



Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Drogues et toxicomanies

Indicateurs et tendances

édition 1996

RESEAU MOBILISE

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (CESES)

Centre français d'éducation pour la santé (CFES)

Commission des stupéfiants et psychotropes

Drogues Info Service (DIS)

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)

Groupement de recherche "Psychotropes, Politiques et Société" du CNRS (GDR PPS)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : unités 169 et 302

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDt)

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

Réseau national de santé publique (RNSP)

Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances (TOXIBASE)

Société d'entraide et d'action psychologique (SEDAP)

MINISTERE DE LA DEFENSE

Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA)

Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN)

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI) : Sous-direction des affaires juridiques et contentieuses et de la lutte contre la fraude, bureau D/3

MINISTERE DE L'INTERIEUR

Mission de lutte anti-drogue (MILAD)

Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS)

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction de l'administration générale et de l'équipement (DAGE) : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SED)

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) : Service de la communication, des études et des relations internationales (SCERI)

Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) : Sous-direction de la justice criminelle, bureau de la protection des victimes et de la prévention

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Direction générale de la santé (DGS) : bureau SP3, division SIDA

Service des statistiques des études et des systèmes d'information (SESI) : bureau ST2

**MINISTÈRE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DE LA VILLE ET DE L'INTEGRATION ET
MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Direction de l'action sociale (DAS) : bureau DSF1

CONTRIBUTIONS AU PROJET

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Jean-Michel COSTES directeur de l'OFDT

CONDUITE DU PROJET ET REDACTION

Chloé CARPENTIER responsable des travaux statistiques à l'OFDT

CONTRIBUTIONS AU RAPPORT, MEMBRES DU GROUPE PROJET

Delphine ANTOINE Ministère du travail et des affaires sociales, SESI

Gérard CAGNI SEDAP - TOXIBASE

Françoise FACY INSERM Unité 302

Isabelle GREMY ORS Ile-de-France

François-Rodolphe INGOLDIREP

Dominique PECHEUX Ministère de l'intérieur, OCRTIS

Michel SCHIRAY CNRS - CIRED - GDR PPS

CONTRIBUTIONS AU RAPPORT, AUTEURS D'ARTICLES

Gilles AZOULAY

Marie-Danièle BARRE

Juliette BLOCH

Yves CHARPAK

Marie CHOQUET

Françoise FACY

Jean-Dominique FAVRE

Richard HARTNOLL

François-Rodolphe INGOLD

Michel KOKOREFF

Georges LAGIER

Sylvie LEDOUX

Clary MONAQUE

Françoise NORY-GUILLOU

Mohamed TOUSSIRT

REMERCIEMENTS POUR LEUR PARTICIPATION

Jacques ABGRALL	Annick ANDRIER	Claude ANFRAY
Pierre ANGEL	Jacques ARENES	Elisabeth AUBOURG
Nicole BARANGER	Denise BARRIOLADE	Jean BEGUE
Jean-Pierre BOMPEIX	Baptiste COHEN	Sylvain DALLY
Véronique DECOLLE	Jean-Pierre DESCHAMPS	Jean-Marie DEVEVEY
Carle DOUTHEAU	Franck DUBIN	Eric DUSSEUX
Philippe EONO	Alain EPELBOIN	Alain EHRENBERG
Claude FAUGERON	Georges FRAGA	Jean FRANCKA
Nathalie FRYDMAN	Dominique de GALARD	Bertrand GARROS
Michel GAUTHIER	Danielle GRIZEAU	Karine GROUARD

Nicole GUIGNON	Jean-Bernard HARTH	Françoise HATTON
Roger HENRION	Claude JACOB	Marie-Pierre JOLY
Claude Jouven	Annie KENSEY	Bernard LAFONT
Brigitte LAFOURCADE	Eusèbe LALEYE	Frédéric LE CARVAL
Michel LECOLLE	Laurence LEFEVRE	Bernard LEGOUUEIX
Octave LEPRETRE	France LERT	René LEVY
Jean-Patrick LOUBOUTIN-CROC	Jon MAGNUS	Kamel MALEK
Danielle MILLION	Hélène MORFINI	Françoise MOYEN
Nadine NEULAT	Elda PHILIPPE	Jean-Claude PHILIPPE
Josianne PILLONEL	Murielle RABORD	Jean-Loup REY
Jean-François RIOUFOL	Nathalie ROUFFIAC	Carole RUBINO
Valérie SAGAN	Patrick SANSOY	Caroline SIX
Odile TIMBART	Alain TOURRE	Marc VALEUR
Annie VELTER	Julian VICENTE	Delphine VIGUIER

AVANT-PROPOS

La publication de ce rapport, sorte d'état des lieux du phénomène, vient éclairer les pouvoirs publics en pleine préparation d'un nouveau plan triennal 1997-1999 de lutte contre la drogue et la toxicomanie. L'actualisation du travail établi en 1995 laisse apparaître des grandes tendances toujours préoccupantes malgré certains résultats encourageants, notamment en matière de réduction des risques encourus par les toxicomanes.

Cette seconde édition clôture une première année de fonctionnement de l'observatoire sous la forme juridique autonome de groupement d'intérêt public que le gouvernement a décidé de lui donner en septembre 1995. Ce statut lui permet d'associer à sa mission les différentes approches administratives et les principales expertises scientifiques concernées par le sujet.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif et nous tenons à remercier l'ensemble des personnes et organismes qui, de près ou de loin, y ont contribué. C'est une première pierre sur laquelle va s'appuyer, selon le même principe de travail en réseau coopératif,

l'établissement d'un réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies, qui jouera pleinement son rôle en Europe dans le cadre des projets conduits par l'observatoire européen.

Françoise de VEYRINAS,

Vice-Présidente du Conseil d'Administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Gilbert AZIBERT,

Président du Conseil d'Administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

SOMMAIRE

Réseau mobilisé	2
Contributions au projet	3
Avant-propos	5
Sommaire	6
Introduction	8
Bibliographie générale	11
Les tendances actuelles	12
Indicateurs	15
Usages de produits toxiques	15
Consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes chez les adultes	16
Consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes chez les adolescents	18
Consommations de drogues chez les adultes	20
Consommations de drogues chez les adolescents	22
Usagers de drogues et toxicomanes : estimations de prévalence	24
Usages et institutions	27
Dispositifs spécialisés de soins, de prévention et d'insertion pour toxicomanes en France	28
Dispositif d'accueil téléphonique : Drogues Info Service	32
Toxicomanes suivis par les institutions sanitaires et sociales	34
Interpellations pour usage illicite de stupéfiants	36
Condamnations et incarcérations pour usage de stupéfiants	38
Usagers de drogues et toxicomanes	41
Age	42
Sexe, nationalité, insertion professionnelle et couverture sociale	44
Maladies associées à l'usage de drogues	46
Mortalité	49
Toxicomanies	53
Produits consommés	54
Poly-consommations et administration intraveineuse	57
Offre de stupéfiants	59
Le blanchiment de l'argent lié à la drogue	60
Saisies de stupéfiants	62
Interpellations, condamnations et incarcérations pour offre et trafic de stupéfiants	64
Comparaisons européennes	67
L'usage de drogues en Europe	68
Les problèmes liés à l'usage de drogues et les conséquences en Europe	71

Tendances73

Usages de produits toxiques73La prise de médicaments psychotropes chez les adolescents, S. Ledoux et M. Choquet74

La consommation d'alcool, de tabac et des diverses drogues illicites parmi les jeunes, M. Choquet, J.-D. Favre, S. Ledoux et G. Azoulay76

Usages et trafic d'ecstasy, M. Kokoreff78

Approche ethnographique de la consommation de cannabis en France, F.-R. Ingold et M. Toussirt80

Usages et institutions83Suivi épidémiologique de patients sous méthadone, F. Facy84

Toxicomanie et délinquance, M.-D. Barré86

Toxicomanes incarcérés vus par les antennes en 1994, F. Facy88

Usagers de drogues et toxicomanes91Les attitudes et les pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques

de contamination par les virus du SIDA et des hépatites, F.-R. Ingold et M. Toussirt92

Évolution de la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes entre 1992 et 1995, J. Bloch, F. Nory-Guillou, C. Monaque et Y. Charpak96

Annexes99

Classification des principales "drogues"(substances psychoactives ayant un potentiel de pharmacodépendance ou d'abus), contrôlées (stupéfiants

ou psychotropes) et non contrôlées, G. Lagier100

Les traitements de substitution110

Répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en France112

L'étude Multivilles du Groupe Pompidou, R. Hartnoll114

Répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en Europe118

Points focaux nationaux du réseau européen des drogues et des toxicomanies REITOX 119

Sigles120

Sources122

Fiche d'observations123

Coordonnées de l'OFDT125

INTRODUCTION

Un an après la sortie du premier rapport "Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances", la publication de cette seconde édition vient pérenniser l'observatoire et sa mission. En effet, en septembre 1995, le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie lui a donné les moyens juridiques et matériels d'exercer sa mission globale d'observation du phénomène "drogues et toxicomanies".

Le statut de Groupement d'Intérêt Public lui donne une autonomie dans sa mission d'observation par rapport au domaine de l'action publique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il est administré par un conseil au sein duquel sont représentées les principales administrations concernées par le sujet et des acteurs du monde associatif. Un collège scientifique, regroupant à la fois les principaux gestionnaires de données et des experts de différentes disciplines, lui permet d'inscrire son action dans un cadre de réflexion multidisciplinaire.

Dresser périodiquement l'état du phénomène "drogues et toxicomanies" en France répond tout d'abord à sa mission nationale. Cette tâche correspond également au rôle qu'il joue au niveau européen, par son intégration au réseau d'information mis en place par l'observatoire européen. En effet, ce problème dépasse largement les strictes frontières nationales, aussi bien par la réalité des tendances qui peuvent être relevées, qu'en ce qui concerne l'efficacité des actions entreprises dans la lutte contre le trafic, et la prévention de l'usage. Dans un domaine d'observation aussi complexe et lacunaire, le rapprochement des méthodes et connaissances propres à chaque état est enrichissant pour tous. Les premiers travaux de l'observatoire européen, et notamment son premier rapport publié récemment et mentionné dans cet ouvrage, confirment cette attente.

Un domaine complexe à observer

L'essentiel de la législation française en matière de drogue et de toxicomanie résulte de la loi du 31 décembre 1970, qui a plusieurs objectifs et présente un double versant : réprimer le trafic et l'usage de stupéfiants et organiser les soins aux toxicomanes. Tout en posant le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants, la loi propose une alternative thérapeutique à la répression de l'usage : l'injonction thérapeutique. Elle précise également deux principes majeurs dans l'organisation des soins : leur gratuité et l'anonymat pour les toxicomanes pris en charge. Ce cadre législatif structure la connaissance que nous pouvons en avoir. Les deux grandes filières statistiques existantes (sanitaire, répressive) sont le reflet de la dualité du toxicomane établie par la loi. La règle de l'anonymat ne facilite pas les études épidémiologiques au niveau des sujets traités et de leur suivi.

L'usage de drogue est par nature difficilement repérable et donc descriptible. En France, le dispositif d'observation des usages de drogues en population générale est incomplet. Néanmoins de nombreuses données sont disponibles. Elles proviennent le plus souvent des institutions qui interviennent en la matière. Elles ne reflètent donc qu'une partie du phénomène et sous un angle particulier, celui de l'institution.

Les sources d'information qui ont été explorées pour mener à bien ce travail peuvent être catégorisées de la manière suivante :

les sources institutionnelles, qui émanent d'institutions sanitaires, sociales ou répressives luttant contre la drogue et la toxicomanie, et dont l'objectif principal est de mesurer et d'orienter leur action ;

- les études sur des populations particulières, concernées directement par la toxicomanie, menées par des équipes de recherche ou des administrations, non engagées directement dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie mais contribuant à la connaissance du phénomène ;
- les enquêtes en population générale, qui visent à mesurer l'importance des usages de drogues et à étudier les comportements ou les attitudes de la population globale à l'égard de la drogue.

Problèmes de définition

Les définitions varient selon les sources, les dénominations aussi. Il s'agit alternativement de toxicomanes (services de soins), conduites toxicophiles (service de santé des armées), usagers de stupéfiants (services de police et de gendarmerie), consommateurs de drogues (enquêtes en population générale). Le terme de toxicomane est défini de manière plus pragmatique que théorique. C'est en quelque sorte un élément de l'identité de l'individu relevé par l'institution qui le repère, saisi comme tel dans ses statistiques.

Entre l'usage de drogue et la toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d'usages : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs avec toutes les conséquences qui s'ensuivent sur l'état physique et psychique des individus, dépendance lorsque la personne devient prisonnière du seul but de trouver le produit qui lui manque.

Toutes ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane ou toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du phénomène, notamment dans son évaluation quantitative : combien y a-t-il de toxicomanes ? Les fluctuations de ces évaluations sont d'autant plus fortes qu'elles portent sur des populations différentes. En effet, le rapport de grandeur varie de un à dix selon que l'on considère l'usage ou la dépendance. Aussi, quels que soient les termes utilisés, l'attention doit être portée sur la nécessité de préciser la perspective selon laquelle l'observation est menée : toxicomanes suivis par le système sanitaire et social, usagers de drogues interpellés par le système répressif...

Méthode de travail

Une des caractéristiques de cette tentative de synthèse des données et analyses disponibles sur les drogues et les toxicomanies tient à son ambition multidisciplinaire. Par là, il faut entendre l'effort qui a été produit afin d'échapper aux approches trop segmentées qui sont habituelles dans ce domaine. Se représenter le phénomène, son évolution, ses tendances de façon aussi globale que possible demande en effet un effort significatif et novateur. Il suppose un travail visant à explorer et préciser la signification des séries chiffrées et à les confronter les unes avec les autres. Il suppose également un travail permettant de confronter des données de sources tout à fait différentes, ayant souvent été produites selon des protocoles méthodologiques différents, aussi bien qualitatifs que quantitatifs: données cliniques, statistiques, épidémiologiques, ethnographiques... Ce travail ne va pas de soi et constitue la base à partir de laquelle une telle démarche multidisciplinaire peut se développer.

Le mode d'organisation pour l'élaboration de ce second rapport est identique à celle mise en place pour le premier. L'observatoire a assuré la conduite et la rédaction du rapport en s'appuyant sur un groupe projet qui en a défini les orientations et discuté les différentes étapes de réalisation, apportant ainsi la richesse de la diversité des compétences et approches de ses membres. Une démarche à la fois pédagogique et technique s'est trouvée privilégiée : présenter des indicateurs et dégager des tendances, mais aussi préciser leurs origines et leurs limites d'interprétation en recherchant l'interprétation par confrontation de points de vue divers. Le travail reste principalement descriptif bien qu'un accent supplémentaire ait été mis sur l'analyse des données, notamment dans sa partie "tendances".

Le rapport comprend deux parties centrées respectivement sur les indicateurs et les tendances.

La première partie expose un "noyau dur" d'indicateurs, sous forme de fiches par thème comportant des tableaux et des graphiques, un texte descriptif et des précisions méthodologiques. Les indicateurs sélectionnés contribuent pour chacun d'entre eux à la construction d'une esquisse globale du phénomène de l'usage et de l'offre de drogues et de son évolution dans le temps. Ils sont en quelque sorte le socle sur lequel peut s'appuyer une observation permanente. Ils seront à nouveau élaborés lorsqu'une actualisation de ce travail sera rendue nécessaire.

La seconde partie se présente sous la forme d'une réunion de textes d'auteurs faisant état des résultats d'une enquête, d'une étude ou d'une recherche. Ces textes s'appuient sur une méthode d'observation quantitative ou qualitative dans le domaine de l'épidémiologie, l'ethnographie, l'économie ou la sociologie. Cette approche multidisciplinaire vient préciser, compléter, voire remettre en question l'image centrée sur le "noyau dur" d'indicateurs.

Orientations

Ce second rapport sera suivi d'une évaluation afin d'en déterminer la périodicité et de mieux orienter le contenu du prochain. Sans trop anticiper cette étape, certaines indications peuvent être avancées. Les deux éléments fondamentaux sur lesquels cet aperçu a été élaboré resteront les mêmes : le "noyau dur" des indicateurs qui sera complété et les études spécifiques qui affinent l'observation et son analyse. Par ces autres activités, notamment ses travaux méthodologiques et son programme d'études, l'observatoire s'attachera à consolider ce dispositif pour enrichir le point de vue global.

L'ancrage européen de ce travail lui donnera une perspective plus large. La contribution à apporter au rapport annuel de l'observatoire européen sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies, amènera à aborder de nouveaux domaines comme : les politiques, les législations et les dispositifs ou actions mis en place, notamment dans le domaine de la prévention et du traitement.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Les ouvrages cités ci-après sont des ouvrages généraux et transversaux en matière de drogues et de toxicomanies. Une bibliographie plus spécifique se rapportant aux différents thèmes abordés dans le rapport pourra être consultée dans chaque fiche.

La drogue en prison, Ministère de la Justice, à paraître.

- Répertoire des sources statistiques sur les drogues et les toxicomanies, OFDT, nouvelle édition à paraître.
- Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, eMcdda, European Communities, 1996.
- Livre blanc, Sécurité routière, Drogues licites ou illicites et médicaments : rapport au Premier ministre, Sous la présidence de G. LAGIER, La documentation française, Paris, 1996.
- Dossier Toxicomanie, Echanges santé-social n° 81 mars 1996, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, La documentation française, Paris, mai 1996.
- Drogues et Toxicomanies : Indicateurs et tendances - Edition 1995, C. Carpentier et J.M. COSTES, OFDT-DGLDT, Paris, 1995.
- Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Sous la présidence de R. HENRION, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La documentation française, Paris, 1995.
- La santé en France : rapport du Haut Comité de Santé Publique, La documentation française, Paris, novembre 1994.
- Rapports du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé sur les toxicomanies, Paris, 23 novembre 1994.
- L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, R. PADIEU, DGLDT, La documentation française, Paris, 1994.

- Le système d'information statistique français sur les drogues et les toxicomanies en 1994 - description sommaire et propositions d'action, J.-M. COSTES, DGLDT-OFDT, Paris, octobre 1994.
- Etude multi-villes : tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994.
- La demande sociale de drogues, Sous la direction de A. OGIEN et P. MIGNON, DGLDT, La documentation française, Paris, 1994.
- Penser la drogue penser les drogues : état des lieux, Textes réunis par A. EHRENBERG, Editions Descartes, Paris, 1992.
- Colloque réseau-INSERM "toxicomanie - santé publique" 14 et 15 mai 1992 - Dijon, édité par F. FACY et G. CAGNI, Dijon, 1992.
- Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier ministre, C. TRAUTMANN, La documentation française, Paris, 1990.
- Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, M. PELLETIER, La documentation française, Paris, 1978.
- Psychotropes : revue internationale des toxicomanies, publication trimestrielle, Masson, Paris.
- Toxibase : revue documentaire, publication trimestrielle, Toxibase, Lyon.

LES TENDANCES ACTUELLES

Cette présentation de tendances est un exercice un peu spéculatif : quelles sont les tendances sur les drogues et les toxicomanies que nous pouvons mettre en relief, en 1996 ? Il ne s'agit pas à proprement parler d'une synthèse des éléments décrits dans le rapport mais d'une sélection de traits saillants représentatifs à la fois du socle sur lequel repose à l'heure actuelle notre connaissance du phénomène, fondée sur des données quantitatives disponibles, et d'une approche plus qualitative, "à dire d'expert", portant sur des évolutions récentes que l'on peut relever.

Usages et produits

L'usage de drogues et la toxicomanie ne constituent plus des phénomènes essentiellement urbains. Ces comportements tendent à se propager hors des grandes métropoles. La tendance au vieillissement se poursuit sauf pour les usagers de crack, signe pour ce produit d'une autre forme d'usage plus précoce. D'après les études ethnographiques récentes (approche de terrain), il semblerait que, par rapport aux années antérieures, on assiste à une radicalisation des états de pauvreté et de la précarisation chez les toxicomanes.

Les polytoxicomanies se développent. La place des médicaments psychotropes dans l'ensemble des produits consommés par les toxicomanes devient particulièrement importante.

La consommation d'héroïne, après une très forte croissance ces dix dernières années, semble se stabiliser.

L'usage de cocaïne, dont les rares indicateurs que l'on possède laissent à penser qu'il est important, est toujours aussi mal connu sauf à travers son association avec d'autres consommations où il est souvent mentionné.

Malgré une forte progression constatée depuis son émergence en France à la fin des années 80, l'usage de crack est contenu à un niveau encore limité. Il affecte essentiellement la région parisienne et les Antilles.

Le phénomène récent le plus marquant est certainement la progression considérable de la consommation d'ecstasy et d'hallucinogènes, dans les discothèques ou les fêtes rassemblant des jeunes, au delà du simple cadre des "raves".

Nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes en France qui auraient consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de ceux qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Plus de neuf fois sur dix le produit consommé est le cannabis. Son usage semble se banaliser, d'une certaine manière : plus d'un quart des personnes entrant à l'âge adulte l'ont expérimenté. Cet usage occasionnel recouvre d'autres pratiques où le cannabis seul ou associé à d'autres produits (alcool, ecstasy...) a un rôle important dans des conduites de dépendance.

La répression du trafic et de l'usage

La hausse des saisies de produits stupéfiants, constatée au cours des dernières années, marque un temps d'arrêt en 95 pour toutes les drogues à l'exception de l'ecstasy.

Les prix de l'héroïne, de la cocaïne, et de l'ecstasy, habituellement pratiqués au niveau de la rue à Paris, sont à la baisse ces dernières années. Quant à la pureté des produits, si la qualité de l'héroïne s'est améliorée à Paris, celles de la cocaïne et du cannabis auraient, aux dires des consommateurs, baissé.

Les interpellations pour usage illicite de stupéfiants (62 000 en 95) continuent de progresser fortement (+ 19 % au cours de la dernière année) mais cette progression porte essentiellement sur le cannabis. L'alternative aux poursuites que constitue l'injonction thérapeutique est de plus en plus employée (8 600 en 95) et fait l'objet d'une meilleure coordination entre les services judiciaires et sanitaires.

La part de la petite et moyenne délinquance attribuable aux toxicomanes reste un indicateur difficile à construire en raison notamment de la non-élucidation d'une partie importante de ces faits. Une recherche monographique réalisée à Paris sur l'année 1990 indique en tout état de cause que le chiffre de 50 % fréquemment cité serait surestimé.

Traitements, état de santé

Le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes continue à se renforcer et à se diversifier. Près de 65 000 toxicomanes ont eu recours aux centres de soins spécialisés en 1995 (+ 22 % en une année). Les médecins généralistes voient leur part de prise en charge croître dans le traitement de certains patients toxicomanes. Les dispositifs spécialisés et généralistes sont mieux intégrés dans le cadre d'une prise en charge plus globale et mieux coordonnée. La mise à disposition de traitements de substitution (Méthadone® et Subutex®) s'est considérablement développée depuis 1993. Le nombre de toxicomanes en bénéficiant est passé de quelques dizaines à plus de 23 000 en septembre 1996.

Les toxicomanes ont largement été infectés par le VIH : parmi l'ensemble des cas de SIDA déclarés depuis 1978, 28 % sont liés à la toxicomanie. Actuellement, 20 % des toxicomanes qui ont recours aux soins seraient infectés par le VIH. Les derniers indicateurs en la matière tendent à montrer une stabilité voire une diminution de la part des toxicomanes infectés par le VIH. Cette évolution vient souligner l'importance des efforts de prévention qui sont réalisés à ce niveau depuis une dizaine d'années.

Les toxicomanes sont également très touchés par les hépatites (environ un sur deux ont une sérologie positive pour l'hépatite C), mais leur statut sérologique est dans ce domaine moins bien connu.

La prise en charge des problèmes infectieux est de plus en plus fréquente. Ceci ne doit pas masquer les autres problèmes somatiques et les pathologies psychiatriques rencontrés par les toxicomanes.

Même si des résultats positifs sont enregistrés à la suite de l'amélioration de l'accessibilité aux seringues et des actions menées dans le cadre d'une stratégie globale de réduction des risques, certaines pratiques à risque perdurent. C'est le cas de la réutilisation des seringues et du partage du matériel d'injection autre que la seringue.

La mortalité en relation avec la toxicomanie est devenue, chez les jeunes adultes, une des causes principales de mortalité (avec les accidents et les suicides). Le nombre de décès par surdose (une des composantes de la mortalité des toxicomanes), qui a très fortement progressé au cours des années 80, se stabilise depuis les 4 dernières années. L'héroïne reste très largement dominante dans les produits mis en cause, mais la part des médicaments augmente sensiblement (17 % en 95).

INDICATEURS

USAGES DE PRODUITS TOXIQUES

CONSOMMATIONS D'ALCOOL, DE TABAC ET DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ADULTES

Au cours des vingt dernières années, les modes de consommation d'alcool ont changé : les consommations d'habitude (vin, bière) sont progressivement remplacées par des consommations excessives avec ivresse (alcools forts), essentiellement parmi les jeunes adultes. Globalement, la consommation de vin diminue : par rapport à 1980, les consommateurs réguliers sont en forte régression (en particulier les consommateurs quotidiens), mais les consommateurs occasionnels ont sensiblement augmenté. C'est le modèle de consommation de vin "occasionnel fréquent" (au moins une fois par semaine) qui s'est le plus développé au cours des cinq dernières années.

En matière de consommation d'alcool, les abstinents sont rares : 91 % des 18-75 ans déclarent en 1995 avoir consommé une boisson alcoolisée, ne serait-ce qu'un verre, au cours des 12 derniers mois. On observe que les personnes qui ont été ivres l'ont été en moyenne 4 fois dans l'année et que plus de la moitié d'entre elles ont consommé à cette occasion au moins 8 verres de boissons alcoolisées. Le test DETA, mis au point par des alcoologues, permet de dépister les consommateurs à haut risque pour lesquels la probabilité d'une consommation excessive d'alcool et d'une éventuelle alcoolodépendance est très élevée. Ainsi, les adultes interrogés comptent parmi eux 8 % d'alcoololo-dépendants potentiels (14 % chez les hommes et 3 % chez les femmes), ce qui représente environ 3,5 millions de personnes.

Au cours des 7 derniers jours, 71 % des adultes ont, en 1995, bu au moins un verre ou une canette de vin, bière ou autre alcool. Pour plus de la moitié d'entre eux c'était lors du week-end. Un nombre plus restreint de personnes (39 %) déclare avoir consommé une boisson alcoolisée le jour précédent l'enquête. Elles ont bu en moyenne 2,8 verres ou canettes (2,0 chez les femmes et 3,2 chez les hommes, sachant que deux fois plus d'hommes boivent de l'alcool), essentiellement de vin.

Globalement, le pourcentage de fumeurs est resté relativement stable depuis 20 ans et se situe autour de 40 %. Mais, on note des évolutions contraires selon le sexe. Ainsi, on observe une augmentation de la fréquence des fumeurs chez les femmes et une baisse de cette même fréquence chez les hommes.

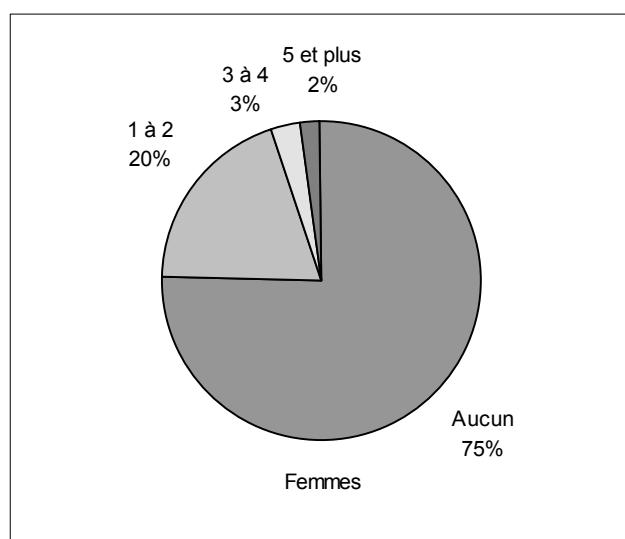
En 1995, 36,5 % des adultes entre 18 et 75 ans déclarent fumer. Chez les femmes cette fréquence est de 31 % contre 42 % chez les hommes. C'est parmi les 18-24 ans, et ce quel que soit le sexe, que la consommation de tabac est la plus répandue : plus de la moitié d'entre eux sont fumeurs. Consommer du tabac est très lié à l'âge, à la génération également. Avec l'âge, les fumeurs se font plus rares et la différence entre hommes et femmes se creuse. Chez ces dernières, la décroissance des taux de fumeurs est plus importante avec l'âge. La consommation de tabac est, en effet, nettement plus récente chez les femmes et concerne très peu les générations nées avant 1945.

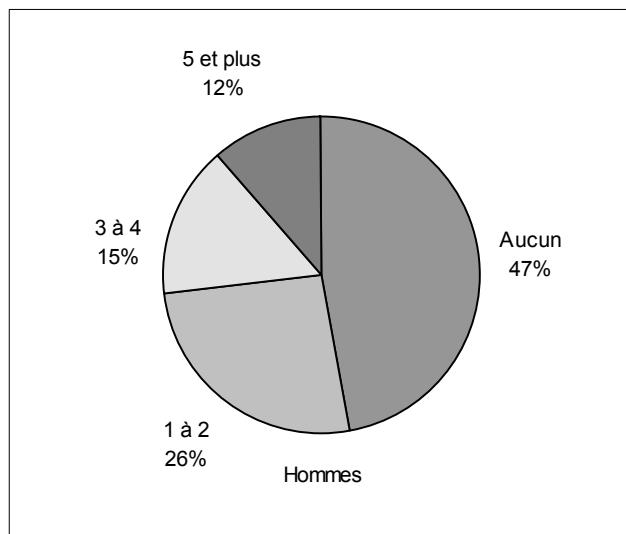
L'usage régulier de médicaments psychotropes, comparé aux consommations d'alcool et de tabac, est moins fréquent. C'est une consommation essentiellement féminine qui concerne en 1992 14 % des femmes et 9 % des hommes de plus de 18 ans. La plupart d'entre eux en consomment depuis plus de 5 ans. Les tranquillisants et les hypnotiques constituent la grande majorité (63 %) des médicaments psychotropes achetés. Ils sont à 85 % prescrits par des médecins généralistes. L'usage de médicaments psychotropes augmente avec l'âge : à 80 ans et plus, 35 % des femmes et 30 % des hommes en consomment régulièrement depuis plus de 6 mois.

Pour en savoir plus

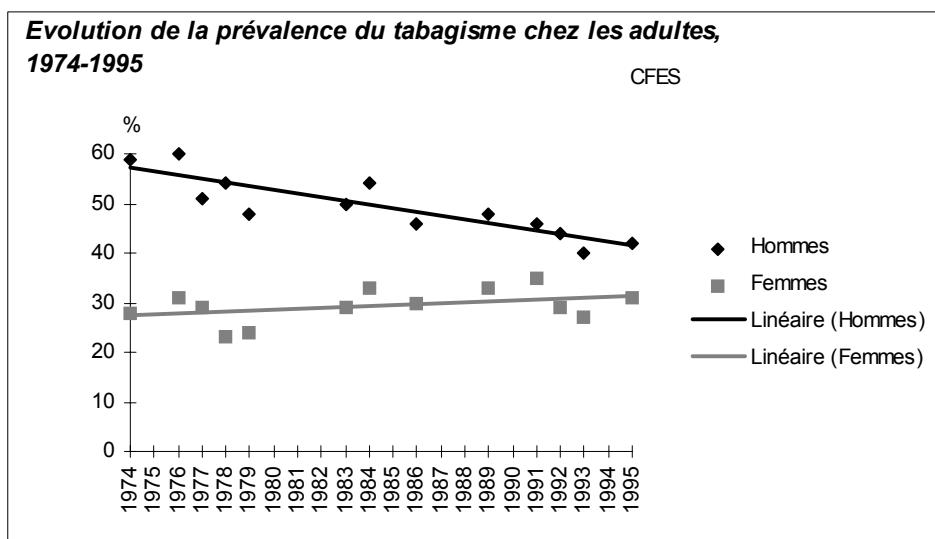
- Baromètre Santé (adultes) 95, CFES, Paris, à paraître.
- Rapport de la Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France, E. ZARIFIAN, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, mars 1996
- L'évolution des comportements de consommation du vin en France, D. BOULET, J.P. LAPORTE, P. AIGRAIN, J.B. LALANNE, INRA-ONIVINS, Montpellier, 1995.
- Is tobacco use finally decreasing in France ?, Cancer Detection and Prevention, A.J. SASCO, D. GRIZEAU, M. DANZON, 19 (2) : pp. 210-218, 1995.
- La consommation régulière de psychotropes, N. GUIGNON, P. MORMICHE, C. SERMET, Insee Première n° 310, Paris, avril 1994.
- Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992, N. GUIGNON, Solidarité santé n° 1 : Les français et leur santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, janvier 1994.

Nombre de verres de boissons alcoolisées consommés le jour précédent l'enquête, selon le sexe, 1995 CFES





Evolution de la proportion de fumeurs chez les adultes, 1974-1995 CFES



REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'effet "âge" signifie que la consommation varie en fonction de l'âge de l'individu au cours de sa vie. L'effet "génération" signifie qu'appartenir à une génération induit des comportements particuliers (modèles culturels et modes de vie différents selon les générations) en matière de consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments psychotropes.

Baromètre Santé 95, CFES

Echantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans (n = 1993) consulté en novembre-décembre 1995.

“prévalence du tabagisme” : pourcentage de fumeurs.

Evolution des comportements de consommation de vin en France 1995, INRA-ONIVINS

Echantillon représentatif de la population âgée de 14 ans et plus (n = 4 000) consulté dans le courant du mois d'avril 1995.

Consommateurs occasionnels de vin : 1 à 2 fois par semaine ou moins

Consommateurs réguliers de vin : tous les jours ou presque tous les jours

Enquête santé 1991-1992, INSEE

Echantillon représentatif des ménages : population de plus de 18 ans (n = 7 666).

Consommation de médicaments psychotropes : au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois.

CONSOMMATIONS D'ALCOOL, DE TABAC ET DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ADOLESCENTS

Nous ne disposons pas de données plus récentes sur les consommations de produits psychotropes licites chez les adolescents (11-19 ans, scolarisés), mais il nous a paru important de rappeler les divers constats qui avaient pu être faits dans le rapport précédent.

En vingt ans, les consommations d'alcool et de tabac des adolescents ont diminué. Les modes de consommation d'alcool ont changé : si l'usage quotidien s'est effondré, la recherche d'ivresse a sensiblement augmenté. La diminution de la consommation de tabac, constatée surtout chez les garçons, a concerné essentiellement les consommateurs occasionnels. Quant à la consommation de médicaments psychotropes, elle s'est accrue chez les filles seulement.

Actuellement, 48 % des 11-19 ans ne boivent jamais d'alcool, 40 % en consomment occasionnellement, et 12 % plus régulièrement. La bière est le premier produit consommé, devant les alcools forts et le vin.

Il est probable que parmi ceux qui boivent au moins deux verres d'une boisson alcoolique par semaine, certains adolescents aient une consommation abusive. Ceux-ci ne peuvent cependant pas être repérés. Les garçons sont toujours plus consommateurs d'alcool, et plus régulièrement, que les filles. La recherche répétée d'ivresse est également plutôt masculine. Elle se retrouve bien plus fréquemment chez les consommateurs bi-hebdomadaires d'alcool.

Par rapport à l'alcool, la consommation de tabac est moins répandue parmi les adolescents scolarisés : 78 % ne fument jamais, 8 % fument occasionnellement, et 14 % quotidiennement (pour plus de la moitié 10 cigarettes et plus par jour). Globalement la proportion de fumeurs ne diffère pas selon le sexe, mais les filles deviennent plus rapidement des consommatrices régulières.

17 % des 11-19 ans ont pris au cours de l'année des médicaments psychotropes. Que ce soit sur initiative personnelle ou prescription, les filles en consomment davantage que les garçons. Il s'agit essentiellement de médicaments contre la nervosité et l'angoisse plutôt que de médicaments contre les insomnies et les troubles du sommeil. Leur usage est souvent associé à une symptomatologie dépressive et à un cumul d'au moins trois plaintes somatiques.

L'âge intervient fortement dans les consommations de produits psychotropes licites. Avec l'âge, consommer de l'alcool et du tabac devient de plus en plus fréquent, et la consommation régulière s'installe. Ces deux produits se conjuguent également de plus en plus : plus on prend régulièrement l'un, plus on consomme l'autre également. Ainsi, à 18 ans, 15 % des adolescents consomment régulièrement alcool et tabac. Le recours aux médicaments psychotropes augmente avec l'âge chez les filles, tandis que chez les garçons il reste stable. À 18 ans, l'usage de médicaments psychotropes est devenu une pratique plutôt féminine et concerne le tiers des filles.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Enquête Santé des Adolescents 1993, INSERM-U169

Echantillon représentatif sur le plan national des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire public (collèges et lycées) âgés de 11 à 19 ans (n = 12 391).

Taux de non-réponses inférieur ou égal à 1 % sur la consommation de tabac et d'alcool, entre 1 % et 3 % sur la consommation de médicaments psychotropes.

