraus, L., (2003). *Is There a Shift in Age of First Cannabis Use Towards Younger Ages? Data Revisited in Germany, France, Greece and Spain*. 14th International Conference of the European Society for Social Drug Research (ESSD), Ghent, 2-4 October.

Kraus, L., Bloomfield K., Augustin R., Reese A., (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. Addiction (95) 1389-1401.

La Rosa, E., (1998). Santé, précarité et exclusion, PUF, Paris.

Larcen, A., Paille, F., Royer-Morrot, M.J., Lambert, H., Royer, R., (1987). Médicaments psychotropes, alcoolémie et accidents : étude de 341 sujets accidentés. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (171) 507-516.

Laumon, B. et al., (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal (331) 1371-4.

Lavignasse, P., et al. (2002). Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results. Annales de Médecine Interne 153 (Suppl 3) 1S20-1S26.

Lebeau, B. (2006). *Cocaïne : de la mythologie à la consommation de masse*. Toxibase (21) 1-5.

Legleye, S., Rosilio, T., Nahon, S., (2006). Alcoolisation, un phénomène complexe. In Baromètre Santé 2005. Premiers résultats, Guilbert P., Gautier A., (dir.). INPES, pp. 39-47.

Legleye, S. et Beck, F. (2004). Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France. Toxibase (15) 12-15.
http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/thema_revue15.pdf.

Levasseur, L., et al. (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.

Marquet, P., et al. (1998). Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France : a collaborative study, Journal of Forensic Science (46) 806-811.

Mercier-Guyon, C. (2001). Classification des médicaments psychotropes en fonction de leur influence sur la conduite. Urgence Pratique 9 p.
<http://www.urgence-pratique.com/2articles/pharmaco/>

Merlin, G., Lepoittevin, L., Turcant, A., Mylonas, J., Cavellat, J.F. (1991). Responsabilité des neuropsychotropes dans les accidents de la voie publique, La Presse Médicale (20) 409-412.

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>.

Miller, W.R., Rollnick S., (2002). Motivational Interviewing: Preparing People for Change. Guilford Publications.

Miller, W.R., (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. Addictive Behaviour, 21 (6) 835-42.

Ministère de la Justice (2006), Annuaire statistique de la Justice, La Documentation Française, éd. 2006, 377 p.

Monstatruc, J.L. et al. (1988). Médicaments et accidents de la circulation. Thérapie (43) 313-315.

Mouquet, M.-C., (2005). La santé des personnes en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats (386) 1-12.

Mouquet, M.-C., et al. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque, DRESS Etudes et Résultats (4) 10.

Mura, P., coord (1999). Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile. Paris, Elsevier.

Mura, P., et al. (1999). Place des stupéfiants dans les accidents mortels et corporals de la voie publique. Résultats de 169 analyses sanguines réalisées en 1998 et 1999 à la demande d'une autorité judiciaire; Toxicorama XI (4) 225-231.

Mura, P. et al. (2003). Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and other control subjects: results on a French collaborative study. Forensic Science International (133) 79-85.

Mura, P., et al. (2006), Use of drugs of abuse in less than 30-year-old drivers killed in a road crash in France : a spectacular increase for cannabis, cocaine and amphetamines. Forensic Science International (sous presse).

Obradovic I. (2006), Premier bilan des "Concultations cannabis", *Tendances*, n°50, septembre.

OCRTIS (2005). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004. Nanterre, OCRTIS.

OCRTIS (2006). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005. Nanterre, OCRTIS.

OFDT (2004). 2004 National Report to the EMCDDA. OFDT.

Palle, C., C. Bernard, et al. (2005). CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 1998-2003. Saint-Denis, OFDT.

Palle, C. et Bernard, C. (2006). CSST en ambulatoire - tableaux statistiques 2004. Saint-Denis, OFDT.

Pope, H.G. Jr., Gruber A.J., Hudson J.I., Cohane G., Huestis M.A., Yurgelun-Todd D., (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association?. Drug and Alcohol Dependence (69) 303-310.

Palle, C., et al. (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>.