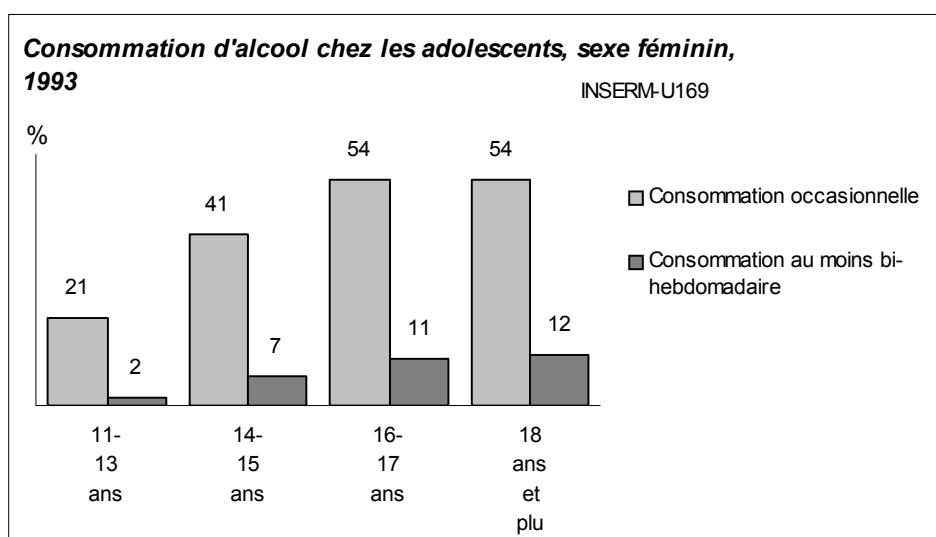
Consommation occasionnelle d'alcool : boire rarement ou une fois par semaine une boisson alcoolique ou avoir connu 1 ou 2 ivresses dans l'année.

Consommation bi-hebdomadaire d'alcool : boire au moins 2 fois par semaine une boisson alcoolique ou avoir connu au moins 3 ivresses dans l'année.

Pour en savoir plus

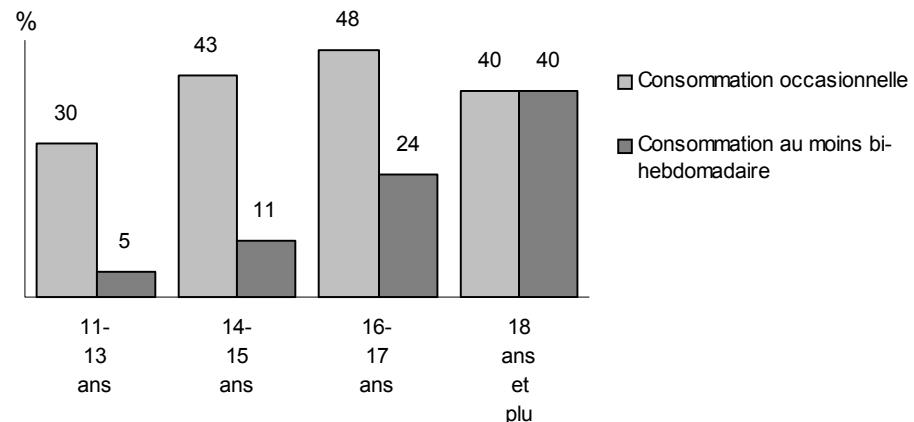
- Adolescents : Enquête nationale, Analyses et prospective, M. CHOQUET, S. LEDOUX, Les éditions INSERM, La documentation française, 1994.

Consommation d'alcool chez les adolescents, 1993 INSERM-U169



Consommation d'alcool chez les adolescents, sexe masculin, 1993

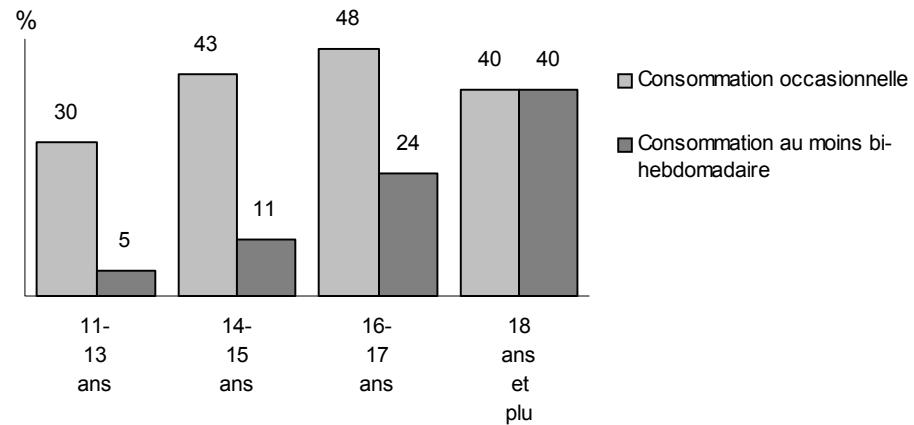
INSERM-U169



Consommation de tabac chez les adolescents, 1993 INSERM-U169

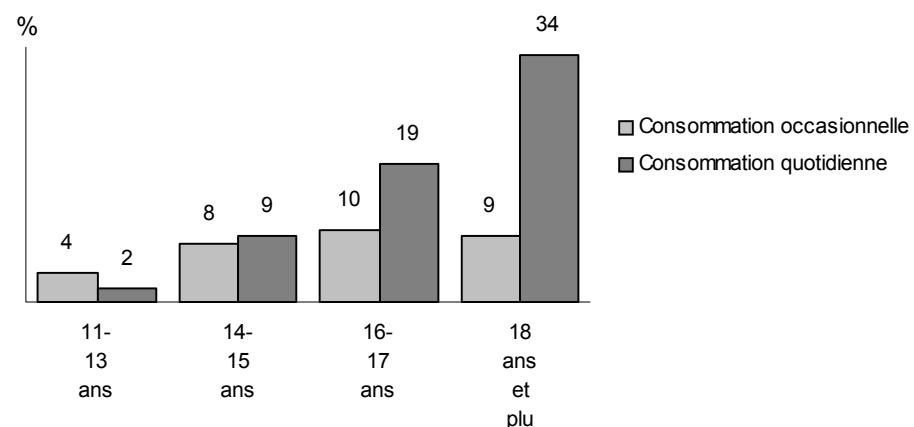
Consommation d'alcool chez les adolescents, sexe masculin, 1993

INSERM-U169



Consommation de tabac chez les adolescents, sexe masculin, 1993

INSEMR-U169

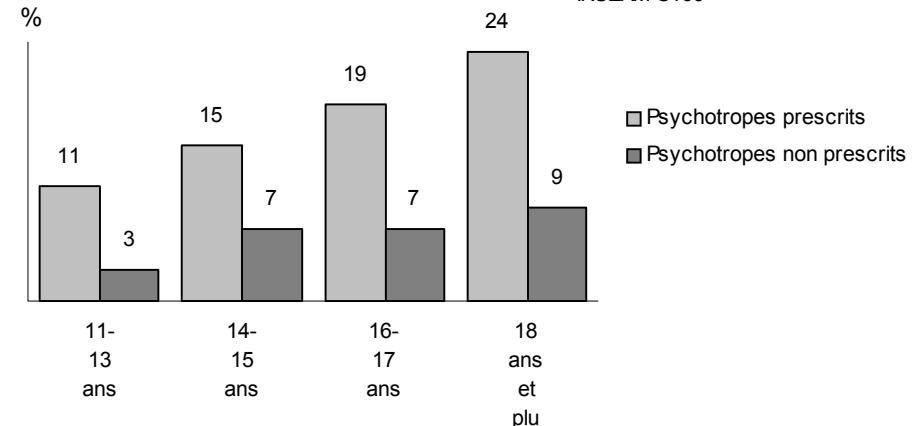


Consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents, 1993

INSEMR-U169

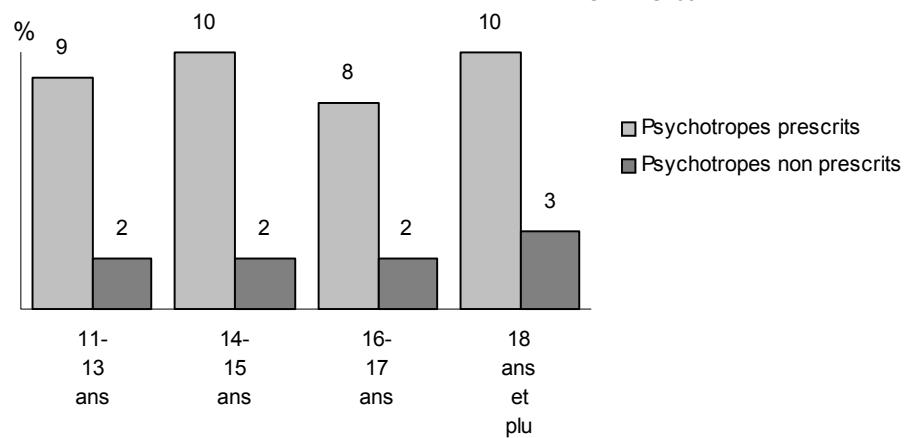
Consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents, sexe féminin, 1993

INSEMR-U169



Consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents, sexe masculin, 1993

INSERM-U169



CONSOMMATIONS DE DROGUES CHEZ LES ADULTES

Les consommations de drogues illicites ou de produits toxiques détournés de leur usage normal sont difficilement repérables en population générale. Ce sont, en effet, des comportements peu fréquents que les méthodologies d'enquêtes ne permettent pas toujours de mettre en évidence.

D'après l'enquête Baromètre Santé 95, 22 % des adultes entre 18 et 75 ans se seraient vu proposer ne serait-ce qu'une fois de la drogue, les hommes étant plus fréquemment sollicités que les femmes. Dans 93 % des cas, il s'agissait de cannabis. La cocaïne, proposée dans 6 % des cas en 1992, est plus présente en 1995 : 12 % des personnes sollicitées s'en sont vu proposer.

La proportion de personnes qui déclarent avoir pris une drogue au cours de leur vie est passée de 12 % en 1992 à 16 % en 1995. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que l'usage de drogue est plus banalisé, particulièrement chez les jeunes, ce qui induit une meilleure déclaration. On pourrait également avancer l'hypothèse que les générations les plus anciennes, générations qui n'ont pas ou très peu expérimenté une drogue, disparaissent et sont remplacées par des générations pour lesquelles l'usage de drogues est moins rare. Cette hypothèse permettrait notamment d'expliquer la hausse du taux d'expérimentateurs ou usagers de plus de 45 ans entre 1992 et 1995.

L'expérimentation de drogue au cours de la vie est très liée au sexe et à l'âge. Les hommes, il est vrai plus souvent sollicités, comptent parmi eux 21 % d'usagers (au moins une fois) contre 11 % chez les femmes. Par ailleurs, l'expérimentation de drogue au cours de la vie diminue avec l'âge des sujets enquêtés : elle passe de 32 % pour les 18-24 ans à 1,5 % pour les 60-75 ans.

En 1995, la part des personnes ayant consommé une drogue au cours des 12 derniers mois est, comme en 1992, de 4 % (6 % chez les hommes et 3 % chez les femmes). Comme pour la consommation au cours de la vie, il s'agissait à plus de 90 % de cannabis. L'usage au cours des 12 derniers mois est particulièrement fréquent chez les célibataires et les étudiants/appelés : il concerne respectivement 13 % et 17 % d'entre eux.

L'enquête réalisée en 1995 auprès des jeunes hommes (essentiellement entre 18 et 22 ans) convoqués dans les centres de sélection des armées permet de repérer, grâce à un entretien conduit par un médecin, les consommations de drogue au cours des trois derniers mois. Elle permet également de déceler, par des analyses d'urines, les consommations qui remontent à 2 ou 3 jours pour les opiacés et la cocaïne et à une semaine pour le cannabis.

Le cannabis est le produit le plus consommé : 19 % des personnes enquêtées dans ces centres déclarent en avoir consommé au cours des 3 derniers mois. Il est présent dans 16 % des urines. Mais la proportion de consommateurs de cannabis au cours des 3 derniers mois s'élève à 26 % si l'on tient compte des déclarations (quel que soit le résultat de l'analyse d'urines) et des résultats urinaires positifs (quelle que soit la déclaration). Tous âges confondus, 24 % des consommateurs déclarent une fréquence d'usage pluri-hebdomadaire et 38 % une fréquence inférieure à une fois par mois.

Les autres drogues sont moins fréquentes : la cocaïne et l'héroïne sont respectivement déclarées par 0,7 % et 0,6 % des sujets et révèlent un test positif dans moins de 0,2 % des cas. Les fréquences de consommation sont inférieures à celles du cannabis : les deux tiers en consomment moins d'une fois par mois. Cependant, les consommateurs pluri-hebdomadaires sont plus fréquents parmi les usagers d'héroïne (15 %) que parmi les usagers de cocaïne (5 %).

REPERES METHODOLOGIQUES

Baromètre Santé 1995, CFES

Echantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans ($n = 1993$) consulté en décembre 1995.

On repère les individus qui déclarent avoir consommé une drogue illicite ou un produit toxique détourné de son usage normal : au cours des 12 derniers mois, au cours de la vie.

Produits cités : cannabis - médicaments pour se droguer, calmants, barbituriques, stimulants - hallucinogènes, LSD, champignons hallucinogènes - cocaïne - produits à inhaller (éther, poppers, colles) - ecstasy, amphétamines - héroïne.

Enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection 1995, DCSSA

Echantillon aléatoire, par tirage au sort à deux degrés dans chaque centre de sélection, des jeunes convoqués pendant le premier trimestre 1995 ($n = 10\ 870$). Il s'agit de jeunes de sexe masculin se présentant dans les 10 centres de sélection de France métropolitaine et non candidats à l'engagement.

L'enquête consiste en a)- un prélèvement d'urines en vue de la recherche des métabolites du cannabis, des opiacés et de la cocaïne (pour ces deux derniers, confirmation par chromatographie en gaz liquide et spectrométrie de masse) et en b)- un entretien effectué par un médecin sur la consommation au cours des trois derniers mois.

Consommation de drogue selon les produits (%), 1995
CFES

Usage de drogue au cours de ...	la vie (%)	l'année (%)
Cannabis	15,2	4,4
Hallucinogènes	1,5	0,2
Médicaments	1,1	0
Cocaïne	1,1	0,1
Colles et solvants	0,8	0,1
Ecstasy, amphétamines	0,7	0,3
Héroïne	0,4	0
Autre drogue	0,5	0,1
Toutes drogues	15,8	4,4

Conduites toxicophiles chez les jeunes des centres de sélection, sexe masculin, 1995 DCSSA

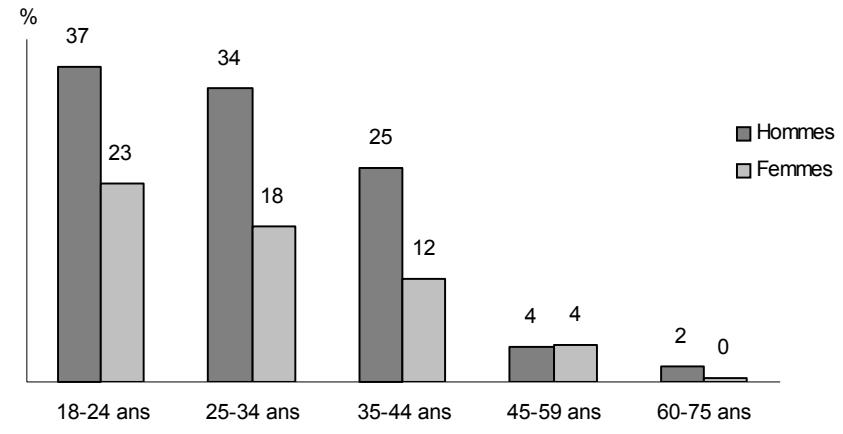
Usage de drogue au cours des trois derniers mois (%)

Cannabis	19,1
Cocaïne	0,7
Héroïne	0,6
Ecstasy	0,5
LSD	0,4
Champignons	0,2
Amphétamines	0,2
Codéine	0,1
Colles, solvants	0,1

Consommation de cannabis au cours de la vie, selon l'âge et le sexe, 1995, CFES

Consommation de cannabis au cours de la vie, selon l'âge et le sexe, 1995

CFES



Pour en savoir plus

- Baromètre Santé (adultes) 95, CFES, Paris, à paraître.
- Les conduites toxicophiles dans les armées, P. EONO, X. DEPARIS, K. MALEK, J.-L. REY, J.N. VERNIZEAU, B. PASCAL et J. ABGRALL, DCSSA, Paris, 1996.

CONSOMMATIONS DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS

Nous ne disposons pas de données plus récentes sur les consommations de drogues chez les adolescents (11-19 ans, scolarisés), mais il nous a paru important de rappeler les divers constats qui avaient pu être faits dans le rapport précédent.

Différentes enquêtes montrent qu'en 20 ans l'expérimentation d'une drogue illicite s'est répandue chez les adolescents scolarisés.

En 1993, parmi les 11-19 ans, 85 % n'ont jamais pris de drogue, 5 % en ont pris plus de dix fois. Le haschich est la drogue la plus expérimentée : 12 % des adolescents en ont déjà fumé. Les produits à inhaller (qui ne sont pas des produits illicites) viennent ensuite et concernent 5 % d'entre eux. Cocaïne et héroïne sont très peu consommées : environ 1 % des 11-19 ans en ont pris au moins une fois. En ce qui concerne l'ecstasy et les amphétamines, l'enquête ne peut rendre compte de leur usage parmi les adolescents car c'est un phénomène récent actuellement en forte expansion. Il semblerait cependant qu'une part non négligeable des jeunes qui participent à des "rave party" en consomment à cette occasion. Il en est de même du LSD mais, semble t-il, dans des proportions moindres.

Comme l'alcool, la drogue est un produit consommé plutôt par les garçons. Entre 11 et 19 ans, 18 % d'entre eux ont déjà expérimenté une drogue illicite, contre 12 % des filles (qui consomment plus de médicaments psychotropes). Par ailleurs, si la consommation s'accroît avec l'âge, et cela de façon plus marquée chez les garçons, elle devient aussi de plus en plus fréquente. A 18 ans, 19 % des garçons et 8 % des filles en ont pris plus de 10 fois au cours de leur vie.

Les polyconsommateurs sont fréquents. Ainsi, 92 % de ceux qui ont expérimenté une drogue illicite prennent aussi de l'alcool ou du tabac, dans la majorité des cas de façon régulière ou quotidienne. Consommer régulièrement l'un de ces produits augmente, en effet, nettement les risques d'être également expérimentateur d'une drogue illicite. Si les consommateurs d'alcool, de tabac et de drogues sont de plus en plus nombreux avec l'âge, il en est de même pour les poly-usagers, occasionnels ou réguliers, des trois produits qui passent d'une représentation de 1,2 % parmi les 11-13 ans à 21 % parmi les 18 ans et plus.

Il n'a pas été mis en évidence de lien entre la consommation de drogues chez les adolescents scolarisés et la situation sociale et scolaire. Cependant, les plus âgés, ceux qui "sortent" (rue, café, boîte de nuit,...), et ceux qui expriment une grande insatisfaction, sont nettement plus en risque que les autres. Tabagisme, alcoolisation, absentéisme scolaire, malaise psychologique et violence subie sont des indicateurs de risques fréquemment associés à la consommation répétée de drogue.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Enquête Santé des Adolescents 1993, INSERM-U169

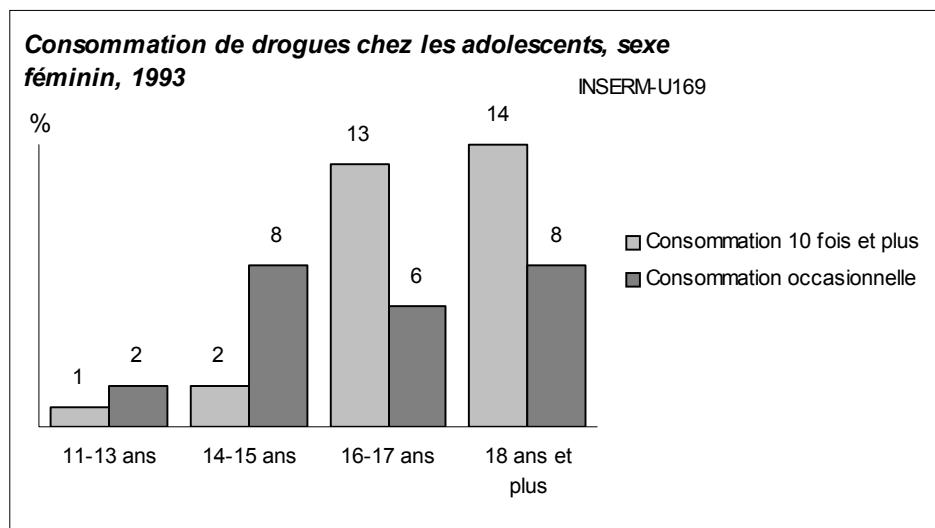
Echantillon représentatif sur le plan national des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire public (collèges et lycées) âgés de 11 à 19 ans (n = 12 391). Taux de non-réponses entre 1 % et 3 % sur la consommation de drogue.

Il s'agit de la consommation durant la vie de 7 classes de produits : haschich, cocaïne, héroïne, amphétamines, produits à inhale, hallucinogènes, médicaments pour se droguer.

Pour en savoir plus

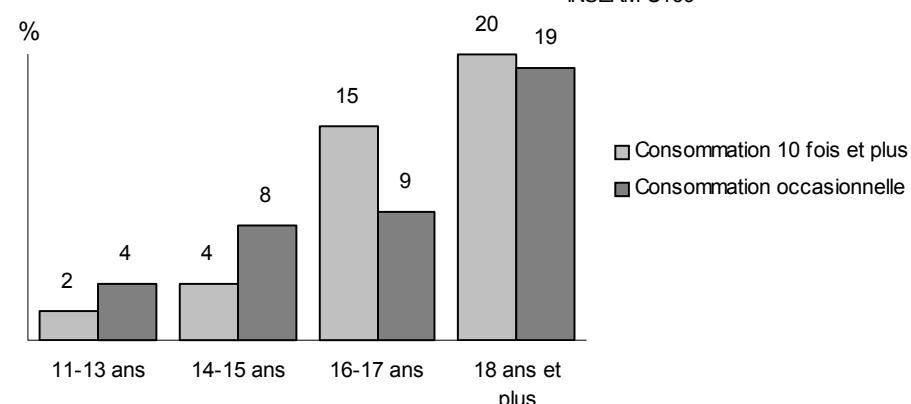
- Adolescents : Enquête nationale, Analyses et prospective, M. CHOQUET, S. LEDOUX, Les éditions INSERM, La documentation française, 1994.

Consommation de drogues chez les adolescents, 1993, INSERM-U169



Consommation de drogues chez les adolescents, sexe masculin, 1993

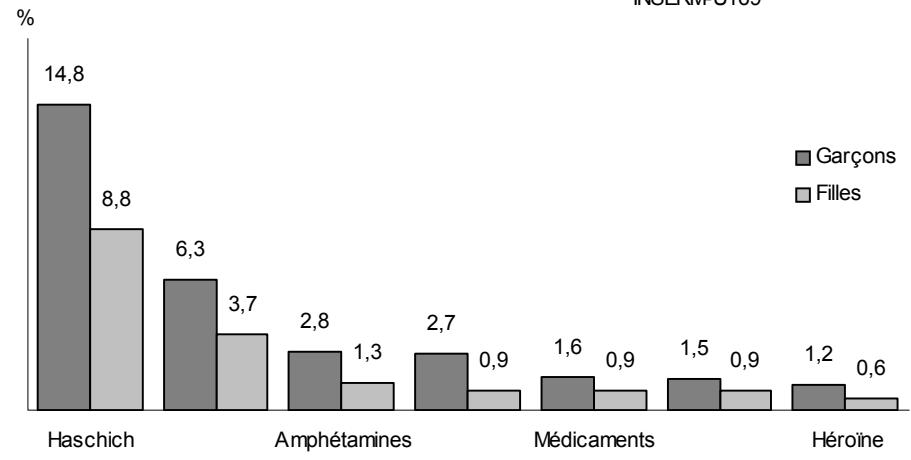
INSERM-U169



Produits consommés, selon le sexe, chez les adolescents, 1993, INSERM-U169

Produits consommés, selon le sexe, chez les adolescents, 1993

INSERM-U169



USAGERS DE DROGUES ET TOXICOMANES : ESTIMATIONS DE PREVALENCE

Une des tâches prioritaires du programme de travail de l'observatoire est de développer les méthodes d'estimation de la prévalence de l'usage de drogues, notamment celles qui utilisent les indicateurs indirects produits par les sources institutionnelles régulières. Il s'agit de pouvoir indiquer aux pouvoirs publics l'ampleur du phénomène auquel ils ont à faire face. En fait, du point de vue de la réduction des risques infectieux qui constitue une des priorités actuelles de la lutte contre la toxicomanie, l'interrogation porterait plus précisément sur les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse, qui sont en majorité des héroïnomanes.

Il n'est et ne sera jamais possible de répondre précisément à la question : combien y a-t-il de toxicomanes ? L'estimation d'un ordre de grandeur est seule envisageable et demande la prise en compte de nombreuses hypothèses dont la stabilité est toute relative. La méthode macro-démographique d'estimation du nombre d'héroïnomanes, présentée dans la précédente édition du rapport, est ici reprise. Une autre évaluation, portant sur le nombre d'utilisateurs occasionnels de drogues, est également présentée. Il semble en effet important de bien mettre ainsi en perspective ces deux ordres de grandeur afin de bien marquer la différence entre usagers de drogues et toxicomanes. Cette distinction se concrétise par une différence considérable. Or souvent, sous le même terme de "toxicomanes", sont évoquées des réalités sans aucune commune mesure.

Les expérimentateurs, le cannabis

Nous ne disposons pas en France d'enquête générale sur les consommations de drogues. Néanmoins certaines sources existent sur des champs partiels. En les rapprochant nous pouvons donner un ordre de grandeur de l'usage de drogues.

Ainsi en considérant les notions de "consommation au cours de la vie, au cours de l'année écoulée", utilisées dans les deux principales sources dont nous disposons en la matière, nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes qui ont, en France, consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de celles qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Dans plus de 90 % des cas il s'agit de haschisch.

Les héroïnomanes

En utilisant un modèle démographique, nous pouvons estimer le nombre d'héroïnomanes à environ 160 000. Il s'agit de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système sanitaire et social. L'accent est mis sur les formes les plus lourdes de l'usage d'héroïne. Cette estimation ne prend pas en compte les usages, occasionnels ou lourds, gérés par les personnes sans qu'elles fassent appel au système sanitaire et social en raison de leur pratique.

Le même modèle, pour estimer le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse, aboutirait à un résultat identique. Si l'on considère les résultats de l'enquête du SESI, le nombre de cas avec "héroïne" en produit principal et celui pour lesquels il est mentionné un usage par la voie intraveineuse est sensiblement le même. En effet certaines personnes utilisant principalement d'autres substances peuvent tout de même utiliser le mode d'administration intraveineux, ou consommer par cette voie de l'héroïne en produit associé.

Cette estimation doit être considérée avec la plus extrême prudence compte tenu des hypothèses retenues pour sa construction. Elle devrait être recoupée avec d'autres calculs construits à partir de modèles différents. Ainsi, l'extrapolation au niveau national des résultats de la méthode "capture-recapture" appliquée récemment en agglomération toulousaine donnerait un chiffre sensiblement différent. Mais cette méthode ne peut pas, en l'état actuel de son développement, être considérée comme robuste. Toutefois, ce type de rapprochement encore très fruste sera approfondi car seule une approche en faisceau d'indicateurs permet d'approcher la réalité dans un domaine aussi difficile à quantifier.

Actions entreprises et perspectives de travail

Produire des estimations de prévalence fiables demande beaucoup de temps. Ainsi, par delà ces travaux estimatifs, l'investigation sur ce thème a suivie une approche plus globale. Au cours de l'année écoulée, l'observatoire a :

- supporté une application à l'agglomération toulousaine d'une méthode d'estimation dite "capture-recapture",
- réalisé un inventaire des différentes méthodes d'estimation de la prévalence utilisées à l'étranger.

En juin 1996, était organisé par l'observatoire européen et le groupe Pompidou un séminaire sur le thème de la prévalence. Il ressort de cette réflexion qu'aucune méthode ne puisse être considérée comme la méthode par excellence, et qu'aucune ne puisse être applicable au niveau national directement. Il est préférable de s'orienter vers des études expérimentant différentes méthodes à un niveau local, et ceci dans divers lieux géographiques afin de pouvoir éventuellement extrapoler à l'ensemble du territoire national.

En tirant les conclusions de ces recommandations, les grandes lignes de nos futurs travaux devraient être les suivantes :

- application de différentes méthodes et leur validation croisée à un niveau local sur Paris et Toulouse, pour des estimations de la prévalence des héroïnomanes (et des consommateurs de crack, sur Paris) ;
- participation au développement d'un modèle dynamique avec d'autres pays pour une estimation de la prévalence des héroïnomanes au niveau national ;
- application de la technique dite "désignation nominative" à un niveau local sur Paris et Lille pour une estimation de la prévalence des usagers d'ecstasy.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Les héroïnomanes

- Méthode démographique : 160 000 héroïnomanes
 - nombre de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois qui ont ou auront recours au système sanitaire et social
 - hypothèses : flux annuel d'entrée estimé à 20 000 (enquête du SESI de novembre 1993) ; durée moyenne de toxicomanie estimée à 8 ans
- Méthode “capture-recapture” appliquée à Toulouse
 - La méthode “capture-recapture” repose sur l'utilisation et le recouplement de plusieurs sources indépendantes d'enregistrement de cas. Chacune des sources constitue une liste d'individus considérée comme un échantillon de la population totale. Les individus peuvent apparaître sur plusieurs listes. En analysant la composition des différentes listes, notamment les doublons, on arrive par modélisation mathématique à estimer la “population cachée” et donc à évaluer la population totale.
 - taux de prévalence usagers d'opiacés (15-44 ans) estimé à Toulouse : 3,5 %

Les expérimentateurs de drogue

- Consommation au cours de la vie : toutes drogues (7 millions), haschisch (6,2 millions)
 - taux 11-17 ans (11 %) : source INSERM U169, enquête 93
 - taux 18-75 ans (16 %) : source CFES, Baromètre Santé 95
 - ratio de l'usage dans l'année par rapport à l'usage au cours de la vie (28 %) : source CFES, Baromètre Santé 95

Pour en savoir plus

- Pour une estimation de la taille de la population toxicomane de l'agglomération toulousaine, P.Y. BELLO, Mémoire pour le DEA “Epidémiologie et intervention en Santé Publique”, Université de Bordeaux II, 1er septembre 1995.
- Une estimation de prévalence, J.M. COSTES, Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances Edition 1995, OFDT/DGLDT, 1995.
- Sur un calcul évaluatif du nombre de toxicomanes, L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, R. PADIEU, DGLDT, La documentation française, 1994.
- Pour une estimation du nombre de toxicomanes, J.M. COSTES, SESI, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1992.

USAGES ET INSTITUTIONS

DISPOSITIFS SPECIALISES DE SOINS, DE PREVENTION ET D'INSERTION POUR TOXICOMANES EN FRANCE

Les dispositifs décrits ci-après concernent les seules structures spécialisées pour toxicomanes financées directement par l'Etat (Direction Générale de la Santé, Direction de l'Action Sociale) en application de la loi de 1970. Il existe par ailleurs d'autres structures spécialisées qui peuvent être financées par les Conseils généraux, les municipalités, des dons privés,...

Dispositif spécialisé de soins et réduction des risques

Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes a été mis en place par la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci garantit, par ailleurs, la gratuité des soins et l'anonymat pour les personnes qui le souhaitent, tant lors d'un sevrage en établissement public de santé que lors d'une prise en charge par le dispositif spécialisé de soins pour toxicomanes. Ce dispositif est spécifique par rapport au suivi des malades en secteur psychiatrique et par rapport à la prise en charge des malades alcooliques. Il est géré à 60 % par des associations et à 40 % par des hôpitaux publics de santé.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire, dont 184 sont actuellement conventionnés, assurent une prise en charge globale des toxicomanes : un suivi médical, psychologique, social et éducatif des personnes ; ils travaillent à leur insertion socio-professionnelle, et proposent un soutien aux familles. Ils peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire ou accompagner les patients en cours de sevrage à l'hôpital, et orienter vers les centres de soins avec hébergement. 6 centres spécialisés de soins en ambulatoire présentent la particularité de gérer des unités d'hospitalisation spécifiques qui, situées à l'intérieur de l'hôpital, bénéficient de lits de sevrage.

En 1993, des programmes de traitement de substitution par la méthadone ont été développés dans certains centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Depuis janvier 1995, tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes peuvent initier la prescription de méthadone pour les toxicomanes dépendants majeurs et avérés aux opiacés, les suivis en médecine de ville ne pouvant intervenir qu'en relais. En septembre 1996, on recense 84 centres qui proposent un traitement de substitution par la méthadone : on estime à au moins 4 000 le nombre de personnes sous méthadone dans les centres spécialisés auxquelles doivent s'ajouter environ 600 personnes sous méthadone prises en charge en relais par la médecine de ville.

La prise en charge des toxicomanes par traitement de substitution au Subutex® (buprénorphine haut dosage) est, depuis février 1996, possible en médecine de ville. On estime, à partir du chiffre des ventes, en septembre 1996, à environ 19 000 le nombre de personnes qui bénéficient de ce traitement.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif conventionnés (centres thérapeutiques résidentiels et communautés thérapeutiques) sont au nombre de 54 (664 places). Ils accueillent les toxicomanes après le sevrage et contribuent à leur consolidation psychologique ainsi qu'à leur réinsertion sociale et professionnelle.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec ou sans hébergement gèrent 32 permanences d'accueil. Ils gèrent également 64 réseaux d'appartements thérapeutiques-relais (435 places) et 29 réseaux de familles d'accueil (150 places) pour des suivis thérapeutiques spécifiques à la suite de cures de désintoxication ou au cours d'un traitement de substitution. 17 centres proposent un hébergement de transition ou d'urgence (118 places) lors de situations de stabilisation d'un sevrage, de sortie de prison, d'attente d'un hébergement,.... Un certain nombre de centres spécialisés disposent, enfin, de nuitées d'hôtel mais le nombre de ces dernières est difficilement quantifiable.

Il existe également 16 centres spécialisés de soins aux toxicomanes intervenant en milieu pénitentiaire. Ils sont installés dans des maisons d'arrêt et ont pour mission d'assurer une prise en charge médico-sociale globale des détenus toxicomanes et de préparer à leur sortie. Ils sont placés sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et du directeur hospitalier de rattachement.

Depuis 1994, 33 réseaux ville-hôpital toxicomanie, faisant l'objet d'un conventionnement avec l'Etat, ont été créés. Ils sont animés par des médecins généralistes constitués en association, des praticiens hospitaliers et des intervenants en toxicomanie d'une même région. Ils sont chargés d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes : médecine de ville, services hospitaliers et centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Depuis 1993, un certain nombre de lieux d'accueil pour toxicomanes proposent à leur clientèle du matériel de prévention. Il s'agit le plus souvent de "boutiques" ou dispensaires de vie et de centres médico-sociaux. Ils permettent le contact avec les personnes toxicomanes les plus marginalisées qui ne veulent ou ne peuvent interrompre leur intoxication, et qui du fait de leurs conditions sociales précaires ont le plus de difficultés à prendre soin de leur santé. Ces lieux de contact, au nombre de 25, ne visent pas à une prise en charge des problèmes de dépendance mais constituent plutôt une aide à la vie quotidienne des toxicomanes actifs (information, échange de seringues, hygiène, repos, prestations médico-sociales). Ces lieux de contact peuvent être également considérés comme le point de départ du dispositif de soins : ils permettent de toucher des personnes qui sont exclues de tous les circuits et qui ne souhaitent pas, ou pas encore, s'inscrire dans une démarche de soins.

Outre les services à bas seuil (boutiques), la politique préventive de réduction des risques chez les usagers de drogues passe par des outils de prévention tels que les trousse de prévention, les programmes d'échange de seringues, et les automates de distribution et de récupération de seringues.

Il existe plusieurs types de trousse de prévention (2 seringues d'1 ml, 1 ou 2 tampons alcoolisés, 0 à 2 étuis cartonnés, 1 ou 2 doses d'eau stérile, 1 préservatif, des messages de prévention, n° verts de Sida Info Service et de Drogue Info Service) :

- le Stéribox®, vendu uniquement en pharmacie ou distribué en échange d'un jeton par un automate accolé à la façade d'une pharmacie aux heures de fermeture. En 1995, environ 160 000 Stéribox® par mois ont été vendus en France.

- “Le Kit®” sachet, “Le Kit®” carton et “Le KAP®” qui ont été récemment créés et qui sont distribués dans les programmes de prévention et grâce aux distributeurs automatiques.

Les programmes d'échange de seringues, actuellement au nombre de 51, sont des projets pour lesquels le contact avec l'usager de drogues commence par l'échange des seringues, la distribution des préservatifs et la dispensation de conseils de prévention. Ils sont plus particulièrement destinés aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux. Les équipes des programmes d'échange de seringues effectuent un travail de proximité auprès des usagers de drogues et sont le plus souvent basées sur une unité mobile ou “bus” (32). Plusieurs programmes sont également mis en œuvre dans les locaux des associations (9) ou au sein de certaines pharmacies activement engagées dans la réduction des risques (10). Dans certains cas, enfin, les équipes sont amenées à effectuer un “travail de rue” afin d'entrer en contact avec les usagers de drogues.

Les automates, dont le nombre est de 61, comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues (une seringue usagée complète est échangée contre une trousse de prévention “Le KAP®”), les récupérateurs électroniques délivrant des jetons, et les distributeurs simples (un jeton est échangé contre une trousse de prévention “Stéribox®” ou “Le Kit®” carton). On recense également 42 récupérateurs simples destinés à éviter la dispersion des seringues sur la voie publique.

Dispositif spécialisé de prévention et d'insertion

Il existe, en France 58 points écoute jeunes et/ou parents. Ces unités de prévention financées par l'Etat ont un rôle d'information pour tout public et offrent un premier accueil aux jeunes en difficulté et en danger de toxicomanie, aux usagers, à leur famille et à leur entourage, de manière à pouvoir apporter un soutien et si nécessaire un accompagnement aux jeunes qui en font la demande, ou encore de manière à venir en aide aux parents pour les aider à dédramatiser une situation.

On dénombre actuellement 3 centres d'hébergement d'urgence pour toxicomanes en situation de grande précarité, les Sleep-in. Ils assurent aux toxicomanes un accueil en urgence de nuit et offre des possibilités de consultations d'orientation sanitaire et sociale le jour. Ces structures pour toxicomanes en situation de grande précarité sont construites autour du concept de citoyenneté et de travail communautaire.

En ce qui concerne l'insertion des toxicomanes, il a été créé une permanence d'accueil social et juridique qui informe et offre des conseils juridiques pour les problèmes d'ordre civil et/ou pénal relatifs à la loi sur les stupéfiants et les conséquences d'une toxicomanie.

Des ateliers d'insertion pour toxicomanes ont été également mis en place. Ils ont pour mission l'aide à l'insertion socio-professionnelle des personnes toxicomanes. Ils proposent différents modes d'aide : remise à niveau, aide à la recherche d'emploi, formation, ateliers d'insertion...

Un projet expérimental de Quartier Intermédiaire Sortants (QIS) a été mis en place en mars 1992 à la maison d'arrêt pour hommes de Fresnes. Cette expérience pilote est actuellement étendue à 7 autres établissements pénitentiaires (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Strasbourg, Nice, Maison d'arrêt pour femmes de Fresnes). Le QIS s'adresse en priorité aux sortants les plus démunis, les plus en difficulté sur le plan physique et psychique. Il travaille plus particulièrement sur le traitement social des usagers de drogues et autres dépendances. Il intervient durant le dernier mois avant la sortie et de plus en plus pendant le premier mois après la sortie. Il implique un véritable travail en groupe où une prise en charge globale permet de récupérer avant même la sortie les éléments essentiels d'une citoyenneté retrouvée. Il s'agit d'aider les détenus à se réinsérer en cherchant à limiter le retour en prison.

Contexte institutionnel de la prévention et de l'insertion

Les structures de prévention et d'insertion spécialisées constituent les maillons identifiés "toxicomanie" dotés de moyens spécifiques, de réseaux plus vastes.

Dans le domaine de la prévention notamment, dont les niveaux et les approches sont multiples, il convient de citer, par exemple, les structures d'écoute, points/santé, points d'accueil jeunes, implantés dans des missions locales, des foyers de jeunes travailleurs ou dans d'autres sites, qui abordent avec les jeunes et, dans certains cas avec leurs parents, les problèmes de la toxicomanie et ceci dans le cadre d'une approche globale de promotion sociale et de santé.

Il en va de même pour l'insertion : les structures spécialisées s'articulent sur les institutions de droit commun de l'insertion. Celles-ci (RMI, accès au logement, insertion par l'économie, suivi social...) viennent en renfort des structures spécialisées et en constituent le prolongement naturel.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Bureau SP3, DGS

Les informations relatives au dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes proviennent du bureau SP3 de la Direction Générale de la Santé.

Division SIDA, bureau des actions de proximité, DGS

Les informations relatives au dispositif de prévention des risques (Stéribox, programmes d'échange de seringues, ...) proviennent de la Division SIDA à la Direction Générale de la Santé.

Bureau DSF1, DAS

Les informations concernant les points écoute jeunes et/ou parents, les Sleep-in, la permanence d'accueil social et juridique et les ateliers d'insertions proviennent du bureau DS1 de la Direction de l'Action Sociale.

Drogues Info Service

Drogues Info Service, n° vert 0800 23 13 13, peut fournir des informations complémentaires sur l'ensemble du dispositif décrit (structures conventionnées ou non par l'Etat : statut, type, missions, spécificité, horaires d'accueil, périodes de fermeture, public accueilli, conditions d'admission, composition de l'équipe, partenaires, adresses et coordonnées précises).

Pour en savoir plus

- Annuaire des structures spécialisées en toxicomanie, DIS, MILD'T, CFES, édition 1995, édition 1997 à paraître.
- Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 relatif à une aide de l'Etat à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du SIDA et des hépatites.
- Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996, Ministère du Travail et des Affaires Sociales.
- Annuaire des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (conventionnés avec l'Etat), Direction Générale de la Santé (SP3), Ministère du Travail et des Affaires Sociales, décembre 1995.
- Lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320 du 15 octobre 1995 relative à la prévention du SIDA chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.
- Circulaire n° 37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Circulaire DGS n° 29 du 31 mars 1995, Ministre Délégué à la Santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal des seringues stériles.
- Notes d'information DGS des 15 février 1995, 14 décembre 1995 et 27 juin 1996, Ministre Délégué à la Santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Circulaire DGS n° 04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995, Ministre Délégué à la Santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Circulaire DGS/DH n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital toxicomanie dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogue, Ministre Délégué à la Santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

- Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décrets n° 87-328 du 13 mai 1987, n° 88-394 du 24 août 1988 et n° 89-560 du 11 août 1989 relatifs à la délivrance sans ordonnance en pharmacie de seringues.

Ventes de stéribox® en octobre, 1994 et 1995, DGS

Octobre 1994 Octobre 1995

DISPOSITIF D'ACCUEIL TELEPHONIQUE : DROGUES INFO SERVICE

Un service national d'accueil téléphonique en matière de drogues et toxicomanies existe en France depuis 1991. Ce service gratuit, ouvert 24h/24, est accessible par un n° vert : 0 800 23 13 13.

Les pôles d'accueil téléphonique sont situés dans 6 villes : Lille, Lyon, Marseille, Paris, Strasbourg et Toulouse (les deux derniers ne seront ouverts qu'à la fin de l'année 1996). En 1995, le nombre d'appels reçus est de 580 000, soit une augmentation de 30 % par rapport à l'année 1994.

Les missions de Drogues info service

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

Par ailleurs, depuis 1993, à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), Drogues info service édite le répertoire national des structures spécialisées en toxicomanie. Dans l'édition 1996/97, plus de 700 structures sont identifiées sur l'ensemble du territoire.

Les catégories d'appelants

Selon l'esprit de la loi de 1970, ce service d'accueil téléphonique est ouvert aux usagers de drogues et à leur entourage. Il est anonyme. Les appels adressés à Drogues info service proviennent pour 40 % de l'entourage immédiat d'usagers de drogues, pour 30 % d'usagers de drogues, pour 25 % du grand public (non usagers, n'appartenant pas à l'entourage immédiat d'usagers) et pour 5 % de professionnels, spécialisés ou non dans l'intervention en toxicomanie.

Les produits cités

A propos des produits mentionnés au cours des appels en 1995, il faut souligner deux points importants. Le premier concerne l'augmentation importante du nombre d'appels concernant le cannabis. Ceci semble être une répercussion des débats très médiatisés sur les risques liés à la consommation de cannabis à l'occasion des publications des divers rapports de la commission Henrion, du Comité national d'éthique, de l'Académie de médecine. Le second point concerne l'alcool qui continue d'être le troisième des produits cités par les appelants de Drogues info service.

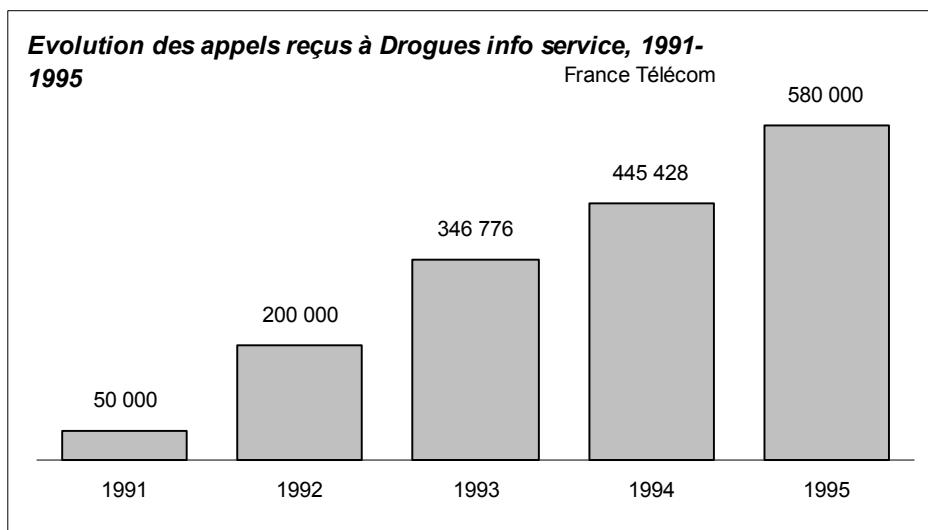
Les **services** téléphoniques dans la Communauté européenne

Depuis 1996, le développement des services d'accueil téléphonique fait partie du programme d'action communautaire de prévention de la toxicomanie élaboré par la Commission des communautés européennes. Cette disposition traduit le soutien accordé par la Commission européenne aux travaux engagés depuis plus de six ans par la Fondation européenne des services d'aide téléphonique en matière de drogues et toxicomanies (Fesat). En cela les services d'accueil téléphonique sont de mieux en mieux reconnus pour leur contribution spécifique à l'amélioration de l'information et de la prévention de la toxicomanie et des risques associés, en particulier en direction des jeunes et des groupes particulièrement vulnérables.

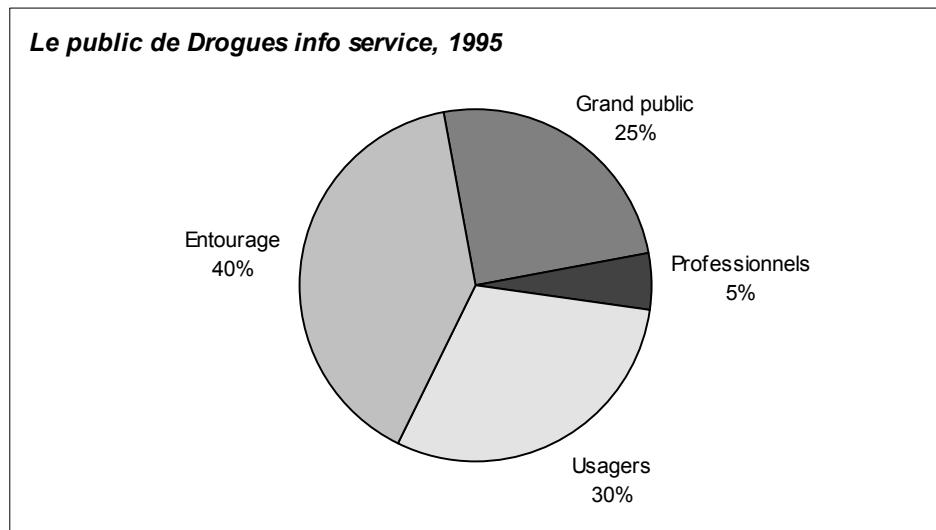
Pour en savoir plus

- Annuaire des services spécialisés en toxicomanie, Drogues info service, édition 1997 à paraître.
- Rapport annuel 1995 du Groupement d'intérêt public Drogues info service.
- Programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie, Journal officiel des Communautés européennes du 9 février 1996, n° C 37/5, éd. fr.

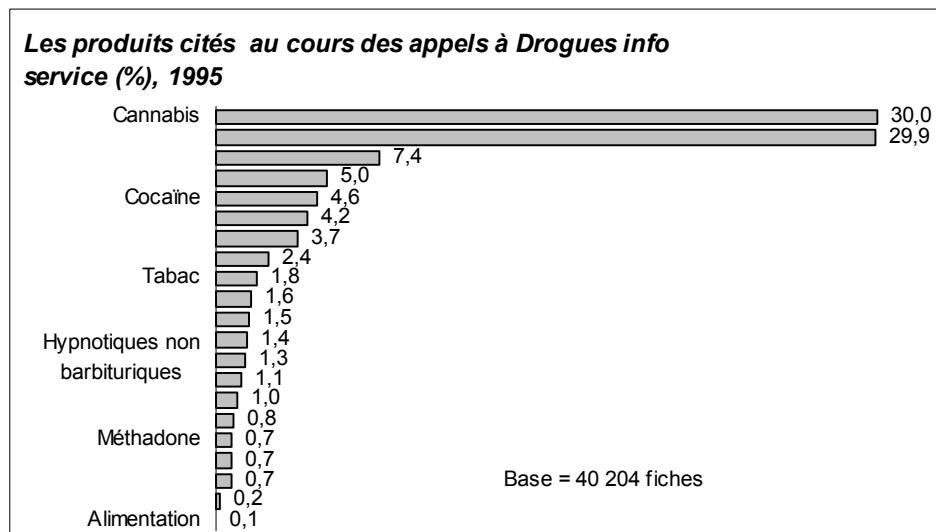
Evolution des appels reçus à Drogues info service, 1991-1995 FRANCE TELECOM



Catégories d'appelants à Drogues info service, 1995 DIS



Produits cités au cours des appels à Drogues info service (%), 1995 DIS



TOXICOMANES SUIVIS PAR LES INSTITUTIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social sont repérés différemment selon le type d'établissement enquêté. Ainsi, seuls les centres spécialisés de soins permettent le calcul d'un nombre annuel de recours. Dans les hôpitaux et les centres sociaux, on ne recense que les toxicomanes suivis pendant le mois de novembre.

Le nombre de recours est avant tout un indicateur de la demande de soins. Il présente toutefois certaines limites parmi lesquelles on peut citer : la sélection de la clientèle, le temps de latence entre le début de la toxicomanie et le premier contact, la variation des besoins sanitaires et de l'offre de soins.

Le nombre de toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social s'accroît d'une année sur l'autre (doublement en 5 ans) mais la tendance est plus marquée dans les centres spécialisés en 1994 et 1995. En effet, ils enregistrent entre 1994 et 1995 une augmentation de 20 % du nombre de recours en novembre, et de 22 % pour les recours annuels. Cet accroissement peut être le reflet combiné d'une augmentation du nombre de toxicomanes, de changements dans les pratiques de soins, d'un recours aux soins plus fréquent ou encore le signe d'une morbidité accrue. Dans les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie, la relative stabilité des effectifs qui est observée peut être en partie liée à des problèmes de fluctuation du nombre d'établissements répondant, et donc difficilement interprétable.

Au cours de l'année 1995, 64 738 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés ; pour 41 % d'entre eux, il s'agissait d'un premier recours à ce type de structure. En novembre 1995, 11 114 toxicomanes ont eu recours aux centres spécialisés, 7 026 aux hôpitaux et 4 763 aux centres sociaux. Parmi les toxicomanes suivis en novembre dans les hôpitaux et les centres sociaux, certains déclarent être également suivis dans un centre spécialisé. Ils représentent 29 % des recours aux hôpitaux et 11 % des recours aux centres sociaux. La prise en compte de ces doublons permet d'estimer à environ 20 300 le nombre de toxicomanes suivis en novembre 1995 dans le système sanitaire et social, dont plus d'un quart en Ile-de-France.

Pour un même patient, la prise en charge est fréquemment multiforme, ce que les résultats de l'enquête ne reflètent pas. En effet, seule la nature de la prise en charge considérée comme prédominante est connue. Elle est, dans l'ensemble, peu différente de celle observée les années précédentes. Ainsi, dans les centres spécialisés, 44 % des toxicomanes sont suivis, en novembre 1995, pour soutien psychologique et/ou socio-éducatif, et 18 % d'entre eux pour sevrage. Pour 82 % des toxicomanes ayant recours aux hôpitaux, la prise en charge est médicale : il s'agit de sevrage ou de traitement d'affections somatiques ou psychiatriques. Dans les centres sociaux enfin, le soutien psychologique et/ou socio-éducatif représente 40 % des prises en charge et l'aide à la (ré) insertion professionnelle 28 %.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés en toxicomanie (CHRS, Clubs et équipes de prévention)), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant la période d'observation (l'année ou le mois de novembre).

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

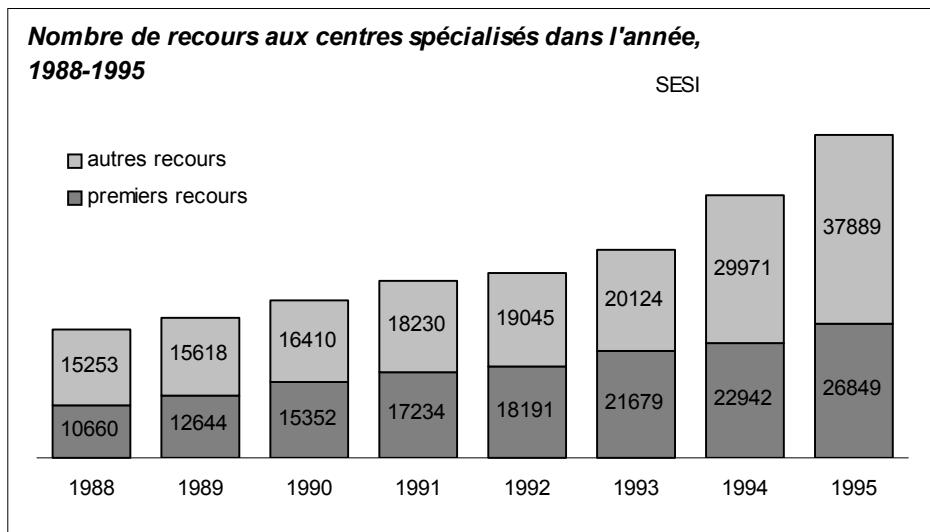
La capacité des différents types d'établissement à repérer un sujet comme toxicomane est variable. Ceci est particulièrement vrai dans les hôpitaux et les centres sociaux, qui ne sont pas, par nature, spécialisés dans ce type de prise en charge, contrairement aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Par ailleurs un toxicomane peut faire appel à ces structures pour des raisons non liées à la toxicomanie.

Le champ de l'enquête, s'il peut être considéré comme constant dans les centres spécialisés, est très fluctuant dans les hôpitaux et les centres sociaux, ce qui rend imprécis le taux de couverture de l'enquête dans ces établissements.

Le nombre de toxicomanes suivis dans l'année, dans les centres spécialisés, est probablement surestimé : il existe des doublons (recours à plusieurs centres dans une même année) et dans certains cas il semblerait que ce soit des recours (faits) et non des toxicomanes (personnes) qui soient comptabilisés.

Taux de non-réponses : 2 % sur la nature de la prise en charge.

Nombre de recours aux centres spécialisés dans l'année, 1988-1995, SESI



Etablissements sanitaires et sociaux en activité et toxicomanes reçus en novembre 1995, SESI

Etablissements sanitaires et sociaux en activité et toxicomanes reçus en novembre 1995

SESI

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de toxicomanes
Centres spécialisés	229	11114
Etablissements sanitaires :	526	7026
Centre Hospitalier Régional	54	1763
Centre Hospitalier et Hôpital	278	2323
Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie et Hôpital Psychiatrique privé faisant fonction de public	112	2619
Maison de santé pour malades mentaux	82	321
Etablissements sociaux :	554	4763
Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale	316	1472
Club et équipe de prévention	238	3291

Pour en savoir plus

- Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1995, Informations Rapides, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, à paraître.
- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.

INTERPELLATIONS POUR USAGE ILLICITE DE STUPEFIANTS

L'usage de stupéfiants constitue un délit (article L.628 du Code de la Santé Publique) passible de peines pouvant aller jusqu'à 1 an d'emprisonnement et 25 000 francs d'amende.

En 1995, 35 930 affaires de stupéfiants ont été traitées par les services de Police, Gendarmerie et Douanes. Elles ont donné lieu à l'interpellation pour usage ou trafic de stupéfiants de 69 432 personnes, certaines ayant été interpellées à de multiples reprises au cours de l'année. L'usage constitue le motif d'interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants le plus fréquent : en 1995, il représente 90 % d'entre elles.

Le nombre des interpellations pour usage illicite de stupéfiants a doublé en moins de 5 ans. En 1995, on en compte 62 325, dont 84 % pour usage simple. L'augmentation constatée en 1995, soit 19 % par rapport à 1994, est sans précédent, si l'on exclut 1982 et 1991 années témoins d'un meilleur enregistrement. Elle est à 92 % due à une augmentation des interpellations pour usage de cannabis. Le renforcement des contrôles d'identité dans le cadre de l'opération Vigipirates à la suite des attentats islamistes en 1995 pourrait permettre d'expliquer une partie de l'augmentation des interpellations pour usage et notamment de cannabis en 1995.

L'accroissement, depuis vingt ans, des interpellations pour usage de drogue provient certainement d'un accroissement du nombre d'usagers combiné à une augmentation de l'activité des services de Police, Gendarmerie et Douanes. Les stratégies répressives mises en œuvre limitent, en effet, l'interprétation des données sur les interpellations. Le nombre d'interpellations enregistrées est un indicateur sensible à différentes variations tant au niveau de l'activité des consommateurs que de la législation sur les stupéfiants, ou encore de l'application de la loi.

Le produit mentionné lors d'une interpellation pour usage illicite de stupéfiants est le produit principalement consommé par l'interpellé. Le cannabis est le produit le plus fréquemment cité ; l'héroïne vient ensuite. Leur part respective au sein des interpellations pour usage enregistrées en 1995 est de 67 % et 28 %.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

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

On repère les interpellations pour usage illicite de stupéfiants dans l'année. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année, ce qui induit des double-comptes si l'on raisonne au niveau des individus.

Ce fichier enregistre les seules arrestations ayant fait l'objet d'un procès-verbal par les services de Police, Gendarmerie et Douanes. Il ne tient pas compte des affaires pour lesquelles il y a simple mention en main-courante.

C'est un meilleur enregistrement des interpellations pour usage de stupéfiants qui a entraîné en 1982 et en 1991 une augmentation importante de leur nombre. La baisse constatée en 1993 est principalement due à la réforme du Code de Procédure Pénale ; elle a surtout concerné les services qui recevaient le plus grand nombre d'usagers.

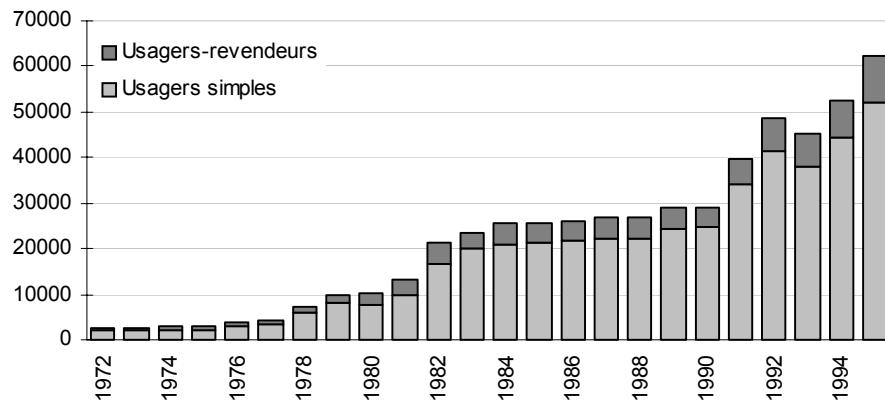
Pour en savoir plus

- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.

Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants, 1972-1995, OCRTIS

**Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants,
1972-1995**

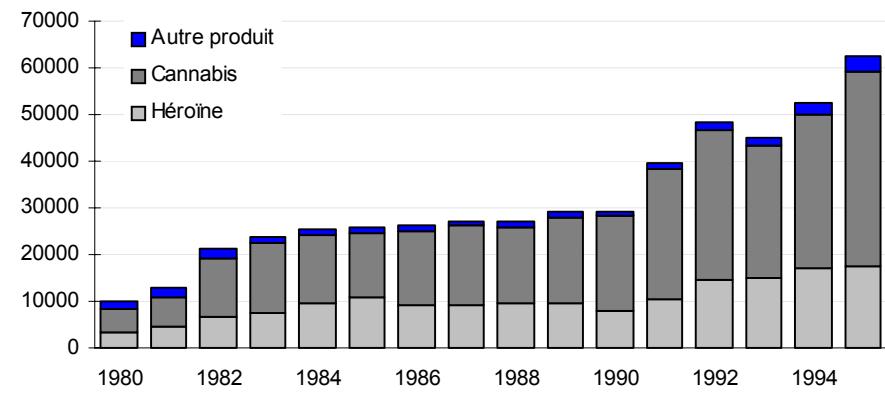
OCRTIS



Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants, selon les produits, 1980-1995, OCRTIS

**Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants,
selon les produits, 1980-1995**

OCRTIS



CONDAMNATIONS ET INCARCERATIONS POUR USAGE DE STUPEFIANTS

Il est difficile de mettre en relation les interpellations et les condamnations pour délit d'usage du fait de classifications différentes des infractions à la législation sur les stupéfiants. Par ailleurs, toute interpellation ne mène pas forcément à une poursuite judiciaire. Il peut y avoir un classement sans suite, la prononciation d'un simple avertissement à usager ou encore la décision d'une mise sous injonction thérapeutique.

Les injonctions thérapeutiques

L'injonction thérapeutique, mise en place par la loi du 31 décembre 1970 (article L.628.1 du Code de la Santé Publique), a entre autres pour objectif de proposer des dispositions de soins alternatives à la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Elle permet au Procureur de la République d'enjoindre à l'usager de produits stupéfiants de suivre un traitement au lieu de faire l'objet de poursuites judiciaires. Cette alternative offerte par le Procureur est diversement appliquée dans les départements.

En 1995, 8 630 personnes toxicomanes ont bénéficié d'une mesure d'injonction thérapeutique. Parmi elles, 6 072 ont fait l'objet d'un suivi médico-social. Du fait d'une meilleure collaboration entre les instances judiciaires et sanitaires, l'écart se réduit, d'une année sur l'autre, entre le nombre de personnes pour lesquelles une injonction thérapeutique est prononcée et le nombre de celles qui bénéficient effectivement d'un suivi.

Les condamnations sanctionnant au moins une infraction d'usage de stupéfiants

Lorsqu'il y a poursuite judiciaire et condamnation pour délit d'usage illicite de stupéfiants, on constate, en 1993, que dans 67 % des cas, l'usager de drogue est également poursuivi pour d'autres infractions. La part de l'usage, au sein des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées dans les condamnations, n'a cessé de diminuer au cours des 5 dernières années : elle est passée de 44 % en 1984 à 24 % en 1993. Les infractions pour usage de stupéfiants (12 461) représentent en 1993 1,7 % de l'ensemble des infractions sanctionnées dans les condamnations.

La peine sanctionne l'ensemble des infractions commises et varie donc fortement selon l'association d'autres délits.

L'emprisonnement avec sursis total constitue la peine la plus fréquemment prononcée : dans 42 % des cas, que l'usage soit associé ou pas à d'autres délits.

Lorsqu'il y a délits multiples, les peines de prison ferme sont plus fréquentes qu'en cas d'usage seul, et les durées plus longues. Ainsi, 44 % des usagers ayant commis d'autres infractions sont condamnés à la prison ferme, dans plus de la moitié des cas pour une durée supérieure à 6 mois. En revanche, la prison ferme sanctionne 29 % des personnes condamnées pour seul délit d'usage, et pour 82 % d'entre elles cela n'excède pas 6 mois.

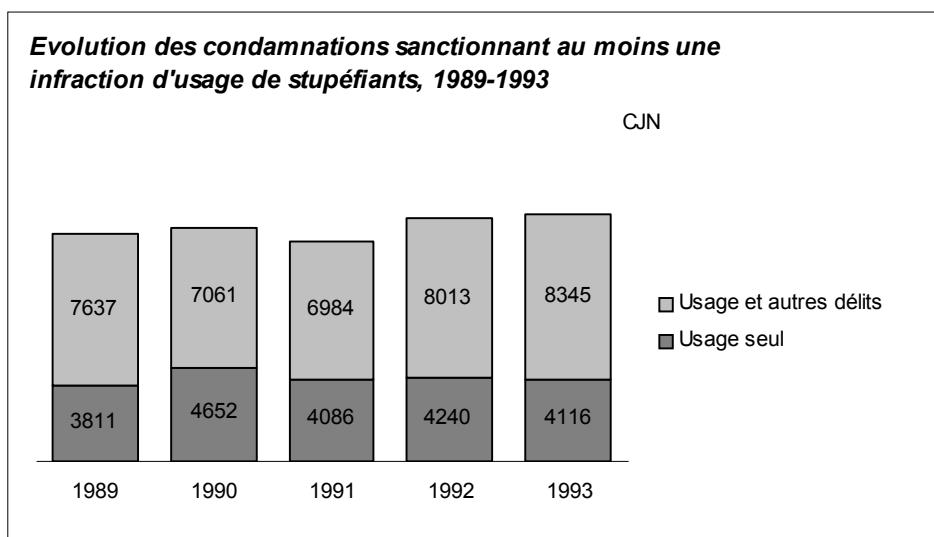
Quant aux peines d'amende, elles sont deux fois plus fréquentes lorsque l'infraction d'usage est unique : elles sanctionnent 21 % des délits d'usage seuls et 9 % des délits d'usage associés à d'autres délits.

Les incarcérations

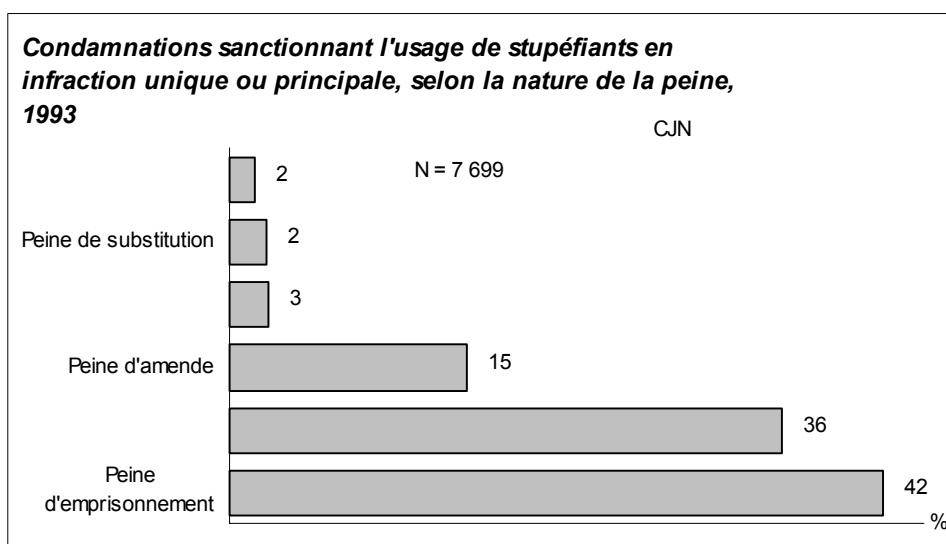
Parmi les personnes ayant commis un délit d'usage de stupéfiants (seul ou associé à d'autres délits) et condamnées à une peine de prison ferme, certaines ne l'effectueront pas. En effet, il peut s'agir de condamnations par défaut ou encore de condamnations à l'emprisonnement ferme susceptibles d'être converties en travaux d'intérêt général.

Seules les incarcérations pour lesquelles l'usage de stupéfiants constitue l'infraction unique ou principale (inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont repérables : en 1995, l'Administration pénitentiaire en a comptabilisé 864. Ce chiffre ne représente pas le nombre d'usagers de stupéfiants en prison puisque les infractions commises par ceux-ci peuvent n'avoir aucun rapport avec l'usage. Il ne représente pas non plus tous les détenus incarcérés pour une infraction d'usage car celle-ci, lorsqu'il y a délits multiples, n'est pas toujours inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt.

Evolution des condamnations sanctionnant au moins une infraction d'usage de stupéfiants, 1989-1993, CJN



Condamnations sanctionnant l'usage de stupéfiants en infraction unique ou principale, selon la nature de la peine, 1993, CJN



Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies, 1993-1995, DGS, SED

*Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies,
1993-1995*

	DGS, SED		
	1993	1994	1995
Nombre d'injonctions prononcées	6149	7678	8630
Nombre de personnes ayant eu effectivement un suivi médico-social	4064	5760	6072

REPERES METHODOLOGIQUES

Cadres du parquet, SED

Il s'agit d'états annuels de l'activité des cours d'appel, des tribunaux de grande instance et des tribunaux de police. Ces états permettent un comptage du nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées pendant une année en France.

Suivi des mesures d'injonction thérapeutique, DGS

L'autorité sanitaire (DDASS) est responsable du bon déroulement du traitement. Si le contrat sanitaire n'est pas correctement rempli, les poursuites pour délit d'usage reprennent.

Casier Judiciaire National, SED

On repère les condamnations sanctionnant au moins une infraction d'usage illicite de stupéfiants parmi les quatre premières infractions inscrites au casier judiciaire national. Les peines et les durées d'emprisonnement sont connues pour les seules condamnations sanctionnant l'usage en infraction unique ou en infraction principale (de rang 1). Les peines et durées sont probablement sous-estimées puisque ne sont pas comptées les condamnations sanctionnant un autre délit en infraction principale (l'usage venant ensuite) : certaines études ont montré que la multiplicité des délits associés à l'usage aggravait les peines et les durées d'emprisonnement ferme.

Les mesures éducatives sont des peines prononcées uniquement à l'encontre des mineurs.

Fichier national des détenus, SCERI

Seules les incarcérations, pendant l'année, pour usage illicite de stupéfiants en infraction unique ou principale (placée en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont comptées. Il s'agit d'un flux d'entrées en prison. Ce mode d'enregistrement ne permet donc pas de repérer toutes les incarcérations pour une infraction d'usage de stupéfiants. De plus, lorsqu'il y a délits multiples, l'infraction placée en premier lieu sur le mandat de dépôt peut aussi bien être l'infraction considérée comme la plus grave que celle qui a été constatée en premier lieu.

Pour en savoir plus

- Statistique annuelle : Les condamnations 1993, Sous direction de la statistique, des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1996.
- Circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, Ministère de la Justice, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Ministre délégué à la Santé.
- Circulaire du 28 avril 1995, Ministre de la Justice et Ministre délégué à la Santé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Les infractions à la législation sur les stupéfiants, O. TIMBART, Etudes et statistiques Justice 4, Sous direction de la statistique des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1995
- L'usage de stupéfiants dans les condamnations, O. TIMBART, Infostat Justice n° 38, Sous direction de la statistique, des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1994.
- Circulaire CRIM-93-3/SDJC du 15 février 1993 relative à l'injonction thérapeutique, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire.
- Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-90, F. FACY, Convention DGS - INSERM U 302.
- Circulaire du 12 mai 1987 relative à la coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, Ministère de la Justice et Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

USAGERS DE DROGUES ET TOXICOMANES

AGE

Tout comme les consommations de produits psychotropes licites, l'usage de drogues et les toxicomanies sont très liés à l'âge, et ce quelles que soient les institutions qui repèrent les consommateurs de produits illicites. La grande majorité d'entre eux se concentre fortement entre 20 et 35 ans.

D'une année sur l'autre, les âges moyens ne cessent de s'accroître. Cette tendance au vieillissement est constatée aussi bien chez les usagers de drogue interpellés (+ 2 ans en 10 ans) que chez les toxicomanes suivis par le système sanitaire et social (+ 1 an en 6 ans), ou encore chez les sujets décédés par "surdose" ayant fait l'objet d'une constatation par les services de Police ou de Gendarmerie dont l'accroissement de l'âge moyen au cours des dix dernières années est le plus fort (+ 4 ans). Afin de tenter d'expliquer ce vieillissement, plusieurs hypothèses peuvent être avancées ; il est difficile de les vérifier mais il est probable qu'elles se combinent entre elles :

- une plus grande tolérance de l'entourage vis à vis des toxicomanes, une plus grande socialisation retardant leur visibilité par les institutions (interpellations, recours aux soins plus tardifs) même si l'âge d'entrée dans la toxicomanie reste stable,
- une variation des âges d'entrée et de sortie de la toxicomanie, à savoir une entrée et/ou une sortie plus tardive au fil des années, ou une entrée plus précoce et une sortie encore plus tardive,
- un non renouvellement partiel de la population, en d'autres termes ce serait en partie les mêmes que l'on reverrait chaque année,
- l'apparition de nouveaux itinéraires, par exemple des cas de personnes ayant arrêté depuis longtemps tout usage de drogue et qui reprennent, ou encore de personnes qui entrent dans la toxicomanie après 35 ans.

Si l'évolution des âges moyens des usagers interpellés et des toxicomanes ayant recours aux soins est similaire, l'écart est en moyenne de 3 ans. Les premiers ont en moyenne, en 1995, 24,2 ans ; les seconds ont en moyenne, en novembre 1994, 27,7 ans. La comparaison des seuls consommateurs d'héroïne en produit principal, auxquels on peut ajouter les décès par "surdose" (provoqués dans plus des 3/4 des cas par une prise d'héroïne), met en évidence des âges moyens très proches : 27,2 ans pour les interpellations en 1995, 27,9 ans pour les recours en novembre 1994 et 28,9 ans pour les décès par surdose en 1995. Les consommateurs de cannabis, dont l'âge moyen se situe autour de 23 ans, sont massivement représentés dans les interpellations alors qu'ils constituent une minorité des recours aux soins.

Les personnes interpellées pour usage de crack font cependant exception au vieillissement de la population des toxicomanes : elles observent, en effet, un certain rajeunissement. Leur âge moyen en 1995 est de 28,4 ans.

Dans le domaine sanitaire et social, il est nécessaire de distinguer les toxicomanes selon le type d'établissement auquel ils ont recours. Les sujets les plus âgés sont suivis dans les hôpitaux : ils ont en moyenne 29,2 ans. C'est dans les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie que l'on rencontre les plus jeunes : leur âge moyen est de 24,5 ans. Par ailleurs, on observe que les sujets pour lesquels il s'agit d'un premier recours au titre de la toxicomanie sont un peu plus jeunes.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre ($n = 20\ 392$).