Pélissier, A.L., et al. (1996). Le dépistage urinaire des psychotropes illicites chez les conducteurs de véhicules accidentés, Annales de Biologie Clinique (54) 365-371.

Pépin, G., et al. (2003). Compilation de 3751 dosages sanguins de stupéfiants obtenus par 19 experts, dans le cadre de l'application de la loi Gayssot, Annales de Toxicologie Analytique XV (2).

Reitox National Focal Point, FRANCE, New Development, Trends and in-depth information on selected issues, OFDT, Paris.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>.

Reynaud, M., (2002), Usage nocif de substances psychoactives. Paris: La documentation française.

Reynaud, J., et al. (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, Decrouy, G. (ed.), pp. 297-309, L'harmattan.

Reynaud-Maurupt, C., et al. Etude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques", OFDT, Saint-Denis. A paraître.

Reynaud-Maurupt, C. (2006). Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "Musique Electronique". Etude de faisabilité d'une enquête "en population cachée" à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné, à paraître.

Robins, L.N., (1984). The natural history of adolescent drug use. American Journal of Public Health, (74) 656-657.

Roques, B., dir. (1998), Problèmes posés par la dangerosité des « drogues », Rapport au secrétariat d'État à la santé, Paris, éd. Odile Jacob/La Documentation française.

Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA. In Rapport de la mission santé-justice. Vol. Annexes, pp. 35-51, Ministère de la justice, Paris.

Rotily, M., et al. (2000). HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users, Presse Médicale 29 (28). 1549-1556.

Schermann J.M., Girre C. et Facy F. (1992). Evaluation du risque d'accident de la circulation lié à l'absorption de drogues illicites. Rapport de convention DSCR (Direction de la sécurité et de la circulation routières).

Solal, J.-F. et Schneider, M.-C. (1996) Toxicomanies et exclusion sociale, La revue du Praticien (46) 1854-1860.

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.

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.

Véléa, D., and Caro, F. ,(2006). Actualités cliniques, Nouvelles pistes pour la prise en charge de la cocaïne. Toxibase (21) 9-13.

Warsmann, J.-L., (2004). 44 propositions pour améliorer la lutte contre la drogue. Ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, Paris.

http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/c/c2_le_ministere/c21_actualite/2004_10_15_rapport_warsmann/rapport_wersmann.pdf.

Wieviorka, S., (2003). Comorbidités. In Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - France, drug situation 2002, pp. 92-101, OFDT, Paris.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>

Wilquin, J.-L., (2006). Tabagisme : le recul se confirme. In Baromètre Santé 2005. Premiers résultats. Guilbert, P., Gautier, A., (dir.). INPES, pp. 29-37.

Windle, M., (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. J Stud Alcohol (57) 627-637.

Yamaguchi, K., Kandel D.B., (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: sequence of progression. American Journal of Public Health (74) 668-672.

15. Annexes.

15.1. Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés complétant les différentes sections du rapport.

Section	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 (<i>blank</i>) n°30: méthodes et résultats d'enquêtes auprès de jeunes	
Section 3 : Prévention		#32: Policy and institutional framework
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 N°34: Indicateur de demande de traitement (TDI) 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	
Section 8 : Conséquences sociales	n°11: interpellations pour ILS (<i>blank</i>) n°12: usages de drogues dans la population incarcérée	#31: Treatment as alternative to imprisonment.
Section 9 : Réponses aux conséquences sociales		
Section 10 : Marché et offre	n°13: saisies de drogues (<i>blank</i>) n°14: pureté des produits n°15: composition des produits de synthèse n°16: prix des produits	