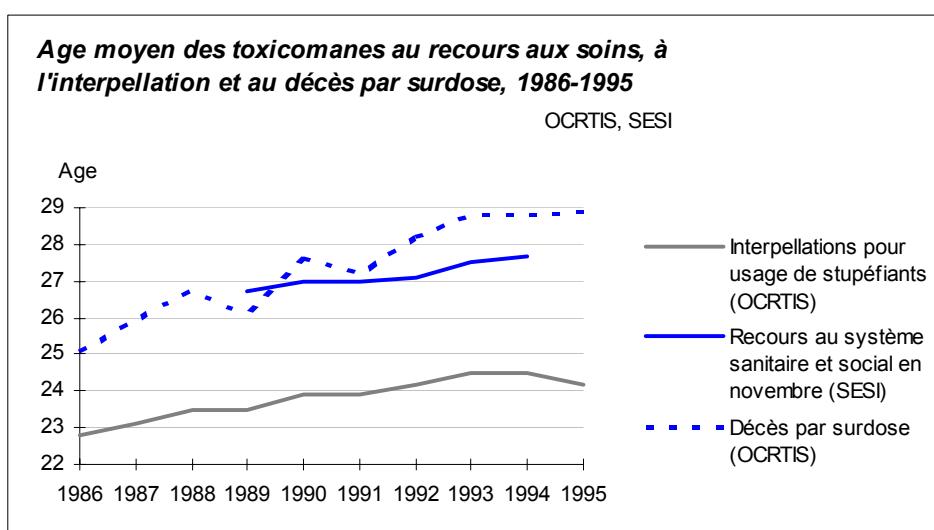
Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. Un même toxicomane peut avoir plusieurs fois recours au même établissement ou à des établissements différents, parfois même de manière simultanée.

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

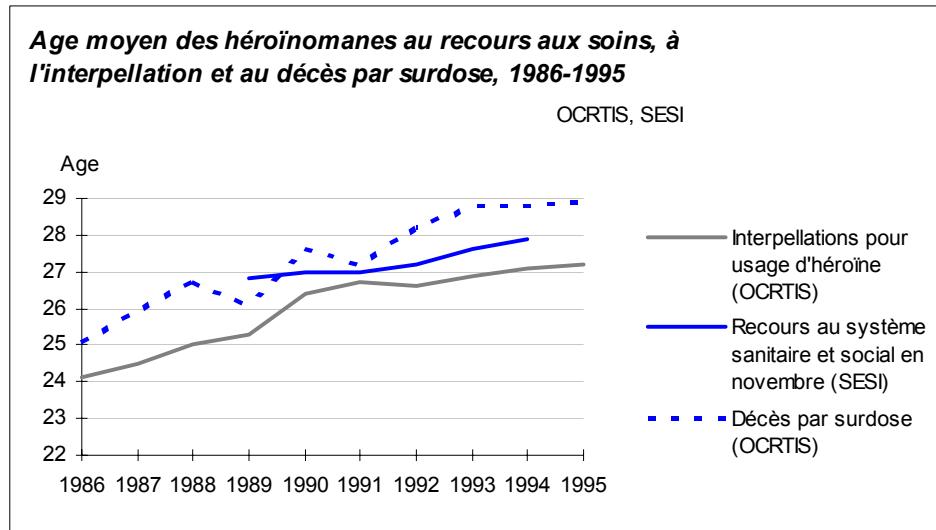
On repère les interpellations dans l'année pour usage illicite de stupéfiants. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

Les décès par surdose sont les décès accidentels directement ou indirectement liés à l'usage de drogue constatés par les services de Police et de Gendarmerie.

Age moyen des toxicomanes au recours aux soins, à l'interpellation et au décès par surdose, 1986-1995 OCRTIS, SESI



Age moyen des héroïnomanes au recours aux soins, à l'interpellation et au décès par surdose, 1986-1995 OCRTIS, SESI



Pour en savoir plus

- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
- Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées, F. FACY, Etude épidémiologique 1993-1994, Base de données en toxicomanie, INSERM-Unité 302, 1996.
- Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-France 1986-1993, I. GREMY, ORS Ile-de-France, 1995.

SEX, NATIONALITE, INSERTION PROFESSIONNELLE ET COUVERTURE SOCIALE

Le sexe masculin est de loin le plus représenté chez les toxicomanes. C'est dans le domaine répressif que la différence entre les sexes est la plus prononcée. Ainsi, les usagers de drogue interpellés, condamnés ou encore incarcérés sont à 90 % des hommes. Dans le secteur sanitaire et social, 75 % des toxicomanes suivis sont de sexe masculin.

Il existe de véritables différences selon le sexe dans les conduites toxicomaniaques : les modes de prise de risque et les modes de gestion de la toxicomanie diffèrent selon les sexes ; les femmes sont moins consommatrices de drogues illicites, elles sont plus axées sur les médicaments psychotropes. Il existe également des différences dans les pratiques institutionnelles : les femmes par exemple sont moins interpellées.

Selon les sources, 70 % à 90 % des toxicomanes sont de nationalité française. C'est dans le domaine répressif que les taux sont les plus bas. Ces proportions sont, au niveau national, moins importantes que celle relevée en population générale de même âge. Si l'on affine la comparaison au niveau régional, les différences sont atténuées.

Les informations concernant l'activité professionnelle et la couverture sociale sont connues pour les seuls toxicomanes qui ont recours au système sanitaire et social en novembre. Il faut donc rester prudent quant à l'extrapolation des résultats à l'ensemble des toxicomanes.

L'insertion des toxicomanes dans la vie active est faible. 72 % des toxicomanes suivis en novembre 1994 n'exercent pas d'activité professionnelle ; parmi ceux-ci 60 % sont au chômage. Par ailleurs, la situation de ceux qui exercent un emploi est cependant relativement précaire puisque parmi eux, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée. C'est dans les centres sociaux que la part des inactifs est la plus importante, mais les toxicomanes qui y ont recours sont également plus jeunes.

Enfin, si les toxicomanes déclarent 9 fois sur 10 bénéficier d'un régime d'assurance maladie, 8 % d'entre eux, plus particulièrement les moins de 25 ans, n'ont aucune couverture sociale. Le quart des toxicomanes perçoivent le RMI. C'est parmi les chômeurs qui ont déjà travaillé que les bénéficiaires du RMI sont les plus représentés.

D'après les études ethnographiques récentes (approche de terrain), il semblerait que, par rapport aux années antérieures, on assiste à une radicalisation des états de pauvreté et de la précarisation chez les toxicomanes.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Etranger : personne de nationalité étrangère (CEE + hors CEE).

Sources

CESES : toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés avec hébergement, deuxième semestre 1995.

CJN : condamnations pour usage illicite de stupéfiants, 1993.

INSERM AT : toxicomanes incarcérés consultant dans les antennes toxicomanie, 1994.

INSERM BD : toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés, 1993-94.

OCRTIS : interpellations pour usage illicite de stupéfiants, 1995.

FND : incarcérations pour usage de stupéfiants en infraction principale, 1995.

SESI : toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales en novembre 1994.

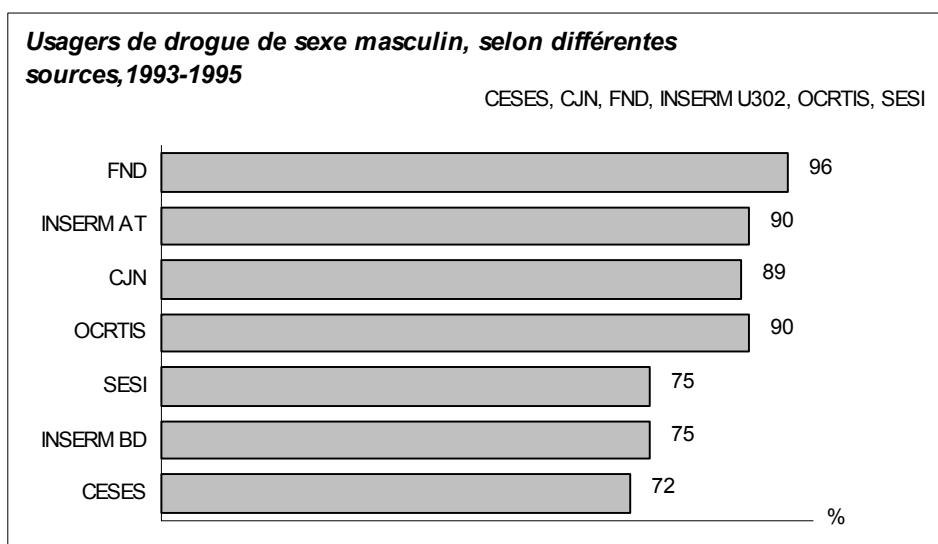
Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Taux de non-réponses : 1,9 % sur l'activité professionnelle, 12,9 % sur le RMI et 10,6 % sur l'assurance maladie

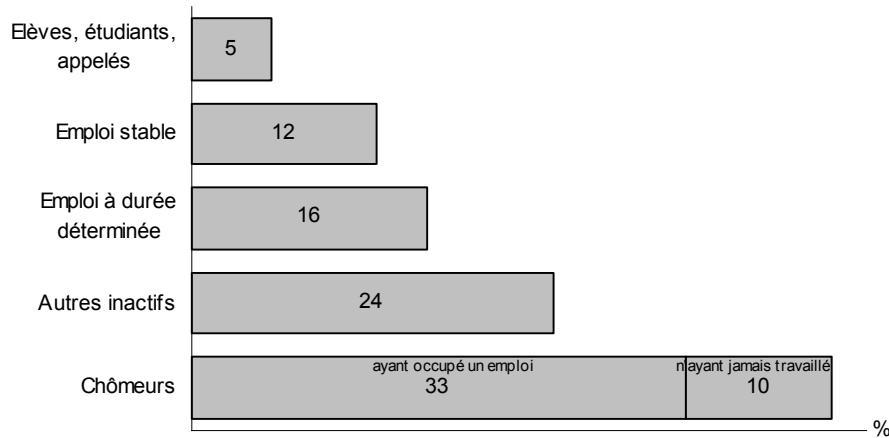
Usagers de drogue de sexe masculin, selon différentes sources, 1993-1995, CESES, CJN, FND, INSERM U302, OCRTIS, SESI



Activité professionnelle des toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994, SESI

Activité professionnelle des toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994

SESI



Pour en savoir plus

- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
- Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, 2ème semestre 1995, C. SIX, R. ANCELLE-PARK et JB. BRUNET, CESES, juin 1996.
- Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie en 1994, F. FACY, INSERM-Unité 302, 1996.
- Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées, F. FACY, Etude épidémiologique 1993-1994, Base de données en toxicomanie, INSERM-Unité 302, 1996.
- Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-France 1986-1993, I. GREMY, ORS Ile-de-France, 1995.

MALADIES ASSOCIEES A L'USAGE DE DROGUES

L'état de santé des toxicomanes est peu appréhendé par les enquêtes existantes. Les quelques informations dont nous disposons concernent plus particulièrement la morbidité infectieuse, notamment l'infection par le VIH, le SIDA et par le virus de l'hépatite C.

La séroprévalence du VIH chez les toxicomanes varie considérablement selon l'âge, l'ancienneté de la toxicomanie, les modes de prise de produits, et par conséquent selon le type de structure de prise en charge, puisque chacune se différencie par des types de populations différents.

Chez les toxicomanes qui font l'objet d'une prise en charge, le statut sérologique VIH est chaque année mieux connu. Il faut cependant rester prudent quant à une généralisation des résultats à l'ensemble des toxicomanes du fait du caractère déclaratif des données et du fait que des pathologies éventuellement associées au VIH et aux hépatites sont elles-mêmes à l'origine d'un certain nombre de recours aux structures de soins. Ceci implique une sur-représentation des sujets séropositifs, notamment dans les hôpitaux.

La proportion de sujets séropositifs semblerait se situer autour de 20 % chez les toxicomanes ayant recours aux soins. On peut toutefois retenir une fourchette de 12 % à 36 % de sujets séropositifs parmi les toxicomanes dont on connaît la sérologie et qui font l'objet d'une prise en charge. Lorsque ce sont des utilisateurs anciens ou actuels de la voie intraveineuse, les taux de sujets séropositifs sont plus élevés. Depuis 1991, une baisse des taux de séropositivité au VIH se dessine chez les toxicomanes. On note, en effet, une diminution d'environ 20 % de la fréquence des toxicomanes séropositifs suivis dans les hôpitaux et les centres spécialisés entre 1991 et 1994. Dans les centres spécialisés avec hébergement, la diminution constatée est du même ordre entre 1993 et 1994, puis s'accentue l'année suivante.

Les toxicomanes ont été particulièrement touchés par l'épidémie de SIDA. Celle-ci s'est développée en premier lieu chez les homosexuels, puis dans le groupe des usagers de drogue par voie intraveineuse, pour lesquels le nombre de nouveaux cas déclarés progresse très rapidement jusqu'en 1990. Le groupe des hétérosexuels constitue, depuis la fin des années 1980, celui où l'on observe les taux de croissance des cas de SIDA les plus élevés. Il semble qu'à l'heure actuelle il y ait une stabilisation de l'épidémie, en particulier dans le groupe des homosexuels et dans celui des toxicomanes. Cependant, les cas de SIDA avérés reflètent les infections contractées dans le passé et non l'évolution actuelle des nouvelles contaminations.

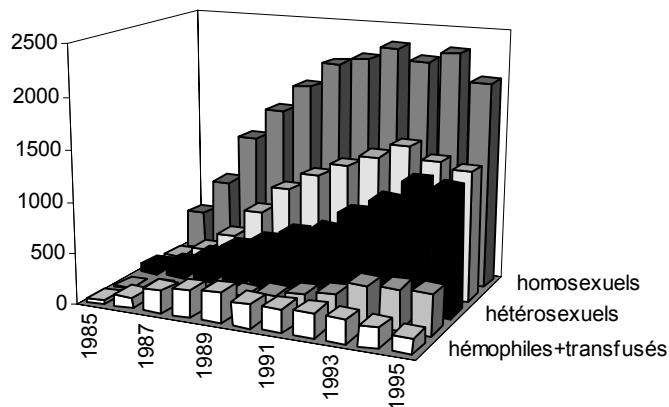
Au 31 mars 1995, 41 058 cas de SIDA ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie (62 % de ces personnes sont connues comme étant décédées). Parmi l'ensemble de ces cas de SIDA, 28 % sont liés à la toxicomanie soit directement, soit par le(s) partenaire(s), soit de la mère à l'enfant. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 1995 dans le groupe des toxicomanes est estimé à environ 1 450 en tenant compte des retards de déclaration et de la sous-déclaration.

Les seules informations disponibles sur l'hépatite C concernent les toxicomanes suivis en novembre 1994 dans les centres spécialisés et les hôpitaux. Cependant, pour près de la moitié d'entre eux le statut sérologique est inconnu, soit parce qu'ils n'ont pas effectué de test de dépistage, soit parce qu'ils l'ont fait et que le résultat du test est inconnu ou enfin parce que la variable n'a pas été renseignée. Parmi ceux dont le statut sérologique est connu, 49 % sont séropositifs à l'hépatite C. Ce taux est de 57 % parmi les toxicomanes ayant consommé un produit par voie intraveineuse.

Nombre de cas de SIDA déclarés par année de diagnostic et par groupe de transmission, 1985-1995, RNSP

Nombre de cas de SIDA déclarés par année de diagnostic et par groupe de transmission, 1985-1995

RNSP



Séroprévalence au VIH selon différentes sources, 1993-1995, SESI, INSERM U302, CESES

Séroprévalence au VIH selon différentes sources, 1993-1995

Enquêtes	Période	Taille de l'échantillon	Couverture	Toxicomanes dont la sérologie VIH est connue	Toxicomanes séropositifs* %
Hôpitaux (services de psychiatrie, médecine et spécialités médicales), (SESI)	novembre 1994	6 626	Couverture imprécise dans les hôpitaux	69%	36%
Centres spécialisés, (SESI)	novembre 1994	9 282	Exhaustif dans les 216 centres spécialisés ayant répondu	69%	20%
Centres spécialisés, (INSERM U302)	1993-1994	2 011	Exhaustif dans les 10 centres spécialisés volontaires	60%	21%
Antennes toxicomanie, (INSERM U302)	1994	2 175	Exhaustif dans 10 antennes toxicomanie	89%	14%
Centres spécialisés avec hébergement, (CESES)	2nd semestre 1995	1 686	Exhaustif dans les 92 centres spécialisés avec hébergement ayant répondu	92%	12%

* parmi ceux dont la sérologie est connue

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Les résultats sur le VIH et le VHC sont disponibles sur les seuls centres spécialisés et les hôpitaux.

Selon les hypothèses retenues en matière de prévalence du VHC chez les personnes dont on ne connaît pas la sérologie, on obtient une fourchette de 25 % à 74 % du taux de prévalence des toxicomanes séropositifs au VHC.

Enquête semestrielle auprès des centres de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, CESES

On repère les toxicomanes résidents des centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement (collectif, appartements thérapeutiques, appartements relais) subventionnés par la DGS. 92 centres sur 106 existants ont répondu à l'enquête du second semestre 1995 (n = 1 686).

Déclarations des cas de SIDA, RNSP

Le SIDA est une maladie dont la déclaration est obligatoire : on recense les cas de SIDA déclarés selon l'année de diagnostic.

Les données des années 1994 et 1995 sont des données redressées.

Il existe une sous déclaration de 15 %, quelque soit le groupe de transmission, et un délai entre le diagnostic de la maladie et sa déclaration au RNSP.

Le n° vert de SIDA Info Service est le 0800 840 800.

Pour en savoir plus

- Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, IREP, 6 volumes, Paris, octobre 1996.
- Surveillance du SIDA en France (situation au 31 mars 1996), BEH n° 24/1996, RNSP, 1996.
- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.

- Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, 2ème semestre 1995, C. SIX, F. HAMERS, R. ANCELLE-PARK et J.B. BRUNET, CESES, juillet 1996.
- Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie en 1994, F. FACY, INSERM-Unité 302, 1996.
- Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées, F. FACY, Etude épidémiologique 1993-1994, Base de données en toxicomanie, INSERM-Unité 302, 1996.
- La transmission du VIH chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations : situation et tendances, IREP, Paris, mars 1992.
- Les effets de la libéralisation de la vente des seringues : rapport d'évaluation, IREP, Paris, juillet 1988.

MORTALITE

La mortalité des toxicomanes, en l'absence d'études de suivi de cohorte, n'est pas réellement connue. Parmi les décès liés à l'usage de drogue, décès qui ne constituent qu'une partie de la mortalité des toxicomanes, on peut repérer les décès par SIDA des usagers de drogue par voie intraveineuse et les décès par "surdose" recensés par les services de Police et de Gendarmerie. Par ailleurs, l'exploitation des certificats de décès par l'INSERM permet quant à elle de repérer les décès pour lesquels la toxicomanie est mentionnée en cause principale ou associée.

On estime à 1 007 le nombre de toxicomanes dont le SIDA a été déclaré et qui sont décédés au cours de l'année 1995. Après une hausse jusqu'en 1993, ce nombre est resté relativement stable depuis.

En 1995, 465 décès par surdose, constatés pour 63 % d'entre eux à domicile, ont été portés à la connaissance de l'OCRTIS. Dans 83 % des cas, le produit susceptible d'avoir provoqué la mort était l'héroïne. Par rapport aux années antérieures, les décès liés à des prises combinées d'alcool, de médicaments et d'héroïne sont plus nombreux. La fréquence des décès dus aux médicaments s'accroît depuis 1989 et atteint 15 % en 1995. Ces décès résultent pour la plupart d'entre eux de l'absorption de multiples médicaments.

Bien que les taux de mortalité par surdose portent sur des événements rares dont l'exhaustivité du recueil n'est pas certaine, ce qui invite à la prudence quant à l'interprétation des chiffres, leur cartographie réalisée pour les années 1990 à 1994 souligne d'importantes disparités régionales et rend compte de leur évolution sur 5 ans.

Plusieurs indices montrent un accroissement de la mortalité par surdose entre 1990 et 1994 (cependant, si l'on tient compte de l'année 1995, il semble qu'il y ait une stabilisation au cours des 4 dernières années). Cet accroissement peut être le reflet d'une augmentation du nombre de toxicomanes, mais aussi le signe d'une certaine détérioration de leur état de santé, ou encore le signe de l'évolution des modes de prise des produits. Il se peut également que cet accroissement soit en partie dû à un meilleur repérage de ce type de décès.

Ainsi, le nombre de régions à mortalité inférieure à 2 décès par million d'habitants diminue de moitié entre 1990 et 1994. Ceci ne concerne plus, en 1994, que le nord ouest de la France. Par ailleurs, on observe que le taux de mortalité par surdose pour la France entière passe en 5 ans de 6 à 10 décès par million d'habitants, soit une augmentation de 65 %.

Mais en fait, ces chiffres sont le reflet d'une répartition très inégale des décès par surdose. Ainsi, l'Ile-de-France en décompte chaque année plus de la moitié. En 1990, l'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les deux régions où la mortalité est la plus élevée, cependant, leurs taux de mortalité voisins respectivement de 20 et 10 présentent une augmentation moins marquée que la moyenne nationale. En Alsace, par contre, les taux sont multipliés par trois en 5 ans et dès 1993 approchent ceux de l'Ile-de-France. De même, la Lorraine et le Nord-Pas-de-Calais, à moindre échelle, décrivent une évolution similaire et figurent en 1994 parmi les régions où la mortalité par surdose est la plus élevée.

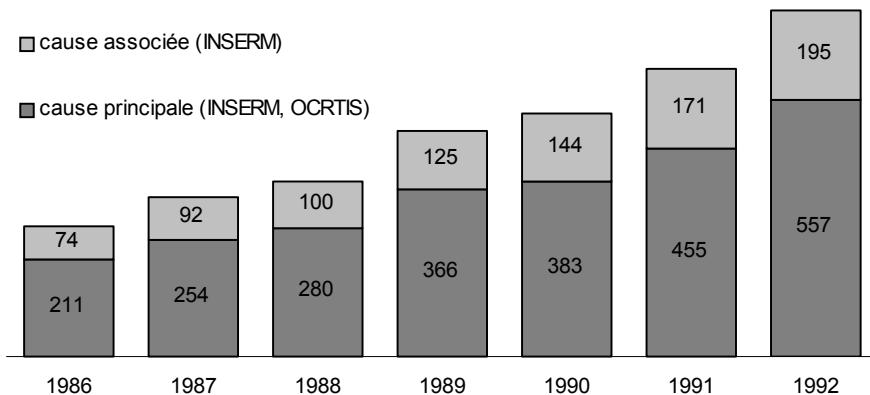
Pour en savoir plus

- Surveillance du SIDA en France (situation au 31 mars 1996), BEH n° 24/1996, RNSP, 1996.
- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- Mortalité et toxicomanie en France, F. HATTON, A. MICHEL, A. LE TOULLEC, Actes du Colloque scientifique international sur les drogues illicites à Paris les 5 et 6 mai 1994, juin 1995.
- Décès par usage de stupéfiants en Ile-de-France, D. LECOMTE, F. HATTON, E. MICHEL et A. LE TOULLEC, BEH n° 35, 1994.
- Les décès liés à la consommation de drogues à Paris, IREP, juin 1994.

Estimation du nombre de décès par toxicomanie, 1986-1992, INSERM, SC8

Estimation du nombre de décès par toxicomanie, 1986-1992

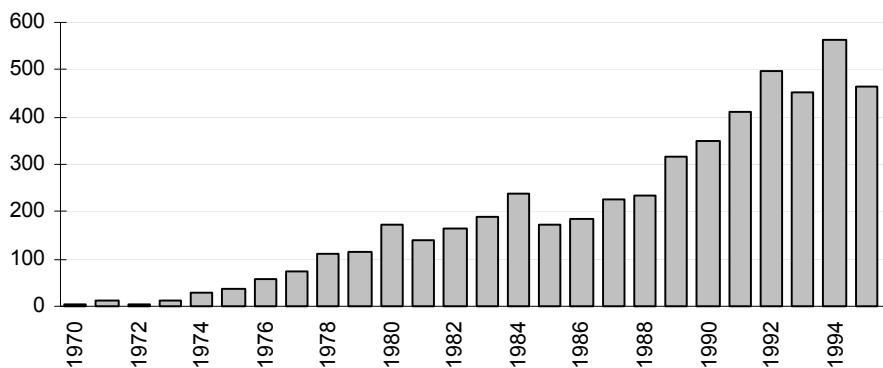
INSERM SC8



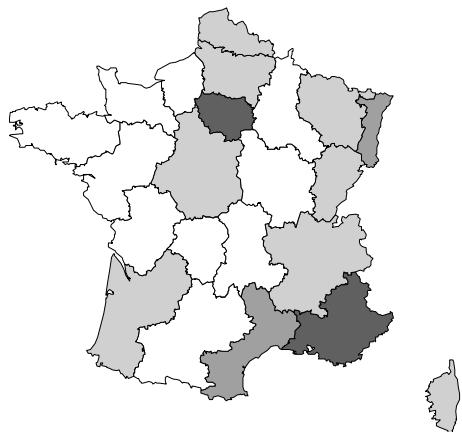
Décès par "surdose" portés à la connaissance des services de police et de gendarmerie, 1970-1995, OCRTIS

Décès par "surdose" portés à la connaissance des services de police et de gendarmerie, 1970-1995

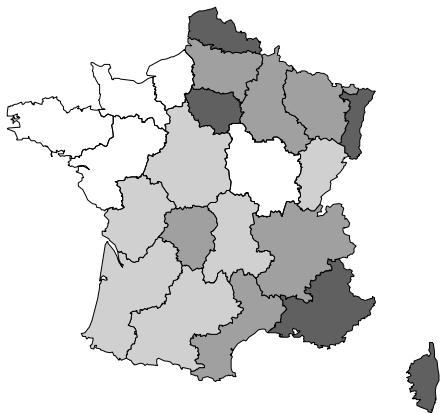
OCRTIS



Evolution des taux de mortalité par "surdose", 1990-1994, OCRTIS, ORSIF



Année 1990



Année 94

Taux de mortalité par million d'habitants
standardisé sur l'âge
et le sexe

- <2
- 2<<4
- 4<<8
- >8

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Déclarations des cas de SIDA, RNSP

Le SIDA est une maladie dont la déclaration est obligatoire : on recense les cas de SIDA selon l'année de diagnostic ainsi que les décès du SIDA selon l'année de survenue.

Il existe une sous déclaration de 20 % des décès du SIDA, et un délai entre la survenue du décès et sa déclaration au RNSP.

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

Les services de Police et de Gendarmerie repèrent les surdoses au sens strict ainsi que les accidents divers directement et indirectement liés aux conditions d'administration de la substance.

Les taux départementaux de mortalité par surdose sont standardisés sur l'âge et le sexe.

Lorsque le nombre de décès par surdose ainsi que la population d'un département sont relativement faibles, les fluctuations des taux peuvent être très importantes d'une année à l'autre.

Exploitation des certificats de décès, INSERM-SC8

L'exploitation des certificats de décès permet d'estimer le nombre de décès directement liés à l'usage de drogues et ceux pour lesquels la toxicomanie est mentionnée en cause associée. Ces derniers sont des décès de toxicomanes non liés à l'usage de drogue ou qui n'ont pas été enregistrés comme tels.

Quelle que soit la source, il existe une sous-estimation du nombre de décès par surdose, ainsi qu'une sous-estimation du nombre de décès pour lesquels la toxicomanie peut être considérée comme une cause associée (notamment dans les cas de suicides, accidents de la route et autres morts violentes).

TOXICOMANIES

PRODUITS CONSOMMÉS

En termes de produits consommés, les populations repérées par les institutions répressives et par les institutions sanitaires et sociales révèlent des différences similaires à celles des années antérieures. Ainsi, les deux tiers des interpellations pour usage illicite de stupéfiants concernent des usagers de cannabis, alors que ce sont en majorité des héroïnomanes qui ont recours au dispositif de soins.

Le système sanitaire et social recense les usagers réguliers de drogues illicites ou licites détournées de leur usage normal. Dans le domaine répressif, la population appréhendée concerne aussi bien les usagers occasionnels que réguliers, mais l'usage des seules substances illicites est repéré.

La comparaison, depuis 1980 pour les interpellations et depuis 1987 pour les recours aux soins, des proportions respectives de chacun des produits permet de raisonner en évolution. Ainsi, parmi les personnes interpellées, la part des usagers d'héroïne diminue légèrement alors que celle des usagers de cannabis s'accroît. Dans le système sanitaire et social, on constate une faible hausse de la part des héroïnomanes ainsi que de celle des consommateurs de cannabis. Les proportions d'usagers de cocaïne et de médicaments psychotropes chez les interpellés et les sujets pris en charge sont restées relativement stables au cours du temps.

Le produit principalement consommé varie sensiblement selon l'âge des usagers. Les plus âgés présentent une toxicomanie plus lourde et sont plutôt consommateurs d'héroïne, d'autres opiacés, de médicaments psychotropes, de cocaïne et de crack. Les plus jeunes utilisent principalement du cannabis, mais également du LSD, des colles et des solvants.

Le type de produits consommés par les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social diffère selon le type d'établissement. Dans les centres spécialisés et les hôpitaux, plus de la moitié des sujets sont héroïnomanes. Ils représentent respectivement 66 % et 56 % des recours dans ces deux types de structure. Les consommateurs de cannabis en produit principal sont majoritairement suivis dans les centres sociaux où ils représentent 47 % des toxicomanes pris en charge.

Les sujets pour lesquels il s'agit d'un premier recours au système sanitaire et social sont davantage consommateurs de cannabis en produit principal et moins consommateurs des autres produits, notamment d'héroïne et de médicaments psychotropes ; mais ils sont également plus jeunes.

Les consommateurs de certains produits sont peu ou mal repérés par ces deux systèmes d'information. L'usage de cocaïne, qui représente environ 2 % des interpellations et des recours, est probablement sous-estimé. Les usagers de cocaïne interpellés sont fréquemment polytoxicomanes et sont enregistrés comme usagers d'héroïne. Par ailleurs, on sait qu'une grande partie des consommateurs de cocaïne appartiennent à des milieux bien insérés socio-professionnellement (milieux difficiles à pénétrer par les services répressifs) et que, s'il ont recours aux soins, ils le font de préférence en médecine de ville.

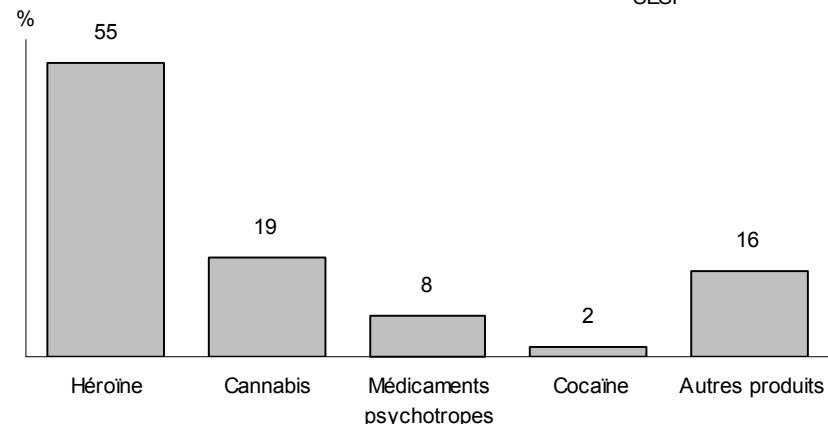
Apparu en France métropolitaine à la fin des années 1980, l'usage de crack est en forte expansion depuis 1990. Sa part, toutefois minime, au sein des interpellations et des recours aux soins, se situe autour de 1 %. L'usage de crack est particulièrement concentré sur Paris et dans les Antilles.

L'usage de LSD, après un déclin jusqu'en 1989, connaît depuis 1993 un accroissement important parmi les individus interpellés, même s'il constitue moins de 1 % de ceux-ci. Sa représentation est restée stable parmi les recours aux soins. Par ailleurs, depuis 1990, on observe une très forte augmentation des interpellations pour usage d'ecstasy. Ce produit, ainsi que dans une moindre mesure le LSD, est particulièrement consommé à l'occasion de "rave party". L'usage d'ecstasy se répand également dans les boîtes de nuit et dans certaines soirées privées. Mais, quel que soit le contexte, la population qui utilise ce type de produits est en général jeune et bien insérée, et peu représentée parmi la population ayant recours aux structures sanitaires et sociales spécialisées en toxicomanie.

Toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre, selon le produit principal, 1994, SESI

Toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre, selon le produit principal, 1994

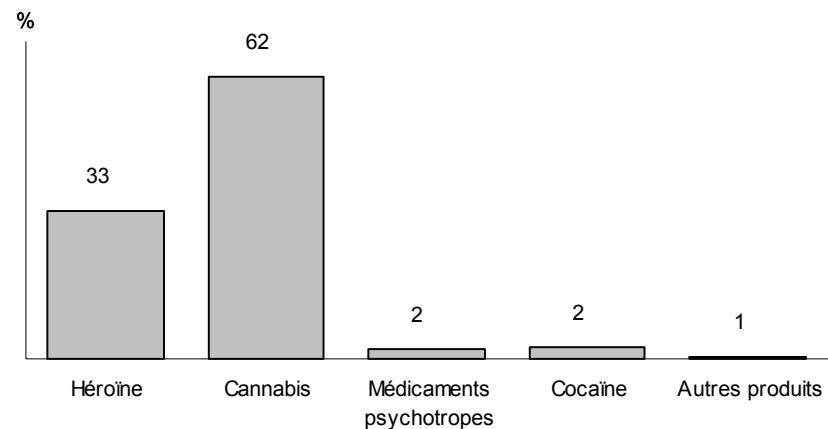
SESI



Interpellations pour usage de stupéfiants, selon le produit principal, 1994, OCRTIS

Interpellations pour usage de stupéfiants, selon le produit principal, 1994

OCRTIS



Repères méthodologiques

Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre ($n = 20\ 392$).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal.

Taux de non-réponses : 2,5 % sur le produit principalement consommé.

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

On repère les interpellations dans l'année pour usage illicite de stupéfiants. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

Recours de toxicomanes au système sanitaire et social en novembre 1994 et interpellations pour usage en 1995 selon le produit principal, par sexe et âge, OCRTIS, SESI

***Recours de toxicomanes au système sanitaire et social en novembre 1994 et
interpellations pour usage en 1995 selon le produit principal, par sexe et âge***

OCRTIS, SESI

Produit principalement consommé	% de femmes		% d'hommes		Age moyen	
	Recours	Interpel.	Recours	Interpel.	Recours	Interpel.
Héroïne	25,3	16,2	74,7	83,8	27,9	27,2
Dérivés de codéine	27,4	-	72,6	-	30,1	-
Morphine, opium et autres opiacés	27,8	-	72,2	-	30,2	-
Cannabis et dérivés	16,7	6,8	83,3	93,2	24,0	22,8
Ecstasy	-	16,0	-	84,0	-	23,4
LSD et autres dysleptiques *	13,2	-	86,8	-	23,5	-
Médicaments psychotropes	36,6	-	63,4	-	30,1	-
Cocaïne	24,1	17,0	75,9	83,0	27,8	28,2
Crack	12,6	14,6	87,4	85,4	28,2	28,4
Colles et solvants *	28,6	-	71,4	-	24,3	-
Tous produits	24,6	9,8	75,4	90,2	27,7	24,2

* effectifs inférieurs à 100

Pour en savoir plus

- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- Les travailleurs sexuels et la consommation de crack, sous la direction de F.R. INGOLD, IREP, novembre 1994.
- Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris, sous la direction de F.R. INGOLD, IREP, juillet 1992.

POLY-CONSOMMATIONS ET ADMINISTRATION INTRAVEINEUSE

L'enquête sur les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre permet d'appréhender les consommations de différents produits ainsi que l'utilisation de la voie intraveineuse.

On note que globalement 62 % des toxicomanes pris en charge en novembre 1994 déclarent consommer plus d'un produit, mais cette fréquence peut être considérée comme minimum. Le mode de questionnement ne permet pas, en effet, de distinguer les mono-toxicomanes (consommant un seul produit) de ceux qui n'ont pas répondu à la question. Depuis 1989, il semble qu'il y ait un accroissement du nombre de poly-toxicomanes parmi les sujets recensés.

Le taux de poly-toxicomanes varie selon le produit principalement consommé : de 53 % parmi les utilisateurs de cannabis à plus de 75 % chez les consommateurs de médicaments psychotropes.

L'alcool et les médicaments psychotropes sont les produits associés les plus consommés. Chacun d'entre eux est utilisé en association par près de 42 % des poly-toxicomanes. Le cannabis est un produit associé également fréquent : il concerne 31 % des poly-usagers. On constate cependant qu'il existe des fluctuations de ces proportions selon le produit principalement utilisé. Par exemple, l'alcool se retrouve en association chez plus de 75 % des poly-toxicomanes utilisant du cannabis en produit principal. Il est toutefois difficile de savoir s'il s'agit d'un simple usage ou d'un abus d'alcool.

Chez les toxicomanes ayant recours aux soins, certains produits comme la cocaïne et les médicaments psychotropes sont plutôt consommés en association (respectivement par 14 % et 41 % des poly-usagers contre 2 % et 8 % lorsqu'ils sont utilisés en produit principal). L'héroïne, au contraire, produit principal de 55 % des toxicomanes suivis, n'est utilisée en association que par 9 % des poly-usagers.

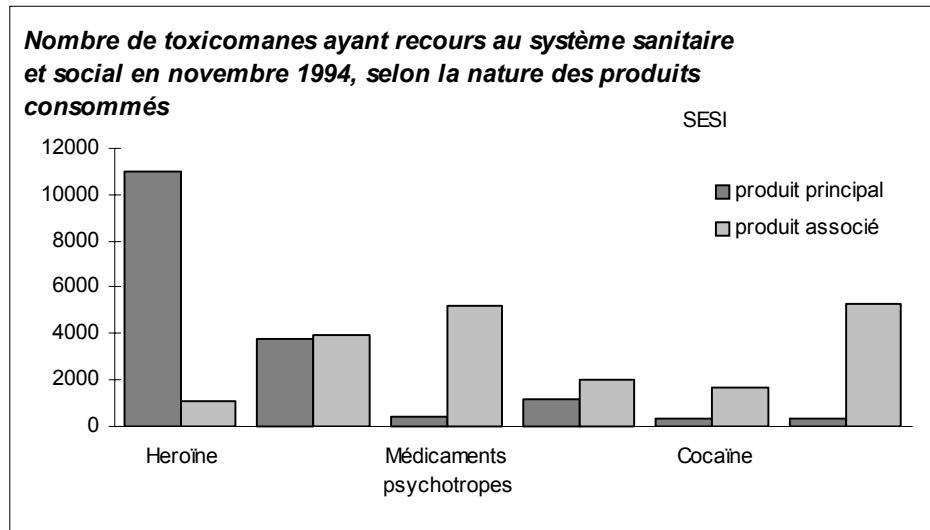
Près de 63 % des toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994 ont utilisé ou utilisent la voie intraveineuse. Cette proportion est de 85 % chez les seuls héroïnomanes. Les utilisateurs, anciens ou actuels, de la voie intraveineuse sont plus âgés que les autres. Mais, comme il a été remarqué précédemment, c'est pour les sujets les plus âgés que l'on constate les toxicomanies les plus lourdes.

Proportion de poly-toxicomanes parmi les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994, SESI

Proportion de poly-toxicomanes parmi les toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994

Produit principalement consommé	% de poly-toxicomanes
Héroïne	63
Dérivés de codéine	72
Morphine, opium et autres opiacés	57
Cannabis et dérivés	53
LSD et autres dysleptiques	74
Médicaments psychotropes	79
Cocaïne	76
Crack	68
Colles et solvants	64
TOTAL	62

Nombre de toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social en novembre 1994, selon la nature des produits consommés, SESI



Repères méthodologiques

Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les toxicomanes ayant recours en novembre au système sanitaire et social (centres spécialisés en toxicomanie, hôpitaux, centres sociaux non spécialisés), que la prise en charge ait débuté avant ou pendant le mois de novembre (n = 20 392).

Les toxicomanes pris en charge sont des consommateurs réguliers de produits illicites ou de produits licites détournés de leur usage normal. Tout sujet mentionnant un à trois produits associés est considéré comme polytoxicomane. Ceux qui n'ont mentionné aucun produit associé peuvent être des mono-toxicomanes ou bien des poly-toxicomanes qui n'ont pas répondu à la question. Ce mode de questionnement sous-estime probablement le nombre réel de poly-toxicomanes.

* En tant que substance principalement utilisée, l'alcool n'est recensé que dans les centres spécialisés ; en tant que substance associée, il est recensé dans l'ensemble des établissements.

Taux de non-réponses : 12,4 % sur l'utilisation de la voie intraveineuse.

Pour en savoir plus

- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, Documents Statistiques n° 258, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.

OFFRE DE STUPEFIANTS

LE BLANCHIMENT DE L'ARGENT LIÉ A LA DROGUE

L'année 1995 et le début de l'année 1996 ont été marqués, en France, par une intensification de la lutte contre le blanchiment et une évolution législative importante destinée à accroître son efficacité.

Le bilan de la lutte

Les données du TRACFIN (Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers Clandestins), créé en 1990 au sein du Ministère de l'Economie et du Budget pour lutter contre le blanchiment de l'argent d'origine criminelle au côté de l'Office Central pour la Répression de la Grande Délinquance Financière (OCRGDF) au Ministère de l'Intérieur, montrent la mobilisation croissante des différents acteurs impliqués dans cette lutte.

La participation des institutions financières s'est très sensiblement accrue avec, en 1995, 865 déclarations de soupçon, contre 683 en 1994 et 648 en 1993. Depuis sa création, TRACFIN a ainsi reçu au 1er octobre 1996 un total de 3 394 déclarations concernant plusieurs milliards de francs.

Les banques, à elles seules, sont à l'origine de 74 % de ces déclarations, le reste provenant des autres organismes soumis à cette procédure, autres établissements financiers privés et publics, entreprises d'assurances, mutuelles, sociétés de Bourse, changeurs manuels.

A partir de ces déclarations, 300 enquêtes sont en cours en 1995 au TRACFIN, alors qu'elles n'étaient que de 200 en 1994. Parmi elles, le nombre d'affaires transmises, depuis 1991, à la justice s'élève à 120 au 1er octobre 1996 . Elles se répartissent à parts égales entre affaires de blanchiment "stricto sensu" et affaires concernant les capitaux d'origine criminelle en général (au titre de l'article 40 du code de procédure pénale). Elles mettent en jeu plusieurs centaines de millions de francs. Pour les premiers mois de 1996, ce nombre s'élève à plus de 30, ce qui montre l'accélération de la mise en œuvre des procédures judiciaires. La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur représentait en 1995 un tiers des affaires totales, alors qu'elles étaient largement concentrées dans la région parisienne au cours des années antérieures. On ne dispose pas, actuellement, des données concernant les résultats de ces procédures.

L'évolution législative

Dans le cadre de l'harmonisation des législations internationales et européennes, la France a adopté, en 1996, une nouvelle loi relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime (loi n° 96-392 du 13 mai 1996). Elle vise à adapter la législation française à la convention du Conseil de l'Europe de 1990 relative au blanchiment, en levant notamment deux difficultés signalées au cours des années antérieures pour l'application de la loi : le champ d'application de la législation anti-blanchiment et la charge de la preuve concernant l'origine de l'argent.

D'une part, la loi crée un délit général de blanchiment des produits des crimes ou délits. Le délit spécifique concernant le trafic de stupéfiants est maintenu, mais il est désormais possible d'appliquer la loi anti-blanchiment pour des fonds dont on ne peut pas établir des liaisons directes avec les stupéfiants, ce qui est le plus souvent difficile, en particulier quand il s'agit de fonds venant de l'étranger et qui ont transité à travers divers circuits. Toute autre infraction peut donc être évoquée.

D'autre part, la loi incrimine la non-justification de ressources correspondant à son train de vie pour toute personne ayant des relations habituelles avec des traîquants ou usagers de stupéfiants.

Repères méthodologiques

TRACFIN, Ministère de l'Economie et des Finances et Ministère du Budget

Les informations de ce texte proviennent du communiqué du Ministère du Budget lors de la présentation du bilan 1995 de l'action de la douane.

Le cadre législatif : principaux textes récents

Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.

Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques.

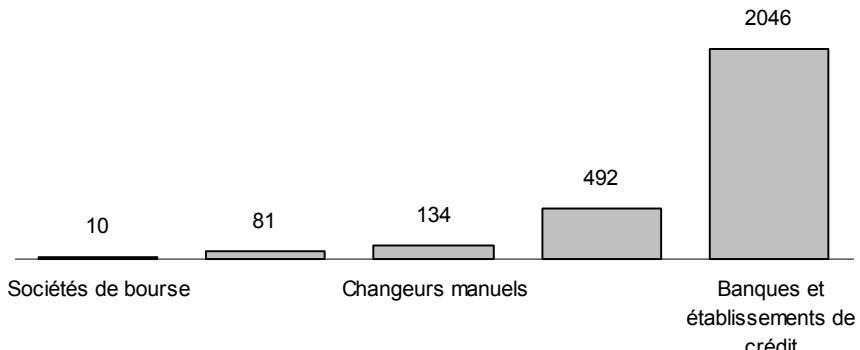
Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants.

Décret du 9 mai 1990 portant création d'une cellule de coordination chargée du traitement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN).

Répartition des déclarations de soupçon par type d'organisme financier, 1991-1995, TRACFIN

Nombre de déclarations de soupçon par type d'organisme financier, 1991-1995

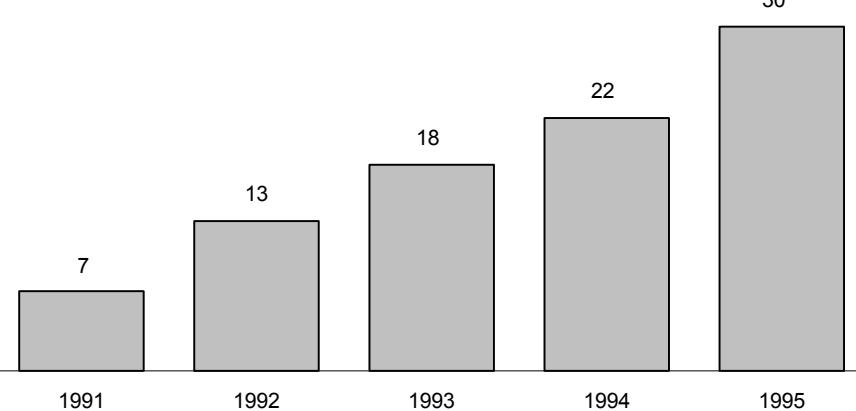
TRACFIN



Transmission des dossiers en justice, 1991-1995, TRACFIN

Nombre de dossiers transmis en justice, 1991-1995

TRACFIN



Pour en savoir plus

- Blanchiment de l'argent lié à la drogue, in Drogues et Toxicomanies : Indicateurs et tendances - édition 1995, DGLDT-OFDT, Paris, 1995.
- Tracfin : un premier bilan, P. Fond, Les cahiers de la sécurité intérieure, n° 19, 1er trimestre 1995.
- Tracfin et la lutte contre le blanchiment d'argent, D. Gaillardot, Le nouveau pouvoir judiciaire, n° 334, février 1995.
- La lutte contre le blanchiment de capitaux, Groupe d'action financière, la Documentation Française, Paris, 1990.
- L'économie du blanchiment, P. Kopp (éd.), Association d'économie financière, Paris, 1995.

SAISIES DE STUPEFIANTS

Les saisies de produits stupéfiants, comme les interpellations, dépendent autant du trafic que de l'activité des services de Police, Gendarmerie et Douanes. Certaines grosses saisies peuvent entraîner des fluctuations de chiffres importantes d'une année sur l'autre, ce qui rend particulièrement délicate l'analyse dans le temps des quantités saisies. Par rapport à 1994, année record pour la quantité de drogue saisie sur le territoire français, 1995 a vu ses prises baisser en volume bien que leur nombre se soit accru.

Les trafiquants les plus fréquemment interpellés sont des trafiquants d'héroïne, mais la drogue la plus saisie en France, aussi bien au niveau des quantités que du nombre de prises effectuées, reste le cannabis. Dans 93 % des cas, il est saisi sous forme de résine. Plus les quantités saisies de cannabis (résine et herbe) sont importantes moins le nombre de prises est élevé. Ainsi, dans 71 % des cas les quantités saisies sont inférieures à 10 grammes ; alors que les prises de plus de 50 kilogrammes représentent 81 % des quantités saisies, mais moins de 1 % du nombre de prises.

La résine de cannabis provient principalement d'Espagne et du Maroc (respectivement 47 % et 37 %). Cependant, tous pays d'acquisition confondus, la quantité de résine de cannabis saisie dont l'origine de production est le Maroc représente 67 % de l'ensemble de la résine saisie en France en 1995, l'Espagne étant plutôt un pays de redistribution. Le marché français est le principal destinataire avec 39 % de la résine saisie en France. Viennent ensuite les Pays-Bas qui représentent 19 % des destinations connues.

Le nombre de saisies d'héroïne inférieures à 5 grammes reste majoritaire en 1995 avec 69 % des saisies d'héroïne effectuées en France. Cela ne concerne cependant qu'une proportion infime, 1 %, de la quantité totale d'héroïne saisie. La véritable part du trafic, qu'il soit local ou

international, se situe au-delà de 100 grammes : les saisies de plus de 100 grammes représentent 7 % du nombre de prises et 92 % des quantités saisies. Au delà de 5 kilogrammes, ces deux parts sont respectivement de 0,3 % et 43 %.

Comme les années précédentes, l'héroïne saisie en France provient essentiellement (58 % du total et 78 % des provenances connues) des Pays-Bas qui constituent un pays de redistribution important. Sa destination première (68 % du total et 72 % des destinations connues) est le marché local français. Toutefois, pour les prises de plus de 5 kilogrammes, les destinations étrangères sont plus représentées et la France apparaît plus fréquemment comme un pays de transit.

La cocaïne, à l'instar de l'héroïne, enregistre une majorité de saisies inférieures à 5 grammes. Celles-ci représentent 62 % du nombre de saisies de cocaïne effectuées en France en 1995. Cependant, les prises de cocaïne supérieures à 100 grammes, et notamment celles qui dépassent 5 kilogrammes, restent en 1995 plus fréquentes que celles d'héroïne. Ainsi, les prises de plus de 5 kilogrammes de cocaïne concernent 3 % des cas et 78 % des quantités saisies.

La cocaïne dont la provenance est connue vient principalement d'Amérique du Sud : le Brésil et la Colombie constituent en effet à eux seuls 72 % des pays d'acquisition de la cocaïne saisie en France en 1995. La France, pays de transit pour la cocaïne saisie sur son territoire, représente seulement 12 % des destinations connues. L'Espagne tient une place prépondérante en 1995 : elle est destinataire de 48 % de la cocaïne saisie en France. Les Pays-Bas viennent ensuite avec 14 %.

En ce qui concerne les saisies d'ecstasy, de LSD et d'amphétamines, les principaux pays de provenance et de destination identifiés sont respectivement les Pays-Bas et l'Espagne.

Pour en savoir plus

- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- L'action de la Douane : bilan 1995 et perspectives, Ministère de l'Economie et des Finances, 1996.

Saisies de produits stupéfiants, 1992-1995

Produits	1992		1993		1994		1995		OCRTIS
	Quantités saisies	Nb de saisies							
Cannabis (kg)	42 075	17 690	45 783	16 200	58 029	17 707	42 270	22 543	
Héroïne (kg)	328	4 559	386	5 092	661	5 163	498	5216	
Cocaïne (kg)	1 625	1 069	1 715	1 168	4 743	1 281	864	1107	
Crack (kg)	2	105	5	219	10	227	9	325	
L.S.D. (doses)	128 359	119	430 617	121	74 004	160	70 217	158	
Ectasy-MDMA (doses)	13 911	73	133 521	186	254 804	358	273 779	587	
Amphétamines (kg)	13	73	43	86	80	98	103	104	

Repères méthodologiques

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

Les procédures judiciaires ne permettent pas toujours de révéler le pays d'acquisition des produits saisis. De plus, lorsque le pays d'acquisition est connu, il ne correspond pas toujours au pays de production. En effet, nombreux sont les pays d'acquisition (et de destination) de la drogue saisie en France qui sont en réalité des pays (re)distributeurs ou de transit.

Taux de provenance non identifiée : 21 % pour la résine de cannabis, 25 % pour l'héroïne, 8 % pour la cocaïne, 9 % pour l'ecstasy, 4 % pour le LSD.

Taux de destination non identifiée : 4 % pour la résine de cannabis, 5 % pour l'héroïne, 24 % pour la cocaïne, 8 % pour l'ecstasy, 3 % pour le LSD.

INTERPELLATIONS, CONDAMNATIONS ET INCARCERATIONS POUR OFFRE ET TRAFIC DE STUPEFIANTS

En 1995, 7 107 personnes ont été interpellées pour trafic local ou international de stupéfiants par les services de Police, de Gendarmerie et de Douanes. Leur nombre est légèrement inférieur à

celui constaté en 1994. La tendance à la hausse constatée au cours des vingt dernières années ne saurait cependant, faute de confirmation dans les années ultérieures, être remise en cause. Par rapport à l'usage, le trafic de stupéfiants reste minoritaire et représente, en 1995, 10 % du total des interpellations.

Jusqu'en 1983, le cannabis était le produit le plus fréquemment cité dans les interpellations pour trafic de stupéfiants puis les trafiquants d'héroïne sont devenus majoritaires. Depuis 1983, les interpellations pour trafic de cannabis et de cocaïne ont été multipliées par 3 et celles d'héroïne par 2. En 1995, le cannabis représente 42 % des interpellations pour trafic de stupéfiants, l'héroïne 47 % et la cocaïne 6 %. Le trafic d'ecstasy s'est très fortement accru depuis son apparition en 1990 : les interpellations sont passées de 13 en 1990 à 276 en 1995, soit 21 fois plus. L'ecstasy concerne 4 % des trafiquants interpellés en 1995. Quant au LSD, aux amphétamines et aux médicaments psychotropes, ce sont des produits qui, pour chacun d'entre eux, donnent lieu, dans moins de 1 % des cas, à une interpellation pour trafic.

La fréquence des trafiquants locaux et des revendeurs continue à s'accroître au détriment des trafiquants internationaux pourtant majoritaires en 1972 : elle est de 83 % en 1995. Le nombre de trafiquants internationaux de cannabis interpellés est plus important que celui des trafiquants internationaux d'héroïne. Il représente 45 % du total des trafiquants internationaux de stupéfiants. On distingue, par ordre d'importance, plusieurs groupes de trafiquants internationaux de cannabis : les réseaux français, britanniques, marocains, italiens, espagnols et néerlandais.

Comme pour l'usage, il est difficile, au niveau de l'offre de stupéfiants, de mettre en relation les interpellations, les condamnations et les incarcérations du fait de classifications des infractions à la législation sur les stupéfiants différentes. Par ailleurs, une interpellation n'induit pas toujours une condamnation qui elle-même ne mène pas forcément à l'incarcération. De plus, quand cet

enchaînement existe, le temps écoulé entre chaque étape varie selon les qualifications et les affaires.

En 1993, 2,4 % des infractions sanctionnées dans les condamnations, soit 17 379, relèvent de l'offre, du transport ou du trafic de stupéfiants. Dans plus de 90 % des cas les individus mis en cause sont également poursuivis pour d'autres infractions. Ces trois types d'infraction représentent en 1993 34 % des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). La détention/acquisition de stupéfiants, qui dans la majorité des cas ne semble pas ressortir du simple usage, est difficile à mettre directement en relation avec l'offre ou le trafic de stupéfiants. Elle constitue la qualification la plus fréquente au sein des ILS : sa part est de 61 %. C'est également l'infraction la plus fréquemment associée à d'autres délits (dans 95 % des cas).

Les incarcérations pour ILS (en infraction principale) restent en 1995 dominées par les trafiquants de stupéfiants. La qualification de cession et offre, qui vient ensuite, représente à peine 8 % des ILS donnant lieu à une incarcération.

Repères méthodologiques

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

On repère les interpellations dans l'année pour trafic de stupéfiants. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année.

La forte hausse du nombre d'interpellations pour trafic entre 1982 et 1983 est en partie due à un meilleur enregistrement.

Casier Judiciaire National, SED

On repère les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées dans les condamnations. Du fait d'associations fréquentes entre les différentes qualifications d'infractions dans une même condamnation, le nombre d'infractions mentionné est supérieur au nombre de condamnations qui les sanctionne.

Fichier national des détenus, SCERI

Seules les incarcérations, pendant l'année, pour trafic ou offre de stupéfiants en infraction unique ou principale (placée en premier lieu sur le mandat de dépôt) sont comptées. Il s'agit d'un flux d'entrées en prison. Ce mode d'enregistrement ne permet donc pas de repérer toutes les incarcérations pour trafic ou offre de stupéfiants. De plus, l'infraction placée en premier lieu sur le mandat de dépôt peut aussi bien être l'infraction considérée comme la plus grave que celle qui a été constatée en premier lieu.

Les qualifications relatives aux incarcérations ne peuvent, faute de concordance entre les définitions, être mises en relation avec celles relatives aux condamnations.

25 524 condamnations en 1993

CJN

**sanctionnant 51 234 infractions à la législation
sur les stupéfiants, dont**

- 3 633 pour trafic
- 5 939 pour transport
- 21 031 pour détention/acquisition
- 7 807 pour cession et offre
- 12 461 pour usage
- 350 pour aide à l'usage
- 13 pour autres ILS

Incarcérations pour infraction

à la législation sur les stupéfiants, 1995

FND

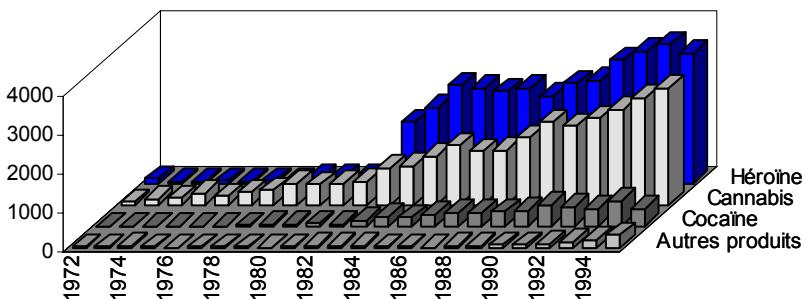
12 277 incarcérations dont

- 7 801 pour trafic
- 1 026 pour cession et offre
- 864 pour usage
- 2 586 pour autres ILS

Interpellations pour trafic de stupéfiants, selon le produit, 1972-1995, OCRTIS

**Interpellations pour trafic de stupéfiants, selon le produit,
1972-1995**

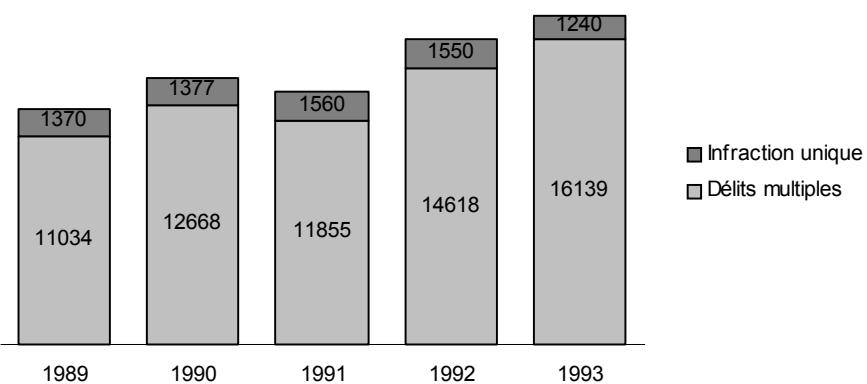
OCRTIS



Infractions relatives à l'offre, au transport ou au trafic de stupéfiants sanctionnées dans les condamnations, 1989-1993, CJN

**Infractions relatives à l'offre, au transport ou au trafic de stupéfiants
sanctionnées dans les condamnations, 1989-1993**

CJN



Pour en savoir plus

- Statistique annuelle : Les condamnations 1993, Sous direction de la statistique, des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1996.
- Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1995, OCRTIS, Ministère de l'Intérieur, 1996.
- Economie souterraine de la drogue, IREP, 1996.
- Les infractions à la législation sur les stupéfiants, O. TIMBART, Etudes et statistiques Justice 4, Sous direction de la statistique des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1995.

- L'usage de stupéfiants dans les condamnations, O. TIMBART, Infostat Justice n° 38, Sous direction de la statistique, des études et de la documentation, Ministère de la Justice, 1994.

COMPARAISONS EUROPEENNES

L'USAGE DE DROGUES EN EUROPE

Il est particulièrement difficile de procéder à des comparaisons d'indicateurs sur le phénomène drogues et toxicomanies en Europe. En effet, s'ajoutent aux différences législatives et institutionnelles selon le pays, des variations importantes dans les définitions et les méthodologies employées.

Quelques grandes tendances ont pu cependant être dégagées depuis environ 10 ans grâce à l'étude Multivilles initiée dans le cadre du groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) et au premier rapport, récemment paru, de l'OEDT qui s'attache à décrire les tendances nationales.

Enquêtes en population générale

La situation actuelle en matière d'usage de drogue peut être approchée par des enquêtes en population générale conduites de façon ponctuelle ou régulière dans différents pays. Ainsi les proportions de personnes (adultes) qui ont expérimenté une drogue illicite au cours de leur vie (ne serait-ce qu'une fois) sont de l'ordre de 5 à 8 % en Belgique, Finlande, Allemagne de l'Est et

Suède, de 11 à 16 % en France, Allemagne de l'Ouest, Espagne et Royaume-Uni, et de 30 % au Danemark. Chez les jeunes adultes, entre 18 et 35 ans, les taux sont plus élevés : environ 10 % en Belgique, Finlande et Suède, autour de 20 % et plus en France, Allemagne de l'Ouest et Royaume-Uni, et autour de 40 % au Danemark. Quelles que soient les tranches d'âge étudiées, l'expérimentation et l'usage de drogue sont en grande majorité relatives au cannabis.

L'usage au cours des 12 derniers mois est un meilleur indicateur de la situation actuelle : il reflète des taux allant d'un peu plus de 1 % en Finlande, à 4 à 5 % au Danemark, en France et au Royaume-Uni. Les taux sont également plus élevés, si l'on considère les classes d'âges les plus jeunes, et varient de 5 % à 15 % ou plus, selon les pays, pour les 18/20-24 ans.

Dans les pays européens, les enquêtes sur l'usage de drogues chez les adolescents scolarisés sont plus fréquentes que chez les adultes. Le cannabis est, comme en population générale adulte, la drogue la plus consommée. Les proportions de jeunes de 15 à 16 ans, qui déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie, varient de 5 % en Finlande, Grèce, Portugal et Suède, à 15-20 % en Belgique, Danemark, France et Pays-Bas, et à plus de 30 % au Royaume-Uni. A 18 ans, les taux sont plus élevés et se situent entre 10 et 35 %.

Cannabis

Bien que le cannabis soit déjà consommé au XIX^e siècle en Europe dans des cercles intellectuels, c'est dans les années 1960 que son usage parmi les étudiants et les autres jeunes gens s'est développé dans le contexte des grands changements culturels et sociaux de l'époque.

Le cannabis reste la drogue illicite la plus fréquemment consommée dans les pays de l'Union Européenne. Le type d'usage le plus rencontré est l'usage occasionnel ou intermittent. Par exemple, au Danemark la consommation au cours de la vie concerne 40 % de la population alors que seulement 5 à 7 % déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois et 2 % le dernier mois. Ces différences entre usage au cours de la vie et usage plus récent ont pu être observées dans tous les pays où les données étaient disponibles.

Cocaïne et crack

Dans la plupart des pays on ne dispose pas de données fiables sur l'usage de cocaïne et de crack. Dans les enquêtes en population générale, la proportion d'adultes qui ont expérimenté la cocaïne est de 1 % ou moins en Finlande, Belgique, France, Allemagne, de 2 % au Danemark et Royaume-Uni, et de 4 % en Espagne. Chez les jeunes adultes, les taux sont généralement deux fois plus élevés. Les enquêtes en milieu scolaire donnent des taux pour les 15-16 ans d'environ 1 % dans la majorité des pays, et de plus de 2 % aux Pays-Bas et en Espagne. Les données disponibles suggèrent que la plupart des pays enregistrent une légère augmentation de l'usage de cocaïne.

Le crack est apparu tout d'abord en France et au Royaume-Uni, dans certaines villes seulement. Son usage a été également constaté en Allemagne et en Espagne. Le profil des consommateurs de crack semble recouvrir en partie celui des héroïnomanes, mais il apparaît que d'autres groupes marginalisés soient également impliqués.

Héroïne

Les proportions de consommateurs d'héroïne observées dans les enquêtes en population générale sont également basses comparées au cannabis et aux autres drogues. Cependant l'héroïne est la drogue principale la plus citée dans les statistiques de traitement, celles sur les complications physiques des toxicomanes, les décès liés à la drogue et les délits liés à la drogue. Quelques pays sont en mesure de fournir des tentatives d'estimation du nombre d'héroïnomanes. L'extrapolation (OEDT) à l'ensemble de l'Union Européenne de ces estimations du nombre d'héroïnomanes donnerait une fourchette de 500 000 à 1 million.

Les tendances récentes varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, il semblerait que le nombre de nouveaux toxicomanes diminue et que le nombre d'héroïnomanes se soit stabilisé ou ait légèrement chuté, et ceci à la suite de leur augmentation dans la plupart des pays dans les années 1980. Dans d'autres pays, leur nombre, après une relative stabilité à la fin des années 1980, aurait régulièrement progressé depuis.

L'âge moyen des héroïnomanes connus, à l'instar de la France, augmente dans la plupart des pays. Par ailleurs, certains pays comme la Belgique, le Danemark, l'Irlande et la Suède rapportent un accroissement de l'usage d'héroïne fumée notamment pour les nouveaux groupes de jeunes gens.

Il semble qu'il y ait, enfin, dans de nombreux pays, une tendance à la stabilisation ou au déclin des toxicomanes à l'héroïne dans les grandes agglomérations, et une augmentation dans les villes plus petites, de taille moyenne, et dans les zones rurales.

Amphétamines, ecstasy et LSD

Depuis de nombreuses années, les amphétamines sont consommées de façon non négligeable dans les pays nordiques et au Royaume-Uni. Les consommations de LSD ont perdu de leur popularité après les années 1970 et sont restées relativement rares jusqu'en 1990.

Ces tendances ont récemment changé. Il semblerait que dans de nombreux pays les amphétamines et leurs dérivés (ecstasy incluse) soient devenus plus populaires parmi les jeunes gens, plus particulièrement dans le cadre des soirées en discothèque ou dans de grandes "house party". On note que cet accroissement de consommation d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD concerne aussi bien les adolescents que les jeunes adultes.

Autres drogues

Après le cannabis, l'usage des colles et des solvants apparaît souvent, dans les enquêtes en population générale, comme plus important que toute autre drogue. Bien qu'il soit généralement perçu comme un phénomène qui touche plutôt les adolescents de 13 à 14 ans, il est quelquefois constaté dans des tranches d'âges plus élevées.

Les consommations de médicaments détournés de leur usage normal (ex : Rohypnol®, Normison®, ...) sont devenues plus apparentes, bien qu'il n'y ait pas d'information systématique à un niveau national sur ce sujet. Plusieurs pays observent un accroissement des polytoxicomanies, qu'elles soient combinaisons de médicaments et de drogues ou encore de mélanges avec de l'alcool.

L'abus de substances comme les colles et les solvants, les médicaments détournés de leur usage, ou encore l'alcool semble, selon quelques pays, être identique en milieu rural et urbain (grandes agglomérations et petites villes). Ceci contraste avec l'usage de drogues illicites qui est plus répandu dans les grandes zones urbaines.

Repères méthodologiques

Les grandes tendances dont il est fait mention dans le texte, sont tirées du chapitre "Epidémiologie" du rapport sur l'état du phénomène drogues de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies paru en octobre 1996. Les analyses ont pris en compte les données nationales concernant les différents domaines (arrestations, incarcérations, traitements, enquêtes en population générale,...) qui ont été fournies à l'OEDT par son réseau de points focaux nationaux REITOX. D'autres sources d'information ont été mobilisées : Etude Multivilles du Groupe Pompidou, Centre collaborateur OMS-CE sur le SIDA, ...

Pour en savoir plus

- Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, eMcdda, European Communities, 1996.
- Tendances récentes observées en ce qui concerne l'usage de drogues, R. HARTNOLL, Conseil de l'Europe, 1995.
- Etudes Multivilles : tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, R. HARTNOLL, Conseil de l'Europe, 1994.

LES PROBLEMES LIES A L'USAGE DE DROGUES ET LES CONSEQUENCES EN EUROPE

Dans la plupart des pays, les informations disponibles sur les problèmes et les conséquences relatifs à l'usage de drogue sont basées sur des indicateurs provenant de systèmes d'information créés à des fins de gestion (statistiques sanitaires, policières). Ces indicateurs sont donc particulièrement dépendants des politiques mises en œuvre, des priorités qui ont été définies et de la disponibilité des services concernés.

Décès liés à la drogue

La définition des décès liés à la drogue inclut, dans tous les pays, les décès directement liés à l'usage de drogue comme les surdoses ou les intoxications aiguës. Cependant, quelques pays incluent également les décès qui sont indirectement liés à l'usage de drogue (suicides, accidents, SIDA,... chez les usagers de drogue).

Les procédures de collecte des données varient également selon les pays, sinon à l'intérieur même d'un pays. Pour ces raisons, il est difficile de comparer les nombres de décès liés à la drogue constatés dans chaque état de l'Union Européenne. On observe toutefois que dans de nombreux pays, il y a eu une augmentation importante du nombre de décès liés à la drogue dans la seconde moitié des années 1980 et au début des années 1990. Dans la plupart des cas leur nombre s'est stabilisé ou a commencé à décliner depuis 3 ou 4 ans. Mais, dans certains pays, on constate une nouvelle augmentation en 1994.

Taux de séropositifs au VIH et cas de SIDA chez les usagers de drogue par voie intraveineuse

Les proportions de toxicomanes séropositifs au VIH varient considérablement selon les pays, et même selon les différentes zones géographiques à l'intérieur d'un pays. On note de telles différences dans les méthodologies employées et les populations couvertes qu'il est difficile de

procéder à des comparaisons. Il apparaît cependant que la fréquence des séropositifs au VIH parmi les toxicomanes est relativement basse dans des pays comme la Belgique, le Luxembourg, la Grèce et une grande partie du Royaume-Uni, et qu'elle est plus haute en France, en Italie et en Espagne.

Il semblerait, d'après les informations partielles de plusieurs pays, que la fréquence des nouvelles contaminations par le VIH soit actuellement en baisse.

Le nombre de cas de SIDA déclarés par million d'habitants diffère, selon les pays, de façon similaire aux années antérieures : les pays du Sud de l'Europe sont les pays où les taux d'incidence du SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse sont les plus importants.

Problèmes légaux

Dans la plupart des pays le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants a augmenté au cours des années 1980. Dans quelques uns, il s'est stabilisé au début des années 1990, mais dans la majorité d'entre eux, il a continué à s'accroître. Le type de drogue impliqué diffère considérablement selon les pays. Dans des pays comme l'Autriche, l'Irlande et le Royaume-Uni, les infractions relèvent en majorité du cannabis. Au Portugal et en Espagne, le produit le plus fréquemment mis en cause est l'héroïne. Dans tous les pays, on retrouve peu d'infractions relatives à la cocaïne.

Près de la moitié des pays disposent d'informations sur la proportion d'usagers de drogues en prison mais les définitions et les méthodes de collecte ne sont pas toujours comparables.

Cependant, malgré cela, il semble que les usagers de drogues constituent une proportion non négligeable de la population incarcérée dans probablement un grand nombre de pays. Au Danemark, en Italie et en Espagne, près de 30 % des personnes entrant en prison, en Suède 40 %, sont décrites comme des usagers de drogues. En Finlande, cette proportion est de 12 %.

Cas de SIDA liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse dans l'Union Européenne

Pays	Cas déclarés en 1995	Taux d'incidence par million d'habitants	CESES
Allemagne	277	3	
Autriche	39	5	
Belgique	16	2	
Danemark	29	6	
Espagne	4513	114	
Finlande	1	0,2	
France	1301	22	
Grèce	5	0,5	
Irlande	17	5	
Italie	3399	59	
Luxembourg	0	0,0	
Pays-Bas	72	5	
Portugal	401	41	
Royaume-Uni	138	2	
Suède	25	3	
Union Européenne	10233	27	

Repères méthodologiques

Les grandes tendances dont il est fait mention dans le texte, sont tirées du chapitre “Epidémiologie” du rapport sur l’état du phénomène drogues de l’Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies paru en octobre 1996. Les analyses ont pris en compte les données nationales concernant les différents domaines (arrestations, incarcérations, traitements, enquêtes en population générale,...) qui ont été fournies à l’OEDT par son réseau de points focaux nationaux REITOX. D’autres sources d’information ont été mobilisées : Etude Multivilles du Groupe Pompidou, Centre collaborateur OMS-CE sur le SIDA (CESES), ... Il s’agit des cas de SIDA déclarés auprès des autorités sanitaires et transmis au CESES. Les délais de déclaration (temps écoulé entre le diagnostic et la déclaration) varient considérablement selon les pays.

Pour en savoir plus

- Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, eMcdda, European Communities, 1996.
- Annual report on the state of the drugs problem in Europe 1995, EMCDDA, 1996.
- Surveillance du VIH/SIDA en Europe, Rapport trimestriel n° 49, CESES, Centre collaborateur OMS-CE sur le SIDA, 1996.
- Tendances récentes observées en ce qui concerne l'usage de drogues, R. HARTNOLL, Conseil de l'Europe, 1995.
- Etudes Multivilles : tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, R. HARTNOLL, Conseil de l'Europe, 1994.

TENDANCES

USAGES DE PRODUITS TOXIQUES

LA PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ADOLESCENTS

Sylvie

*LEDOUX

Marie

**CHOQUET

L'usage de médicaments psychotropes a été étudié dans le cadre d'enquêtes sur la santé des adolescents de 11-20 ans, scolarisés dans le secondaire.

Dans l'enquête nationale réalisée en 1993 (Choquet, Ledoux, INSERM, 1994), auprès de 12 391 adolescents, 17,0 % déclarent avoir pris des médicaments psychotropes au cours des 12 mois précédent l'enquête. Cet usage est plus prévalent parmi les filles (22,2 %) que parmi les garçons (11,7 %). Cette différence est peu marquée parmi les 11-13 ans (14,2 % des filles contre 11,6 % des garçons), mais le fort accroissement de l'usage féminin au cours de l'adolescence contribue à accentuer sensiblement cet écart (parmi les 18-20 ans, respectivement 33,5 % contre 13,5 %).

Les adolescents ont surtout recours à des anxiolytiques (19,5 % des filles contre 9,9 % des garçons ont pris des médicaments contre la nervosité, l'angoisse) alors que l'usage d'hypnotiques est moins répandu (8,7 % des filles contre 4,8 % des garçons ont pris des médicaments pour mieux dormir).

Ce recours aux médicaments contre la nervosité, l'angoisse, les troubles du sommeil se fait essentiellement sur prescription médicale, néanmoins 6,1 % des filles et 2,5 % des garçons déclarent en avoir pris sur leur propre initiative. En fait, les deux modes d'obtention ne sont pas exclusifs puisque 70 % de ceux qui ont utilisé ces médicaments en dehors d'un contrôle médical, en ont pris aussi sur prescription.