15.2. Liste des tableaux.

Tableau 1: Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2002-2004.....	10
Tableau 2. Estimation des consommateurs par type de drogue considérée, 15-64 ans en France en 2005 (%).	16
Tableau 3. Usagers de cannabis, 15-64 ans (%), France 2005.....	17
Tableau 4. Usage au cours du mois de produits psychoactifs à 17 ans (% en ligne).....	21
Tableau 5. Répartition des appels DATIS selon le type d'appelants, 2005.	29
Tableau 6 : Répartition des patients par âge (en %), en 2005.....	34
Tableau 7 : Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge (en %), en 2005	35
Tableau 8 : Répartition des patients selon la situation professionnelle (en %), en 2005	35
Tableau 9 : Répartition (en %) et âge moyen des patients suivant la drogue principale.	36
Tableau 10. Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par CSST, 1998-2004 ..	42
Tableau 11. Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2004.	43
Tableau 12. Décès par surdose en France, selon les données de l'OCRTIS.....	48
Tableau 13. Notification de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH, 2003-2005 (1 ^{er} semestre 2005).....	49
Tableau 14. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2005 (1 ^{er} semestre 2005).....	50
Tableau 15. Interpellations pour ILS par produit, 2005	59
Tableau 16. Dépistages des stupéfiants au volant	61
Tableau 17. Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants	62
Tableau 18. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2004	62
Tableau 19. Dépenses des Administrations Publiques imputables aux drogues (en millions d'euros).....	63
Tableau 20. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2004-2005.....	74
Tableau 21. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2001-2004	75
Tableau 22. Prix de l'ecstasy selon le dispositif TREND en 2005, en euros	76
Tableau 23. Expérimentation d'autres produits psychoactifs : prévalences au cours de la vie par sexe et par âge (en %).	79
Tableau 24. Usages de cannabis au cours de la vie chez les 12-14 ans, à partir des déclarations d'âge de premier usage faites en 2001	82
Tableau 25. Diagnostic d'usage chez les consultants de 10-15 ans	85
Tableau 26. Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population fréquentant l'espace « musique électronique », 2004-2005	89
Tableau 27. Part des consommateurs de cocaïne et de crack/free base au cours des derniers 30 jours parmi des usagers de structures première ligne	90
Tableau 28. Voie d'administration* du chlorhydrate de cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » et « festif musique électronique » 2004/5	93
Tableau 29. Evolution des surdoses liées à la cocaïne recensées par les services de police et part par rapport à l'ensemble des surdoses	96
Tableau 30. Prix du gramme de cocaïne et d'héroïne au semi-gros en Belgique et en Hollande en 2004/2005.....	98
Tableau 31. Prix moyen estimés du chlorhydrate de cocaïne dans les sites du dispositif d'observation TREND	98
Tableau 32. Dépistages des stupéfiants au volant	110
Tableau 33 Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants	111

15.3. Liste des figures.

Figure 1. Comportements d'usages et problèmes associés parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année (15-64 ans).....	19
Figure 2. Distribution de la population suivant le score au Cast parmi les 15-64 ans suivant la fréquence d'usage de cannabis (%).....	20
Figure 3. Contextes de la dernière consommation d'alcool et de cannabis (1).....	23
Figure 4. Evolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues selon la définition de l'OEDT, 1990-2002 par sexe.....	47
Figure 5. Condamnations pour ILS prononcées en France.	57
Figure 6. Interpellation pour ILS depuis 1995.	58
Figure 7. Expérimentations du tabac, du cannabis et de l'alcool : prévalences au cours de la vie par âge et par sexe.....	78
Figure 8. Usages réguliers* de tabac, d'alcool et de cannabis, par âge et par sexe entre 12 et 18 ans en 2003	79
Figure 9. Type d'usage de cannabis en fonction de l'âge de premier usage	81
Figure 10. Evolution de la fréquence de la consommation de cocaïne chez les Français âgés de 15 à 34 ans (1995-2005).....	88

15.4. Liste des abréviations.

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ASSEDIC	Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociale précoce
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
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
CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
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)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
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)
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
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)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
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)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
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
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
IC	Intervalle de confiance
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JO	Journal officiel
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M€	Million(s) d'euros
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MST	Maladies sexuellement transmissibles
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
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête "stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière" (DGS/OFDT/INRETS)
SFA	Société française d'alcoologie
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
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TDI	Indicateur de demande de traitement [Treatment demand indicator]
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	usage(ers) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B