Excepté les deux variables sexe et âge, aucune autre caractéristique socio-démographique ne joue sur l'usage de ces médicaments (nationalité, lieu de vie, scolarité...).

L'usage de médicaments psychotropes, qu'ils soient prescrits ou non, est associé à la présence de difficultés psychologiques, pour les garçons comme pour les filles. Ainsi, 40,7 % des adolescents qui présentent une symptomatologie anxio-dépressive (score de 15-18 sur l'échelle de Kandel et

al, 1982) rapportent l'utilisation de médicaments psychotropes contre 13,4 % de ceux sans signes dépressifs. Les problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes), les troubles psycho-fonctionnels (plaintes somatiques, malaises...) sont aussi des motifs de recours à ces médicaments. De plus, la probabilité d'un usage de médicaments psychotropes est augmentée parmi ceux qui consultent régulièrement un généraliste ou un psychiatre, et ce même en tenant compte de la présence de troubles psychologiques.

Des questions relatives à l'adéquation entre troubles et prise de médicaments psychotropes, ainsi que sur les risques associés à un usage précoce et/ou prolongé, sont souvent posées. On a montré que :

- la symptomatologie dépressive est le facteur le plus important pour expliquer l'usage de médicaments psychotropes qu'ils soient prescrits ou non,
- la surconsommation féminine est observée quels que soient l'âge, le niveau socio-économique, le type de médicaments et leur origine (prescrit / non prescrit), mais qu'elle tend à disparaître si on tient compte de la plus grande fréquence des troubles psychologiques parmi les femmes, et de leur plus forte propension à consulter,
- la probabilité d'une consommation d'autres substances psychoactives est augmentée chez les adolescents qui font usage de médicaments psychotropes et ce d'autant plus que cet usage se fait hors prescription médicale,
- l'administration de médicaments psychotropes durant la petite enfance (entre 0 et 6 ans) augmente les risques d'un usage de psychotropes à l'adolescence et ce même en tenant compte de la symptomatologie anxi-dépressive actuelle.

* Chargée de Recherche à l'INSERM U 169

** Directeur de Recherche de l'INSERM U 169

16, avenue Paul VAILLANT COUTURIER

94807 VILLEJUIF Cedex

Repères méthodologiques

Des échantillons représentatifs d'une région (enquête Sud Haute-Marne) ou au niveau académique et national (enquête nationale) ont été constitués par tirage au sort d'établissements scolaires (collèges, lycées d'enseignement général et technique, lycées professionnels), et des classes de différents niveaux (6ème - 3ème, 2ème - Terminale, CAP, BEP, Bac Pro). Tous les élèves de ces classes répondent à un autoquestionnaire anonyme comportant environ 250 questions sur leur mode de vie, leur santé. Quatre questions étaient relatives à la prise de médicaments psychotropes : la fréquence de l'usage, au cours des douze derniers mois, de médicaments contre l'insomnie / contre la nervosité ou l'angoisse et ce, sur / en dehors d'une prescription médicale.

Pour en savoir plus

- Adolescents : Enquête nationale, Analyses et prospective, M. CHOQUET, S. LEDOUX, Les éditions INSERM, La documentation française, 1994.
- Les drogues licites et illicites parmi les 11-20 ans en France, M. CHOQUET, S. LEDOUX, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, MILDT, 1989.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DES DIVERSES DROGUES ILLICITES PARMI LES JEUNES

Marie *CHOQUET

Jean-Dominique **FAVRE

Sylvie ***LEDOUX

Gilles ****AZOULAY

Pour comprendre le processus de consommation, qui va de l'expérimentation à l'abus, voire de l'usage de produits licites (alcool, tabac) à la consommation de produits illicites (cannabis, produits à inhaller, cocaïne, héroïne...), des enquêtes en population générale sont indispensables. Elles permettent d'étudier l'ampleur des phénomènes, indispensables pour établir les priorités des actions de santé publique ainsi que les facteurs associés, nécessaires aux choix des publics cibles et des méthodes d'intervention. Les principaux résultats apportent des éléments de réponse aux questions suivantes que se posent les acteurs de santé et de prévention.

Vers une augmentation de la consommation de produits ? Comme les tendances diffèrent selon les produits (baisse de la consommation régulière d'alcool, augmentation de la recherche d'ivresse, de l'usage de cannabis et du tabagisme féminin, stabilisation de l'usage des drogues "dures"), on ne peut conclure à une augmentation de la consommation, mais à une modification des modèles de consommation. Actuellement, les actions de prévention devraient porter prioritairement sur le tabagisme féminin ainsi que l'usage de cannabis et la recherche répétée d'ivresse des garçons. Surtout que des analyses récentes montrent que l'alcoolisation "en solitaire" des garçons est associée à la tentative de suicide...

Existe-t-il un profil type des "jeunes en risque" face aux consommations ? La réponse n'est pas univoque. Les consommateurs d'alcool sont, plus souvent que les non-consommateurs d'alcool, de sexe masculin, français d'origine, habitant en zone rurale ; les fumeurs plus souvent des élèves

de lycées professionnels, ayant redoublé au moins une fois ; les consommateurs de cannabis plus souvent de parents cadres ou/et divorcés. Mais la consommation (quel que soit le produit) n'est pas liée à l'activité professionnelle du père. D'ailleurs, les facteurs socio-démographiques ont un poids relativement faible au regard des variables relationnelles et personnelles et les consommateurs se caractérisent surtout par une vie sociale informelle intense, alors que les activités formelles (culturelles ou sportives) sont peu corrélées. S'y ajoute, pour les fumeurs, et surtout pour les fumeuses, un sentiment de solitude et de dépressivité. Ainsi, les actions de prévention ne devraient pas se focaliser prioritairement sur des populations socialement fragiles, mais inclure aussi bien les ruraux et les fils de cadres. Par ailleurs, la composante dépressive du tabagisme devrait modifier l'approche de la prévention dans la matière.

L'exclusion scolaire, un facteur de risque ? A âge égal, les jeunes en insertion (CFI/ PAQUE) fument plus que les scolaires, mais sont moins consommateurs de drogue (rappelons qu'en milieu scolaire les consommateurs sont plutôt fils (filles) de cadres). Par contre, leur niveau de consommation d'alcool est semblable. Quel que soit le produit, ils ont commencé à consommer régulièrement plus tôt que les scolaires, bien avant leur exclusion du système scolaire. Ainsi, ils étaient déjà "à risque" durant leur scolarité...

La consommation est-elle une expression de malaise ? La consommation (en particulier celle de tabac ou de drogue) est liée à d'autres conduites, comme l'absentéisme et les actes délictueux, et ceci quels que soient l'âge et le sexe des élèves. Par ailleurs, on note, en particulier parmi les filles, le lien entre tabagisme et dépressivité....A propos de l'alcool, ce n'est pas tant le niveau mais le mode de consommation qui est en jeu. Ainsi, les jeunes qui boivent dans un esprit de fête ont un risque faible de troubles (en particulier la tentative de suicide), alors que l'usage solitaire, "pour oublier", augmente le risque de 4. Une voie de recherche vers l'étude des modèles de consommation et leurs significations mérite d'être ouverte...

Existe-t-il un processus d'escalade ? La prise d'un produit augmente le risque d'en prendre un autre. Toutefois, cette association des produits ne signifie pas que la consommation d'un produit induit (ou est la cause de) la consommation d'un autre produit. Au vu des associations multiples entre difficultés personnelles et usage des produits, on fait même l'hypothèse que les consommations sont liées aux mêmes facteurs. Notons, par ailleurs, que 30 % des consommateurs réguliers d'alcool et de tabac n'ont jamais expérimenté une drogue illicite et qu'une majorité (95 %) des fumeurs de cannabis ne prennent pas de drogues "dures".

* Directeur de Recherche de l'INSERM U 169

*** Chargée de Recherche à l'INSERM U 169

16, avenue Paul VAILLANT COUTURIER

94807 VILLEJUIF Cedex

** Professeur de Psychiatrie à l'Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce

74, boulevard Port Royal

75005 PARIS

**** Psychiatre, praticien hospitalier

Repères méthodologiques

On se propose de prendre en compte plusieurs enquêtes auprès de populations juvéniles, en particulier auprès des jeunes scolarisés du second degré (enquêtes départementales en 1978 et 1988, enquête nationale en 1993), des 16-25 ans concernés par le dispositif de réinsertion CFI-PAQUE (1993), des garçons à l'âge du service national dans les centres de sélection (1993).

Pour en savoir plus

- Adolescents : Enquête nationale, Analyses et prospective, M. CHOQUET, S. LEDOUX, Les éditions INSERM, La documentation française, 1994.

USAGES ET TRAFIC D'ECSTASY

Michel

*KOKOREFF

L'ecstasy fait partie de ces substances psychoactives¹ dont l'apparition suscite régulièrement toute une gamme de craintes et de fantasmes.

Certains auteurs (Stevens, 1988 ; Mignon, 1989 ; Readhead, 1990, etc.) en ont retracé l'émergence, en Angleterre, au tout début quatre-vingt, puis la diffusion alors que la consommation d'ecstasy devient un phénomène de masse dans les clubs et boîtes de nuit, prisée par différentes catégories sociales de jeunes, au travers de l'association avec le mouvement musical appelé la house music. Enfin, son arrivée sur le continent s'est accompagnée de formes spécifiques de tourisme pratiquées par les jeunes Anglais, notamment en Espagne et à Ibiza. Les années quatre vingt-dix marquent un tournant : la mort de deux jeunes de part et d'autre de la Manche, le démantèlement de réseaux et la fermeture de lieux branchés suscitent l'affolement, mais aussi, davantage chez nos voisins, tout un ensemble de débats publics. En France, tout comme pour le "crack", et alors que l'héroïne touche de façon croissante les milieux populaires, la presse annonce une "épidémie" d'ecstasy. En fait, elle reste très liée au milieu des noctambules. Avec la multiplication des campagnes de presse, un discours social s'est construit, peu à peu, associant "rave" - littéralement "divaguer", et aussi "faire la fête" - et "ecstasy".

Qu'en est-il des usages de l'ecstasy en France ? Faute d'enquêtes sociologiques ou ethnologiques solides, les données d'interpellation de l'OCRTIS, avec toute la prudence que leur utilisation implique, permettent d'apporter quelques éléments de réponse.

Caractéristiques sociologiques des usagers

L'usage d'ecstasy a connu une augmentation significative puisque on est passé de 32 interpellations en 1990 à 239 en 1993, pour atteindre 1 122 en 1995 - ce qui reste sans comparaison avec les interpellations pour usages de cannabis et d'héroïne. Si on considère les données policières établies de 1993 à 1995, un certain nombre de caractéristiques sociologiques de cette population sont remarquables.

Il s'agit tout d'abord d'une population "jeune". Une majorité des usagers (70 % en moyenne) a entre 18 et 25 ans. La proportion d'adolescents est - contrairement à l'usage de cannabis - négligeable (4 % en 1995). Si plus d'un usager sur quatre a plus de 25 ans, leur nombre est cependant en baisse depuis 1993.

Ensuite, c'est une population fortement masculine (84 % en moyenne), comme on le constate pour les autres drogues. Mais on peut noter que la proportion de femmes représente près du double de celle d'usagers de cannabis (7 %). Dans l'ensemble, on a affaire à une population de nationalité française (85 %).

Il est difficile par contre de définir l'appartenance sociale de ces usagers. Les catégories utilisées (activité professionnelle/sans activité professionnelle) témoignent d'une plus grande insertion professionnelle (41 % en 1995) des usagers d'ecstasy par rapport aux consommateurs de cannabis (39,5 %) ou d'héroïne (21,3 %). Si on peut constater une tendance à la baisse de personnes sans activité parmi les premiers (de 45 à 59 %), on sait aussi que sont classés dans cette catégorie les lycéens et étudiants - ce qui en limite la signification.

Flux de trafic et réseaux de lieux

Les interpellations pour trafic d'amphétamines, d'ecstasy, de LSD concernaient en 1995, 343 personnes, soit près de 5 % des trafiquants au total. L'évolution remarquable de cette catégorie depuis 1990 tient à la part des trafiquants d'ecstasy : ils sont passés de 31 à 276. On ne sait que peu de choses sur la sociologie de cette population, les données de l'OCRTIS étant surtout axée sur les saisies en doses et en nombre, les pays d'acquisition et de destination.

On sait qu'il s'agit d'un marché en pleine extension, en termes de quantité puisque le total des saisies est passé de 13 911 doses en 1992 à 273 779 en 1995, mais aussi de valeurs puisqu'une dose produite au prix de quelques francs peut être vendue de 150 à 300 francs. Ce marché se caractérise par des flux de trafics dont la source primordiale est les Pays-Bas (64 % des saisies) et la destination première, l'Espagne (39 %) devant la France (28 %).

A une échelle plus locale, si on prend l'exemple de la région lilloise, les saisies douanières sont passées de 7 757 doses en 1993 à 53 335, représentant une somme de 10 318 000 francs contre 5 641 000 francs pour l'ensemble des saisies de résine de cannabis. De fait, il est de notoriété publique qu'entre Tournai et Courtrai se sont multipliés les dancing diffusant ce produit, mais les personnes mises en cause pour trafic restent peu nombreuses (75 contre 1 012 pour le cannabis, en 1994).

La dispersion géographique

Un fait remarquable concerne la dispersion géographique des usagers interpellés. La consommation d'ecstasy tend, en effet, à se diffuser sur l'ensemble du territoire national. Alors qu'en 1992, 21 départements étaient recensés, 34 l'étaient en 1993, 60 en 1994, et 69 en 1995. Toutes catégories confondues, le Nord arrive loin devant les autres départements avec 183 interpellations, devant Paris (86) et les Alpes-Maritimes (67). Si l'ecstasy peut être considérée à première vue comme un phénomène urbain touchant les régions frontalières, elle n'exclut pas d'autres types de zones, plus éloignées des marchés étrangers comme la Marne, voire rurales, mais aussi certaines zones qui sont situées sur la façade ouest (Haute Garonne, Loire Atlantique).

Si ces données peuvent être mises à l'actif des services de police et des douanes particulièrement sensibilisés ces dernières années aux phénomènes de drogues dans les régions frontalières, elles ne s'y réduisent pas complètement. De plus, ce que l'on sait des modes de consommation de l'ecstasy, qui ne se limitent pas aux "rave", autorise à penser qu'il y a là un phénomène encore largement sous-estimé prenant des formes socialement différencieres. Une série d'entretiens et d'observations réalisés auprès de différents services de police et de magistrats (Duprez, Kokoreff, Verbeke, 1995) indique que ces usagers majoritairement des classes moyennes et de la bourgeoisie, plus souvent français d'origine que d'autres, et dont les activités illicites ne sont pas considérées comme un problème d'ordre public, sont aussi moins inquiétés et inquiétants. On est effectivement loin des drogues des banlieues.

* Maître de conférence à l'université Lille I

59 855 Villeneuve d'Ascq

1 Rappelons que l'ecstasy fait partie de produits dérivés de l'amphétamine, ce que l'on appelle actuellement "designer drugs", parce que leur production est fondée sur le remodelage d'une structure moléculaire connue. Le MDA et le MDMA, composés au début du siècle et commencés à être détournés comme substances psychoactives dans les années 60 aux Etats-Unis, ont été

classés comme stupéfiants en 1985. Ces composés sont également distribués aux usagers sous forme de comprimés.

Repères méthodologiques

Les données présentées sont issues du Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants de l'OCRTIS.

On repère les interpellations pour usage et/ou trafic illicites de stupéfiants dans l'année. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers et/ou trafiquants pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année, ce qui induit des double-comptes si l'on raisonne au niveau des individus.

Ce fichier enregistre les seules arrestations ayant fait l'objet d'un procès-verbal par les services de Police, Gendarmerie et Douanes. Il ne tient pas compte des affaires pour lesquelles il y a simple mention en main-courante.

Pour en savoir plus

- Des produits aux carrières - Contribution à une sociologie des stupéfiants, D. DUPREZ, M. KOKOREFF, A. VERBEKE, Rapport, LASTREE-CNRS, 1995.
- “Ecstasy : entreprise de plaisir et panique morale” in A. EHRENBERG et P. MIGNON (eds), Drogues, politique et société, Ed Descartes / Le Monde, 1992.
- The end of the century Party : Youth and Pop towards 2000, S. READHEAD, Manchester University Press, 1990.
- “Les nouvelles drogues psychédéliques ou le bonheur chimique”, P. MIGNON, in Esprit, juillet-août, 1989.
- Storming Heaven : LSD and the American Dream, J. STEVENS, Heinemann, Londres, 1988.

APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN FRANCE

Dr François-Rodolphe *INGOLD,

Mohamed **TOUSSIRT

L'objectif de cette étude était d'appliquer les méthodes ethnographiques à la consommation de cannabis, ceci afin d'explorer les différentes modalités de consommation de ce produit, les grandes caractéristiques sociales des usagers ainsi que les éventuels problèmes sociaux et sanitaires pouvant être associés aux différents types de consommation. La difficulté paradoxale de cette recherche a consisté en l'exploration d'un phénomène illicite et, en même temps, banalisé et caché. Du fait de la rareté des études menées sur cette consommation, nous avons opté pour une exploration aussi large que possible du phénomène et sans définition restrictive quant à la fréquence ou aux quantités consommées. D'un point de vue méthodologique, nous avons choisi une approche permettant le rassemblement et la confrontation d'un vaste matériel quantitatif (issu du questionnaire) et qualitatif (sous la forme d'observations de terrain et d'entretiens).

Méthode

L'essentiel des informations dont nous disposons sur cette consommation provient d'enquêtes administratives ou d'études qui ont été réalisées dans des contextes institutionnels particuliers (institutions de soins pour toxicomanes, milieu scolaire, données policières). Ces informations ne peuvent prétendre donner une image exhaustive de cette consommation ou de ces consommateurs. Il était donc intéressant de mener cette étude en milieu naturel, de façon à obtenir une image moins biaisée de ces consommateurs dont nous savons par ailleurs qu'ils sont relativement peu en contact avec les institutions médico-légales spécialisées.

La constitution de l'échantillon a été faite selon la méthode dite de "boule de neige", cette dernière permettant l'exploration de différents milieux et réseaux sociaux et rendant possible l'exploration de la très grande diversité des modes de consommation et des situations sociales des consommateurs. Cette méthode ne permet pas pour autant la constitution d'un échantillon dit représentatif mais donne au moins la garantie d'un échantillonnage très diversifié, où les

principaux cas de figure sont présents. En pratique, les enquêteurs ont été chargés, à partir d'un sujet connu, de progresser de proche en proche jusqu'à épuisement de la chaîne.

L'étude elle-même s'est réalisée au niveau de plusieurs sites géographiques distincts : Paris, la banlieue parisienne, Marseille et sa région, Rennes et sa région et deux sites ruraux, le Lot et la Drôme.

Principaux résultats

La population : il s'agit d'une population principalement masculine (71 % d'hommes) et qui se distingue assez nettement de celle des usagers de drogues tels qu'ils sont vus dans les hôpitaux ou les prisons. L'âge moyen des sujets est de 28 ans, mais la pyramide des âges est élargie, comprenant des hommes et des femmes âgés de plus de 50 ans. Les sujets, dans leur ensemble, apparaissent comme étant bien insérés. Le niveau d'études est élevé : 49 % d'entre-eux ont atteint un niveau d'études supérieur. Dans l'ensemble, les situations sociales des parents ne sont pas spécialement caractérisées par le chômage ou la désintégration familiale.

Les consommations : le plus souvent, il s'agit de sujets qui déclarent consommer du cannabis tous les jours et plusieurs fois par jour (56 %) ; dans les autres cas, la fréquence de consommation est plus basse, une ou plusieurs fois par semaine (30 %) ou par mois (14 %). Il s'agit donc, dans l'ensemble, de consommations régulières et relativement intensives, les différences entre hommes et femmes étant minimes. Le produit le plus consommé est le haschich (78 %) bien que l'herbe soit préférée à la résine (61 %).

Ces consommations se distinguent nettement des consommations telles qu'elles sont connues pour les drogues comme la cocaïne ou l'héroïne. Une dimension conviviale et de groupe est le

plus souvent retrouvée, qu'il s'agisse de la consommation elle-même ou de l'achat. Signalons l'existence très nette de la culture et du don comme formes d'acquisition.

Les produits qui sont consommés en association avec le cannabis sont dominés par l'alcool et le tabac. Les autres produits licites ou illicites ayant été expérimentés au cours de la vie sont essentiellement l'héroïne et la cocaïne pour les plus âgés, l'ecstasy pour les plus jeunes. Dans l'ensemble, la consommation de cannabis semble bien contrôlée, plutôt stable, peu ou pas remise en question par la majorité des usagers et le plus souvent décrite comme satisfaisante. Ceci n'exclut cependant pas de fortes préoccupations des sujets par rapport au thème de la dépendance (61 %), le cannabis occupant à cet égard un statut très particulier : drogue illicite, peu susceptible d'amener un état de dépendance et pouvant même avoir une fonction de protection par rapport à la dépendance, notamment chez les anciens alcooliques et les anciens toxicomanes. Il n'en reste pas moins qu'une minorité d'usagers déclarent en être "dépendants".

Consommateurs et consommations : les données qualitatives qui ont été rassemblées grâce aux entretiens et aux observations des enquêteurs permettent d'établir quelques points que nous ne faisons ici que résumer.

Le premier "joint" n'a généralement rien de spectaculaire quant aux circonstances : il s'agit le plus souvent de fêtes, de rassemblements et parfois du service militaire. Cette première expérience est le plus souvent sans suite immédiate, sinon sans effet. Les effets recherchés par le consommateur n'apparaissent que dans un second temps, quand le sujet commence à reconnaître les propriétés psychotropiques du produit et à les apprécier. Il découvre tout d'abord les propriétés euphorisantes et, ensuite, apprend à adapter sa consommation. Tout un apprentissage se met en place lui permettant de maîtriser les effets du produit dans le temps et rendant possible une intégration de cette consommation dans le mode de vie du sujet.

Les générations : trois générations distinctes d’usagers peuvent être décrites. Les plus âgés, à partir de 40 ans, sont essentiellement des consommateurs de longue date. Ils sont le plus souvent bien intégrés socialement bien que certains conservent un style de vie ou des activités marginales, artistiques. La plus grande partie de notre échantillon est composée des sujets âgés de 25 à 40 ans. Ils sont nombreux à avoir découvert le cannabis dans leur quartier, au lycée ou à l’université. Ils fonctionnent en réseaux et s’approvisionnent en groupe. Les moins de 25 ans, enfin, ont souvent découvert le cannabis très jeunes, en même temps que la première cigarette, à un moment où la drogue elle-même était devenue comme un “terrain de jeux” pour beaucoup, via le cinéma et la télévision. Parmi ces derniers, beaucoup consomment de l’ecstasy.

Conclusion

Notre étude confirme la grande diffusion de la consommation du cannabis dans tous les milieux sociaux sans exception. De même que pour tous les psychotropes, la consommation du cannabis concerne essentiellement une population de jeunes et de jeunes adultes et semble s’épuiser avec l’âge.

Il semble se confirmer également que cette consommation soit peu associée avec des complications sévères d’ordre sanitaire ou social. Ce point place le cannabis dans une position très particulière par rapport aux autres drogues. Cependant, nous observons également que certains modes de consommation sont très intensifs, souvent en association avec d’autres drogues licites ou illicites.

Il nous semble que la dite “banalisation” du phénomène occulte la place du cannabis en tant que psychotrope puissant.

* Directeur scientifique de l'IREP

** Sociologue à l'IREP

32-36, rue Jean COTTIN

75018 PARIS

Repères méthodologiques

Cette étude a été financée par la Direction Générale de la Santé et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Elle a été réalisée avec les contributions de : Catherine Flament (Marseille), Magguy Couloarn (Rennes), Liliane Prévot (Cahors), Jean-Pierre Blanc (Montélimar) et Bernard Renucci (Paris et banlieue).

L'échantillon global ($N = 1\,087$) a été constitué à partir d'une centaine de "boules de neige" de tailles inégales, certaines ayant dépassé 10 "vagues" et d'autres s'étant taries au bout de deux ou trois. Chaque enquêteur, de plus, a eu la possibilité d'interroger environ 10 % des sujets en dehors de cette procédure, ceci afin de ne pas exclure de fait certaines personnes se trouvant dans des situations particulières ou difficilement accessibles (demandeurs de soins, malades du SIDA, sujets marginalisés...).

Le nombre de sujets enquêtés par site est de : 276 à Paris, 167 en banlieue parisienne, 297 à Marseille et dans sa région, 153 à Rennes et dans sa région, 50 dans le Lot et 51 dans la Drôme. Au total, 31 enquêteurs ont été recrutés pour ce travail et ont été supervisés par un coordinateur au niveau de chacun des sites.

La pré-enquête a commencé en décembre 1995 et s'est prolongée plusieurs mois. Le recueil de données s'est achevé en avril 1996. Les difficultés rencontrées ont été multiples, à commencer par celles de l'accès au terrain et d'une certaine méfiance initiale des usagers.

USAGES ET INSTITUTIONS

SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE DE PATIENTS SOUS METHADONE

Françoise * FACY

Contexte du système français de soins aux toxicomanes

Contrairement à d'autres pays, la France a développé à partir des années 70 un système de soins spécifiques aux toxicomanes, à partir de centres spécialisés de soins conventionnés, dont la fonction principale est de recevoir des toxicomanes et/ou leur entourage afin de leur offrir une prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative.

Depuis 1992, les Pouvoirs Publics ont encouragé les centres à prescrire de la méthadone dans le cadre d'une prise en charge globale (psychologique, sociale et médicale) pour des toxicomanes ayant échoué dans leurs démarches précédentes.

Un protocole d'agrément a régi le fonctionnement de ces centres, par rapport à un nombre de places limité et des critères de sélection précis. Depuis mars 1995, la méthadone bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché, la prescription devenant plus large, au niveau des praticiens et des patients.

Résultats préliminaires

Les résultats préliminaires montrent une diversité géographique importante des sujets pris en charge, avec une densité plus importante pour les zones déjà connues pour les problèmes de SIDA et de toxicomanie.

Au niveau toxicologique et médical, il s'agit d'usagers d'héroïne à 95 %. Le produit principal de dépendance est l'héroïne pour 85 % des consultants. L'injection intraveineuse est (ou a été)

pratiquée par 94 % des sujets, avec un nombre moyen de 24 injections hebdomadaires. 37 % associent de la cocaïne.

82 % des sujets ont eu des sevrages institutionnels antérieurs à leur entrée dans le programme. 47 % ont eu un surdosage. 40 % ont fait une tentative de suicide.

Le test de sérodiagnostic VIH est effectué dans 96 % des cas. Il est alors positif pour 29 % des sujets. Parmi eux, 42 % ont une forme asymptomatique, 34 % une forme clinique mineure, 12 % une forme clinique majeure.

Au niveau socio-démographique, la moyenne d'âge des sujets à l'admission est de 32 ans. Elle est plus élevée que dans les autres centres de soins.

On note une légère sur-représentation de femmes par rapport aux autres prises en charge (29 %), une majorité de français (94 %). 48 % des patients sont célibataires, 38 % vivent en couple, 41 % sont parents.

Le niveau scolaire est souvent plus élevé que celui des patients des autres centres de soins (27 % ont un niveau bac ou plus). Une qualification professionnelle existe dans 69 % des cas. 20 % des patients ont une activité professionnelle continue, et 31 % une activité intermittente. 20 % bénéficient du RMI.

Au niveau de l'entourage habituel, on remarque une présence familiale importante (44 % des parents, 41 % un conjoint, 28 % des enfants), seuls 12 % vivent seuls et 6 % vivent en institution. Seuls 3 % sont SDF.

Au niveau de la substitution, 23 % ont déjà été inclus dans un programme agréé de substitution (sur 945 réponses). 18 % ont eu de la méthadone et 43 % ont déjà pris de la buprénorphine.

Au niveau du suivi des patients, l'évolution est appréciée sur les attitudes de prévention (risques de contaminations sanguine et sexuelle) : 32 % ont une évolution favorable, mais 12 % ont une évolution défavorable.

Par rapport aux données psychologiques, 47 % évoluent favorablement et 17 % défavorablement pour l'anxiété. Les troubles dépressifs montrent une amélioration pour 43 %, une détérioration pour 17 %.

Les niveaux d'insatisfactions familiale et sociale montrent une amélioration pour 28 % des patients, mais une détérioration pour 11 %.

Les consommations sont peu repérées lors des suivis mais indiquent des usages d'alcools (n = 54), d'opiacés (n = 74), de benzodiazépines (n = 35), de cocaïne (n = 11).

Discussion

Ces résultats sont provisoires par rapport à l'étude globale de suivi qui est engagée auprès des centres prescripteurs de méthadone, jusqu'à 5 000 patients. Mais certaines remarques sont profilées :

- les évolutions favorables sont plus nombreuses que les évolutions défavorables au niveau de la santé et du comportement,
- il existe, comme dans toute action de soins ou de prévention, un seuil d'efficacité matérialisé par des sous-groupes de sujets dont les situations connaissent des détériorations au niveau des conduites d'intoxication et de leurs comorbidités,

- une comparaison avec des toxicomanes traités dans les mêmes zones géographiques, sans méthadone, donne des indications sur les pratiques de sélection des sujets, qui sont marqués par une gravité des conduites d'intoxication, des rechutes dans les traitements et une comorbidité importante. Par contre un certain nombre de caractéristiques socio-culturelles et professionnelles semblent plus favorables et sont connues pour être des facteurs importants dans la compliance aux traitements, et doivent être pris en compte pour apprécier l'efficacité des programmes.

* Directeur de Recherche de l'INSERM U 302

44, Chemin de Ronde

78110 LE VESINET

Repères méthodologiques

Sur les recommandations de la Commission Nationale des traitements de substitution, le Ministère de la Santé a confié à l'INSERM une étude nationale sur le suivi des patients recevant de la méthadone.

Dans un contexte de Santé Publique, les objectifs de l'évaluation sont :

- d'apprécier quantitativement les groupes de populations touchées,
- de caractériser les sujets traités et les comparer aux toxicomanes habituellement vus dans le système de soins,
- de rechercher l'existence de sous-groupes distincts par rapport au suivi du traitement.

Les questionnaires sont établis par la Commission Nationale. Le suivi des patients est organisé suivant des questions posées à l'entrée dans le traitement puis tous les 6 mois jusqu'à la sortie.

34 centres participent depuis 1993 jusqu'en septembre 1995 à cette étude.

1 077 sujets sont décrits selon la grille établie par la Commission Nationale des traitements de substitution.

Pour en savoir plus

- L'évaluation et le suivi des patients accueillis dans les services prescrivant de la méthadone. Enquête épidémiologique 1993-1994, F. FACY, INSERM U 302, déc.1995.
- Comptes-rendus des réunions et textes de lois, Commission nationale des traitements de substitution, DGS Paris, 1993-1995.
- Evaluation en alcoologie et toxicomanie, Séminaire Rite-Nantes, F. FACY, C. LE POULENNEC, Recueil de textes français et européens sur les études évaluatives des traitements, déc 1993,1995, 182p.
- Protocole méthadone : Validation du questionnaire, un échantillon des 300 premiers sujets traités est analysé. Rapport INSERM, CISIA, déc 1994, 39p.
- Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes. Annales de Médecine Interne, Masson, vol 145, nov 94, 104p.

- Evaluation du traitement à la méthadone, une expérimentation de 10 ans à l'hôpital Fernand Widal, M.J. TOBOADA, Rapport DGS, 1989.
- Connaissance et décision ou attitude pragmatique, D. SCHWARTZ, EMC Paris-intoxications, 16 900 A10, janv 1986, 4p.

TOXICOMANIE ET DELINQUANCE

Marie-Danièle *Barré

La recherche française s'est peu intéressée à la question d'une éventuelle liaison entre la toxicomanie et la délinquance, laissant le champ libre aux discours politiques et à leurs approximations. Ainsi la presse se fait souvent l'écho de déclarations attribuant 50 %, 60 % voire davantage de la "délinquance" aux "toxicomanes". Et cela d'une part alors que la petite et moyenne délinquance visée par ces discours est en grande partie non élucidée (en 1994, 85 % des faits de vols et recels n'ont donné lieu à aucune mise en cause), et d'autre part sans qu'on fournit de définition du "toxicomane". Ces affirmations se présentent comme un discours d'expert, l'expertise étant souvent policière. A partir de là il était intéressant de tenter de confronter le discours aux observations que l'on peut tirer précisément des documents policiers.

L'enquête adopte une démarche méthodologique reposant sur la reconstitution de filières. Le travail conduit à deux types de résultats :

1- L'observation de la liaison entre usage de produits illicites et délinquance se fait au sein d'une population sélectionnée par le traitement pénal. Plus on avance dans le processus répressif, plus l'usager de produits illicites s'avère avoir des antécédents de délinquance.

2- A défaut de pouvoir répondre à la question de savoir quelle proportion des faits de petite et moyenne délinquance (souvent non élucidés) est due aux usagers de produits illicites, du moins on peut calculer la proportion de personnes mises en cause pour faits de délinquance qui ont aussi été repérés comme usagers de produits illicites. Cette proportion ne représente qu'une petite fraction des délinquants totaux de l'enquête, bien inférieure à 50 %.

1- La description du travail policier permet de définir trois niveaux successifs de construction de la catégorie "usager". La première est l'ensemble des usagers mis à disposition par la Sécurité publique : ce sont les personnes repérées par les agents de la Sécurité publique, le plus souvent suite à un flagrant délit d'usage, et qui sont conduites dans les locaux de la Police judiciaire. La seconde est l'ensemble des individus que la Police judiciaire décide de mettre en cause auprès de la Justice : cet ensemble est constitué des individus mis à disposition par la Sécurité publique, hormis ceux qui ont fait l'objet d'un classement policier, et de ceux qui ont directement été mis en cause par la Police judiciaire. La troisième regroupe l'ensemble des usagers convoqués ou déférés au Parquet, ce qui représente l'ensemble des mis en cause sauf ceux qui, avec l'accord du Parquet, ont fait l'objet d'un simple avertissement. La première observation est qu'à chaque niveau la population des individus observée n'est pas représentative de l'ensemble de la population dont elle est issue. En particulier, à chaque étape, mise à disposition, mise en cause, convocation ou déferrement au Parquet le fait d'être connu des services de police pour des faits de même nature, a vraisemblablement contribué à la décision. Si une telle construction pénale de l'usage peut se comprendre, on voit bien en même temps que celle-ci revient à se focaliser sur une population de plus en plus spécifique d'usagers puisque la proportion de ceux qui ont des antécédents policiers d'infraction à la législation sur les stupéfiants s'accroît à chaque étape.

Or on observe que lorsqu'on calcule des proportions d'usagers "bi-impliqués", hors infraction à la législation sur les stupéfiants, plus on avance dans le processus pénal, i.e. ici lorsqu'on passe de la première à la troisième étape, plus on cible une population d'usagers où la proportion de bi-impliqués s'accroît, passant de 27 % pour les usagers mis à disposition à 65 % pour les usagers convoqués ou déférés. Ainsi l'analyse de la liaison entre usage de produits illicites et délinquance dépend-elle étroitement du niveau d'observation.

2- Le deuxième résultat concerne la proportion de délinquants que l'on peut identifier comme usagers. Cette mesure a été faite au niveau des personnes mises en cause.

Parmi l'ensemble des individus mis en cause pour délinquance, y compris les faits de vente ou trafic de produits illicites, 31 % sont ou ont été mis en cause pour usage de produits illicites. Mais il faut affiner ce calcul. Tout d'abord la petite et moyenne délinquance dont on rend responsable le toxicomane exclut les faits de vente ou trafic. Ensuite l'usager que sa situation de dépendance est susceptible de conduire à la délinquance est couramment considéré comme un usager de drogue dure. Pour cette raison nous avons recalculé cette proportion en ne retenant que les usagers de drogue dure d'une part et en distinguant les faits de vente ou trafic d'autre part.

Parmi l'ensemble des individus mis en cause pour délinquance, 13 % ont été impliqués comme usagers de drogue dure. Cet indicateur concentre en une seule mesure ponctuelle des trajectoires et des causalités complexes : il y a là des individus pour qui les épisodes de délinquance ou d'usage sont sans rapport, et d'ailleurs parfois très éloignés dans le temps. Mais ce type de biais ne remet pas en cause le raisonnement, il le renforce au contraire puisque cet indicateur même simpliste, construit à partir des mises en cause policières, suggère une relation entre

“toxicomanie” et “délinquance” d'une ampleur très inférieure aux ordres de grandeur souvent avancés.

* Chercheur au CESDIP

Immeuble Edison

43, boulevard VAUBAN

78280 GUYANCOURT

Repères méthodologiques

L'enquête s'est déroulée dans un arrondissement parisien, caractérisé par l'importance du nombre d'usagers de produits illicites mis en cause par la police. Elle a eu lieu auprès des services de la Préfecture de Police, des Directions de la Sécurité publique et de la Police judiciaire, premiers saisis des affaires d'usage de stupéfiants et de “petite et moyenne délinquance”. Elle s'est appuyée sur le dépouillement par échantillonnage sur l'année 1990, de documents policiers, rapports de la Sécurité publique et procédures de Police judiciaire, impliquant environ 1 100 individus, ainsi que sur la connaissance des antécédents policiers des individus.

Nous utilisons le terme d’“usager de produits illicites” plus factuel que celui de “toxicomane”, même si par ailleurs dans le discours la confusion est fréquente. Dans l'enquête tout individu mis en cause dans une affaire d'usage est un “usager”. Tout usager pour lequel on aura trouvé un antécédent de mise en cause pour délinquance est un usager bi-impliqué. Enfin sans préjuger du débat sur les drogues douces et dures, nous avons employé ces catégories dans leur sens commun : cannabis et haschich pour les premières et héroïne, voire cocaïne pour les secondes.

Pour en savoir plus

- Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts, M.D. BARRÉ, Déviance et société, 1996, vol.20, 4, à paraître.
- Drogue et Criminalité, une relation complexe, S. BROCHU, De Boeck Université, 1995.
- Drogue facteur de délinquance ? d'une image à son usage, M. SETBON, Revue Française de Science Politique, vol 45, n° 5, octobre 1995, pp 747-774.
- Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produit illicite, M.D. BARRÉ, coll B. FROMENT, et B. AUBUSSON DE CAVARLAY, CESDIP, collection Etudes et Données pénales n° 70, Paris, 1994.

TOXICOMANES INCARCERES VUS PAR LES ANTENNES EN 1994

Françoise *FACY

Les estimations faites par le Ministère de la Justice évaluent à 15 % l'importance des toxicomanes dans la population incarcérée. Cette proportion est variable d'un lieu à un autre et avait conduit à la création de 16 services spécialisés en toxicomanie à partir de 1987, au sein des Services Médicaux Psychologiques Régionaux, pour assurer le dépistage et l'accompagnement des toxicomanes durant leur incarcération. L'ensemble des antennes-toxicomanies constitue un dispositif tout à fait spécifique à la France, de telles expériences ne sont pas rapportées par d'autres pays européens.

L'enquête épidémiologique réalisée en 1994 auprès des antennes-toxicomanies en prison, permet d'illustrer les caractéristiques des toxicomanes incarcérés vus par les équipes médico-psychologiques : 2 175 détenus sont décrits en 1994 et permettent d'illustrer les tendances socio-démographiques et sanitaires.

Le recueil épidémiologique est effectué depuis 1989. Exhaustif au début, il est progressivement devenu partiel, sur une année, suivant les capacités des équipes à assumer cette tâche. La représentativité des échantillons obtenus depuis 1992 est jugée satisfaisante sur un plan géographique et sur un plan périodique. Pour 1994, il existe une légère augmentation des dossiers provenant de la Région Parisienne, qui pourrait expliquer, en partie seulement, certaines tendances à l'aggravation des conduites associées de délinquance et toxicomanie.

Une population jeune, différente des patients reçus dans les centres de soins

Les sujets interrogés sont 9 fois sur 10 des hommes ; les femmes sont presque trois fois plus nombreuses dans les centres de soins. Les étrangers représentent 26 % de la population et sont deux fois plus nombreux que dans les centres de soins.

Ils ont 28 ans en moyenne. On observe un vieillissement depuis 1989, encore accru depuis 1993, comme dans les centres de soins.

Les deux populations de toxicomanes, vues dans les centres de soins ou vues par les antennes restent globalement très différentes au niveau des caractéristiques socio-démographiques principales : âge, sexe, nationalité.

Une population très marquée par des conduites antérieures de délinquance

Presque la moitié des sujets (48 %) sont prévenus et 52 % sont condamnés. Les condamnations, en augmentation depuis 1989, ont encore augmenté depuis 1993. Les délits autres que l'infraction à la législation sur les stupéfiants concernent 56 % des sujets. La majorité, 68 %, sont des délinquants récidivistes. C'est une donnée très stable depuis les premières études menées auprès des antennes. Les conduites de toxicomanie et de délinquance sont très souvent associées.

Les études épidémiologiques révèlent que pour une grande partie de la population vue par les antennes, les premières incarcérations sont précoces (avant 21 ans en moyenne) et précèdent les conduites de toxicomanie.

Le nombre moyen d'incarcérations est de 4, reflétant ainsi le niveau de gravité qu'atteint cette population en matière de marginalisation sociale. 37 % des incarcérations ont eu lieu avant l'usage de drogues, plus qu'en 1993.

Ainsi on peut supposer que la délinquance est largement préexistante à la toxicomanie pour ces sujets, les différenciant nettement des consultants des centres de soins. Il faut toutefois poser la question de la dissociation de la délinquance et de la toxicomanie, telle qu'elle peut être appréciée par les équipes des antennes de façon rétrospective. Les trajectoires de toxicomanies où la délinquance est une conséquence sont à analyser et à confronter avec d'autres hypothèses.

Une population héroïnomane, associant souvent de la cocaïne

Parmi les produits utilisés principalement (avant l'incarcération), on relève tout d'abord l'héroïne pour 78 % des sujets, puis le cannabis pour 8 %. Les mêmes tendances sont relevées dans les centres de soins. La cocaïne est utilisée par 5 % des sujets incarcérés en produit principal. La polytoxicomanie est massive et la cocaïne apparaît plus souvent que chez les toxicomanes vus en centres de soins.

Les profils d'intoxication rencontrés en prison ou en centres de soins sont très proches : l'héroïne est le produit dominant, le cannabis vient ensuite.

Une population très exposée au plan médical et psychiatrique

Les informations obtenues proviennent des déclarations des patients et sont recueillies dans le cadre d'entretiens cliniques.

Au niveau de l'infection à VIH, 14 % des sujets dépistés sont séropositifs. Il s'agit d'une moyenne qui ne reflète pas les importantes disparités régionales.

Les overdoses sont nombreuses (25 %), les hépatites virales touchent 1 sujet sur 4 et sont en forte augmentation. Dans le domaine de la psychopathologie, la fréquence des tentatives de suicide est à souligner (22 %), les consultations psychiatriques concernent un sujet sur trois.

Conclusion

Depuis les premiers recueils de données épidémiologiques dans les antennes toxicomanies en milieu carcéral, certaines tendances sont bien dessinées à présent : on retrouve à la fois les caractéristiques des toxicomanes traités dans les centres spécialisés (population jeune, usagers d'héroïne, supportant le cumul de difficultés sociales, psychologiques et sanitaires), mais aussi les effets de sélection dus aux actions de répression et d'incarcération (plus d'hommes, plus d'étrangers, plus de délinquance antérieure à la toxicomanie). Un léger vieillissement est observé depuis 1991, pouvant laisser supposer un temps d'intoxication plus long avant l'apparition de difficultés avec les services de la justice.

Des différences se confirment entre les populations au niveau des produits (les toxicomanes vus en prison sont plus souvent usagers de cocaïne) et au niveau des recours aux soins (60 % des toxicomanes vus dans les antennes n'ont pas eu de suivi dans les centres spécialisés avant l'incarcération).

La population vue par les antennes constitue à travers ses particularités une “cible” pour la prévention de nombreux comportements à risque de dépendance, de délinquance et d'inadaptation. Au niveau de la santé, les taux de dépistage des infections (VIH, hépatites) sont plus élevés qu'en centres de soins. Le moment de l'incarcération peut révéler une toxicomanie (20 % des délits n'ont pas de relation directe avec la drogue) et susciter une démarche de demande d'aide et de soins, pour de nombreux sujets n'ayant pas eu de contact antérieur avec une équipe spécialisée.

Les antennes se trouvent ainsi face à des situations diverses, de niveaux de prévention et d'intervention extrêmement différents en fonction des sujets rencontrés. Leur appartenance à un réseau de professionnels du travail socio-éducatif et de la prise en charge médico-psychologique en est d'autant plus nécessaire pour assumer cette diversité de tâches.

* Directeur de Recherche de l'INSERM U 302

44, Chemin de Ronde

78110 LE VESINET

Repères méthodologiques

Le repérage des toxicomanes ne se fait pas sur le type de délit (infraction à la législation sur les stupéfiants) ; il peut se faire lors de l'accueil psychiatrique réalisé dans le cadre des missions des Services Médicaux-Psychologiques Régionaux, lors de l'accueil direct par l'antenne, ou sur signalement à l'antenne. Les critères utilisés correspondent aux classifications internationales médicales (CIM10 et DSM4), ils sont plus homogènes au bout de quelques années de fonctionnement des équipes et impliquent à la fois la consommation de produits toxiques (illicites ou non) et une dépendance physique, psychologique ou sociale.

Toutes les antennes établissent un dossier de suivi individuel, pour chaque détenu toxicomane pris en charge, qui s'articule avec un recueil épidémiologique global ou partiel. Les données épidémiologiques, correspondent au questionnaire établi avec les équipes par un groupe de travail constitué en 1992 de chercheurs et de responsables de Santé Publique (Ministères de la Santé et de la Justice). Elles sont transmises à l'INSERM U 302 (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) qui en fait une analyse nationale depuis plusieurs années, dans un cadre de garantie d'anonymat et de confidentialité des données.

Pour en savoir plus

- Drogue, facteur de délinquance ?, M. SETBON, Revue Française de Science Politique, vol 45, n° 5, 1995, pp 747-774.
- Rôles et missions des antennes-toxicomanies : lois n° 94-43 (18/01/94) et circulaire n° 45 DH/DGS/DAP (08/12/94).
- Toxicomanes incarcérés vus par les antennes. Approche épidémiologique, F. FACY, P. CHEVRY et coll., Rapports INSERM U 302, 89-94.
- Les toxicomanes incarcérés, A. KENSEY, L. CIRBA, Travaux et documentation n° 36, 89, Ministère de la Justice.
- Les toxicomanes incarcérés. Epidémiologie et études de suivi, F.R. INGOLD, Rapports IREP 85-87.

USAGERS DE DROGUES ET TOXICMANES

LES ATTITUDES ET LES PRATIQUES DES USAGERS DE DROGUES CONFRONTES AUX RISQUES DE CONTAMINATION PAR LES VIRUS DU SIDA ET DES HEPATITES

Dr François-Rodolphe *INGOLD,

Mohamed **TOUSSIRT

Nous présentons ici les résultats principaux et les préliminaires d'une recherche sur l'évolution des comportements des toxicomanes dans les deux domaines des pratiques d'injection et des pratiques sexuelles. Cette recherche a été menée au niveau de cinq sites en France : la banlieue parisienne, Lille, Marseille, Metz et Paris, selon une méthode ethnographique. Elle fait suite aux deux premiers travaux réalisés sur ce thème par l'IREP en 1987-88 et 1990-91. Ces deux recherches avaient mis en évidence un changement rapide et progressif des comportements des toxicomanes, d'une part, et la persistance de pratiques à risque - via notamment la réutilisation des seringues -, d'autre part.

Description de la population

Les caractéristiques générales de la population enquêtée ($n = 1\ 703$) sont comparables à ce qui est décrit dans la plupart des échantillons de toxicomanes et notamment celui du SESI (enquête "toxicomanie" exercice 1994). L'âge moyen des sujets est de 29 ans, 72 % d'hommes et 28 % de femmes.

Il est notable que c'est à Lille que se trouvent les sujets les plus jeunes, aussi bien pour les garçons que pour les filles. Ceci correspond au moins pour une part au développement récent de la consommation d'héroïne dans la région Lilloise.

La majorité des sujets (52 %) ont un domicile personnel ou vivent chez leurs parents, ceci dans tous les sites sauf Paris. C'est à Paris que nous retrouvons le plus de sujets se trouvant en

situation d'errance (47 %). Inversement, c'est en banlieue que les sujets vivent dans des situations apparemment plus stables : 76 % des sujets déclarent un domicile privé ou familial.

De façon très uniforme, les sujets sont célibataires en majorité (77 %) et vivent le plus souvent seuls (69 %). Ils sont inactifs le plus souvent, inscrits ou non au chômage (69 %). Une forte proportion des sujets de notre échantillon bénéficie du RMI (31 %).

Les principaux produits consommés, outre l'alcool et les médicaments, sont essentiellement l'héroïne (99 %), le cannabis (72 %), la cocaïne (66 %) et le crack (17 %). Ces consommations sont identiques dans tous les sites sauf pour ce qui concerne le crack qui est essentiellement trouvé à Paris et en banlieue (respectivement 43 % et 18 %). Il est signalé à Lille (3 %).

D'une façon générale, les fréquences de consommation de l'héroïne sont élevées (56 % tous les jours) ce qui nous permet de parler d'un échantillon où dominent les consommateurs très actifs et dépendants. Parmi les sujets qui déclarent consommer un "produit de substitution", les produits les plus cités sont la méthadone et le Moscontin. Quelques autres produits non opiacés sont également cités, tels que le Rohypnol.

La majorité des sujets sont allés au moins une fois en prison, ceci dans tous les sites. Le nombre moyen de séjours en prison est de 3 à 4 selon les sites et la durée totale de ces séjours est en moyenne de 22 à 35 mois.

La plupart des sujets déclarent avoir entrepris une cure dans le passé (2 à 4 en moyenne) et cette dernière a eu lieu le plus souvent dans les institutions spécialisées (33 %), les hôpitaux généraux (26 %), les hôpitaux psychiatriques (25 %) et à partir des médecins généralistes (18 %).

La plupart des sujets déclarent avoir subi un test de dépistage, aussi bien pour les hépatites B et C (72 %) que pour le SIDA (88 %). Il n'existe pas de variation sensible à ce niveau selon les sites.

Parmi ceux qui ont été dépistés, la séroprévalence est globalement de 23 % pour l'hépatite B, de 47 % pour l'hépatite C et de 20 % pour le SIDA. La proportion considérable de sujets contaminés par le VHC est quasiment identique dans tous les sites. En ce qui concerne la séroprévalence VIH, les différences sont bien plus creusées : 6 % et 5 % respectivement à Metz et à Lille, 36 % à Marseille, 26 % en banlieue parisienne, 25 % à Paris.

Les pratiques d'injection

Globalement, 66 % des sujets déclarent utiliser une seringue pour la consommation de leurs produits, 21 % disent avoir abandonné la voie veineuse et 13 % ne l'avoir jamais utilisée.

C'est à Marseille et à Paris que les toxicomanes utilisent le plus la voie veineuse et à Lille et Metz qu'ils l'utilisent le moins. Mais c'est surtout Lille qui apparaît atypique par rapport aux autres sites dans la mesure où il s'agit du seul site où l'héroïne est presque majoritairement consommée par "fumette" en remplacement de l'injection (51 %).

Nous pouvons donc dire que l'utilisation de la seringue est globalement majoritaire dans tous les sites, y compris à Lille, mais que les voies d'administration non sanguines -la "fumette" et le "sniff" - sont très présentes actuellement dans tous les sites à l'exception de Marseille.

L'achat de la seringue dans les officines pharmaceutiques s'est imposé comme le mode le plus habituel d'obtention des seringues, ceci dans tous les sites (de 90 % à 97 %) et nous obtenons ici des résultats identiques à ce que nous avions trouvé en 1991. Cet achat est décrit comme systématique dans la majorité des cas (63 %) bien qu'il existe de sensibles différences selon les sites.

Signalons que l'achat des seringues en Stéribox est assez largement répandu, permettant notamment aux usagers de disposer de deux seringues pour le prix d'une. L'achat et l'utilisation du Stéribox sont rapportés par une petite majorité d'usagers (59 % en moyenne), un peu moins à Paris (37 %) que dans les autres sites. Les deux grandes sources de seringues, pour les usagers, sont l'officine pharmaceutique et les programmes d'échanges. Les usagers déclarent utiliser en moyenne une quarantaine de seringues neuves par semaine.

La réutilisation de sa propre seringue reste un phénomène largement majoritaire et constant depuis 1988. Nous obtenons la même proportion de sujets qui déclarent réutiliser leurs seringues (75 %). La seule modification notable concerne le nombre de réutilisations : en moyenne, une seringue est utilisée deux fois actuellement (2 à 4 fois selon les sites). En 1988, une seringue était utilisée 4 à 5 fois et, en 1991, elle était utilisée 3 à 4 fois.

La question posée aux usagers a situé le “partage” de la seringue dans le contexte des autres partages possibles, qu’il s’agisse du matériel d’injection, de l’eau ou du produit. Les réponses font apparaître une forte proportion de déclaration de partage pour tout le matériel d’injection, sauf la seringue, ainsi que pour l’eau et le produit. La seringue est l’objet le moins partagé (13 %), tandis que le produit, la cuillère, le coton, le citron et l’eau sont décrits comme étant assez largement partagés (de 54 % à 70 %).

Il faut comprendre ici que les usagers, s’ils ont parfaitement saisi l’importance du non partage des seringues, sont beaucoup moins vigilants pour ce qui concerne le produit, la cuillère, le coton, le citron et l’eau.

Nous avons rassemblé un certain nombre d’éléments sur la dernière injection en date pour les usagers. Cette dernière donne une image instantanée des pratiques des usagers de drogues à partir de cet événement unique, récent et commun. Dans la plupart des cas, le produit injecté était de l’héroïne (88 %) et, beaucoup plus rarement, de la cocaïne, du crack ou des médicaments. Les sujets ont utilisé une seringue neuve le plus souvent (78 %) et une seringue réutilisée dans 20 % des cas. Il n’existe pas de différence bien significative entre les sites. Dans le cas d’une seringue réutilisée, il s’agissait d’une seringue “personnelle” dans 86 % des cas et “non personnelle” dans 14 % des cas. Cette seule donnée chiffrée illustre assez bien l’association entre la réutilisation des seringues et le dit “partage” des seringues.

La réutilisation de cette seringue a donné lieu à un “nettoyage” dans la plupart des cas (79 %) et, beaucoup plus rarement, à une “désinfection” (32 %). Il faut souligner que les usagers ont fait la différence entre un “nettoyage” et une “désinfection”. L’eau de Javel est le produit le plus cité pour cette dernière opération (61 %).

Les pratiques sexuelles

Nous ne faisons ici que les résumer brièvement. Plus des trois quarts des sujets disent avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours de l'année, ceci pour tous les sites et aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Nous retrouvons ici des résultats comparables à ceux des études précédentes.

Le dernier partenaire sexuel est décrit comme étant le partenaire habituel dans la majorité des cas, surtout chez les femmes. Il s'agit d'un partenaire de même sexe de façon assez rare, de 2 % à 3 % chez les hommes, de 2 % à 10 % chez les femmes et selon les sites. Il est consommateur de drogues injectables dans 35 % des cas, soit une proportion comparable à celle qui avait été trouvée en 1990-91.

Signalons qu'il existe une nette différence entre les hommes et les femmes à ce niveau, le partenaire sexuel des hommes étant bien moins souvent consommateur de drogues injectables que celui des femmes. Pour les premiers, le dernier partenaire sexuel est toxicomane dans 25 % à 37 % des cas, tandis que pour les dernières, il est toxicomane dans 41 % à 60 % des cas et selon les sites.

L'utilisation du préservatif est certainement un des éléments qui a beaucoup évolué depuis la moitié des années 80. En 1987, elle concernait 22 % de notre échantillon et, trois ans plus tard, en 1990/91, elle concernait 45 % de notre échantillon global. La moitié d'entre-eux (23 %) disaient l'utiliser régulièrement. Nous avions remarqué que l'utilisation du préservatif était fortement associée au statut sérologique : 43 % des sujets séropositifs ou malades disaient l'utiliser, contre 15 % chez les séronégatifs, ceci venant confirmer l'existence d'une gestion altruiste des risques de contamination chez les toxicomanes. Les données qualitatives étaient venues souligner, cependant, qu'il existait un décalage certain entre la gestion des risques selon qu'ils concernaient la seringue et la vie sexuelle.

L'utilisation du préservatif, au cours des douze derniers mois, est rapportée par une petite majorité des sujets (58 % en moyenne), ce qui est une proportion un peu supérieure à celle que nous avions trouvée en 1990/91 (45 %). Cette utilisation est décrite comme étant systématique dans un peu plus de la moitié des cas (34 %).

Le travail sexuel

En moyenne, 12 % des sujets de notre échantillon déclarent exercer ou avoir exercé un travail sexuel. Cette proportion est comparable, bien qu'un peu plus faible, à ce que nous avions trouvé en 1990/91 (17 %) et elle varie peu selon les sites (de 5 % à Metz à 17 % à Marseille et à Paris). Cette activité est décrite comme étant régulière dans environ la moitié des cas (55 %) et concerne surtout les femmes. L'utilisation du préservatif est rapportée dans 76 % des cas.

Conclusion

Les données dont nous disposons, et qui ne sont que survolées ici, font apparaître que les pratiques à risques des usagers de drogues restent dominées par la pratique de réutilisation des

seringues, ceci dans un contexte où le partage du reste du matériel d'injection (coton, cuillère, eau) a peu évolué.

L'augmentation rapide et récente de la proportion de sujets contaminés par le virus de l'hépatite C doit être interprétée comme le résultat de ces changements partiels de comportement des usagers.

Nous observons que les toxicomanes sont relativement peu informés des risques pris lors de la réutilisation des seringues et du partage du matériel d'injection. Il en va de même pour tout ce qui concerne les hépatites. Les stratégies actuelles de prévention et de communication devraient s'adapter rapidement à cette situation.

* Directeur scientifique de l'IREP

** Sociologue à l'IREP

32-36, rue Jean COTTIN

75018 PARIS

Repères méthodologiques

Cette recherche a été financée conjointement par la Direction Générale de la Santé et par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA. Elle a été réalisée avec les contributions de Taoufik ADOHANE (banlieue parisienne), de Jean HARBONNIER (Lille), de Daniel BARRAUD (Marseille) et de Philippe MILBURN (Metz). Claude JACOB (CHS Jury-les-Metz) et Hugues LAGRANGE (CNRS) ont contribué à la définition du protocole méthodologique. Le traitement statistique des données a été réalisé par Azzedine BOUMGHAR.

D'un point de vue méthodologique, la sélection des sujets s'est effectuée selon la technique dite "boule de neige" au niveau de la rue et selon un protocole aléatoire au niveau des institutions de soins. Le critère principal retenu a été la consommation de drogues injectables, que ces dernières soient injectées ou non. De la sorte, notre échantillon

comprend, contrairement aux études précédentes, un petit nombre de sujets qui n'utilisent plus ou qui n'ont jamais utilisé la seringue.

Notre échantillon est composé de 1 703 sujets, 841 ont été recrutés au niveau de la rue et 862 l'ont été au niveau des centres de soins ou des structures de prévention (Bus d'échange de seringues et Boutiques). Nous disposons donc d'un échantillon composé à part égale entre la rue et les institutions, tout du moins globalement. Le recueil de données (juin 1995 - janvier 1996) s'est fait selon une double approche : quantitative (questionnaire) et qualitative (journaux de bord des enquêteurs, observations de terrain, entretiens).

***ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES PAR LES MEDECINS GENERALISTES
ENTRE 1992 ET 1995***

Dr Juliette

*Bloch,

Françoise

Nory-

**Guillou,

Clary

***Monaque

Dr Yves ****Charpak

Place de la toxicomanie dans la pratique des médecins généralistes

La fréquentation des médecins généralistes par les toxicomanes s'est modifiée en 1995. Ainsi, en 1995, la proportion de médecins qui déclaraient n'avoir reçu aucun toxicomane dans l'année écoulée a plus que doublé (32 % contre 12 %) alors que la proportion de ceux qui en ont reçu plus de 20 dans l'année a diminué de moitié (6 % contre 15 %). Le nombre moyen de toxicomanes vus dans l'année est passé de 9,4 par médecin en 1992 à 5,2 en 1995.

Mais à côté de cette baisse apparente de fréquentation, apparaît un phénomène de fidélisation de la clientèle : en 1995, les médecins reçoivent plus souvent des anciens toxicomanes et les deux tiers d'entre eux ont des clients toxicomanes réguliers, contre un tiers en 1992.

Prise en charge des toxicomanes

Plus des trois quarts des médecins qui voient des toxicomanes déclarent leur prescrire des médicaments. Ce chiffre est en légère augmentation en 1995 (à la limite de la significativité). Les médecins citent spontanément moins de produits différents en 1995 qu'en 1992. La prescription des produits antalgiques, y compris l'Antalvic® et Di-Antalvic® est en baisse et celle des produits morphiniques et apparentés (morphinomimétiques et opioïdes) en légère hausse. On note de même une augmentation nette des posologies quotidiennes des produits les plus cités (Tranxène 50®, Rohypnol®, Di-Antalvic®, et Viscéralgine®), et une forte diminution des prescriptions de posologie "insuffisante" (par exemple Temgésic®).

A côté de la prescription médicamenteuse, on note une évolution dans la pratique du dépistage du SIDA, deux fois plus fréquemment proposé en 1995 qu'en 1992 (80 % contre 40 %), alors que le dépistage des maladies sexuellement transmissibles l'est deux fois moins (mais différence non significative).

Une dernière évolution que l'on peut signaler est l'amélioration des relations entre les médecins généralistes et les institutions ou les professionnels auxquels ils adressent éventuellement leurs patients toxicomanes (hôpital, psychiatre, association ou centre de soins spécialisés). En 1992, seul un tiers des médecins déclaraient avoir un correspondant habituel alors qu'en 1995, pratiquement tous les médecins ont au moins un correspondant habituel auquel ils adressent leurs patients.

Opinions

Le nombre de médecins qui pensent que la médecine générale a une place dans la prise en charge des toxicomanes est en légère hausse (bien que non significative). En revanche, l'augmentation des avis favorables concernant les produits de substitution est très significative : 52 % des médecins y sont plutôt favorables en 1995 contre 23 % en 1992. Il existe parallèlement une prise de conscience du rôle potentiel de ces produits dans la prévention du SIDA et de la délinquance souvent associée à la toxicomanie, et de leur place dans l'arsenal thérapeutique.

Conclusion

La réalisation de deux enquêtes similaires à trois ans d'intervalle auprès d'une centaine de médecins généralistes met en lumière une évolution dans la prise en charge des toxicomanes. Ces constatations doivent être mises en relation avec les bouleversements récents de l'appréhension de la toxicomanie par la société française. La mise en place de la réglementation et le financement des programmes méthadone, ainsi que la législation concernant la prescription par les médecins généralistes de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) s'accompagnent d'une meilleure perception des produits de substitution par les médecins et d'une pratique de prescription médicamenteuse plus ciblée. L'éclosion d'un débat public marquant le passage de l'usager de drogue du statut de délinquant à celui de malade pourrait entraîner une implication plus grande du médecin généraliste, soignant, vis-à-vis du toxicomane, patient. Les résultats de ce travail semblent aller dans ce sens.

* Médecin biostatisticien à EVAL

** Sociologue à EVAL

*** Attachée de recherche clinique à EVAL

**** Médecin épidémiologiste à EVAL

75, rue du Faubourg St-Antoine

75011 PARIS

Repères méthodologiques

Les résultats de deux enquêtes, réalisées selon la même méthodologie en 1992 et 1995, sont comparés. La première enquête a concerné 120 médecins généralistes, exerçant dans une des quatre régions à forte densité de toxicomanes que sont les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Nord Pas-de-Calais et Rhône-Alpes. La deuxième enquête, élargie à tout le territoire français a touché 288 médecins généralistes, dont 140 dans les quatre régions concernées par l'enquête précédente.

Les deux échantillons ont été constitués par tirage au sort à partir de listes de France-Télécom, avec une procédure de remplacement préétablie en cas de refus. Les interviews étaient réalisés par téléphone, le questionnaire de 1995 reprenant une grande partie des questions de 1992, afin de permettre une comparaison entre les deux enquêtes. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS®. Les différences mentionnées entre les deux périodes sont celles qui sont significatives au seuil 5 %.

Le taux de refus a été de 20 % en 1992 et de 30 % en 1995. Toutefois, dans les deux enquêtes, l'échantillon final est représentatif de la population des médecins généralistes. L'échantillonnage a entraîné une légère sous-représentation des médecins du secteur 2 et une sur-représentation des jeunes installés et des femmes en 1995.

Pour en savoir plus

- Place des médecins généralistes dans la prise en charge des toxicomanes, J. Bloch, F. Nory-Guillou, C. Monaqué, Y. Charpak, Rapport pour l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, EVAL, 1996.
- Le secteur libéral des professions de santé en 1994, Carnets statistiques 1994, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
- Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, R. Henrion, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, mars 1994.
- La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes en 1992, J. Barbot, Y. Charpak, F. Nory-GUILLOU, EVAL, 1993.

ANNEXES

CLASSIFICATION DES PRINCIPALES "DROGUES" (SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AYANT UN POTENTIEL DE PHARMACODEPENDANCE OU D'ABUS) CONTROLEES (STUPEFIANTS OU PSYCHOTROPES) ET NON CONTROLEES

Georges *LAGIER

Comment s'y retrouver en 1996 ? 1

* ou ** : Substances contrôlées en raison du risque de pharmacodépendance ou d'abus préjudiciable pour la santé (arrêtés du 22-02-1990, 19-07-1995, 11-10-1995 ; articles R-5179 et R-5181 du Code de la santé) :

- comme Stupéfiant (S)
- de l'annexe I (tableaux I et IV de la convention ONU de 1961, sur les stupéfiants) : **SI
- de l'annexe I (tableau I de la convention ONU de 1961, sur les stupéfiants) : *SI
- de l'annexe II (tableau II de la convention ONU de 1961, sur les stupéfiants) : *SII
- de l'annexe III (tableau I de la convention ONU de 1971, sur les substances psychotropes) : **SIII
- de l'annexe III (tableau II et certains produits des tableaux III et IV de la convention ONU de 1971, sur les substances psychotropes) : *SIII
- de l'annexe IV (classement français, THCs -classés aux tableaux I et II [D9THC] de la convention ONU de 1971, sur les substances psychotropes-, ou convention ONU de 1988 [précurseurs]) : *SIV
- comme Psychotrope (P)

- du tableau III de la convention ONU de 1971, dite des psychotropes :*PIII

- du tableau IV de la convention ONU de 1971, dite des psychotropes :*PIV

**SI : utilisation fortement déconseillée par l'ONU, pouvant être interdite par les gouvernements, en dehors d'une recherche scientifique ou médicale dûment autorisée par eux (convention de 1961).

**SIII : utilisation interdite par l'ONU, en dehors de recherches scientifiques très limitées autorisées par cet organisme (convention de 1971).

NC : non contrôlé

* Professeur de Pharmacologie à l'Université de Paris 7

Président de la Commission des stupéfiants et psychotropes

Hôpital Fernand-Widal

200, rue du Faubourg St-Denis

75475 Paris Cedex 10

¹ pour plus de renseignements, s'adresser si besoin à un Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (dont les adresses figurent notamment dans les premières pages du Dictionnaire Vidal© des spécialités pharmaceutiques).

1- excitants (troubles du comportement ; tolérance importante et d'apparition parfois très rapide ; à l'arrêt, troubles de l'humeur et sensation d'abattement, voire "effondrement")

- amphétamines et méthamphétamines stimulantes

amfétamine*SIII

dexamfétamine*SIII

lévamfétamine*SIII

métamfétamine racémate*SIII

métamfétamine*SIII

Analogues d'amphétamines

méthylphénidate*SIII

pémoline*PIV

phenmétrazine*SIII

phentermine*SIII

Quelques autres amphétamines stimulantes, ou analogues :

(benzfétamine, étilamfétamine, fénétylline, lévométamfétamine, méfénorex, phendimétrazine, pyrovalérone)*SIII

(amfépentorex, chlorphentermine, fenbutrazate, lévophacétopérane, pentorex, phénylacétone [précurseur])*SIV

(amfépramone, aminorex, fencamfamine, fenproporex, léfétamine, mazindol, mésocarbe, pipradol)*PIV

- cafÉine (café, thé, chocolat, noix de cola, certains sodas [dont les "premix", contenant également de l'alcool] et certains médicaments) : NC

- cocaïne, feuille de coca : *SI

chlorhydrate de cocaïne (prisé, injecté) et cocaïne base ("crack") (fumée)

Autres :

(ecgonine)*SI

- nicotine (TABAC fumé, chiqué, prisé ; MÉDICAMENTS de substitution : patchs, gommes à mâcher, aérosols à usage nasal, aérosols destinés à être inhalés) : NC

- plantes

khat *SIV (cathinone**SIII, cathine*PIII)

- stéroïdes androgènes anabolisants

(commercialisés en France comme médicaments : danazol, fluoxymestérone, mestérolone, nandrolone décanoate, testostérone, trenbolone ; quelques autres : éthylestrénol, méthandrosténolone, méthyltestostérone, méténolone, nandrolone, norméthandrolone, oxandrolone, oxymestérone, oxymétholone, stanozolol) : NC (contrôlés dans certains Etats des Etats-Unis)

2- calmants (désinhibition, ivresse ; troubles du comportement et amnésie avec de nombreux produits ; excitation en cas de sevrage)

- ALCOOL ÉTHYLIQUE : NC

vin, bière, apéritifs, "digestifs", spiritueux

"premix" (soda avec caféine + alcool)

bombes aérosols (certaines) (alcool)

- anxiolytiques-hypnotiques

BARBITURIQUES

amobarbital*PIII

pentobarbital*PIII

phénobarbital*PIV

sécobarbital*SIII

Quelques autres :

(butalbital, cyclobarbital)*PIII

(allobarbital, barbital, butobarbital, éthinamate, méthylphénobarbital, secbutabarbital, vinylbital)*PIV

benzodiazÉpines et analogues

alprazolam*PIV

chlordiazépoxide*PIV

clonazépam*PIV

clorazépate*PIV

diazépam*PIV

estazolam*PIV

flunitrazépam*PIII

flurazépam*PIV

halazépam*PIV

lorazépam*PIV

midazolam*PIV

oxazépam*PIV

prazépam*PIV

témazépam*PIV

triazolam*PIV

Quelques autres :

(bromazépam, brotizolam, camazépam, clobazam, clotiazépam, cloxazolam, délorazépam, fludiazépam, haloxazolam, kétazolam, loflazépate d'éthyle, loprazolam, lormétaزépam, médazépam, nimétazépam, nitrazépam, nordazépam, oxazolam, pinazépam, tétrazépam)*PIV

DIVERS

ethchlorvynol*PIV

gluthétimide*PIII

méprobamate*PIV

méthaqualone*SIII

méthyprylone*PIV

Quelques autres :

(mécloqualone)*SIII

• Drogues INHALÉes : NC

anesthésiques généraux (éther)

nitrites volatils

solvants organiques (trichloréthylène, etc.)

• opiacÉs et opioïdes

buprénorphine (à forte dose : MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION)*PIII (carnet à souches ; à forte dose : prescription maximale de 28 jours)

codéine (préparations NC : en liste I, II ou délivrables sans ordonnance)*SII

dextromoramide*SI

dextropropoxyphène (préparations orales NC : en liste I)*SII

dihydrocodéine (préparations NC : en liste I)*SII

éthorphine**SI

fentanyl*SI

héroïne**SI

hydrocodone*SI

hydromorphone*SI

lévo-alpha-acétyl-méthadol ou LAAM (MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION)*SI

méthadone (MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION)*SI

morphine, chlorhydrate*SI

morphine, sulfate*SI

MPPP**SI

opium*SI

oxycodone*SI

pentazocine*SIII

péthidine*SI

Quelques autres :

(acétophrine, acétyl-a-méthylfentanyl, a-méthylfentanyl, a-méthylthiofentanyl, β-OH-fentanyl, β-OH-méthylfentanyl, cétobémidone, désmorphine, méthyl-3-fentanyl, méthyl-3-thiofentanyl, para-fluorofentanyl, PEPAP, thiofentanyl)**SI

(acétylméthadol, alfentanil, allylprodine, a-méprodine, a-méthadol, a-prodine, aniléridine, benzéthidine, β-méthadol, β-méprodine, β-prodine, β-acétylméthadol, benzylmorphine, bázitramide, butyrate de dioxaphétyl, concentré de paille de pavot, clonitazène, codoxime, diampromide, diéthylthiambutène, difénoxine, dihydromorphine, diménoxadol, dimépheptanol, diméthylthiambutène, diphénoxylate, dipipanone, drotébanol, éthylméthylthiambutène,

étonitazène, étoxéridine, furéthidine, hydromorphinol, hydroxypéthidine, isométhadone, lévométhorphane, lévomoramide, lévophénacylmorphane, lévorphanol, métazocine, méthylidésorphine, méthylhydromorphine, métodon, moramide, morphéridine, myrophine, nicomorphine, noracyméthadol, norlévorphanol, norméthadone, normorphine, norpipanome, oxymorphone, phénadoxone, phénampromide, phénazocine, phénomorphane, phénopéridine, piminodine, piritramide, proheptazine, propéridine, racéméthorphane, racémoramide, thébacone, thébaïne, tilidine, trimépéridine, sufentanil)*SI

(acétyldihydrocodéine, éthylmorphine, nicocodine, nicodicodine, norcodéine, pholcodine, propiram)*SII

(zipéprol)*SIII

3- Hallucinogènes (modifications de l'humeur, troubles du comportement, illusions, délire ou hallucinations)

- ANTICHOLINERGIQUES (délire, coma) : NC

belladone

datura

jusquiaime

mandragore

- CANNABINOLS/CANNABINOÏDES (sédation, confusion mentale, impression de déjà vu et de détachement, perte du sens du temps, distorsions sensorielles)

cannabis, marihuana, sinsemilla, haschish, huile de hasch**SI

tétrahydrocannabinols*SIV

- INDOLES (distorsions sensorielles, modifications de l'humeur, perte de jugement, réactions anxieuses aiguës)

champignons "sacrés" (psilocine et psilocybine : **SIII)

crapaud du désert de Somoran (DMT/diméthyltryptamine : **SIII)

DMT/diméthyltryptamine**SIII

épéna (DMT/diméthyltryptamine : **SIII)

LSD/lysergide**SIII

yopo (DMT/diméthyltryptamine : **SIII)

Autres :

(DET, étryptamine)**SIII

acide lysergique (précurseur) *SIV

- PHÉNYLALCOYLAMINES (mescaline, et amphétamines ou métamphétamines hallucinogènes) (modification de l'humeur, hallucinations)

brolamfétamine (DOB,"2CB") **SIII

OM/STP (diméthoxy-2,5- diméthyl-4 a-phénéthylamine)**SIII

MBDB*SIV (prochainement)

MDA (ténamfétamine) ("ecstasy")**SIII

MDMA ("ecstasy")**SIII

méthyl-4-aminorex ("ice")**SIII

MMDA ("ecstasy")**SIII

N-éthyl MDA (MDE, MDEA) ("ecstasy")**SIII

peyotl (mescaline : *SIII)

Autres :

(b-OH-a,b-diphényléthylamine, DMA, DOET, N-hydroxy MDA, PMA, TMA)**SIII

- DIVERS

champignons amanites (acide iboténique, muscinal)*SIV

phencyclidine(PCP)**SIII

Quelques autres :

(DMHP, éticyclidine, métcatinone, parahexyl, rolicyclidine,

ténocyclidine)**SIII

Index

“2CB” : voir brolamfétamine

a-méprodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

a-méthadol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

a-méthylfentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

a-méthylthiofentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

a-prodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

acétophrine (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

acétyl-a-méthylfentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

acétyldihydrocodéine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

acétylméthadol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

acide iboténique (hallucinogènes divers)*SIV

acide lysergique (hallucinogène, précurseur)*SIV

aérosols à usage nasal (certains) (médicaments de substitution, excitants, nicotine) : NC

aérosols destinés à être inhalés (certains) (médicaments de substitution, excitants, nicotine) : NC

alcool éthylique (calmant) : NC

alfentanil (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

allobarbital (calmant, autre barbiturique)*PIV

allylprodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

alprazolam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

amfépentorex (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIV

amfépramone (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

amfétamine (excitant, amphétamine)*SIII

aminorex (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

amobarbital (calmant, barbiturique)*PIII

anesthésiques généraux (calmants) : NC

aniléridine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

apéritifs : voir alcool éthylique

β-méthadol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

β-métrodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

β-OH-fentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

β-OH-méthylfentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

β-OH-a, β-diphényléthylamine (hallucinogène, autre phénylalcoylamine)*SIV

β -prodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

β -acétylméthadol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

barbital (calmant, autre barbiturique)*PIV

belladone (hallucinogène, anticholinergique) : NC

benzéthidine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

benzfétamine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

benzylmorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

bézitramide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

bière (calmant, alcool éthylique) : NC

bombes aérosols (certaines) (alcool)

brolamfétamine (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

bromazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

brotizolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

buprénorphine (calmant, opiacé/opioïde ; à forte dose, médicament de substitution)*PIII (carnet à souche)

butalbital (calmant, autre barbiturique)*PIII

butobarbital (calmant, autre hypnotique, barbiturique)*PIV

butyrate de dioxaphétyl (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

café (excitant, caféine) : NC,

caféine (excitant) : NC

camazépam (calmant, autre benzodiazépine ou analogue)*PIV

cannabis (hallucinogène, cannabinols)**SI

cathine (excitant, plante : *PIII)

cathinone (excitant, plante)**SIII

cétobémidone (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

champignons amanites (hallucinogènes divers)*SIV

champignons "sacrés" (hallucinogène, indole)**SIII

chlordiazépoxide (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

chlorphentermine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIV

chocolat (excitant, caféine) : NC

clobazam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

clonazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

clonitazène (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

clorazépate (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

clotiazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

cloxazolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

coca (feuille de) (excitant)**SI

cocaïne base ("crack") (excitant)*SI

cocaïne, chlorhydrate (excitant)*SI

codéine (calmant, opiacé/opioïde)*SII

codoxime (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

cola (noix de) (excitant, caféine) : NC

concentré de paille de pavot (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

crapaud du désert de Somoran (hallucinogène, indole)**SIII

cyclobarbital (calmant, autre barbiturique)*PIII

D9 THC : voir delta 9 tétrahydrocannabinol

danazol (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

datura (hallucinogène, anticholinergique) : NC

délorazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

delta 9-tétrahydrocannabinol/THC (hallucinogène, cannabinol)*SIV

désomorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

DET (hallucinogène, indole, autre)**SIII

dexamfétamine (excitant, amphétamine)*SIII

dextromoramide (calmant, opiacé/opioïde)*SI

dextropropoxyphène (calmant, opiacé/opioïde)*SII

diampromide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

diazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

diéthylthiambutène (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

difénoxine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

digestifs : voir alcool éthylique

dihydrocodéine (calmant, opiacé/opioïde)*SII

dihydromorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

diménoxadol, (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

dimépheptanol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

diméthoxy-2,5- diméthyl-4 a-phénéthylamine : voir DOM/STP

diméthylthiambutène (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

diméthyltryptamine/DMT (hallucinogène, indole)**SIII

diphénoxylate (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

dipipanone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

DMA (hallucinogène, phénylalcoylamine, autre)**SIII

DMHP (hallucinogènes divers, autres)**SIII

DMT/diméthyltryptamine (hallucinogène, indole)**SIII

DOB : voir brolamfétamine

DOET (hallucinogène, phénylalcoylamine, autre)**SIII

DOM/STP (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

drotébanol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

ecgonine (excitant, cocaïne)*SI

épéna (hallucinogène, indole)**SIII

estazolam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

ethchlorvynol (calmant, anxiolytiques-hypnotiques divers)*PIV

éther (drogues inhalée, anesthésique général) : NC

éthinamate (calmant, autre anxiolytique-hypnotique)*PIV

éthorphine (calmant, opiacé/opioïde)**SI

éthylestrénol (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

éthylméthylthiambutène (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

éthylmorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

éticyclidine (hallucinogènes divers, autres)**SIII

étilamfétamine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

étonitazène (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

étoxéridine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

étryptamine (hallucinogène, indole, autre)**SIII

fenbutrazate (excitant, autre amphétamine)*SIV

fencamfamine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

fénétylline (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

fenproporex (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

fentanyl (calmant, opiacé/opioïde)*SI

feuille de coca (excitant)*SI

fludiazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

flunitrazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIII

fluoxymestérone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

flurazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

furéthidine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

gluthétimide (calmant, anxiolytiques-hypnotiques divers)*PIII

gommes à mâcher (certaines) (médicaments de substitution, excitants, nicotine) : NC

halazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

haloxazolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

haschish (hallucinogène, cannabinols)**SI

héroïne (calmant, opiacé/opioïde)**SI

huile de hasch**SI

hydrocodone (calmant, opiacé/opioïde)*SI

hydromorphinol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

hydromorphone (calmant, opiacé/opioïde)*SI

hydroxypéthidine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

"ice" : voir méthyl-4-aminorex

isométhadone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

jusquiame (hallucinogène, anticholinergique) : NC

kétazolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

khat (excitant, plante)*SIV

léfétamine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

lévamfétamine (excitant, amphétamine)*SIII

lévo-alpha-acétyl-méthadol ou LAAM (calmant, opiacé/opioïde, médicament de substitution)*SI

lévométamfétamine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

lévométhorphane (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

lévomoramide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

lèvophénacylmorphane (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

lévorphanol(calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

lèvphacétopérane (excitant, autre amphétamine)*SIV

loflazépate d'éthyle (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

loprazolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

lorazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

lormétabzépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

LSD (hallucinogène, indole)**SIII

lysergide : voir LSD

mandragore (hallucinogène, anticholinergique) : NC

marihuana (hallucinogène, cannabinols)**SI

marijuana : voir marihuana

mazindol (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

MBDB (hallucinogène, phénylalcoylamine)*SIV (prochainement)

MDA ("ecstasy") (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

MDE : voir N-éthyl MDA ("ecstasy")

MDEA : voir N-éthyl MDA ("ecstasy")

MDMA ("ecstasy") (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

mécloqualone (calmant, autres anxiolytiques-hypnotiques divers)*SIII

médazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

méfénorex (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

méprobamate (calmant, anxiolytiques-hypnotiques divers)*PIV

mescaline (hallucinogène, phénylalcoylamine)*SIII

mésocarbe (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

mestérolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

métamfétamine (excitant, métamphétamines)*SIII

métamfétamine racémate (excitant, métamphétamines)*SIII

métazocine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

métcathinone (hallucinogènes divers, autres)**SIII

méténolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

méthadone (calmant, opiacé/opioïde, médicament de substitution)*SI

méthandrosténolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

méthaqualone (calmant, anxiolytiques-hypnotiques divers)*SIII

méthyl-3-fentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

méthyl-3-thiofentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

méthyl-4-aminorex (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

méthyldésorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

méthyldihydromorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

méthylphénidate (excitant, analogue d'amphétamine)*SIII

méthylphénobarbital (calmant, autre barbiturique)*PIV

méthyltestostérone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

méthyprylone (calmant, anxiolytiques-hypnotiques divers)*PIV

métopon (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

midazolam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

MMDA ("ecstasy") (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

moramide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

morphéridine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

morphine, chlorhydrate (calmant, opiacé/opioïde)*SI

morphine, sulfate (calmant, opiacé/opioïde)*SI

MPPP (calmant, opiacé/opioïde)**SI

muscinol (hallucinogènes divers)*SIV

myrophine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

N-éthyl MDA ("ecstasy") (hallucinogène, phénylalcoylamine)**SIII

N-hydroxy MDA (hallucinogène, phénylalcoylamine, autre)**SIII

nandrolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

nandrolone décanoate (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

nicocodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

nicodicodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

nicomorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

nicotine (excitant) : NC

nimétazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

nitrazépam (calmant, autres hypnotique, benzodiazépine)*PIV

nitrites volatils (drogues inhalées) : NC

noix de cola (excitant, caféine) : NC

noracyméthadol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

norcodéine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

nordazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

norlévorphanol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

norméthadone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

norméthandrolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

normorphine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

norpipanome (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

opium (calmant, opiacé/opioïde)*SI

oxandrolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

oxazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

oxazolam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

oxycodone (calmant, opiacé/opioïde)*SI

oxymestérone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

oxymétholone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

oxymorphone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

para-fluorofentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

parahexyl (hallucinogènes divers, autres)**SIII

patchs (certains) (médicaments de substitution, excitants, nicotine) : NC

PCP : voir phencyclidine

pémoline (excitant, analogue d'amphétamine)*PIV

pentazocine (calmant, opiacé/opioïde)*SIII

pentobarbital (calmant, barbiturique)*PIII

pentorex (excitant, autre amphétamine)*SIV

PEPAP (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

péthidine (calmant, opiacé/opioïde)*SI

peyotl (hallucinogène, phénylalcoylamine)*SIII

phénadoxone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

phénampromide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

phénazocine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

phencyclidine(PCP) (hallucinogènes divers)**SIII

phendimétrazine (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

phenmétrazine (excitant, analogue d'amphétamine)*SIII

phénobarbital (calmant, barbiturique)*PIV

phénomorphane (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

phénopéridine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

phentermine (excitant, analogue d'amphétamine)*SIII

phénylacétone (excitant, précurseur)*SIV

pholcodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

piminodine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

pinazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

piradadol (excitant, autre amphétamine ou analogue)*PIV

piritramide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

PMA (hallucinogène, phénylalcoylamine, autre)**SIII

prazépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

"premix" (sodas) (excitant + calmant : caféine + alcool) : NC

prohéptazine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

propéridine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

propiram (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

psilocine (hallucinogène, indole)**SIII

psilocybine (hallucinogène, indole)**SIII

pyrovalérone (excitant, autre amphétamine ou analogue)*SIII

racéméthorphane (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

racémoramide (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

rolicyclidine (hallucinogènes divers, autres)**SIII

secbutabarbital (calmant, autres barbituriques)*PIV

sécobarbital (calmant, barbiturique)*SIII

sinsemilla (hallucinogène, cannabinols)**SI

sodas (certains) (excitant, caféine) : NC

solvants organiques (calmant, drogues inhalées) : NC

spiritueux (calmant, alcool éthylique) : NC

stanozolol (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

STP : voir DOM

sufentanil (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

tabac chiqué (excitant, nicotine) : NC

tabac fumé (excitant, nicotine) : NC

tabac prisé (excitant, nicotine) : NC

témozépam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

ténamfétamine : voir MDA ("ecstasy")

ténocyclidine (hallucinogènes divers, autres)**SIII

testostérone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

tétrazépam (calmant, autres benzodiazépines et analogues)*PIV

tétrahydrocannabinols (hallucinogène, cannabinoïde)*SIV

THCs : voir tétrahydrocannabinols

thé (excitant, caféine) : NC,

thébacone (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

thébaïne (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

thiofentanyl (calmant, autre opiacé/opioïde)**SI

tilidine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

TMA (hallucinogène, phénylalcoylamine, autre)**SIII

trenbolone (excitant, stéroïde androgène anabolisant) : NC

triazolam (calmant, benzodiazépines et analogues)*PIV

trichloréthylène (drogue inhalée, solvant organique) : NC

triméperidine (calmant, autre opiacé/opioïde)*SI

vin (calmant, alcool éthylique) : NC

vinylbital (calmant, autre barbiturique)*PIV

yopo (hallucinogène, indole)**SIII

zipéprol (calmant, autre opiacé/opioïde)*SII

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

La politique actuelle de substitution s'appuie sur deux médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché spécifique pour le traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés : la METHADONE et le SUBUTEX. Les protocoles de prise en charge sont différents pour prendre en compte les spécificités des patients toxicomanes. Ces traitements constituent une modalité de prise en charge et s'intègrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance.

Les cadres d'utilisation de ces deux médicaments ont été élaborés par la Commission Consultative des Traitements de substitution qui a été créée par arrêté du 7 mars 1994.

Les principes généraux

Les objectifs de cette prescription sont de favoriser :

- une insertion dans un processus thérapeutique et une amélioration du suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;
- une stabilisation de la consommation de drogues issues de marché illicite (notamment l'héroïne) et la diminution du recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse.
- une insertion sociale ;

L'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance.

Cadre d'utilisation de la méthadone

La méthadone est un médicament à utiliser dans la prise en charge de certains toxicomanes.

Modalités de prescription et de délivrance

Depuis janvier 1995, tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes peuvent prescrire et délivrer de la méthadone. Suite à l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament, un

dispositif rigoureux permet d'associer les médecins généralistes à ce traitement après une première phase de suivi en centre spécialisé. Ce dispositif impose que tous les centres de soins disposent du personnel nécessaire (médecins, infirmiers) pour la réalisation de cette nouvelle modalité de prise en charge.

En 1996, dix nouveaux départements ont vu la création de centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec prescription de méthadone. 104 centres au total couvrant 63 départements ont reçu un financement pour disposer d'une possibilité de prescription de méthadone. Toutefois, certains centres peuvent offrir cette prescription sans avoir bénéficié de complément de financement.

La première phase du traitement s'exerce en centre spécialisé de soins aux toxicomanes où interviennent des équipes pluridisciplinaires. Le traitement est instauré après vérification de la réalité de la pharmaco-dépendance aux opiacés. En outre, afin d'éviter qu'un patient ne puisse bénéficier de deux traitements suivis en parallèle, une première analyse urinaire vérifie l'absence de traceur spécifique de la METHADONE.

Au moment où le patient se stabilise et trouve un équilibre personnel, sans consommation d'autres produits et avec des conditions sociales favorables, le médecin du centre peut lui proposer d'être suivi par son médecin traitant, lequel doit être contacté par le médecin du centre.

La dispensation du médicament a lieu dans une pharmacie d'officine du choix du patient. Le pharmacien d'officine doit être contacté par le médecin traitant, dont le nom figure sur la prescription initiale du médecin du centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Le nom du pharmacien qui assure la dispensation est également inscrit sur l'ordonnance extraite du carnet à souches. Cette dispensation sera modulée en fonction de chaque situation. Le médecin traitant

précisera les conditions de la délivrance sur l'ordonnance extraite du carnet à souches. La prescription ne pourra excéder 7 jours de traitement.

La METHADONE se prend par voie orale.

Posologie

La première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30 mg/jour selon le niveau de dépendance physique du patient.

La dose d'entretien est obtenue par augmentation de 10 mg par semaine. Celle-ci sera définie sur des critères cliniques de confort du malade et à partir de contrôles urinaires.

Au bout de plusieurs mois à quelques années, le traitement pourra être interrompu de façon concertée, avec réduction progressive et prudente des posologies en prévoyant des paliers dégressifs en fin de traitement et en se basant toujours sur des critères cliniques.

Il est conseillé au médecin du centre de ne pas prescrire une dose quotidienne de METHADONE supérieure à 100 mg.

Cadre d'utilisation du SUBUTEX

Modalités de prescription et de délivrance

Le SUBUTEX, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché depuis le 31 juillet 1995, est disponible en officine depuis février 1996 (comprimés à 0,4 mg, 2 et 8 mg) avec une indication de traitement de la pharmaco-dépendance majeure aux opiacés. Il s'adresse à des patients pour la plupart déjà suivis en médecine libérale. Le SUBUTEX peut être prescrit par tout médecin traitant après un examen médical dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge et d'un travail en réseau.

Le médecin doit informer le patient des risques d'apparition d'un syndrome de sevrage en cas de prise d'opiacés avant le traitement, ainsi que des risques de dépression respiratoire lors d'association avec d'autres médicaments et notamment les benzodiazépines.

L'ordonnance est établie sur bon de carnet à souches pour une durée ne pouvant excéder 28 jours. Toutefois, il est recommandé au médecin, notamment en début de traitement, de prescrire pour une durée plus courte, compte tenu notamment du risque d'utilisation détournée par voie intraveineuse. Le pharmacien doit être contacté par le médecin traitant. Ce dernier doit préciser sur l'ordonnance, s'il souhaite une délivrance fractionnée avec prise dans la pharmacie et, dans ce cas, selon quel rythme. Il est souhaité que le nom du pharmacien figure sur l'ordonnance.
L'absorption se fait par voie orale.

La posologie utilisée dans le cadre de traitement de substitution se situe généralement entre 4 et 8 mg avec prise unique quotidienne ; toutefois, elle doit être adaptée en fonction de chaque patient. Les modifications de posologies doivent être déterminées au cours de réévaluation de la clinique et des prises en charge associées.

Le suivi est facilité par une pratique en réseaux comprenant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les médecins exerçant en libéral et les pharmaciens d'officine.

A bout de plusieurs mois à quelques années, le traitement peut être interrompu de façon concertée, avec réduction progressive des posologies par paliers. En cas d'échec du traitement son interruption peut être nécessaire sur décision médicale en organisant un sevrage dégressif sur 3 semaines.

REPRESSEION DES INFRACTIONS A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS EN FRANCE

La répression

des délits

MILD'T - MILAD

Textes

Incriminations

Sanctions

Code de la santé publique L. 628	- usage illicite de stupéfiants	- 1 an d'emprisonnement - 25 000 francs d'amende
Code de la santé publique L. 630	- provocation au délit prévu par l'article L. 628 du Code de la santé publique ou à l'une des infractions prévues par les articles 222.34 à 222.39 du Code pénal, alors même que la provocation n'a pas été suivie d'effet	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
	- présentation de ces infractions sous un jour favorable	
	- provocation (même non suivi d'effet) à l'usage des substances présentées comme ayant les mêmes effets que les stupéfiants	

Nouveau Code pénal	- offre ou cession en vue de consommation	- 5 ans d'emprisonnement
Art. 222-39 1er alinéa	personnelle	- 500 000 francs d'amende
Art. 222-39 2è alinéa	- offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration	- peine d'emprisonnement aggravée à 10 ans
Nouveau Code pénal	- provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement
Art. 227-18 1er alinéa		- 700 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 7 ans d'emprisonnement
Art. 227-18 2è alinéa		- 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal	- provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	- 7 ans d'emprisonnement
Art. 227-18-1 1er alinéa		- 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 10 ans d'emprisonnement
Art. 222-18-1 2è alinéa		- 2 000 000 francs d'amende

Nouveau Code pénal	- transport, détention, offre, cession,	- 10 ans d'emprisonnement
Art. 222-37 1er alinéa	acquisition, emploi illicite de stupéfiants	- 50 000 000 francs d'amende
Art. 222-37 2è alinéa	- facilitation de l'usage (ordonnance fictive ou de complaisance)	
Art. 222-36 1er alinéa	- importation ou exportation illicites	
Nouveau Code pénal	- fait de ne pas pouvoir justifier de ressources	- 5 ans d'emprisonnement
Art. 222-39-1	correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une ou plusieurs personnes se livrant au trafic ou avec plusieurs personnes se livrant à l'usage de stupéfiants	- 500 000 francs d'amende
Art. 222-39-1 2è alinéa	- circonstance aggravante : si ces personnes sont mineures	- 10 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal	- blanchiment simple de l'argent (quelle que	- 5 ans d'emprisonnement

Art. 324-1	soit l'infraction)	- 2 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal	- blanchiment aggravé :	- 10 ans d'emprisonnement
Art. 324-2	1- commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle	- 5 000 000 francs d'amende
	2- commis en bande organisée	
Nouveau Code pénal	- blanchiment de l'argent provenant du trafic de	- 10 ans d'emprisonnement
Art. 222-38 1er alinéa	stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention, offre)	- 5 000 000 francs d'amende

des crimes

MILDT - MILAD

Textes	Incriminations	Sanctions
Nouveau Code pénal	- production ou fabrication illicites de stupéfiants	- 20 ans de réclusion criminelle
Art. 222-35 1er alinéa		- 50 000 000 francs d'amende

Art. 222-35 2è alinéa	si les faits sont commis en bande organisée	- peine de réclusion portée à 30 ans
Nouveau Code pénal alinéa	- importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	- 30 ans de réclusion Art. 222-36 2è criminelle - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal ayant pour objet la production, la fabrication	- direction ou organisation d'un groupement l'importation, l'exportation, le transport, la détection, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi "illicites" de stupéfiants	- réclusion criminelle à Art. 222-34 perpétuité - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-38 2è alinéa alinéa)	- blanchiment de l'argent provenant de crimes cités à l'article sus-mentionné (222-34, 222-35, perpétuité	- de 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à 222-36 2è - 50 000 000 francs d'amende

NB. La tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines(Art. 222-40 du nouveau Code pénal)

A toutes ces peines peuvent s'ajouter des peines complémentaires telles que l'interdiction de séjour, l'interdiction du territoire français, l'interdiction des droits civiques...

L'ETUDE MULTIVILLES DU GROUPE POMPIDOU

Richard *HARTNOLL

Le Groupe Pompidou et l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)

Le Groupe Pompidou a été créé en 1971 à la suite d'une proposition faite par Monsieur Georges Pompidou. Depuis 1980, il sert de forum pour la coopération intergouvernementale au sein du Conseil de L'Europe. L'objectif du Groupe Pompidou est d'examiner l'abus et le trafic de drogue d'un point de vue pluridisciplinaire. Les membres du groupe sont non seulement de l'Union Européenne, mais aussi de l'Europe Centrale, de l'Europe de l'Est et d'autres pays non-membres de l'Union Européenne, tels que la Norvège, la Suisse, et Malte. Les activités du Groupe Pompidou sont multiples et variées. Elles recouvrent l'échange d'informations et la formation dans les domaines de l'épidémiologie, de la réduction de la demande de drogue, du trafic de drogue et de la répression. Cet article met l'accent sur l'épidémiologie et en particulier sur une étude multi-villes des tendances et des indicateurs de l'usage et de l'abus de drogue, qui existent depuis le début des années 1980.

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) est une nouvelle agence européenne qui a vu le jour à Lisbonne en 1995. La mission de l'OEDT est de fournir une vue d'ensemble globale des drogues, de la toxicomanie et de leurs conséquences à un niveau Européen. Il ne s'agit pas d'une institution politique mais d'une organisation autonome mise en place par l'Union Européenne pour collecter, analyser et diffuser des informations objectives, fiables et comparables. L'objectif est d'aider les Etats-membres et les institutions européennes à prendre des décisions pertinentes et éclairées lorsqu'ils développent des politiques ou projettent des interventions. La priorité de l'OEDT, pendant ses trois premières années, est focalisée sur les informations concernant la demande de drogues et la réduction de la demande. Le premier rapport annuel sur l'état du problème de la drogue dans les pays de l'Union Européenne a été publié en octobre 1996.

Les objectifs et les méthodes de travail de l'Etude Multi-Villes du Groupe Pompidou

L'idée d'une étude multi-villes faite par le Groupe Pompidou a été conçue en 1982 et 1983 lors des premières rencontres qui ont eu lieu pour déterminer ce que devait devenir le Groupe des Experts en épidémiologie. L'objectif initial était d'évaluer la validité et la comparabilité des indicateurs qui sont présumés refléter la prévalence et les caractéristiques de l'usage de drogue. Par la suite, on a porté plus d'attention à l'utilisation de ces indicateurs pour suivre la progression des tendances de l'usage de drogue et des problèmes liés à l'usage de drogue dans le réseau des villes concernées. Le développement le plus récent consiste en la participation de villes d'Europe centrale et de l'Est, grâce à un projet commun entre le Groupe Pompidou et le PNUCID.

Les objectifs de l'étude multi-villes sont les suivants :

- améliorer la qualité, l'utilité et la comparabilité des indicateurs de l'usage de drogue ;
- développer un réseau des principales villes européennes afin de suivre et d'interpréter les nouvelles tendances de l'usage de drogue.

Avec la création de l'OEDT, ces objectifs pourraient changer et tendre vers un travail innovateur sur de nouveaux indicateurs non étudiés par l'OEDT, et mettre davantage l'accent sur le second objectif.

Les principes fondamentaux sont les suivants : il est essentiel d'intégrer une variété de sources et de méthodes afin de réduire les biais d'une seule approche, de rassembler des données qualitatives et quantitatives afin de bien comprendre le contexte (légal, administratif, social et culturel) et de tenir compte des politiques et des procédures de collecte des données qui peuvent avoir une influence sur la forme et le contenu des données. L'analyse détaillée des définitions et des critères utilisés pour la collecte des données constitue également un thème central.

Selon cette approche, il est important de privilégier la comparabilité plutôt que la compatibilité technique des instruments de collecte des données. Il s'agit également d'interpréter les données selon le contexte dont elles sont issues. La comparabilité ne constitue pas un objectif en soi, mais un moyen de comprendre, de discuter et de comparer les différences entre les villes. Pour cette raison, la méthode de travail générale implique une participation active des experts des différentes villes dans des groupes de travail technique non seulement pour définir des lignes directrices et pour collecter des données, mais aussi pour interpréter la signification de ces données et voir de quelle manière le contexte et les procédures de collecte peuvent influencer les interprétations.

Tout un éventail d'indicateurs a été examiné par les différents groupes de travail technique, dont :

- des indicateurs directs pour lesquels les données sur l'usage de drogue sont collectées directement dans des populations bien définies au moyen d'études telles que : enquêtes en milieu scolaire, enquêtes en population générale, techniques d'échantillonnage "boules de neige" pour les populations cachées.
- des indicateurs indirects pour lesquels les données sont obtenues à partir de systèmes d'enregistrements statistiques basés sur les structures administratives des services sanitaires, sociaux, ou répressifs (demandes de traitement pour une toxicomanie ou un problème relatif à la drogue, décès liés à la drogue, interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, prix et pureté des drogues illicites, urgences non-mortelles liées à la drogue, et à l'avenir saisies de drogue et indicateurs des risques liés à l'usage de drogue).

La méthodologie spécifique varie selon chaque indicateur, mais tous impliquent une révision de ce qui est fait actuellement dans les différentes villes afin d'identifier les ressemblances et les différences de définition, des procédures de collecte de données, des instruments, de la couverture, etc. Dans certains cas, cela entraîne le développement d'un projet d'instrument de collecte des données de base qui peut être testé au cours d'une étude pilote dans un groupe de villes. Dans d'autres cas, les informations obtenues lors de cette révision sont appliquées aux données existantes afin de montrer comment ces données peuvent être interprétées et comparées.

L'étude multi-villes présente des résultats de deux ordres, en relation avec ses deux objectifs. Le premier consiste en un développement méthodologique d'indicateurs et d'instruments plus fiables et comparables. Le deuxième concerne la description des tendances d'usage de drogue et des problèmes observés dans les différentes villes du réseau.

Les résultats du développement méthodologique

Les travaux méthodologiques les plus importants concernent les systèmes d'enregistrement des traitements et l'indicateur des premières demandes de traitement, et les enquêtes scolaires. Pour les premiers, un protocole standard et une série de données de base ont été développés et pré-testés dans deux villes, suivis d'un programme pilote plus important dans 11 villes. Ce protocole s'applique maintenant d'une façon régulière, à la collecte et à l'enregistrement des données de base dans plus de 20 villes. Des rapports sur les données collectées en 1992, 1993 et 1994 et sur les tendances de 1992 à 1994, sont terminés et seront bientôt disponibles pour l'année 1995.

L'OEDT utilise ce protocole en tant que base pour son travail sur l'amélioration de la comparabilité des données sur les demandes de traitement à un niveau national dans l'Union Européenne.

En ce qui concerne les enquêtes en milieu scolaire, un questionnaire standard et un manuel pour la collecte et l'analyse des données ont été développés et pilotés dans huit villes ou régions. Par la suite, une étude européenne a été faite sur des enquêtes scolaires comparables à un niveau national dans plus de 20 pays en 1995, réalisée en coopération avec le conseil suédois pour l'information sur l'alcool et autres drogues (CAN) à Stockholm.

Pour d'autres indicateurs directs, des lignes directrices et des items de base ont été développés pour les enquêtes menées en population générale, (ceci constituera un point de départ pour un projet qui sera mené par l'OEDT), et un manuel a été préparé sur les méthodes d'échantillonnage "boule de neige". En ce qui concerne les indicateurs indirects, basés sur des systèmes d'enregistrement administratifs, des études pilotes ont été réalisées pour tester un instrument de

collecte de données sur les urgences non mortelles liées à la drogue ; un rapport a également été fait sur l'interprétation des données sur les arrestations pour infractions liées à la drogue. Un nouveau rapport sortira bientôt sur le prix et la pureté des échantillons de cocaïne et d'héroïne saisis dans la rue.

Les tendances de l'usage de drogue et des problèmes liés à la drogue

En ce qui concerne la description des tendances, plusieurs rapports fournissent des informations sur les développements de l'usage de drogue depuis les années 1970, notamment sur les problèmes majeurs liés à la drogue. Le premier rapport intitulé “Une Étude Multi-Villes de l'usage de drogue” a été publié par le Conseil de l'Europe en 1987, basé sur sept villes (Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome, Stockholm). Le second rapport “Étude Multi-Villes : Tendances de l'usage de drogue dans 13 Villes”, a été publié en 1992, et depuis lors est réactualisé tous les ans (1993, 1994, 1995).

Les tendances principales identifiées sont les suivantes :

- une augmentation de l'usage et de la dépendance à l'héroïne à la fin des années 1970 et pendant les années 1980 ;
- une modeste augmentation dans les indicateurs de la “demande” de cocaïne à la fin des années 1980 (par contraste avec l'augmentation importante des indicateurs de “l'offre” telles que les saisies de cocaïne) ;

- une augmentation localisée de cocaïne et de crack au début des années 1990, bien que cette augmentation soit restreinte à un petit nombre de villes, dont Paris et Londres ;
- une augmentation de l'usage des amphétamines, dont l'ecstasy, dans certaines des villes mais pas dans toutes ;
- un élargissement de l'éventail des produits utilisées en dehors de leur usage normal, en particulier des médicaments tels que les tranquillisants et les analgésiques souvent pris avec de l'alcool.

Depuis deux ans, on remarque une ré-émergence de l'usage d'héroïne, par des groupes de jeunes gens, souvent fumée et non pas injectée, dans plusieurs villes. D'une façon plus générale, le niveau de l'usage de drogue lourd et problématique comme celui de l'héroïne reste stable dans la plupart des villes tandis qu'il y a une augmentation de l'expérimentation et de l'usage par les jeunes de drogues illicites comme le cannabis.

On note d'autres différences :

- des variations importantes dans la mesure où des drogues comme l'héroïne étaient prises par voie intraveineuse dans les différentes villes ;
- une corrélation dans quelques-unes des villes entre la toxicomanie et un statut socio-économique plus bas et une privation relative ;
- des différences importantes de séro-prévalence VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse dans les différentes villes ;

- et des différences considérables entre les priorités de la police concernant les différentes drogues.

Conclusions : le besoin continual de réseaux basés dans les villes

Avec l'arrivée de l'OEDT, il est nécessaire de réexaminer le rôle rempli par les réseaux de ville tels que celui du Groupe Pompidou. La raison initiale de travailler à un niveau “ville” était due au fait qu'il était plus faisable de réaliser des études pilotes et de développement, et parce qu'il est plus facile d'obtenir l'information nécessaire à la validation des indicateurs et de tenir compte des facteurs contextuels dont on a besoin pour interpréter les données.

Il n'a jamais été question que des villes représentent des pays. Le concept était plutôt similaire à celui d'une “surveillance sentinelle” utilisée en épidémiologie médicale pour dégager des nouvelles tendances. C'est souvent dans les grandes villes que les problèmes de drogue sont plus concentrés et que de nouvelles tendances peuvent être observées. De plus, il est possible à un niveau local de recueillir des données plus riches et instructives qui donnent un aperçu de quelques-unes des raisons à l'origine des tendances statistiques. On perd facilement ces aspects à un niveau national où on tend à faire la moyenne des différences locales.

Parmi ces raisons, de nombreuses restent valables. Tandis que les gouvernements nationaux se sentent concernés par la situation globale, les variations qui peuvent exister entre deux régions dans un pays, ou même dans une seule région, peuvent être plus importantes qu'entre deux pays.

Ce sont ces différences locales qui pourraient donner la clé aux réponses des questions sur les raisons pour lesquelles l'usage de la drogue et les problèmes liés à la drogue se concentrent dans certains endroits et pas dans d'autres. Ceci est clairement lié aux tentatives de développer des stratégies et des interventions adéquates. En parallèle avec la procédure d'unification de l'Europe, il y a une augmentation de l'importance des réseaux et des structures qui lient les partenaires locaux et régionaux sur un large éventail de problèmes.

Il existe un besoin continual en Europe de cette approche à deux niveaux. Ce serait une erreur grave dans le domaine de la drogue de croire que seule une approche nationale en termes de recherche et d'information, en termes de politiques et d'interventions suffirait. Cela a été reconnu dans le Plan d'Action Européen sur les Drogues, qui mentionne spécialement l'importance des réseaux basés dans les villes pour les échanges d'informations et d'expériences.

* De 1991 à 1995, Coordinateur en épidémiologie du Groupe Pompidou

Depuis 1995, Administrateur principal Epidémiologie à l'OEDT

Rua da Cruz de Santa Apollonia, 23-25

1100 LISBONNE

REPRESSEION DES INFRACTIONS A LA LEGISLATION DES STUPEFIANTS EN EUROPE

**POINTS FOCAUX NATIONAUX DU RESEAU EUROPEEN DES DROGUES ET DES
TOXICOMANIES REITOX**

SIGLES

AFLS : Association Française de Lutte contre le SIDA

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAGE : Cut Annoyed Guilty Eyes-openner

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CESDIP : Centre de recherches Sociales sur le Droit et les Institutions Pénales

CESES : Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

CIRED : Centre International de Recherche sur l'Environnement et le Développement

CJN : Casier Judiciaire National

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA

DACG : Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

DAS : Direction de l'Action Sociale

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DGLDT : Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

DGS : Direction Générale de la Santé

DIS : Drogues Info Service

EVAL : Bureau d'Etudes Evaluation Médicale, Médico-sociale, Santé publique

GAFI : Groupe d'Action Financière International

GDR PPS : Groupement de Recherche "Psychotropes Politique et Sociétés"

GRASS : Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité

IHE : Institut de l'Hygiène et de l'Epidémiologie

ILS : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IREP : Institut de Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OCRGDF : Office Central de la Répression de la Grande Délinquance Financière

OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ORSIF : Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PNUCID : Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues

RMI : Revenu minimum d'Insertion

RNSP : Réseau National de la Santé Publique

SCERI (FND) : Service de la Communication, des Etudes et des Relations Internationales
(Fichier National des Détenus)

SED : Sous-direction des la Statistique, des Etudes et de la Documentation

SEDAP : Société d'Entraide et d'Action Psychologique

SESI : Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SOFRES : Société Française d'Enquêtes par Sondages

TRACFIN : Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers clandestins

UDVI : Usager de Drogue par Voie Intraveineuse

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine

SOURCES

- Baromètre Santé 95, CFES
- Cadres du parquet, SED
- Casier Judiciaire National, SED
- Déclarations des cas de SIDA, RNSP
- Enquête Santé 1991-1992, INSEE
- Enquête Santé des Adolescents 1993, INSERM-U169

- Enquête semestrielle auprès des centres de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, CESES
- Enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection 1995, DCSSA
- Enquête Toxicomanie de novembre, SESI
- Evolution des comportements de consommation de vin en France 1995, INRA-ONIVINS
- Exploitation des certificats de décès, INSERM-SC8
- Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, OCRTIS
- Fichier national des détenus, SCERI
- Suivi des mesures d'injonction thérapeutique, DGS
- Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées en 1993-94, INSERM-U302
- Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie en 1994, INSEM-U302

FICHE D'OBSERVATIONS

Vos critiques éventuelles, remarques et suggestions nous permettront de faire évoluer ce travail.

Nous vous remercions de bien vouloir nous en faire part en nous adressant cette fiche.

- Remarque(s) sur les thèmes abordés (remarque(s) de fond ou méthodologique(s))

- Suggestion(s)

- Autre(s) observation(s)

A retourner à :

OFDT - 105, rue La Fayette - 75010 PARIS

Coordonnées de L'OFDT

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies - OFDT

Adresse

105, rue La Fayette - 75010 PARIS

Téléphone : 01 53 20 16 16 (de l'étranger : 33 1 53 20 16 16)

Fax : 01 53 20 16 00 (de l'étranger : 33 1 53 20 16 00)

Pour obtenir de l'information

Serveur Web : <http://www.ofdt.fr>

E Mail : information@ofdt.fr

© OFDT - PARIS 1996

Edition - Conception graphique - Réalisation

Sopadim : 81, rue de l'Amiral Roussin - 75015 PARIS - 01 44 19 67 00

ISBN 2-11-089286-2